

Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder

Mat og måltider

Line Melby og Eliva Atieno Ambugo

Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder

Mat og måltider

Line Melby og Eliva Atieno Ambugo





Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre. Målet med den er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Reformen handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Senter for omsorgsforskning har utarbeidet denne og flere kunnskapsnotater på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kunnskapsnotatene viser eksisterende kunnskap om de ulike temaene i reformen.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på Kunnskapsnotat: Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder
Mat og måltider

Forfattere: Line Melby og Eliva Atieno Ambugo
Institusjon: Senter for omsorgsforskning

Oppsummering nr 16
Februar 2020

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-099-1

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

1	INNLEDNING	3
1.1.	Utfordringsbildet: Eldre som heterogen gruppe med forskjellige behov	3
1.2	Løsningene	5
2	METODE	7
3.	KUNNSKAP	9
3.1	Juridiske rammer for ernæringsarbeidet	10
3.2	Verktøy i det systematiske ernæringsarbeidet	11
3.3	Hjemmeboende eldre	15
	Informasjon og kompetanseheving til hjemmeboende	15
	Fellesmåltid/måltidspartnerskap	17
	Medspising	19
	Matombringing/hjemlevering av måltider	19
	Bistand til handling	20
3.4	Eldre på sykehjem/sykehus	21
	Ernæringscreening og oppfølging	21
	Måltidsmiljø	23
	Endring av måltidstider og variasjon i måltidet	24
	Kultur, religion og kosthold	25
	Kjøkken og kompetanse lokalt	25
3.5	Temaer som overlapper flere av løsningene	26
	Kompetanse hos personalet i helse- og omsorgstjenesten	26
4.	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	31
	REFERANSER	33

1 INNLEDNING

Leve hele livet beskrives som en reform for større matglede, og målet for myndighetene er å skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring blant eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). For alle personer – både eldre og yngre – er kosthold, mat og måltider viktig. Mat og måltider har innvirkning på helse og trivsel og er en sentral del av hverdagen, og mange eldre synes det er en av dagens viktigste begivenheter. Mat og måltider har også en sentral plass i mange kulturelle aktiviteter og i et sosialt fellesskap. Et usunt kosthold er på sin side en av de viktigste risikofaktorene for sykdom og for tidlig død (Departementene, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I kunnskapsoppsummeringen som ble gjort i forbindelse med utarbeiding av Leve hele livet-reformen slår forfatterne fast at mat og ernæring blant eldre i høyeste grad er satt på dagsordenen i Norge. Forfatterne refererer til et stort antall stortingsmeldinger, handlingsplaner, kostholdsanbefalinger, retningslinjer, veiledere og tiltakspakker som har blitt utarbeidet. Likevel viser det seg å være et stort gap mellom anbefalt praksis og utøvet praksis (Bøhn, Medbøen, Langballe, & Totland, 2017), og det er grunn til å tro at ikke alle eldre får ivare tatt sine grunnleggende behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

1.1. UTFORDRINGSBILDET: ELDRE SOM HETEROGEN GRUPPE MED FORSKJELLIGE BEHOV

Eldre personer er ingen homogen gruppe, og de vil følgelig møte noe forskjellige utfordringer, ut ifra blant annet helsetilstand og boform. De vil også kunne ha ulike preferanser ut fra sosial og kulturell bakgrunn. Samtidig vil eldre personer ha noen felles utfordringer. I reformen er hovedutfordringene på feltet oppsummert på følgende måte:

- Manglende systematisk oppfølging (av ernæringsmessig status)
- Manglede sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene
- Få måltider og lang nattfaste
- Lite mangfold og valgfrihet
- Lang avstand mellom produksjon og servering

Flere av disse utfordringene vil kunne gjelde alle eldre, mens noen er mer spesifikke for personer som er brukere av helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder eldre som bor på institusjon, eller har bistand fra hjemmetjenesten, har mat, måltider og ernæring en viktig plass innenfor både forebyggende helsearbeid, behandling, habilitering og rehabilitering. I Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (Departementene, 2017) påpekes det at det finnes ernæringsrelaterte utfordringer hos pasienter og brukere både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utfordringene forklares med at helse- og omsorgstjenestene er preget av mange aktører og varierende grad av tverrfaglig samarbeid og samhandling. I handlingsplanen beskrives det videre at det er mange typer personell som har med mat

og ernæring å gjøre, fra kokker, kostøkonomer og kliniske ernæringsfysiologer til leger, sykepleiere og helsefagarbeidere. Disse må samarbeide, og de med størst kompetanse må veilede de andre (Departementene, 2017).

Det er også noen grupper av eldre som har særegne utfordringer. For eksempel gjelder dette personer med rusproblemer. Kartlegginger viser at mange rusavhengige har mangelfullt kosthold som gir ernæringsmessige problemer som under- og feilernæring. Feilernæringen kan øke mottakelighet for infeksjon og sykdom, samtidig som det kan svekke motstandsdyktighet ved infeksjon og sykdom. Det er viktig at det er oppmerksomhet om dette i tilbud til og behandling av rusavhengige. Det sosiale aspektet ved mat og måltider er også sentralt for denne gruppa (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c).

Personer med utviklingshemming har ofte utfordringer med mat og kosthold. Mange mennesker med utviklingshemming har et usunt kosthold og lavt aktivitetsnivå. For å styrke helsetilstanden til utviklingshemmede er riktig ernæring og aktivitet vesentlig for å unngå alvorlig sykdom og belastningsskader. Kunnskap og kompetansespredning om kosthold og aktivitet blant de ansatte, særlig i habiliteringstjenesten, er sentralt. Videre er utvikling av veiledere eller retningslinjer aktuelle tiltak, heter det i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Mennesker med psykiske helseutfordringer er også en gruppe som kan oppleve kostholdsutfordringer. En publikasjon i Helsebiblioteket knytter såkalt «søppelmat» til psykiske lidelser, basert på en samleartikkel fra det anerkjente tidsskriftet *Medscape*.¹ Det synes å være en sammenheng mellom et usunt kosthold og psykiske lidelser. Samtidig ser det ut til å være det helhetlige kostholdet mer enn enkelte matvarer som teller i forhold til helse og velvære.

Eldre generelt er mindre omtalt i bakgrunnsdokumentene som ligger til grunn for reformen. De fleste som omtales er brukere av helse- og omsorgstjenestene. Men studier har vist at eldre hjemmeboende uten hjemmetjenester kan få økt måltidsglede ved å spise sammen med noen, og det øker også matinntaket (Bøhn et al., 2017; Høst, McMahon, Walton, & Charlton, 2016). Det sosiale aspektet rundt måltidet er særlig viktig (Grini, 2012; S. Tomstad, 2014). Det understreker viktigheten at i arbeidet med å realisere reformen må man følge opp både eldre (uten tjenester) generelt, eldre med tjenester og grupper av eldre som kan ha helt spesifikke behov.

Multifaktorielt årsaksbilde: I kunnskapsoppsummeringen til Bøhn et al. (Bøhn et al., 2017) skiller forfatterne mellom ulike faktorer som har betydning for matinntak, appetitt og måltidsglede. En gruppe faktorer er *fysiske faktorer* som munnhelse, redusert appetitt og funksjonsendringer. En annen gruppe faktorer er *sosiale faktorer* som det å bidra i matlaging og å spise sammen med noen. En siste gruppe faktorer er *personlige ressurser*, som kunnskap om ernæring, økonomi og personlig støtte. Det vil være nødvendig å jobbe med å styrke disse faktorene ut ifra den enkelte eldres utfordringer.

¹ <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/knyttet-soppelmat-til-psykiske-lidelser-medscape> (lesedato: 29.12.19)

1.2 LØSNINGENE

På bakgrunn av det utfordringsbildet som er beskrevet i reformen er følgende fem løsninger skissert:

1. **Det gode måltidet.** Behovet for gode måltidsopplevelser blant eldre var ett av hovedinnspillene på dialogmøtet om mat som fant sted i forbindelse med utarbeiding av reformen. Stikkord for hva eldre ønsker seg er måltidsfellesskap og matglede. Å legge til rette for gode måltidsopplevelser er viktig både for hjemmeboende og for de som bor på institusjon. Viktige faktorer som påvirker hvordan et godt, sosialt etc. måltid kan iverksettes handler om å skape møteplasser der folk kan spise sammen. Det handler også om å gi eldre tilgang til butikker og servicefunksjoner i nærmiljøet. Å kunne ha lett tilgang til variert utvalg av råvarer og måltidsløsninger for å handle og tilberede sunn mat hjemme er viktig. Måltider er viktige sosiale arenaer, og å tilrettelegge for felles matlaging og måltider for aleneboende eldre er et perspektiv som bør ivaretas i nærmiljøet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).
2. **Måltidstider.** Temaet handler kort sagt om å la eldre få et mattilbud tilpasset deres egen måltidsrytme. Måltidene bør fordeles jevnt utover dagen og kvelden, heter det i Leve hele livet-reformen, og det bør ikke gå mer enn elleve timer mellom kvelds- og frokostmåltidet. Temaet “måltidstider” er særlig relevant for beboere på sykehjem. Tiltakene som er omtalt i reformdokumentet handler hovedsakelig om å legge middagen senere på dagen, samt å legge til et ekstra måltid. På denne måten kan også natthasten blir redusert. Lang nattefaste er assosiert med enten å være underernært eller å være i risiko for det (Bøhn et al., 2017).
3. **Valgfrihet og variasjon.** Temaet beskrives i reformen som at den enkelte i størst mulig grad må få mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner når det gjelder meny, tidspunkt for måltidene og hvem de vil spise sammen med (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).
4. **Systematisk ernæringsarbeid.** Et systematisk ernæringsarbeid handler om å følge opp den enkeltes ernæringsbehov for å unngå under- og feilernæring. Temaet er særlig relevant for mottakere av helse- og omsorgstjenester
5. **Kjøkken og kompetanse lokalt.** I reformen beskrives det at å sikre en god ernæringsomsorg til eldre brukere innebærer det at alle kommuner bør ha kjøkken og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten uavhengig av hvor maten produseres.

Løsninger som er relevante for alle eldre er særlig (1) å tilrettelegge for at måltidet blir en god opplevelse i hverdagen og (3) å gi økt valgfrihet og variasjon for at eldre skal kunne ivareta egne mattradisjoner og spisevaner. Løsningene må imidlertid utformes på litt ulike måter for å fungere for både hjemmeboende og for mottakere av helse- og omsorgstjenester/de som bor på institusjon. De tre andre løsningsforslagene er hovedsakelig relevante for eldre som får kommunale helse- og omsorgstjenester. Personer som bor på institusjon og som har behov for mat- ernæringsbistand skal få (2) et tilbud bedre tilpasset egen måltidsrytme, og det skal ikke gå for lang tid mellom måltidene. (4) For eldre i ernæringsmessig risiko handler det om å kartlegge ernæringsstatus, vurdere ernæringsmessig risiko og eventuelt gi dem en individuelt tilpasset ernæringsplan. (5) Til sist ønsker man gjennom reformen å redusere avstanden mellom produksjonen og serveringen av maten for eldre bor på sykehjem, samt øke kjøkken- og matfaglig kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Som vi har pekt på innledningsvis, finnes det mye kunnskap om mat, kosthold og ernæring i Norge i dag. Samtidig ser vi altså et at det er et gap mellom anbefalt og utøvet praksis, og stor variasjon mellom kommuner og virksomheter når det gjelder tilbudet til de eldre. Hensikten med dette kapitlet er derfor:

- å gi en oversikt over tiltak i form av retningslinjer, veiledere, modeller innenfor de fem temaene (løsningene)
- vi har også lagt til egne temaer vi ser har relevans for å skape godt kosthold og ernæring hos eldre
- å si noe om i hvilken grad tiltak har de ønskede virkningene

Det følger av teori-praksis gapet at det er stor utfordring både for enkeltpersoner (hjemmeboende) og for helse- og omsorgstjenestene å klare å iverksette og gjennomføre tiltak (Departementene, 2017). Helsemyndighetene peker på at et arbeid knyttet til bedre kosthold og ernæring må gjøres på tvers av sektorer, og i et samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor. Vi viser til kunnskapsoppsummeringen om innovasjon/forbedringsarbeid for kunnskap om implementeringsprosesser (gjelder primært for tjenestene). Kostholds-/livsstilsendringer er likeså krevende å gjennomføre for enkeltpersoner. Gode metoder og verktøy, samt sosialt støtte og nettverk for livsstilsomlegging etc. blir følgende viktig for hjemmeboende.

