

Mer enn mat – innspill til nasjonal ernæringsstrategi for eldre

Først publisert: 18.12.2019

Sist faglig oppdatert: 18.12.2019



Innhold

1. Bakgrunn	3
2. Innledning	4
3. Flere eldre med ernæringsutfordringer	8
4. God ernæringspraksis	11
5. Innsatsområder, delmål og tiltak	12
6. Litteratur	24

Bakgrunn

I forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St 15 (2017-2018)- Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre (Leve hele livet) i november 2018 ble regjeringen anmodet om "å utarbeide en helhetlig nasjonal strategi for godt kosthold og sunn ernæring hos eldre som mottar tjenester i sykehjem og hjemmetjeneste, med forslag til konkrete, målrettede tiltak".

Helsedirektoratet mottok tillegg til tildelingsbrev nr 26/2019 oppdrag om å utarbeide et utkast til nasjonal ernæringsstrategi hos eldre.

Oppdraget har vært forankret i avdelingen Folkesykdommer. Foreslåtte innsatsområder og tilhørende mål og tiltak i strategien er basert på innspill fra intern workshop og innspill i Helsedirektoratet samt to eksterne innspillsmøter høsten 2019. Rapporten ble godkjent i ledermøte og oversendt til HOD i desember 2019.

Tatt i betraktning det knappe tidsperspektivet for leveranse og etter dialog med HOD var det ikke mulig å foreta en grundig litteraturgjennomgang og det ble heller ikke mulig å utrede økonomiske og/eller administrative konsekvenser. HOD vil gå gjennom utkastet og bruke dette innspillet som faglig bakgrunn for utvikling av en helhetlig nasjonal strategi.

Innledning

Fremtidens helse- og omsorgstjeneste er avhengig av at flere eldre bor og klarer seg selv hjemme lenger, både økonomisk og når det gjelder aldersbæreevnen i befolkningen. Et godt kosthold kan øke motstandskraften mot sykdom, ulykker og funksjonssvikt i eldre år og virke forebyggende mot aldersrelaterte sykdommer (1), og slik bidra til å demme opp mot eldrebølgens økende behov for tjenester. Å oppdage og følge opp ernæringsproblemer i hjemmetjenesten er enklere og billigere enn å ta tak i dem på et senere tidspunkt, fordi det kan bidra til å forebygge underernæring eller sykdom som følge av underernæring, forebygge ytterligere funksjonsfall og eventuell innleggelse i sykehjem eller sykehus.

Strategien Mer enn mat – nasjonal ernæringsstrategi for eldre, er en del av Helse- og omsorgsdepartementets satsning for å sikre god kvalitet i mat- og ernæringsarbeidet for eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i eget hjem eller i sykehjem. Strategien er en del av eldrereformen Leve hele livet og bygger videre på utfordringer og løsninger som er skissert under reformens innsatsområde "Mat og måltider" (2).

Det foreligger utstrakt kunnskap om betydningen av god ernæring for Eldres helse (1). De senere årene har mat, måltider og ernæringsarbeid for eldre blitt satt på dagsorden i Norge. Likevel ser det ut til at det fremdeles er et gap mellom det som myndighetene anbefaler og utøvet praksis i helse- og omsorgstjenestene (1). Dette gir grunn til bekymring for om faglige retningslinjer følges og om lovpålagte tilbud mangler, er mangelfulle eller har lav kvalitet. Med aldring følger endringer i kroppen som har betydning for kosthold og ernæringsbehov. Forekomsten av kronisk sykdom som ofte har innvirkning på ernæringsbehov øker med alderen (1). Tilsyn og revisjoner har avdekket at mangelfull ernæringsoppfølging utfordrer pasientsikkerheten (3). Mange eldre er feil- og underernært og får ikke ivaretatt sine behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelser. Sykdomsrelatert underernæring er en stor menneskelig, medisinsk og økonomisk utfordring for helse- og omsorgstjenesten. Det anslås at opptil 70 % av sykehjemsbeboere og opptil 40 % av hjemmeboende eldre som mottar helse- og omsorgstjenester er underernært eller i risiko for å bli det (4). Underernæring fører til økt sykkelighet, funksjonsfall, høyere dødelighet og økt behov for helse- og omsorgstjenester.