2 METODE

Datagrunnlaget for kunnskapen om mat og måltider er fremskaffet på følgende måte.

Vi startet med en innledende gjennomgang av offentlige dokumenter som ligger som bakgrunnsmateriale for Leve hele livet-reform dokumentet. Vi søkte gjennom alle (relevante) dokumenter med hjelp av søkeordene “ernæring”, “måltid” og “kosthold.” Her trakk vi ut informasjon av relevans for temaet mat og måltider. Vi gikk også gjennom nettsider/ressurser som Helsenorge.no, Omsorgsbiblioteket, Helsebiblioteket m.m. Dette ledet oss videre til en del publikasjoner.

Deretter gjorde vi et søk på vitenskapelige artikler, men nå søkte vi mer spesifikt på begrepene som betegner de fem innsatsområdene innenfor temaet. Vi søkte hovedsakelig på engelske publikasjoner. Totalt lastet vi ned 112 artikler i fulltekst.

Vi har også parallelt med dette søkt generelt på google for å finne tiltak i kommunene som kan tjene som gode eksempler. Disse er ikke inkludert i denne teksten, men legges ved.

Sist, men ikke minst, fikk vi også tilsendt mange svenske og danske rapporter og policydokumenter fra ernæringsfaglig kontaktperson i Helsedirektoratet.

Til sammen har alt dette gitt oss en stor mengde stoff. Vi har ikke hatt mulighet til å gjøre en systematisk gjennomgang av all litteraturen som finnes, men har jobbet for å ta med den kunnskapen som er mest relevant for norske kommuner.

Vi har vært tre personer som har jobbet med temaet. Line Melby har hatt hovedansvaret for temaet og teksten, Eliva Ambugo har hatt hovedansvaret for litteratursøk, og Frode Fadnes Jacobsen har bidratt med innspill og kommentarer.

Disposisjon: Videre i teksten oppsummerer vi den kunnskapen vi har funnet. Vi starter med å gå gjennom de juridiske rammene for ernæringsarbeidet, deretter går vi gjennom verktøy som kan brukes i det systematiske ernæringsarbeidet. Dette er temaer som er relevante for oppfølging av ernæring, mat og måltider hos alle eldre. Videre tar for oss temaer som er spesielt relevante for hjemmeboende eldre, og for eldre som er på sykehjem eller sykehus.

3. KUNNSKAP

Som vi har antydnet over, er det mange faktorer som påvirker - og samvirker – når det gjelder Eldres mat, ernæring og måltidsopplevelser. Det betyr at innsatsen på disse områdene må rettes inn mot flere faktorer og løsninger, ut ifra hva som er identifisert som hovedutfordringen(e) i kommunen og eldrebefolkningen. Et viktig poeng er at eldre er en svært heterogen gruppe, og vi bør skille mellom hvordan løsningene konkret skal utformes ut ifra hvilken målgruppe blant eldre vi snakker om. *Gitt at det er store forskjeller på behov mellom eldre hjemmeboende (som er mer eller mindre friske) og eldre som er beboere på institusjon, har vi delt inn anbefalingene/kunnskapen ut ifra de to gruppene.*

Felles for alle eldre er at energibehovet er nært knyttet til muskelmasse og aktivitetsnivå og det reduseres vanligvis med økende alder. Eldre har gjennomsnittlig et lavere energiinntak og færre måltider (inkludert mellommåltider) enn yngre. selv om energibehovet synker med alderen, er behovet for vitaminer og mineraler det samme, eller det øker (vitamin D). Dette betyr at Eldres kosthold bør være variert og næringstett, i betydningen rikt på vitaminer og mineraler, men ikke nødvendigvis energitett (Helsedirektoratet, 2016 [2012]).

Vi vet også at eldre som bor alene, er lite aktive og/eller som lider av kronisk sykdom kan ha dårlig matlyst og leve på en ensidig kost. I tillegg kan kroppslige endringer innvirke på matinntak, matlyst og ernæringsstatus (Mahan, Escott-Stump, Raymond, & Krause, 2012). Endringene omfatter:

- redusert tann- og munnhelse, spyttsekresjon, og smaksopplevelse
 - redusert tørstefølelse
 - redusert tygge- og svelgfunksjon
 - redusert magesekkstømming, som fører til raskere metthet
 - økt tendens til forstoppelse, på grunn av langsommere fordøyelse
 - muskelsvakhet på grunn av redusert fysisk funksjonsevne
- (Helsedirektoratet, 2016 [2012])

Figur 1 synliggjør det multifactorielle årsaksbildet.

Faktorer som kan påvirke matinntaket

Funksjonsnivå

Munnmotorikk
Svelgfunksjon
Grovmotorikk/sittestilling
Finmotorikk
Mental og kognitiv funksjon
Ork
Syn, hørsel, smaks- og lukteevne
Tannstatus

Maten som tilbys

Utseende
Lukt
Smak
Konsistens
Temperatur
Hygiene
Matens næringsinnhold
Porsjonsstørrelse
Måltidsrytme (antall måltider)

Miljøfaktorer

Daglige rutiner
Spiseplass (lys, lyder, lukter)
Servering, aktivisering)
Personell
Spisehjelp
Redskaper
Informasjon

Medisinske faktorer

Sykdom
Almenntilstand
Behandling
Medisiner (bivirkninger som innvirker på appetitt osv)
Mage-/tarmfunksjon (som dysmotilitet, refluks, forstoppelse, kvalme, diare)
Respirasjon (pust)
Smertes

Kulturelle og psykososiale faktorer

Erfaring med spising og måltider
Sosiale faktorer i måltidet
Stress, uro, bekymring
Depresjon, sorg og ensomhet
Kunnskap om næringsbehov, rettigheter og tilbud
Religion og etnisitet
Vaner
Trivsel

 Helsedirektoratet

Figur 1 Faktorer som kan påvirke matinntaket. Hentet fra Helsedirektoratet.

3.1 JURIDISKE RAMMER FOR ERNÆRINGSARBEIDET

Flertallet av eldre har ikke regelmessig kontakt med helse- og omsorgstjenestene, men et fåtall har det jevnlig, og de fleste har det innimellom. Det gir helsepersonell et stort ansvar når det gjelder å følge opp ernæring og kosthold hos de eldre.

De juridiske rammene for ernæringsarbeidet er nokså sammenfallende med kravene for det arbeidet helsepersonell generelt utfører, skriver Helsedirektoratet. Oppfølging av ernæring følger av kravet om forsvarlighet og beskrives i:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Lov om spesialisthelsetjenester
- Helsepersonelloven

Videre utdyper Kvalitetsforskriften og Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) som gjelder for pleie- og omsorgstjenester i kommunene forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. I tillegg vil pasient- og brukerrettighetsloven være relevant som forståelsesramme for oppfølging av ernæring hos eldre.

Se link hos Helsedirektoratet for mer utfyllende informasjon: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/det-juridiske-grunnlaget-for-god-ernaeringspraksis>

3.2 VERKTØY I DET SYSTEMATISKE ERNÆRINGSARBEIDET

Vi starter med å gå gjennom verktøy til bruk i det systematiske ernæringsarbeidet, siden dette er et tema som er relevant både for hjemmeboende eldre, og de som bor på institusjon. Dårlig ernæringsstatus hos eldre er en faktor som kan føre til kraftløshet, tiltaksløshet og fallulykker, sårutvikling/økt dødelighet, økt sykkelighet og generell funksjonssvekkelse (Devik & Olsen, 2018). Et regelmessig, allsidig sammensatt kosthold i tråd gjeldende anbefalinger for målgruppen er viktig. Underernæring er et betydelig problem blant eldre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Men enslige hjemmeboende er også en utsatt gruppe. Kognitiv svekkelse øker risikoen ytterligere for underernæring.

Oppmerksomheten og arbeidet for å styrke ernæring hos voksne personer er i hovedsak relatert til forebygging av livsstilssykdommer som visse typer kreft, overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdom. Det er mindre kunnskap spesifikt på hvordan en skal oppnå bedre ernæring hos eldre. Samtidig vet man at all god ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasienters/brukeres ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak og oppfølging og evaluering av tiltakene (Bøhn et al., 2017). Devik og Olsen (Devik & Olsen, 2018) har delt inn i disse hovedkategoriene av tiltak for å forebygge underernæring:

- Kartlegging av ernæringsmessig risiko
- Individrettede tiltak
- Kompetansehevende tiltak
- Organisatoriske tiltak
- Tiltakspakker for forebygging og behandling gjennom pasientsikkerhetsprogrammet.

I Bøhn et al.s kunnskapsoppsummering (Bøhn et al., 2017) beskriver forfatterne at flere norske undersøkelser tyder på at det er manglende rutiner for kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus, skriftlige prosedyrer og beregning av vektstatus i både sykehjem og hjemmetjenesten i Norge. Det betyr at det er reell fare for at personer med ernæringsproblemer ikke blir fanget opp – og fulgt opp.

Et systematisk ernæringsarbeid (screening, tiltak/oppfølging, evaluering av tiltakene) i tråd med trinnene i kvalitetsforbedringssirkelen er følgelig viktig å gjennomføre for alle brukere/pasienter som har kontakt med helse- og omsorgstjenestene. Dette arbeidet kan betraktes som “grunnmuren” for å ivareta den eldre befolkningens ernæringsstatus. Det finnes en lang rekke veiledere, retningslinjer etc. til bruk i ernæringscreening. Men – som Evju og Lindgren (2017) (referert i Bøhn et al. 2017) påpeker, er det ikke valg av screeningsverktøy som avgjør om den eldres ernæringsstatus blir fulgt opp, men at det er utarbeidet gode rutiner for hvordan de enkelte skal følges opp.