Nasjonale og internasjonale studier viser at forebygging og behandling av underernæring kan redusere utgifter i helse- og omsorgstjenesten i milliardklassen (5-7). Ernæring er et grunnleggende behov, og nødvendig for at normal helse, funksjon og velvære kan opprettholdes. Derfor vil stor variasjon i oppfølging av dette behovet kunne ansees som uønsket (8).

Ernæringsutfordringer hos eldre må sees i sammenheng med øvrige utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Strategien skal gi føringer og virkemidler for å gi et trygt, verdig, bærekraftig og individuelt tilpasset ernæringstilbud til eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i hjem og sykehjem. Dette skal gjøres gjennom tydelig forankring og organisering, tilstrekkelig og riktig kompetanse, et trygt og godt mattilbud, samhandling mellom omsorgsnivå og brukermedvirkning.

Mål og målgruppe

Strategien skal legge grunnlag for: En god og trygg ernæringspraksis i kommunale helse- og omsorgstjenester som bidrar til redusert risiko og forekomst av feil- og underernæring hos eldre og et individuelt tilpasset mattilbud og gode måltidsopplevelser for den enkelte.

Formålet med strategien er å styrke helse, forebygge sykdom og funksjonsfall og fremme egenmestring og livskvalitet samt redusere behov for helsetjenester for eldre. Målgruppen for strategien er beslutningstakere i kommunene, både politisk, faglig og administrativt. Andre som kan ha nytte av strategien er:

- Ledere, fagansvarlige i de enkelte virksomhetene
- Pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner
- Helsepersonell
- Elever og studenter innenfor helse- og sosialfaglige utdanninger
- Brukere og pårørende
- Personer og aktører som vil ha innsikt i kommunal helse- og omsorgstjenestes ernæringsarbeid og hva som ansees som god praksis

Strategien skal være et felles utgangspunkt for å utvikle lokale ernæringsstrategier eller handlingsplaner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Avgrensning

Målgruppen for eldrereformen Leve hele livet er den generelle eldre befolkningen over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor på institusjon (2). Målgruppen for denne strategien er avgrenset til eldre over 65 år som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i hjem og sykehjem. Strategiens målgruppe utgjør om lag 20-25 % av den totale eldre befolkningen (11).

De fem innsatsområdene i Leve hele livet er nært forbundet med hverandre. Det er en sterk sammenheng mellom de ulike temaene, også på ernæringsområdet. Eksempelvis vil en dårlig ernæringsstatus påvirke evnen til å delta i det aktive liv. Det vil være derfor være naturlig å se til de andre innsatsområdene i strategien selv om hovedfokus vil være på innsatsområdet "Mat og måltider".

Leve hele livet presenterer fem forslag til løsninger under innsatsområdet "Mat og måltider", der hovedmålet er å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte; det gode måltidet, måltidstider, valgfrihet og variasjon, systematisk ernæringsarbeid og kjøkken og kompetanse lokalt (2). I strategien er fokuset avgrenset til det systematiske ernæringsarbeidet inkludert tilstrekkelig ernæringsfaglig kompetanse, og et mattilbud som er tilpasset brukernes behov og ønsker. Strategien vil supplere reformens allerede pågående arbeid på de andre løsningene som er presentert i "Mat og måltider", blant annet inspirasjonsdager om matglede for eldre og matgledekorps.

Strategien har eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i hjem og sykehjem som målgruppe. Innsatsområdene og tiltakene vil imidlertid ha overføringsverdi til andre grupper som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene oppfordres i arbeidet med å utvikle lokale strategier og handlingsplaner å inkludere andre relevante tjenestemottagere.

Gjennomføring og virkemidler

Strategien gir føringer for mat- og ernæringsarbeid i kommunene for perioden xx-xx. Strategien vil være en del av veiledningsmateriellet som tilrettelegges for bruk regionalt og lokalt i forbindelse med gjennomføring av Leve hele livet. Arbeidet i eldrereformen vil bidra til at strategien spres til kommunene gjennom reformperioden.

Tiltakene i strategien skal bidra til en trygg og god ernæringspraksis i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange kommuner har gode tiltak rundt mat og måltider. De gode eksemplene er beskrevet blant annet i Leve hele livet (2), Helsedirektoratets kunnskapsgrunnlag for Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021 (12, 13) og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) (14), og vil ikke bli gjengitt i denne strategien.

Det er den enkelte kommunes ansvar å forankre og operasjonalisere strategien i egen kommune. Tiltak for å endre praksis må iverksettes om nødvendig. Implementering av tiltakene kan kreve opplæring av ansatte,

endret kompetansesammensetning, utvikling av interne prosedyrer, rutiner og verktøy, endret organisering, forbedret samarbeid og utvikling av nye tilbud til mottakere av kommunens helse- og omsorgstilbud.

Juridisk og faglig grunnlag for strategien

De senere årene er det lagt frem en rekke meldinger og planer om ernæring, mat og måltider for eldre i helse- og omsorgstjenesten. Sammen med lovverk, forskrifter, retningslinjer, og rapporter, danner dette grunnlag for strategien. I det følgende gis en kort oversikt over juridisk og faglig grunnlag som er relevant i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonalt og internasjonalt lovverk

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250: Formål er å bidra til en faglig forsvarlig helse- og omsorgstjeneste, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, FOR-2003-06-27-792, § 3: Kommunene skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Dette innebærer blant annet tilstrekkelig næring (mat og drikke), sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat, nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene og tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien), FOR-2010-11-12-1426, § 3: Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas (...) b. Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.
- Menneskerettighetsloven, LOV-1999-05-21-30: Retten til mat innebærer også retten til et ernæringsmessig fullgodt kosthold, som grunnlag for et aktivt liv med god helse. Kommunene er forpliktet til å legge til rette for at alle brukerne i pleie- og omsorgstjenesten har tilgang til fullgod mat som dekker deres ernæringsmessige behov.
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30 § 3-1: Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer inngår i kommunenes ansvar (§ 3-3 første ledd).
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64, §4-1: Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne lov skal være forsvarlige. Dette innebærer å tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient/bruker gis et verdig tjenestetilbud, at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63: Lovens formål er å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Den omhandler retten til nødvendig helsehjelp og rett til medvirkning.
- Helsetilsynsloven, LOV-2017-12-15-107: Loven pålegger enhver som yter helse- og omsorgstjenester å etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomheter og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.
- Tannhelsetjenesteloven LOV-1983-06-03-54 §1-3: Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. Den skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til (...) c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.
- FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, Artikkel 25 punkt 1. Enhver har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for hans og hans families helse og velvære, og som omfatter mat, klær, bolig og helseomsorg og nødvendige sosiale ytelser, og rett til trygghet i tilfelle av arbeidsløshet, sykdom, arbeidsuførhet, enkestend, alderdom eller annen mangel på eksistensmuligheter som skyldes forhold han ikke er herre over.

Politiske føringer

- Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
- Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet
- Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse
- Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019
- Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre
- Meld. St. 11 (2018-2019) Kvalitet og pasientsikkerhet 2017
- Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
- Kompetanseløft 2020. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten 2015-2020
- Demensplan 2020 – Et mer aldersvennlig samfunn
- Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021
- FNs bærekraftsmål er en felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringen innen 2030

Faglige anbefalinger, veiledere og rapporter

- Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. IS-1972
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580
- Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten
- Ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Status, utfordringer og eksempler på gode tiltak. IS-2591
- Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (sykehjem). IS-2597
- Tiltakspakke for forebygging og behandling av underernæring (hjemmetjenesten). IS-2598
- Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger. IS-0611
- Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten
- Nasjonal faglig retningslinje om demens
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- NOU 2015: 11. Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene
- NOU 2018: 16. Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
- NOU 2019: 12. Lærekraftig utvikling — Livslang læring for omstilling og konkurranseevne

Den enkeltes behov

Hva som er viktig for den enkelte skal være utgangspunkt i helse- og omsorgstjenestene, også i mat- og ernæringsarbeidet. En personsentret tilnærming innebærer å se hele mennesket, la dem få bruke sine ressurser og ivareta kulturelle og religiøse behov for mat og måltider. Den enkeltes ønsker og behov må kartlegges og danne rammen for et godt og tilpasset mattilbud.