Under presenterer vi de mest sentrale offentlige rådene, retningslinjene og instrumentene til bruk for å kartlegge og følge opp ernæringsstatus for personer som mottar helse- og omsorgstjenester

Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>

De nasjonale faglige rådene tar for seg (i) God ernæringspraksis, (ii) Standardkost i helseinstitusjoner, (iii) Spesiellkost i institusjoner og (iv) Religiøse og kulturelle kostholdshensyn

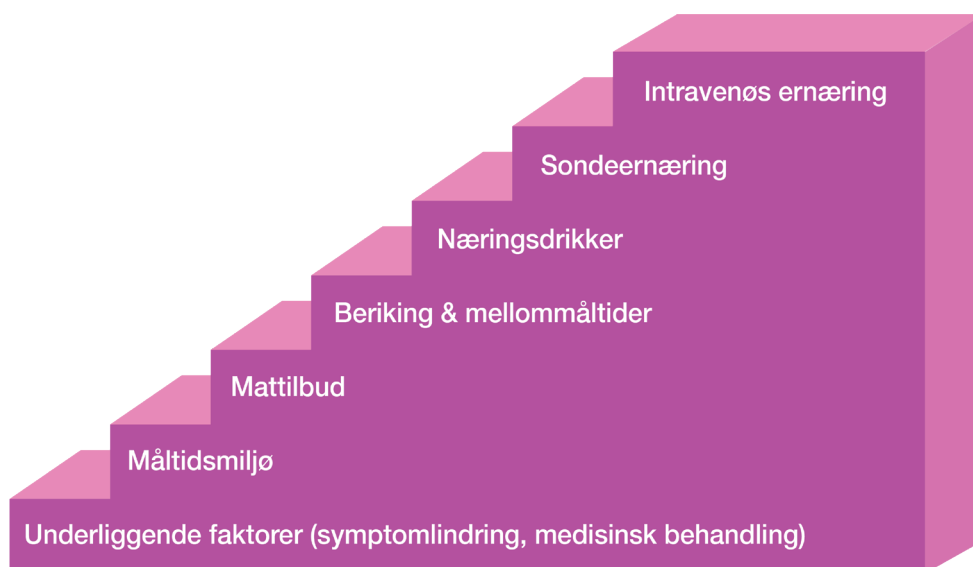
Under god ernæringspraksis finner vi blant annet råd for hvordan vurdere pasientens ernæringsstatus, tiltak og oppfølging, fordeling av ansvar og oppgaver for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten og tiltak når matinntaket blir for lite.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring.

Retningslinjene er rettet inn mot personell og ledere både i spesialist- og primærhelsetjenesten som har ansvar for å gi god kvalitet ved oppfølging av underernærte og pasienter i ernæringsmessig risiko. Følgende tiltak anbefales implementert:

1. Å vurdere ernæringsmessig risiko
2. Å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
3. Å dokumentere ernæringsstatus og -tiltak i pasientens journal og epikrise
4. Å videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/> /attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7ard18145aa0erf30086ca5dcd/Forebygging%20og%20behandling%20av%20underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernærings tiltak

Illustrasjon av ernæringstrappen

Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite>

Ernæringstrappen er en modell som skal veilede helsepersonell/tjenestene til *“å velge det minst ressurskrevende og beste tiltaket for å bedre pasientens ernæringsstatus. I noen tilfeller er det riktig å starte på et høyere trinn eller hoppe over noen trinn. Det kan også være aktuelt å kombinere flere trinn, for eksempel konsistentilpasset kost og sondeernæring,”* heter det hos Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017). Det betyr at en må starte med å undersøke de underliggende faktorene, altså faktorer som kan ligge bak at pasienten har dårlig ernæringsstatus. Det kan for eksempel være at pasienten plages med smerte, kvalme eller fysiske funksjonsvansker. Noen eldre kan også ha nedsatt appetitt på grunn av psykologiske faktorer som ensomhet og depresjon (Livsmedelsverket, 2017). Videre plages mange eldre med dårlig tannstatus og følgelig med tygge- og svelgebesvær (Sundhetsstyrelsen, 2017). Sammenfattet vil en rekke faktorer som henger sammen med aldri bidra til nedsatt appetitt (ibid.), og det kan derfor være nødvendig å iverksette tiltak mot de underliggende faktorene, i de tilfeller det er mulig.

Måltidsmiljøet er neste trinn på trappen. Måltidsmiljøet er viktig for matlyst og trivsel og forholdsvis enkelt å gjøre noe med. Borddekking, belysning, lukt og trivsel etc. kan påvirke matlyst. Dette temaet tar vi nærmere opp senere i kapitlet.

Videre finner vi trinnet med *“matmiljø”*. Det henspiller på at pasienter og beboere har rett på tilpasset kost. Mattilbudet til de eldre som får tjenester skal omfatte både standard- og spesialkost, samt tilpassende måltidstider. Mattilbudet bør også tilpasses tradisjoner, religion, diagnose og individuelle behov. Å ha ulike valgmuligheter til hvert måltid er positivt (Helsedirektoratet, 2017).

For en del pasienter er det nødvendig med beriking og mellommåltider. Dette er det neste trinnet på trappen. Energiberikning er egnet til underernærte og pasienter med dårlig matlyst og kan ha stor effekt på totalt energi- og proteininntak i løpet av dagen. Hvordan skal man enerigberike maten? Helsedirektoratet skriver at: *Fett “inneholder mye energi og produkter som fløte, olje, smør, margarin og rømme egner seg godt som energiberikning. Ved sykdom er proteinbehovet ofte økt og kan være vanskelig å dekke behovet. Derfor bør produkter rike på protein brukes til berikning, som for eksempel å tilsette måltidet ekstra kjøtt, fisk, egg eller meieriprodukter. Egg og meieriprodukter egner seg godt i grøt for å øke energi- og proteininnholdet. Brødmåltider kan berikes ved at man bruker mer pålegg og ekstra fett. Middager bør ha rikelig med saus og for eksempel ekstra ost. Drikke bør også bidra med energi. Melkeprodukter er spesielt egnet på grunn av høyt proteininnhold.”* (Helsedirektoratet, 2017).

Næringsdrikker er et tiltak for pasienter som synes det er vanskelig og spise og har dårlig matlyst. Næringsdrikker, eller andre typer berikede pureer, shots eller liknende er godt egnet som et supplement til hovedmåltidene. Det anbefales fra helsemyndighetene at man tilbyr næringsdrikker som avslutning på måltidet, som mellommåltid eller rett før leggetid slik at de kommer i tillegg til de øvrige måltidene. I en systematisk review av intervensjoner for å øke mat- og drikkeinntak hos personer med demens, fant imidlertid forfatterne at å gi næringsdrikke så ut til å gi en korttidseffekt på ernæringsstatus, men de kunne ikke si noe om langtidseffekter (Abdelhamid et al., 2016).

Øverst i trappen finner vi tiltak som sondeernæring og intravenøs ernæring. *“Sondeernæring kan vurderes når matinntaket er for lite eller det er medisinske – eller behandlingsmessige årsaker som gjør at matinntaket blir for lite. Sondeernæring bør velges framfor intravenøs ernæring når pasienten har en fungerende mage- tarmkanal. Intravenøs ernæring brukes i dag primært i sykehus, men skal også kunne gis hjemme eller på sykehjem til pasienter som trenger det. Intravenøse ernæringsløsninger er klassifisert som legemidler og må derfor ordineres av lege. God opplæring bør gis både til pasienten, pårørende og annet pleiepersonell for å unngå komplikasjoner”* (Helsedirektoratet, 2017). Vi går ikke nærmere

inn på disse temaene her, gitt at Leve hele livet reformen retter oppmerksomheten mot eldre som spiser selv.

Spesifikt om Rutiner for å vurdere ernærings-status i hjemme-sykepleien (Aagaard & Grøndahl, 2017): <https://sykepleien.no/forskning/2017/03/rutiner-vurdering-av-ernaeringsstatus-i-hjemmesykepleien>

Utarbeiding av ernæringsplan

Dersom kartlegging av pasient/brukers ernæringsstatus viser at vedkommende har behov for ernæringstiltak, skal man utarbeide en ernæringsplan. Ernæringsvurdering og næringsinntak skal ligge til grunn for konkrete tiltak i planen, og man kan bruke ernæringstrappen som et verktøy for å se på hvilket trinn en bør legge inn tiltak for brukeren. Det kan for eksempel være å skape et hyggelig måltidsmiljø, berikning av vanlig mat, ekstra mellommåltider eller tilskudd av næringsdrikker.

Planen skal være en del av tjenestemottakers tiltaksplan og krav til innhold er:

- ernæringsstatus
- ernæringsbehov (tjenestemottakers energi- og væskebehov)
- tiltak
- mål
- plan for evaluering

Om evaluering av planen:

- Evaluering er en forutsetning for å vurdere om tiltakene har hatt ønsket effekt eller om det er behov for revidering av ernæringsplanen.
- Evalueringen av ernæringstiltakene bør fastsettes til for eksempel daglig, ukentlig eller månedlig.

Referanse: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-risiko-for-underernaering>

Pasientsikkerhetsprogrammet

I Pasientsikkerhetsprogrammet er som nevnt over forebygging av underernæring ett av innsatsområdene. Det er utarbeidet tiltakspakker for hjemmetjenestene, sykehjem og sykehus.

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/ern%C3%A6ring>

Pasientsikkerhetsprogrammets tiltak tar utgangspunkt i Nasjonal retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, og en ekspertgruppe for innsatsområdet har valgt ut de tiltakene de mener er de viktigste for å forebygge underernæring. Tiltakspakkene ble i mai 2018 justert etter erfaringer gjort fra deltakende team i det nasjonale læringsnettverket i 2017. Programmet anbefaler at man jobber med underernæring etter følgende skritt:

- Gjør en risikovurdering
- Gjennomfør individuell kartlegging
- Gi tilstrekkelig ernæring
- Viderefør informasjon

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler ikke enkelttiltak i seg selv som skal sikre at brukeren får i seg nok ernæring, men viser til Kosthåndboken (se neste avsnitt) og faktorer som kan påvirke matinntaket (se figur 1) og ernæringstrappen. Individuell tilpasning til den enkelte bruker vektlegges.

På nettsiden til Pasientsikkerhetsprogrammet finner vi også tre pilotrapporter: en fra Slåtthaug sykehjem, Stavanger kommune, og fra Stavanger universitetssykehus

Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

Kosthåndboken gis ut av Helsedirektoratet og har som målsetning å bidra til å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. Håndboken legger vekt på betydningen av kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus. Rett mat til rett pasient til rett tid krever kompetanse og samarbeid på flere nivåer. Godt tverrfaglig samarbeid og tydelig ansvarsfordeling er dermed avgjørende for å lykkes med ernæringsarbeidet. Kosthåndboken er rettet mot ledere, helsepersonell og kjøkkenpersonell i helse- og omsorgssektoren og kan brukes som et oppslagsverk.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kost%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf> /attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kost%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf

Andre instrumenter:

- Mini-nutritional assessment (MNA): Ernæringsscreeningverktøy for både primær- og spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsebiblioteket.no/ernaering/verktoy/mna-mini-nutritional-assessment>
- Malnutrition Universal Screening (MUST): Ernæringsscreeningverktøy for både primær- og spesialisthelsetjenesten. <https://www.helsebiblioteket.no/ernaering/verktoy/must-malnutrition-universal-screening>
- NUFFE-NO: The Nutritional Form For the Elderly-norsk versjon

3.3 HJEMMEBOENDE ELDRE

De aller fleste eldre er hjemmeboende og i mer eller mindre god form. De er følgelig ansvarlige for eget kosthold og lager enten sin egen mat, eller får bistand fra hjemmetjenesten med matlaging og/eller tilrettelegging av måltider. Målet for den hjemmeboende gruppen eldre må være at mat og måltider skal fungere helsefremmende (både fysisk og psykisk), gjennom å ivareta ulike aspekter som riktig ernæring og sosial kontakt i forbindelse med måltider.