Flere eldre med ernæringsutfordringer

Vi lever lengre enn før, og mellom 2017 og 2040 er det estimert at andel eldre over 67 år i Norge vil øke fra om lag 790 000 til 1,28 millioner (11). Økende levealder og bedre helse innebærer at stadig færre av de yngste eldre (67-79 år) har behov for helse- og omsorgstjenester (15). Risikoen for sykdom og funksjonstap øker imidlertid med alderen. Ettersom antallet eldre i befolkningen øker vil det bli flere eldre innbyggere som vil trenge kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig viser prognoser andel av befolkningen i yrkesfør alder (20-66 år) vil avta. Aldersbæreevnen reduseres; i 2040 blir det 2,86 yrkesaktive per person over 67 år. I dag er tallet 4,24 (11).

Totalt er det 20-25 % eldre over 67 år som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester (16). Det er imidlertid store forskjeller mellom de yngste og de eldste eldre. I aldersgruppen 67-79 år var det 12,6 % av befolkningen som brukte helse- og omsorgstjenester i 2017. I aldersgruppen 80-89 år er halvparten brukere av slike tjenester, mens det blant de i aldergruppen 90 år og eldre er nær 90 % som mottar en eller flere slike tjenester (15).

Det er mange faktorer som kan ha betydning for matinntaket og ernæringsstatusen hos eldre. Sosiale og psykiske forhold som ensomhet, depresjon og angst har stor betydning. Med økende alder følger en rekke både kroppslige og fysiologiske endringer som i seg selv har innvirkning på ernæringsbehov og inntak av mat og drikke, herunder endringer i fordøyelsessystemet, endring i vitale organer, sansetap, i kroppssammensetning, dårlig munn- og tannhelse, språklige utfordringer, nedsatt førlighet i armer eller fingre, smerter, kvalme, tygge- og svelgeutfordringer.

Eldre har høyere forekomst av kroniske sykdommer, som muskel- og skjelettsykdommer, sykdommer i sanseorganer, hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, kreft og demens (17). Det er ofte snakk om flere sykdomstilstander samtidig. I sykehus har innlagte pasienter over 75 år i gjennomsnitt tre diagnoser og 25 % av disse har mer enn seks diagnoser (18). Både sykdommene selv, behandlingen eller bivirkning av behandling har betydning for kosthold og ernæring. Også legemidler kan påvirke matlyst og ernæringsstatus. Sammen med naturlige endringer som skjer i alderdommen påvirker dette ernæringsbehov og matinntaket, og det øker risiko for feil- og underernæring og ytterligere sykdom. Maten er en viktig del av den medisinske behandlingen og noen ganger er maten det eneste som skal til for å bedre helsetilstanden (19). Riktig og tilpasset ernæring bidrar til å opprettholde funksjon, allmenntilstand og forebygge progresjon av eller komplikasjon av sykdom.

Overvekt og vekttap

Andel voksne med overvekt og fedme har økt de siste 40-50 årene. Dette gjelder også eldre i alderen 65-79 år (17). Til tross for at det er sett en lavere dødelighet hos eldre med en høyere kroppsmasseindeks, har fedme (KMI ≥ 30 kg/m²) fortsatt en negativ innvirkning på sykkelighet og dødelighet hos eldre. Hos eldre med fedme som samtidig har kroniske sykdommer og redusert fysisk funksjon, vil det være fordeler ved å redusere vekten. For eldre som mottar helse- og omsorgstjenester er imidlertid feil- og underernæring en større utfordring (1). Det er viktig å merke seg at raskt vekttap kan forekomme både hos personer av lav og høy utgangsvekt. Forebygging av feil- og underernæring bør derfor gjelde alle eldre (20).