INFORMASJON OG KOMPETANSEHEVING TIL HJEMMEBOENDE

Forskningslitteraturen viser at informasjon og rådgivning til eldre om kost og ernæring kan motivere til endring av kosthold (Sundhetsstyrelsen, 2015). Mange hjemmeboende eldre vil ha behov for mer kunnskap og kompetanse om kosthold og ernæring. Informasjon og rådgivning til hjemmeboende kan enten gjøres gjennom generelle opplegg, eller rettet mot individuelle behov hos enkeltpersoner. Det blir imidlertid en viktig kommunal oppgave å sørge for at kommunens eldre innbyggere kjenner til de forskjellige informasjonskilder, og tiltak/kurs etc. som finnes. I Danmark anbefaler man

derfor at parallelt med at man lager tiltak, bør man utforme informasjonsmateriale. Informasjonen kan deles på kommunens nettsider, på dagsentra, på apoteket, gjennom forebyggede hjemmebesøk, sosiale medier m.m. (Sundhetsstyrelsen, 2015).

INFORMASJON TIL DEN GENERELLE ELDREBEFOLKNINGEN

Informasjon rettet inn mot den generelle eldrebefolkningen vil typisk være informasjon av forebyggende karakter der formålet er å påvirke matvaner (og eventuelt levevaner) i positiv retning. Det er aktuelt å informere både om hvordan man skal takle overvekt, uplanlagt vekttap og underernæring (Sundhetsstyrelsen, 2015). Det finnes en rekke generelle informasjonskilder på området – både fra myndighetene og fra private aktører, som pasientforeninger – samt fra kommersielle aktører.

Offentlig informasjonsmateriale

Helsedirektoratet og helsenorge.no gir en del informasjon som er relevant for eldre. Noe er av generell art (for hele befolkningen), mens annet er spesifikt rettet inn mot eldre.

Regjeringen legger opp til at kosthold skal være en kilde til helse i alderdommen. I kampanjen «Bare du» gir Helsedirektoratet alderstilpassa helseråd og kostholdsinformasjon.

<https://helsenorge.no/baredu>

Her kan eldre selv gå inn på nettet og lese gjennom mye stoff. En fane handler for eksempel om “Bedre kosthold”, en annen om “alkohol” og en annen om saltinntak (“salt-test”). Innenfor bedre kosthold-fanen kan eldre få informasjon om hvordan de kan sette sammen et sunt måltid, hvordan måltidsrytmen bør være, samt fordeling av matsorter på tallerkenen

For øvrig finnes kostråd for den generelle befolkningen:

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>

Eks. på informasjon fra private aktører

- Eksempler er Kreftforeningen kostholdsråd dersom du er rammet av kreft:
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/kosthold-og-kreft/>
- Landsforeningen for hjerte- og lungesykes kostholdsråd og tilbud om kurs (koster penger)
<https://www.lhl.no/et-sunnere-liv/matoppskrifter/inspirasjon/>
- Norsk revmatikerforbund
<https://www.revmatiker.no/lev-med-diagnosen/kosthold/>

Kompetansehevende tiltak

Det er også gjennomført forskjellige typer tiltak som har til hensikt å øke eldres kompetanse på kosthold/ernæring. Ett eksempel er **deltakelse i studiesirkel**. I en studie av Tomstad et al. (Tomstad, Söderhamn, Espnes, & Söderhamn, 2013) studerte man effekter av deltakelse i studiesirkel i Norge, der formålet var å støtte egenomsorg for ernæring hos hjemmeboende eldre. Det var kun to deltakere (menn) inkludert i studien, men forskerne fant redusert risiko for underernæring hos begge. Deltakelse i studiesirkelen ga en mulighet til å snakke om mat og måltider med helsepersonell, og bidro til bedre ivaretagelse av egen ernæring (Devik & Olsen, 2018; Tomstad et al., 2013).

Et annet eksempel på tiltak stammer fra Canada der hjemmeboende (over 50 år) deltok på et **kokkekurs/workshop** som gikk over åtte ganger. Effekten av kurset var at kunnskapen økte, de fikk større tiltro til seg selv og bedre matvaner. De opplevde imidlertid ikke økt autonomi. Varianter av kokkekurs som gir kunnskap både om næringsstoffer og matlaging ser ut til å bedre matvaner hos hjemmeboende (Moreau, Plourde, Hendrickson-Nelson, & Martin, 2015).

INDIVIDUELL RÅDGIVNING OG INFORMASJON

Individuell rådgivning skjer gjerne etter at personale i helse- og omsorgstjenesten har identifisert et behov hos den eldre. Dette kan for eksempel skje gjennom et forebyggende hjemmebesøk (se avsnitt under). Den eldre bør få veiledning, for eksempel fra sykepleier, ernæringsfysiolog eller en annen ernæringsfaglig person (Sundhetsstyrelsen, 2015).

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er et mulig tiltak for å identifisere behov omkring ernæring og øke eldres kompetanse om temaet. Forebyggende hjemmebesøk er en godt kjent ordning som gjennomføres flere steder i landet. I en kartlegging av utbredelse og innhold i tilbudet i alle norske kommuner, fant Førland og Skumsnes (Førland & Skumsnes, 2014) at helsefremmende heller enn sykdomsforebyggende forhold ble vektlagt i hjemmebesøkene. Mange av de samme temaene blir tatt opp på tvers av kommunene, med hovedvekt på sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold, selvhjelpenhet, **ernæring**, sosialt nettverk, hjelpemidler og aktiviteter. I en senere oppsummering av kunnskap fant de samme forfatterne at det er uklar effekt av besøkene, men at de i hovedsak blir positivt mottatt av de eldre og av kommunene. Blant annet viste oppsummeringen at de eldre ga uttrykk for at de fikk nyttig informasjon om hvordan de kan bevare god helse og mestre hverdagen i alderdommen. Besøket gav dem i tillegg økt trygghet gjennom å ha fått en kontaktperson i kommunen å henvende seg til ved framtidige behov (Førland & Skumsnes, 2017).

I en intervjustudie av Skovdahl et al. (Skovdahl, Blindheim, & Alnes, 2015) fant de at hjemmebesøk kan skape et viktig tillitsforhold mellom de eldre og helsepersonell i kommunen, noe som kan gjøre terskelen for kontakt lavere, og gir en bekreftelse og økt trygghetsfølelse i hverdagen. Studien handlet ikke spesifikt om eldres forhold til mat og ernæring, men forfatterne tar opp at i samtalen mellom hjemmesykepleieren og den eldre som fikk besøk fortalte flere av de eldre at de fikk en bekreftelse på at det de gjorde i forhold til for eksempel trening eller kosthold var viktig for fortsatt å opprettholde en god helse.

Ingen av de studiene vi har identifisert som handler om forebyggende hjemmebesøk tar spesifikt for seg mat, ernæring eller kosthold. Vi ser likevel at dette er en arena der en kan komme i dialog med eldre hjemmeboende om temaene, og de eldre som får besøk kan etablere en kontakt med det kommunale tjenesteapparatet.

FELLES MÅLTID/MÅLTIDSPARTNERSKAP

Vektlegging av det sosiale aspektet ved måltider, gjennom såkalte måltidspartnerskap, kan gi eldre mer lyst til å spise. Måltidspartnerskap kan forstås som at personer spiser sammen, uten at helsepersonell nødvendigvis er involvert. I Meld. St. 19 (2014–2015) «Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) ble ideen om måltidspartnerskap løftet fram. Måltidspartnerskap kan være

et viktig virkemiddel for bedre kosthold, og regjeringen ønsker å følge opp dette. I Danmark har de lang erfaring med måltidspartnerskap som en kan hente erfaringer fra. Sundhedsstyrelsen i Danmark skriver at *“Spisefællesskaber er afprøvet i mange forskellige former lige fra spisevenner, hvor en person kommer til middag i den ældre persons hjem, til madklubber, madlavningskurser med efterfølgende fællesspisning mm. Erfaringen er, at oplevelsen af gode rammer omkring måltidet er helt central for lysten til både at lave og spise mad, samt at de sociale relationer, der opstår i spisefællesskabet, er motiverende for, at deltagerne bliver ved med at have lyst til at deltage i spisefællesskabet.”* (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Sundhedsstyrelsen anbefaler at man vurderer “spisevenn” for eldre i risikogruppe. For eksempel kan dette gjelde personer som nylig har mistet ektefellen, som skrives ut fra sykehus eller avslutter et rehabiliteringsopphold, eller eldre med en alvorlig syk ektefelle/partner. Identifiseringen av målgruppen kan gjøres av alle som har kontakt med eldre i kommunen. Jf. tidligere avsnitt om forebyggende hjemmebesøk, er det en aktuell anledning for å identifisere eldre som kan ha utbytte av måltidspartnerskap. I Danmark er erfaringen at det kreves oppbacking fra ledelsen for å iverksette ordningen, men dersom man allierer seg med frivillige som “spisevenner” er ordningen ganske selvgående når den først er i gang. Frivilligkoordinator kan bidra med å organisere tilbudet og de frivilliges innsats (Sundhedsstyrelsen, 2015).

En annen, noe beslektet ordning, er måltidsfellesskap. Formål og målgruppen er den samme som ved spisevenn-tiltaket, men i stedet for at en frivillig kommer hjem til den eldre, går en gruppe eldre sammen og har felles måltid. Måltidsfellesskapet kan gjennomføres enten privat (hjemme hos noen), eller for eksempel i et kommunalt lokale (kantina i et sykehjem/dagsenter etc.). Måltidsfellesskapet kan også bygges ut med matlagingskurs (jf. avsnittet om kompetanseheving). Erfaringen fra Danmark er at denne ordningen også krever at kommunal ledelse tar stilling til rammer og ressurser og et eventuelt samarbeid med frivillige. Videre har det vist seg i enkelte danske kommuner at det er nyttig å ha en form for koordinator som tar initiativ til felles måltider og eventuelt deltar i måltidet. En kommunal koordinator anbefales. I Norge kan Frivilligsentralene, seniorsentre og tilsvarende lokale tilbud være viktige bidragsytere i å engasjere frivillige og tilby måltidsfellesskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

En konkret variant av måltidspartnerskap ble testet ut i satsningen “Løft for bedre ernæring” i Oslo kommune. Hensikten var at brukere som hadde nytte av det når det gjaldt å øke det sosiale aspektet ved måltidet skulle få spise sammen på eldresenteret. Resultatene fra prosjektet viste at fellesmåltidene bidro til sosialt samvær, og flere av brukerne var så fornøyde med mattilbudet at de i ettertid ble faste brukere (Bøhn et al., 2017; Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014).

Et annet eksempel finner vi fra Bergen kommune som høsten 2017 startet prosjektet “Spisevenn”. Det innebærer at eldre hjemmeboende som trenger og ønsker det, kan få “en frivillig som kommer på besøk for å spise middag sammen med den eldre og dele gode historier”. Tanken er at en spisevenn bidrar til sosialt fellesskap, kognitiv stimuli, gir måltidsglede og forhåpentligvis økt matlyst (Bergen kommune, Uoppsett årstall). Vi har ikke funnet at resultatene fra prosjektet er beskrevet (ennå), men tar det med som et eksempel på et tiltak for å øke matglede og matlyst.

MEDSPISING

Medspising er også en variant av måltidspartnerskap, men med den forskjellen at her spiser helsepersonell sammen med brukeren/mottaker av hjemmetjenester. Medspising har til hensikt å skape et bedre måltidsmiljø for hjemmeboende slik at personer som har dårlig matlyst spiser mer (Helsedirektoratet, 2016 [2012]). Det er i dag ikke vanlig at helsepersonell spiser sammen med brukeren under et måltid (Bøhn et al., 2017), men det kan vurderes ut i fra målgruppas behov. Det finnes eksempler på kommuner som har gjort forsøk på med medspising. For eksempel har Oslo kommune hatt tiltak på medspising. Erfaringen fra bydelene var at det er en forutsetning for å få gode erfaringer med medspising at de ansatte har nok kunnskap, både om ernæring og spesielt om tilnæringsmetoder – det vil si hvordan man skal få til en god medspisingspraksis (Bøhn et al., 2017; Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014). Særlig viktig var det at brukerne ikke opplevde medspising som en form for overvåking (Halleland, 2015).

I kunnskapsoppsummeringen til Bøhn et al. (Bøhn et al., 2017) viser de til erfaringer fra Danmark knyttet til prosjektet “Madservice”.² “Matdservice” er et begrep som er satt på agendaen i den nasjonale handlingsplanen for måltider og ernæring til eldre i hjemmepleien og pleieboliger (Socialstyrelsen, 2013). I et av tiltakene under dette prosjektet framkom det at ansatte i hjemmetjenesten ønsket mer fleksibilitet rundt mat og måltider for hjemmeboende. Det gjaldt både selve maten (næringsverdi og konsistenstilpasning) og tidspunkt for når den eldre vil spise og følgelig når hjemmesykepleien skal bistå. Det vil si at en viktig avklaring mellom bruker og hjemmesykepleien er *når* brukeren vil spise og *hvordan* hjemmesykepleien skal bistå i måltidet.

MATOMBRINGING/HJEMLEVERING AV MÅLTIDER

Mange eldre kan ha nytte av – og behov for – å få mat levert på døra. Det kan bidra til at eldre får bedre kosthold og større uavhengighet omkring måltidene. Hjemlevering av måltider kan organiseres på forskjellige måter. I Danmark faller det inn under “Madservice”-prosjektet (jf. beskrivelse over) og starter med et besøk fra kommunen hvor de vurderer brukerens ernæringsbehov. Dersom brukeren har særskilte ernæringsbehov, må man sørge for at vedkommende får levert mat som er tilpasset behovene. Dersom hjemlevering av mat skal ha den ønskede effekten er det selvfølgelig viktig at brukeren spiser maten. I Danmark har man erfart at kommunene ikke har noen systematisk oppfølging av om den eldre faktisk spiser maten. Sundhetsstyrelsen anbefaler derfor at kommunen følger med på matens kvalitet (smak, duft, uteseende) og etterstreber individuell tilrettelegging av måltid, samt passer på at maten blir levert når den skal (Sundhetsstyrelsen, 2015).

Det er ikke entydig vist at hjemlevering av måltider har ønsket effekt, skriver Bøhn et al. (Bøhn et al., 2017). Studiene på dette området er ofte vanskelige å sammenlikne fordi hensikten har vært litt ulik. I tillegg er det stor variasjon mellom land, internasjonalt sett, hvordan maten blir levert. Det kan være en blanding av offentlige, private og frivillige aktører som leverer måltidene. Dersom en kommune ønsker å tilby hjemlevering av måltider, blir det derfor viktig å finne ut hvordan man skal organisere tjenesten.

² <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Madservice> (lesedato: 8.12.19)

BISTAND TIL HANDLING

“Sam-handling”: Mange eldre er friske nok til å gå på butikken og handle sin egen mat, men noen kan tidvis trenge bistand til handling. I en studie av ernæringsstatus til eldre hjemmeboende med demens og kognitiv svikt som får bistand av hjemmetjenesten, fant forfatterne at hjemmeboende som gjør matinnkjøp selv har mindre sannsynlighet for underernæring enn de som ikke gjør de (Rognstad, Brekke, Holm, Linberg, & Lühr, 2013). Studien kan imidlertid ikke si noe om hvorvidt det var slik at de som handlet selv/fikk bistand til handling var friskere enn de som ikke gjorde det, og følgelig hadde et bedre ernæringsmessig utgangspunkt. Forfatterne konkluderer uansett med at hjemmeboende med behov for bistand til handling, bør tilbys mulighet for å handle sammen med hjemmehjelpen, slik at de selv kan velge mat de har lyst på. vi kan legge til at det selvfølgelig kan være aktuelt at de eldre får hjelp til handling fra andre også, for eksempel frivillig (eller pårørende). At eldre personer får større medbestemmelse over hva slags mat som blir handlet inn, øker muligheten for større valgfrihet og variasjon i måltider.

Bedre ernæringsstatus hos hjemmeboende er et resultat av flere tiltak

Bøhn et al. (Bøhn et al., 2017) peker videre på at ved å kombinere forskjellige tiltak kan man minske risikoen for underernæring. I en studie blant hjemmeboende eldre undersøkte man konsekvensene av ekstra kveldsmåltid, energiberikning og medspising på ernæringsstatus. Resultatene tyder på at et ekstra kveldsmåltid kan bidra til å forbedre ernæringsstatusen til gruppa (Halleland, 2015).

I Oslo kommune gjennomførte tre bydeler prosjekter som hadde som mål å bedre ernæringsstatus hos eldre brukere av hjemmetjenester. **Bydel Frogner:** rettet mot personer med demens. Tiltakene som ble gjennomført var kartlegging av ernæringsstatus og oppstartssamtaler med bruker- og pårørende. Deretter iverksatte bydelen individuelle ernæringstiltak som medspising, beriking av måltider, ernæringstilskudd og andre ernæringsprodukter, tillitsskapende tiltak og miljøtiltak, samt sosiale tiltak utenfor hjemmet i form av eldrecenter, dagsenter, besøksvenn o.l. I utarbeidelsen av ernæringstiltakspakken ble Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, behandling av underernæring, Kosthåndboken og nettsiden Trå lekkert³ benyttet. I tillegg utarbeidet bydelen en lokal ernæringsrutine (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo, 2017).

Bydel Sagene: Prosjektet var rettet mot hjemmeboende eldre med kognitiv svikt og demenssykdom. Gjennom tidligere tiltak har man opprettet individrettede tiltak og spisegrupper. Målet var å øke matinntak, oppnå matglede og forebygge underernæring hos de ti inkluderte brukerne. Det var også et mål å øke medarbeidernes kunnskap innenfor temaene ernæring, demens og dokumentasjon av ernæringsarbeidet i Geric. Alle brukerne fikk iverksatt og prøvd ut individrettede tiltak som medspising, kortere nattefaste og ekstra måltider. Ansatte fikk undervisning om forskjellige emner, og bydelen brukte Marte meo - metodikk som inkluderte filming av de ansatte sammen med bruker. Resultatene fra prosjektet viste at man oppnådde økt matinntak og større matglede hos brukerne. Flere av brukerne fikk økt vedtakstid i forbindelse med ernæringstiltak. Man benyttet i større grad faste pleiere som brukerne kjente. Prosjektet førte til mer personsentrert omsorg, og hjelpen som ble gitt ble mer individualisert. Bydelen konkluderte med at prosjektet hadde gitt økt kvalitet i ernæringsarbeidet.

³<http://www.fag.oslo.kommune.no/> (lesedato: 29.12.19)

I **Bydel Nordre Aker** har hjemmetjenesten hatt ernæring som satsningsområde siden 2010, og de har blant annet opprettet en ernæringsgruppe bestående av fire “ernæringsfyrtårn” som representerer hver sin gruppe i hjemmetjenesten. Personene som har rollen som ernæringsfyrtårn er ansatte som har en særlig kompetanse innen ernæringsarbeid og god ernæringspraksis. Videre har bydelen etablert et “mestringsteam”, som er en ny tjeneste som skal sikre god ernæringskompetanse. Teamet skal bidra til at brukerne får økt mestringsevne, selvstendighet og økt livskvalitet. Forebygging står sentralt. Målet med prosjektet/teamet har vært at alle brukere med behov for ernæringsoppfølging skal få tilbud/tjenester som er faglige forsvarlige og korrekt dokumentert. Prosjektet har blant annet ført til bedre samhandling generelt, og innenfor ernæringsoppfølging spesielt, mellom tjenestene. Medarbeiderne i hjemmetjenesten har også fått økt sin kompetanse på feltet og de har dermed blitt bedre til å følge opp brukernes behov. Totalt sett har bydelen fått mer fokus på ernæringsarbeid og brukerne har fått bedre matinntak og økt matglede, ifølge forfatterne av rapporten (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo, 2017).

3.4 ELDRE PÅ SYKEHJEM/SYKEHUS

Svært mange eldre vil ha kontakt med helse- og omsorgstjenestene i form av innleggelse på sykehus, bo i heldøgns omsorgsboliger eller på sykehjem. Disse vil ha et ekstra behov for å bli fulgt opp ernæringsmessig. I Kosthåndboken heter det at *“Alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.”* (Helsedirektoratet, 2016 [2012]) Heldøgnsinstitusjoner stiller særlige krav til ernæringsarbeidet. Individuelle behov må styre tilretteleggingen. Tiltakene må tilrettelegges ut ifra individuelle behov, avhengig av om personen er i aktiv rehabilitering, er eldre med ulike funksjonsnedsettelse, har alvorlig grad av demens, eller er alvorlig syk eller døende. Nært samarbeid med pasient/pårørende er verdifullt for å optimalisere mattilbudet og ernæringsbehandlingen i (Helsedirektoratet, 2016 [2012]).

ERNÆRINGSSCREENING OG OPPFØLGING

Vi har innledningsvis presentert generelle råd og verktøy for ernæringscreening etc. For personer som bor på sykehjem eller i omsorgsbolig, samt pasienter i sykehus er det særlig viktig å kartlegge og følge opp ernæring, siden vi vet at en stor andel av disse står i fare for underernæring. Blant annet fremhever en rekke studier at munnhygiene og tannstell er en stor utfordring som hindrer god ernæring og gode måltidsopplevelser når sykdom rammer. Dette gjelder spesielt eldre som bor i institusjon (Strand, Stenerud, & Hede, 2017). For eldre i sykehjem har rundt 80 prosent behov for hjelp til daglig munnhygiene, men ofte er ikke hjelpen de får tilstrekkelig. Kunnskap og holdninger blant helsepersonell synes å være en større utfordring enn holdninger og vaner hos beboerne (ibid.). Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2013 [2010]) anbefaler følgende:

Hvem skal vurderes for risiko for underernæring?

- Alle søkere/mottakere av helsehjelp, tidsbegrensede opphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon skal risikovurderes.

Vurdering av risiko for underernæring gjøres ved å besvare følgende spørsmål:

1. Vekttap siste måned (ja eller nei)?
2. Redusert næringsinntak siste måned (ja eller nei)?
3. Er KMI (Kroppsmasseindeks) for lav? (mindre enn 22 for eldre over 65 og mindre enn 20 for yngre)
KMI = Vekt/høyde² (vekt (kg) delt på høyde (meter) ganger høyde (meter))

Risiko for underernæring skal vurderes månedlig i henhold til [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring](#).