Feil- og underernæring

Ved økende alder reduseres behovet for energi på grunn av lavere aktivitetsnivå og redusert muskelmasse. Selv om energibehovet er lavere vil behovet for næringsstoffer være det samme, og i noen tilfeller økt, noe som

gir økt risiko for feil- og underernæring (1). Underernæring kan være relatert til alderdom i seg selv, men forekommer ofte som følge av sykdom.

Underernæring har helsemessige konsekvenser som fører til redusert fysisk og kognitiv funksjon, nedsatt effekt og toleranse av behandling, økt sykkelighet og økt dødelighet. Kjente følger er gjentatte sykehusinnleggelser, flere legebeseøk, økt behov for helse- og omsorgstjenester i eget hjem, korttidsopphold og tidligere behov for sykehjemsplass (20). Dette medfører høye kostnader for den enkelte, for familien og for samfunnet (5, 6, 20).

Forekomsten av underernæring varierer, fra 20-71 % blant sykehjemspasienter, mens 20-78 % befinner seg i risiko for å utvikle underernæring. Hos eldre som mottar hjemmetjenester, varierer forekomsten fra 16-40 %, mens 20-59 % er i risiko (4). Underernæring får ofte utvikle seg fordi risiko aldri blir avdekket. I 2018 fikk rundt halvparten av sykehjemsbeboere på 67 år eller eldre kartlagt sin ernæringsstatus, mens kun 16 % av de hjemmeboende ble kartlagt (21, 22). Retningslinjene pålegger primærhelsetjenesten å gjennomføre vurdering av risiko for underernæring ved innleggelse eller vedtak, og deretter månedlig dersom faglig begrunnet opplegg ikke tilsier noe annet (20).

Munn- og tannhelse

God tannhelse og munnhygiene er vesentlig for generell helse, matinntak, kommunikasjon, verdighet og integritet. En økende andel eldre som mottar helse- og omsorgstjenester har egne tenner og derfor et stort behov for forebyggende tiltak og oppfølging og behandling av tannpleier eller tannlege. Mange har behov for hjelp til daglig munnstell. De har økt risiko for mangelfull tann- og munnhygiene og følgelig infeksjoner på grunn av fysisk eller psykisk sykdom, kognitiv svikt, nedsatt førlighet i hender og fingre eller munntørrehet (23).

I 2018 hadde i gjennomsnitt 47 % av beboerne i sykehjem blitt vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder (24). 40-50 % av eldre i sykehjem har uakseptabel munn- og tannhelse (25, 26). En dårlig ivaretatt munn- og tannhelse kan gi infeksjoner som kan føre til at man mister tenner og tyggefunksjon, og det kan gi smerter og dårlig lukt og bidra til underernæring og atferdsendring (23, 27). Ifølge tannhelsetjenesteloven skal den offentlige tannhelsetjenesten gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til eldre, langtidssyke og uføre som mottar helse- og omsorgstjenester i hjem og sykehjem. Personer som bor på sykehjem eller mottar helsetjenester i hjemmet i mer enn tre måneder, får gratis behandling av den offentlige tannhelsetjenesten. God samhandling med en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom helse- og omsorgstjenestene er nødvendig for å gi eldre med rettigheter i tannhelsetjenesteloven et fullverdig tilbud. Eldre i helse- og omsorgstjenesten som har redusert evne til egenomsorg trenger hjelp fra helsepersonell til daglig munnstell samt tilsyn av tannpleier eller tannlege.