Er svaret «Nei» på første og andre spørsmål, må også det tredje spørsmålet stilles.

Er svaret «Ja» på første innledende spørsmål er det ikke nødvendig å stille de andre to spørsmålene. Da er personen i ernæringsmessig risiko og det skal utarbeides en ernæringsplan med tiltak.

Skal registreres med avkrysning (ja/nei)

Dersom beboeren er – eller står i fare for å bli – underernært, skal det utformes en ernæringsplan.

Ernæringsplan: I institusjon skal en ernæringsplan i tillegg omfatte valg av mattilbud, for eksempel energi- og næringstett kost eller spesialkost.

Individrettede tiltak. Mye av innsatsen for å bedre ernæringsstatus hos eldre på institusjon vil ha karakter av individrettede tiltak. Pleiepersonalet spiller en viktig rolle, både for å identifisere risiko, organisere tiltakene og følge opp måloppnåelse. Kartleggingen over vil være et første skritt mot å bestemme tiltak. Devik og Olsen (Devik & Olsen, 2018) viser i sin kunnskapsoppsummering til følgende individrettede tiltak som er rettet mot sykehjemsbeboere:

- Individuell ernæringsplan: E-læring:
<http://www.velkommentilbords.no/program/?pid=1000140>
- Få matretter tilpasset egen kultur (jf. innsatsområdet Valgfrihet og variasjon). Vi har imidlertid ikke funnet resultater fra studier på dette temaet.
- Få tilpasset matsituasjonen etter individuelle behov (jf. innsatsområdet Det gode måltidet). Et eksempel er forsøk med tilskudd av næring i form av energirike smoothies som er testet ut (og gjøres regelmessig) ved flere institusjoner. I et pilotprosjekt ved to sykehjem undersøkte Salomonsen et al. (Salomonsen, Berland, & Bentsen, 2010) effekten av energirike smoothies til eldre pasienter i sykehjem. Erfaringene, som rapportert fra helsepersonell, var at noen pasienter fikk problemer med fordøyelsen, og det ble heller ikke observert vektøkning hos pasienter som var underernærte. Men tilskuddet ga energi, og førte i noen tilfeller til overaktivitet. Forskerne konkluderte med at det er nødvendig med individuell tilpasning til hver enkelt beboer.

Organisatoriske tiltak. Flere studier viser at det er nødvendig å gjøre endringer i rutiner og organisering i tjenestene for å klare å gjennomføre tiltak som skaper god ernæringspraksis. I kunnskapsoppsummeringen til Devik og Olsen (Devik & Olsen, 2018) konkluderer de med at organisatoriske tiltak for å forebygge underernæring handler om endring, forbedring og systematisering av rutiner i hjemmetjenesten og på sykehjem. Dette omfatter rutiner som går på kartlegging av ernæringsstatus, rutiner for

samhandling mellom personale, samt tilpasning av døgn- og måltidsrytme. Rutiner for å kvalitetssikre dokumentasjon er også viktig. Ethvert sykehjem eller hjemmetjeneste må derfor regne med å jobbe med rutineutvikling og -endring som en del av det systematiske ernæringsarbeidet.

Teamorganisering: Å organisere ansatte i team, der noen har særlig kompetanse på ernæringsarbeid er et virkemiddel for å styrke oppfølging av ernærings hos beboere/pasienter. Kliniske ernæringsfysiologer vil være viktige bidragsyttere i tverrfaglige team innen pasient- og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Å tilknytte seg klinisk ernæringsfysiologisk kompetanse anbefales derfor.

MÅLTIDSMILJØ

Mat har, som tidligere nevnt, en viktig sosial, psykologisk og kulturell betydning i tillegg til den ernæringsmessige. Så er tilfelle også for eldre som bor på institusjon. Delikat mat i et hyggelig måltidsmiljø er grunnleggende faktorer for trivsel og god matlyst, heter det i retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. (Helsedirektoratet, 2010 [2013]). Undersøkelser har vist at ved å lage et godt miljø rundt spisesituasjonen, samt å tilpasse matens konsistens når det gjelder tygge- og svelgevansker, kan beboere på sykehjem spise vesentlig mer. Det sosiale elementet i måltider kan videre gi økt livskvalitet til personer med demens, tyder en systematisk review på (Abdelhamid et al., 2016) Helsedirektoratet viser til at måltidet har lett for å bli nedprioritert på institusjoner fordi andre aktiviteter og behandlinger ofte foregår samtidig. Deres anbefaling er at det må settes av nok tid til måltidet og at måltidet bør beskyttes så langt det lar seg gjøre (Helsedirektoratet, 2017). Andre studier har vist at barrierer for å skape et godt måltidsmiljø er liten ernæringsfaglig kompetanse blant de ansatte og at beboerne har for liten tid til å spise (Watkins, Goodwin, Abbott, & Tarrant, 2019). Det er likevel ikke umulig å jobbe for et bedre måltidsmiljø – og følgelig bedre ernæring og helse – for beboere og pasienter.

Flere studier tyder på at selv små justeringer omkring måltidsituasjonen ser ut til å påvirke matinntaket positivt (Abbott et al., 2013). Noen studier tyder også på at beboere kan også få økt livskvalitet ved at man lager til en koselig ramme rundt måltidet, og at de ansatte deltar i måltidet (Abbott et al., 2013).

Det kan også se ut som at det mest effektive for å forbedre måltidsopplevelsen er å fokusere på flere aspekter ved måltidet samtidig (Vucea, Keller, & Ducak, 2014). Det omfatter å dekke til et fint bord, sørge for delikat servering, samt ha et rolig og trygt måltidssetting. I sin kunnskapsoppsummering viser Bøhn et al. (Bøhn et al., 2017) til flere studier som har vist at personalet på sykehjem spiller en viktig rolle med hensyn til å skape gode måltider. Et forbedret måltidsmiljø på sykehjem gir positive effekter på livskvalitet og måltidsopplevelser, men det etterlyses flere grundige studier.

I en review av “måltidsintervensjoner” rettet mot sykehjemsbeboere med demens, fant Whear et al. (Whear et al., 2014) at det er en viss evidens for at symptomer hos eldre med demens kan reduseres noe ved hjelp av tiltak som å spille musikk under måltidet. Musikk ser ut til å redusere uro, og dette er det mest sikre funnet. Andre mulige tiltak er bedre belysning, størst mulig kontrast mellom tallerken og duk. Det var knyttet større usikkerhet rundt hvorvidt dette gir ønske effekt, men studier tydet på at slik tiltak bidrar positivt. Også i denne kunnskapsoppsummeringen peker forfatterne på behovet for bedre studier.

Basert på kunnskapsoppsummeringer kan vi altså slutte oss til at det ser ut som små tiltak, fortrinnsvis i kombinasjon med hverandre, bidrar til et bedre måltidsmiljø. I Watkins et al's. (Watkins et al., 2017) systematiske gjennomgang av kvalitative studier konkluderer forfatterne med at et måltid er et mangfoldig fenomen, og for å få til gode måltider for beboerne må man gjøre tiltak på mange fronter. Det inkluderer å servere næringsrik og tilpasset mat, og lage en god atmosfære rundt måltidet som ivaretar beboernes behov (individuelle og sosiale). For å få til dette er det helt sentralt at ansatte støtter og tilrettelegger for gode måltidsopplevelser.

Nasjonale satsninger og prosjekter

Det finnes noen større satsninger og prosjekter som skal bidra til å øke måltids glede og skape bedre måltidsmiljøer.

- Regjeringen står bak prosjektet «Gylne Måltidsøyeblikk» som skal bidra til å øke mat- og måltids glede, og bedre mattilbudet for eldre som bor på institusjon og hjemme. Gjennom Gylne Måltidsøyeblikk ønsker myndighetene å motivere til matglede og bedre matomsorg for eldre. I tillegg skal prosjektet sette god matomsorg på dagsorden i kommunene.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/mat-fiske-og-landbruk/mat/innsikt/gylne-maltidsøyeblikk/id2631209/>
- I 2018 ble også pilotprosjektet “Matgledekorpsset i Innlandet” opprettet. Matgledekorpsset besøker institusjoner for å gi inspirasjon, veiledning og råd om hvordan de ansatte kan forbedre mattilbudet til eldre og øke måltids gleden og trivselen blant beboerne.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/mat-fiske-og-landbruk/mat/innsikt/gylne-maltidsøyeblikk/om-gylne-maltidsøyeblikk/id2636965/>

Matgledekorpsset drives av Fylkesmannen i Innlandet: <https://www.regjeringen.no/no/tema/mat-fiske-og-landbruk/mat/innsikt/gylne-maltidsøyeblikk/matgledekorpsset-hjelper-institusjoner-a-bedre-mattilbudet/id2638101/> (se mer info på nettsiden)

Matgledekorpsset er et pilotprosjekt som skal hjelpe institusjonene til å strekke seg litt ekstra for sine spisegjester. For mange eldre er måltidene dagens høydepunkt. Matgledekorpsset retter seg mot matfagarbeidere, de som har pleieoppgaver i institusjoner og i hjemmetjenesten, og for de som inspirerer kommuneadministrasjonen til å se sammenhenger mellom innkjøp av mat, kosthold og matglede. Matgledekorpsset gir veiledning innen:

- Hygge og trivsel rundt måltider
- Brukerinvolvering og bevissthet rundt valg av råvarer og retter
- Kosthold og ernæring
- Matfaglig – måltider og mellommåltider

ENDRING AV MÅLTIDSTIDER OG VARIASJON I MÅLTIDET

Vi har ikke funnet noen relevante vitenskapelige studier som undersøker effekten av å endre måltidstider, det vil si forkorte tidspunkt mellom måltidene for beboere på sykehjem (jf. også (Livsmedelsverket, 2017)). Men studier peker på at lang tid mellom måltidene, for eksempel lang natthaste øker risikoen for underernæring (ibid.). Det betyr at innsatsområdet “måltidstider” i reformen bør gjennomføres ved å forkorte natthaste, samt tilby mellommåltider til beboerne. Det skal ikke gå mellom 11 timer mellom siste og første måltid.

Helsedirektoratet skriver at for å ivareta beboere som spiser dårlig, kan tilbud av mellommåltider ha en effekt. Helsedirektoratet anbefaler at mellommåltider er en del av det vanlige mattilbudet på helseinstitusjoner. En tralle med ulike mellommåltider som kan trilles rundt til pasientene ved faste tidspunkt kan være en god løsning. Mellommåltider kan være alt fra næringsdrikker til smoothie, yoghurt, skyr, kaker, desserter, oppkuttet frukt, kjeks, vafler, gjærbakst, kakao, juice eller kaffe med fløte/sukker (Helsedirektoratet, 2017).

Det som er særlig viktig for eldre er at porsjonene er næringstette, men små. På den måten orker eldre å spise oftere. Mange små mellommåltider stiller imidlertid krav til god munnhygiene for å minske risikoen for karies og andre tannproblemer (Livsmedelsverket, 2019).

Mange norske kommuner/sykehjem gjør endringer på måltidstidene, samt at de tilbyr snacks mellom hovedmåltidene. Det finnes også flere eksempler på kommuner og sykehjem som har jobbet bevisst med å skape varierte måltider og hvor beboerne kan få tilpasset maten, og de kan komme med innspill til hva slags mat de ønsker.

KULTUR, RELIGION OG KOSTHOLD

I kontekst av aldringen av den norske innvandrerbefolkningen, er det viktig å ta hensyn til vaner og preferanser hos eldre født i ulike land og innen ulike kulturelle sammenhenger utenfor Norge. Det er dessuten viktig å anerkjenne at innvandrere kan oppleve spesielle kostholdsutfordringer i Norge. Mat som anses som høystatusmat i hjemlandet, som er kaloriholdig og som er rimelig og lett tilgjengelig i Norge, kan representere en helseutfordring i deres nye hjemland. Spesielt innvandrere fra Sør-Asia opplever økt risiko for utvikling av fedme og diabetes 2 (Holmboe-Ottesen & Margareta Wandel 2012). Det innebærer at personalet i sykehjem/omsorgsboliger bør ha et særlig blikk på personer med minoritetsbakgrunn. På den ene siden vil det være positivt for måltidsopplevelsen at de kan få tradisjonell mat, mens på den andre siden kan altså noe tradisjonell mat være negativ for helsa. Poenget er i og for seg også relevant for norskfødte personer.

KJØKKEN OG KOMPETANSE LOKALT

Tradisjonelt har norske sykehjem tilberedt og servert mat etter kok-server prinsippet. Det vil si at maten lages på sykehjemmet og holdes varm fram til beboerne får den servert. I den senere tiden har imidlertid mange sykehjem gått over til å sentralisere matproduksjonen til større sentralkjøkken, hvor maten lages i stor skala. Deretter kjøles den ned, lagres og distribueres videre til postkjøkkener som varmer opp og serverer maten. På dialogmøtet for reformen var flere deltakere bekymret for avstanden mellom kjøkken og bruker, og at samarbeidet mellom kjøkken/kokker etc. og helse- og omsorgstjenesten er utfordrende når kjøkkenet ikke er lokalisert der tjenestene gis. Det ble også hevdet at lang vei mellom produksjon og servering av maten kan ha en negativ betydning for matkvaliteten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I reformen er det formulert at for å sikre god mat- og ernæringsomsorg for eldre brukere bør alle kommuner ha kjøkken- og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor maten produseres. Og det bør utredes hvordan man kan legge til rette for et eget tilskudd til renovering, etablering og gjenetablering av lokalkjøkken (sistnevnte er allerede gjort, se: <https://www.husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/>)

Løsningen på mer individuelt tilpassede måltider ses ofte på som å ha et lokalt kjøkken på sykehjemmet. I en masteroppgave undersøkte Steinsland (Steinsland, 2014), referert i Devik og Olsen (Devik & Olsen, 2018) hvordan ulike kjøkkenmodeller påvirker muligheten til å tilby individuelt tilpasset kosthold på sykehjem. Fem sykehjem var representert. Resultatene viste at det ikke nødvendigvis er mer utfordrende å gi et individuelt tilpasset kosthold på sykehjem som serverer mat etter kok-kjøll metoden enn sykehjem som har eget kjøkken (kok-server). Økonomi og menneskelige ressurser ser ut til å ha større betydning enn valg av kjøkkenmodell når det gjelder muligheten til å tilby individuelt tilpasset mat.

3.5 TEMAER SOM OVERLAPPER FLERE AV LØSNINGENE

KOMPETANSE HOS PERSONALET I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Vi har tidligere i teksten vært inne på behovet før økt kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten, men siden temaet er sentralt på tvers av reformens innsatsområder og uavhengig av hvor i tjenestene man jobber, sammenfatter vi det her.

Alle helse- og sosialfaglige ansatte som er i kontakt med eldre, kan bidra til å fange opp dem som er i ernæringsmessig risiko (Sundhetsstyrelsen, 2015). Det krever imidlertid kunnskap og kompetanse blant de ansatte. Kompetanseheving kan være et eget mål, eller det blir et resultat av arbeidet med tiltak. Mange studier viser at kompetanseheving og opplæring gir positive resultater.

Kunnskapsoppsummeringen til Devik og Olsen (Devik & Olsen, 2018) viser at det er et stort behov for kompetanseheving hos personalet på området kosthold/måltider/ernæring. De fant at det både er behov for mer kunnskap om ernæring/kosthold og at det er et stort forbedringspotensial når det kommer til å etablere gode rutiner for god praksis. De 15 prosjektene som gjengis i kunnskapsoppsummeringen viser i hovedsak gode resultater. Det vil si at prosjektene ofte resulterer i opplæringsmaterieell for videre bruk og økt kunnskap blant de ansatte. Det understrekes imidlertid at effekten av kompetansehevende tiltak kan være kortvarig og at det må ses på som en kontinuerlig prosess.

Behovet for kompetanseheving vil gjelde ansatte på flere steder i kommunen. særlig viktig er det at ansatte i hjemmetjenesten og på sykehjem har kompetanse på området. I kosthåndboken presiseres det at i hjemmebaserte tjenester er det viktig at både bestillere og utførere har kompetanse om ernæring. Hjemmetjenesten spesifikt må også ha kompetanse til å følge opp ernæringsbehandling som spesialkost, sondeernæring og intravenøs ernæring (Helsedirektoratet, 2012 [2016]).

I svenske myndigheters anbefalinger for bra måltider i eldreomsorgen, er ett av fem suksesskriterier å satse på kunnskap og kompetanse i tjenestene. De peker på at arbeid med mat og måltider stiller krav til kompetanse innenfor mange områder. Kommuner og virksomhetsledere må jobbe for å skape et kompetent og engasjert personale. Institusjonene må sette av tid til kompetanseutvikling og støtte slik at man kan ha felles fagutvikling og diskusjon i personalgruppa omkring rutiner knyttet til mat og måltider (Livsmedelsverket, 2019).

Hvordan kan man øke kompetansen?

Det er flere måter å drive kompetanseheving på, og tiltakene kan ta mange former og organiseres på ulikt vis. Eksempler der flere ansatte får opplæring, individuelt eller sammen, er studiesirkler, tverrfaglig opplæring og samhandling, nettverksgrupper og bruk av endringsagenter (jf. (Devik & Olsen, 2018)). Det finnes flere eksempler på at sykehjem innfører flere tiltak/jobber med flere områder samtidig – eller etter hverandre, og der man samtidig jobber med kompetanseheving av personalet (jf. (Leirvik, Høye, & Kvigne, 2016)).

Leirvik et al. (Leirvik et al., 2016) hadde organisert personalet på sykehjem i nettverk og hadde som mål at de skulle jobbe mer kunnskapsbasert. Nettverksdeltakerne syntes det var en god måte å jobbe på. For å nevne ett eksempel fra en kommune, har Levanger kommune inkorporert kartlegging av ernæringsstatus og mulige tiltak som kan iverksettes i sin basisopplæring for ansatte i helse og omsorgstjenesten. Systematisk oppfølging og evaluering av sikres gjennom Prosjekt Pasientforløp (ref. Levanger kommune).

I en feasibilitystudie av Watkins et al. (Watkins et al., 2019) testet de ut gjennomførbarheten av et opplæringsprogram for ansatte i sykehjem. Watkins et al. er opptatt av at ansatte i sykehjem ofte jobber under stort tidspress og har lite ressurser og derfor har liten tid og mulighet til å drive kompetanseheving. I artikkelen beskriver de hvordan de gjennomførte workshops med 14 sykehjemsansatte. Workshop'ene besto av 1) Refleksjon og spørsmål omkring ernæring, 2) refleksjon rundt mulige løsninger på vanlige problemer knyttet til ernæring, 3) rollespill der én spilte beboer og én var ansatt og 4) utforming av anbefalinger i fellesskap blant deltakerne. Workshopene tok kun en time å gjennomføre og ble holdt på sykehjemmet. Deltakerne mente at de ville bruke det de hadde lært/kommet fram til i workshopen i sitt videre arbeid. Vi vet ikke om kunnskapen faktisk ble brukt senere, men studien viser at man kan lage avgrensede og kortvarige opplæringsopplegg på eget sykehjem. På den måten kan det være enklere å tilrettelegge for kompetanseheving enn om mange ansatte må tas ut av drift i lengre tid.

Det har de senere årene også blitt utarbeidet en lang rekke opplæringspakker og e-læringskurs og annet materiell for å støtte opp under tjenestene (Departementene, 2017). Noen eksempler er:

Trå lekkert. Kompetansehevingspakke innen ernæring for pleie- og omsorgstjenesten i Oslo kommune. <http://www.fag.oslo.kommune.no/>

Helsedirektoratets Bra Mat kurs er et tilbud som gis fra Frisklivssentraler. Kurset er et nyttig verktøy for å formidle generelle kostholdsråd til brukere, men svært få frisklivssentraler har knyttet til seg spesialkompetanse i ernæring som kan tilby mer diagnosespesifikk grupperettet eller individuell ernæringsveiledning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Det kan derfor være nyttig å knytte til seg ernæringsfaglig kompetanse. Vi kan se dette i sammenheng med teamorganisering av mat- og ernæringsfaglig kompetanse. Kurset er hovedsakelig innrettet mot personer som bør gå ned i vekt, men det er lett å se for seg at Frisklivssentraler også kan organisere kursopplegg som er mer rettet mot eldre som er i fare for underernæring.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs#kosthold-og-bra-mat-for-bedre-helse>

Utover det vi har nevnt over, vil det å gi ansatte i tjenestene tilgang til retningslinjer og veiledere være en annen metode for både å øke kunnskap og gi praktiske verktøy

i ernæringsarbeidet. Under avsnittet om “systematisk ernæringsarbeid” beskrev vi hvordan kartlegging og behandling skal gjøres. For ansatte i tjenestene er det nødvendig å kjenne til retningslinjer og veiledere for å kunne følge opp brukere/pasienters ernæringsmessige behov.

Pasientsikkerhetsprogrammets nettside er et sted man kan hente mye informasjon. Forebygging av underernæring ett av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet, og det er utarbeidet tiltakspakker for hjemmetjenestene, sykehjem og sykehus.
<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/ern%C3%A6ring>

Tiltakspakke for hjemmetjenesten: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4180?download=false&ts=163689c1837>

Tiltakspakken for hjemmetjenestene, som er aktuell når det gjelder brukergruppen hjemmeboende eldre, består av fire trinn:

- Gjør en risikovurdering
- Gjennomfør en individuell kartlegging
- Gi tilstrekkelig næring
- Viderefør informasjonen, det vil si: dokumenter kartlegging og tiltak i journal og gi denne informasjonen videre til aktuelle samarbeidspartnere, for eksempel fastlege.

I tiltakspakken finner vi også informasjon om målinger (hva skal måles, hvordan og hvor ofte) og en beskrivelse av kvalitetsforbedringsmodellen (act-plan-do-study)

På nettsiden finner vi også tre pilotrapporter, blant annet en fra hjemmetjenesten i Time kommune.

Tiltakspakke for sykehjem: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4181?download=false&ts=163689b43d5>

Tiltakspakke for sykehus: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4182?download=false&ts=16368acc412>

På Pasientsikkerhetsprogrammets nettside finner man også presentasjoner om forebygging og behandling av underernæring, og informasjon om læringsnettverk på feltet.

Knytte til seg ernæringsfaglig kompetanse

Over har vi vært inne på at for å gjøre et godt ernæringsfaglig arbeid kan det i mange tilfeller være nødvendig å knytte til seg kompetanse utover at de som allerede er ansatt får opplæring og kompetanseheving. Kliniske ernæringsfysiologer har særlig kompetanse på ernæring. Et viktig poeng når man først har tilknyttet seg ernæringsfaglig kompetanse er å bruke kompetansen tidlig nok. En nederlandsk studie viste at mange dietetikere/ernæringsfysiologer opplevde at de ble for sent koplet på pasienter med ernæringsproblemer, og dermed ble hjelpen mindre effektiv (Ziylan, Haveman-Nies, van Dongen, Kremer, & de Groot, 2015).

Mer kunnskap og kompetanse innenfor ernæring, mat og måltider hos helsepersonell er positivt og viktig for tjenestemottakerne. Det er imidlertid verdt å merke seg at mer kunnskap gjerne fører med seg større ansvar for et fagområde. Det gjør at kompetanseheving gir fordeler (for beboerne), men at det også kan gi uønskede konsekvenser

for personalet som allerede erfarer at de har mer enn nok å gjøre. (Bøhn et al., 2017). Kompetanseheving innenfor ernæringsområdet bør derfor forstås innenfor denne konteksten. Opplæringstiltak bør designes ut ifra at de skal være overkommelige og effektive og man må tydeliggjøre ansvarsfordelingen blant personalgruppa.

4. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Som flere av kunnskapsoppsummeringene laget i forkant av reformen påpeker; vi har mye kunnskap om mat, måltider og ernæring, men denne kunnskapen må brukes i praksis. Når vi gjennomgår de vitenskapelige studiene som finnes på området, er det likevel slående hvor mange som fremhever at mange av studiene har dårlig kvalitet og at vi derfor ikke kan stole helt på resultatene. De gir oss usikker kunnskap. Ett område der vi har mye sikker kunnskap er imidlertid kartleggingsmetoder av ernæringsstatus. For eksempel finnes det flere offentlige retningslinjer og anbefalinger for hvordan man skal fange opp og behandle under- og feilernæring (og i og for seg også overvekt). Dette er kunnskap som hovedsakelig er rettet mot ansatte i helse- og omsorgstjenestene, og følgelig omfatter eldre som mottar denne typen tjenester. Det er helt sentralt å utvikle gode rutiner for å gjennomføre kartlegginger av ernæringsstatus og oppfølgingstiltak. En stor utfordring å få integrert anbefalt praksis i hverdagen. Det er et kontinuerlig arbeid, og det er behov for stort lederfokus for å opprettholde nye rutiner. Ansatte må endre sin tankegang i forbindelse med for eksempel døgn- og jobbbrytme, samt at justering av turnus kan være nødvendig. Lederens ansvar må ikke undervurderes i dette arbeidet (Devik & Olsen, 2018).

Vi har mindre sikker kunnskap om eldre hjemmeboende som ikke har tjenester og hvordan vi kan bidra til at denne gruppa får gode måltider og opprettholder/får en god ernæringsstatus. Vi har likevel trukket fram en del tiltak som ser ut til å ha effekt. Disse kombinerer gjerne flere elementer, og det sosiale aspektet er viktig å ivareta.

Avslutningsvis vil vi peke på at vi får en stadig større eldrebefolkning og at disse i lengst mulig grad skal bo hjemme. Det vil kreve innsats på mange områder, inkludert utvikling av nye matvarer og måltidsløsninger som er tilpasset hjemmesituasjonen og eldres individuelle behov. Det ligger et innovasjonspotensial i dette, samtidig som en jobber for å fremme folkehelsen og øke livskvaliteten blant eldre. Som påpekt innledningsvis er eldre en heterogen befolkning, både når det gjelder individuelle forskjeller, og mer systematiske og gruppebaserte forskjeller, for eksempel basert på sosioøkonomisk eller kulturell og religiøs bakgrunn. I den sammenheng er det verd å merke seg at aldringen ikke minst skjer blant personer med minoritetsbakgrunn, noe som setter store krav til en helhetlig tilnærming til eldres kosthold og helse.

REFERANSER

- Aagaard, H., & Grøndahl, V. A. (2017). Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. *Sykepleien Forskning*. doi:10.4220/Sykepleienf.2017.61219
- Abbott, R. A., Whear, R., Thompson-Coon, J., Ukoumunne, O. C., Rogers, M., Bethel, A., . . . Stein, K. (2013). Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12(4), 967-981.
- Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Gray, L., . . . Li, F. (2016). Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 16(1), 26.
- Bergen kommune. (Uoppgitt årstall). *Maten servert. Handlingsplan for mat, måltider og ernæringsarbeid i pleie- og omsorgstjenesten 2018-2023*. <https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/1110791/Horingsutkast-Maten-servert-Handlingsplan-for-mat-maltider-og-ernaeringsarbeid-i-pleie-og-omsorgstjenesten-2018-2023>
- Bøhn, B. H., Medbøen, I. T., Langballe, E. M., & Totland, T. H. (2017). *Mat og ernæring til eldre - oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Aldring og helse, nasjonal kompetansetjeneste.
- Departementene. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle!* Oslo.
- Devik, S. A., & Olsen, R. M. (2018). *Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning, Omsorgsbiblioteket. <http://hdl.handle.net/11250/2583947>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2014). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse*. Senter for omsorgsforskning rapport nr. 7, 2014. Gjøvik. <http://hdl.handle.net/11250/217477>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2017). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre - En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning, Omsorgsbiblioteket. <http://hdl.handle.net/11250/2476696>
- Grini, I. S. B. (2012). *Matvaner hos aktive eldre*. Masteroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus,
- Halleland, A. (2015). *Kan enkle ernæringstiltak bedre ernæringsstatus blant hjemmeboende eldre?*, Masteroppgave i samfunns ernæring, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Meld. St. 26. *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). Prop. 15 S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2013 [2010]). *Nasjonalt faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016 [2012]). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgssektoren. IS-1972*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonale faglige råd. Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/tiltak-nar-matinntaket-blir-for-lite>
- Host, A., McMahan, A.-T., Walton, K., & Charlton, K. (2016). Factors influencing food choice for independently living older people—a systematic literature review. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 35(2), 67-94.
- Leirvik, Å. M., Høye, S., & Kvigne, K. (2016). Mat, måltider og ernæring på sykehjem – erfaringer fra et aksjonsforskningsprosjekt. *Nordisk Sykeplejeforskning*, 6(02), 179-197.
- Livsmedelsverket. (2017). *Mat och måltider i äldreomsorgen – vetenskapliga underlag om måltidsmiljö och verksamhetsstruktur, fysiologiska och sensoriska aspekter av åldrandet samt särskilda näringsbehov hos sköra äldre*. Stockholm: Livsmedelsverket.
- Livsmedelsverket. (2019). *Bra måltider i äldreomsorgen. Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Mahan, L. K., Escott-Stump, S., Raymond, J. L., & Krause, M. V. (2012). *Krause's food & the nutrition care process*: Elsevier Health Sciences.
- Moreau, M., Plourde, H., Hendrickson-Nelson, M., & Martin, J. (2015). Efficacy of nutrition education-based cooking workshops in community-dwelling adults aged 50 years and older. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 34(4), 369-387.
- Rognstad, M. K., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C., & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*.
- Salomonsen, S. J. C., Berland, A., & Bentsen, S. B. (2010). Energirike smoothies til pasienter i sykehjem. *Sykepleien Forskning*.
- Skovdahl, K., Blindheim, K., & Alnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 62-71.
- Socialstyrelsen. (2013). *National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen*. Odense: Socialstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/Ældre-og-demens--2015/national-handlingsplan-for-maltider-og-ernaering-til-aeldre-i-hjemmeplejen-og-plejeboligen/National-handlingsplan-for-maltider-og-ernaering-til-aeldre_2013.ashx?la=da&hash=AC7DE67935E8162EF3B10C3B28C8517F6878C68F

- Steinsland, S. (2014). *Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at ulike kjøkkenmodeller hemmer og fremmer deres mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold*. Masteroppgave i samfunnsnærings, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Strand, G. V., Stenerud, G., & Hede, B. (2017). Munnstell i sykehjem. *Nor Tannlegeforen Tid*, 127, 138-143.
- Sundhetsstyrelsen. (2015). *Forebyggelse på ældreområdet. Håndbog til kommunene*. Retrieved from København: Sundhetsstyrelsen.
- Sundhetsstyrelsen. (2017). *Vidensgrundlag: Ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient*. København: Sundhetsstyrelsen.
- Tomstad, S. (2014). *Nutritional Self-Care In Older People: Studies Among Home-Dwelling Persons in Southern Norway*. (PhD), NTNU, Trondheim.
- Tomstad, S. T., Söderhamn, U., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2013). Nutritional self-care in two older Norwegian males: a case study. *Clinical interventions in aging*, 8, 609.
- Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo. (2014). *Løft for bedre ernæring, delprosjekt 1; frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. Oslo.
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo. (2017). *Sluttrapport. Løft for bedre ernæring 2016-2017. Prosjekt 1: Lokale ernæringsprosjekt innen utvalgte tema*. Oslo.
- Vucea, V., Keller, H. H., & Ducak, K. (2014). Interventions for improving mealtime experiences in long-term care. *Journal of nutrition in gerontology and geriatrics*, 33(4), 249-324.
- Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., Backhouse, A., Moore, D., & Tarrant, M. (2017). Attitudes, perceptions and experiences of mealtimes among residents and staff in care homes for older adults: a systematic review of the qualitative literature. *Geriatric Nursing*, 38(4), 325-333.
- Watkins, R., Goodwin, V. A., Abbott, R. A., & Tarrant, M. (2019). Eating well in care homes: Testing the feasibility of a staff training programme aimed at improving social interaction and choice at mealtimes. *International Journal of Older People Nursing*, e12247.
- Whear, R., Abbott, R., Thompson-Coon, J., Bethel, A., Rogers, M., Hemsley, A., . . . Stein, K. (2014). Effectiveness of mealtime interventions on behavior symptoms of people with dementia living in care homes: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 185-193.
- Ziylan, C., Haveman-Nies, A., van Dongen, E. J., Kremer, S., & de Groot, L. C. (2015). Dutch nutrition and care professionals' experiences with undernutrition awareness, monitoring, and treatment among community-dwelling older adults: a qualitative study. *BMC Nutrition*, 1(1), 38.

Publikasjoner i serien

- **Et aldersvennlig Norge**
Frode F Jacobsen, Astrid Ouahyb Sundsbø
- **Aktivitet og fellesskap**
Marianne Eliassen, Trude Hartviksen
- **Mat og måltider**
Line Melby, Eliva Atieno Ambugo
- **Helsehjelp til eldre**
Betty-Ann Solvoll, Siri A Devik, Bente Irene Løkken, Aud Moe
- **Sammenheng og overganger i tjenestene**
Terje Emil Fredwall, Bjørg Dale, Elin Rogn Nilsen, Benedicte Sørensen Strøm
- **Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon**
Kathrine Cappelen, Liv Jorunn Solstad, Nina Beate Andfossen, Trude Anita Hartviksen, Siri Andreassen Devik



omsorgsbiblioteket