En fremtidsrettet eldre- og matomsorg

Granavoldenerklæringen legger til grunn at man skal forebygge der man kan og behandle der man må. Fremtidens helse- og omsorgstjeneste er avhengig av at flere eldre bor og klarer seg selv hjemme lenger, både økonomisk og når det gjelder aldersbæreevnen i befolkningen. Å oppdage og følge opp ernæringsproblemer i hjemmetjenesten er enklere og billigere enn å ta tak i dem på et senere tidspunkt, fordi det kan bidra til å forebygge underernæring eller sykdom som følge av underernæring, forebygge ytterligere funksjonsfall og eventuell innleggelse i sykehjem eller sykehus.

For samfunnet handler god matomsorg og ernæringspraksis om verdighet og respekt, og ikke minst om kostnader. Helsedirektoratet har anslått at årlige besparelser knyttet til målrettet forebygging og behandling av underernæring bare i spesialisthelsetjenesten vil være rundt 800 millioner per år (5). En målrettet identifisering og behandling i primærhelsetjenesten vil sannsynligvis gi enda større helse- og økonomiske gevinster (5). I Danmark estimeres det at en forebyggende, målrettet og permanent innsats mot underernæring vil innebærer

besparelser på 1,5 milliarder danske kroner årlig (6). Tidlig innsats, tiltak og løsninger som reduserer behovet for helse- og omsorgstjenester i framtiden er nødvendig for å sikre en helse- og omsorgstjeneste som imøtekommer morgendagens behov uten å forringe kvaliteten på tilbudet.

God ernæringspraksis

God ernæringspraksis handler om å følge opp den enkeltes ernæringsstatus med formål om å forebygge feil- og underernæring (19). Dette innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av brukerens ernæringsstatus og matinntak og faktorer som påvirker dette, som videre fører til målrettede ernæringstiltak med påfølgende oppfølging og evaluering (19). God ernæringspraksis forutsetter systematisk og tverrfaglig tilnærming med gode rutiner i alle ledd. I Kosthåndboken beskrives alle trinnene i god ernæringspraksis i detalj (19). Sammen med Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (20) og tiltakspakkene om underernæring fra I trygge hender 24-7 og Pasientsikkerhetsprogrammet (28) utgjør Kosthåndboken hoveddrammeverket for god ernæringspraksis i helse- og omsorgstjenesten.

Forutsetninger for å lykkes med god ernæringspraksis

For å lykkes med et godt ernæringsarbeid må identifiserte barrierer imøtekommes. Hindringer for implementering av god ernæringspraksis i henhold til gjeldende anbefalinger er komplekse og sammensatte. Uklare ansvarsforhold, manglende forankring hos ledelsen, utilstrekkelig ernæringskompetanse hos helsepersonell og annet omsorgspersonell, mangelfull tilgang på klinisk ernæringsfysiolog, og manglende anerkjennelse av ernæringens betydning for behandling er trukket frem som barrierer for god ernæringspraksis (29). Praktiske og organisatoriske forhold slik som lav fleksibilitet i mattilbud, mangel på utstyr, at rutiner ikke følges opp og uklare ansvarsforhold oppleves også som hindringer for å gjennomføre anbefalt praksis (1).

Fra undersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fremkommer at også holdninger, manglende motivasjon, skepsis til anbefalingene og opplevelse av manglende kompetanse fører til at anbefalt praksis ikke implementeres (13), og blant ansatte i hjemmesykepleien oppleves mangel på tid som den største hindringen for oppfølging av ernæring (30). Videre trekkes manglende tverrfaglighet i utredning av brukerne frem som en utfordring for kommunene (4). Sykepleiere føler seg ofte alene om å ivareta ernæring til pasienter. Mangel på interesse for eller etterspørsel etter ernæringsrelatert informasjon blant legene, er demotiverende for sykepleierne. Sykepleierne formidler at de mangler kunnskap, ferdigheter og er usikre i ernæringsarbeidet. Kliniske ernæringsfysiologer anses som en nødvendig, men lite tilgjengelig ressurs (31).

Det er stor variasjon i kommunenes tildelingspraksiser for omsorgstjenester (8). Like situasjoner og behov står i fare for å bli behandlet ulikt, og samme type lidelse og tilstand gis ikke likeverdige tiltak og tjenester.

Innsatsområder, delmål og tiltak

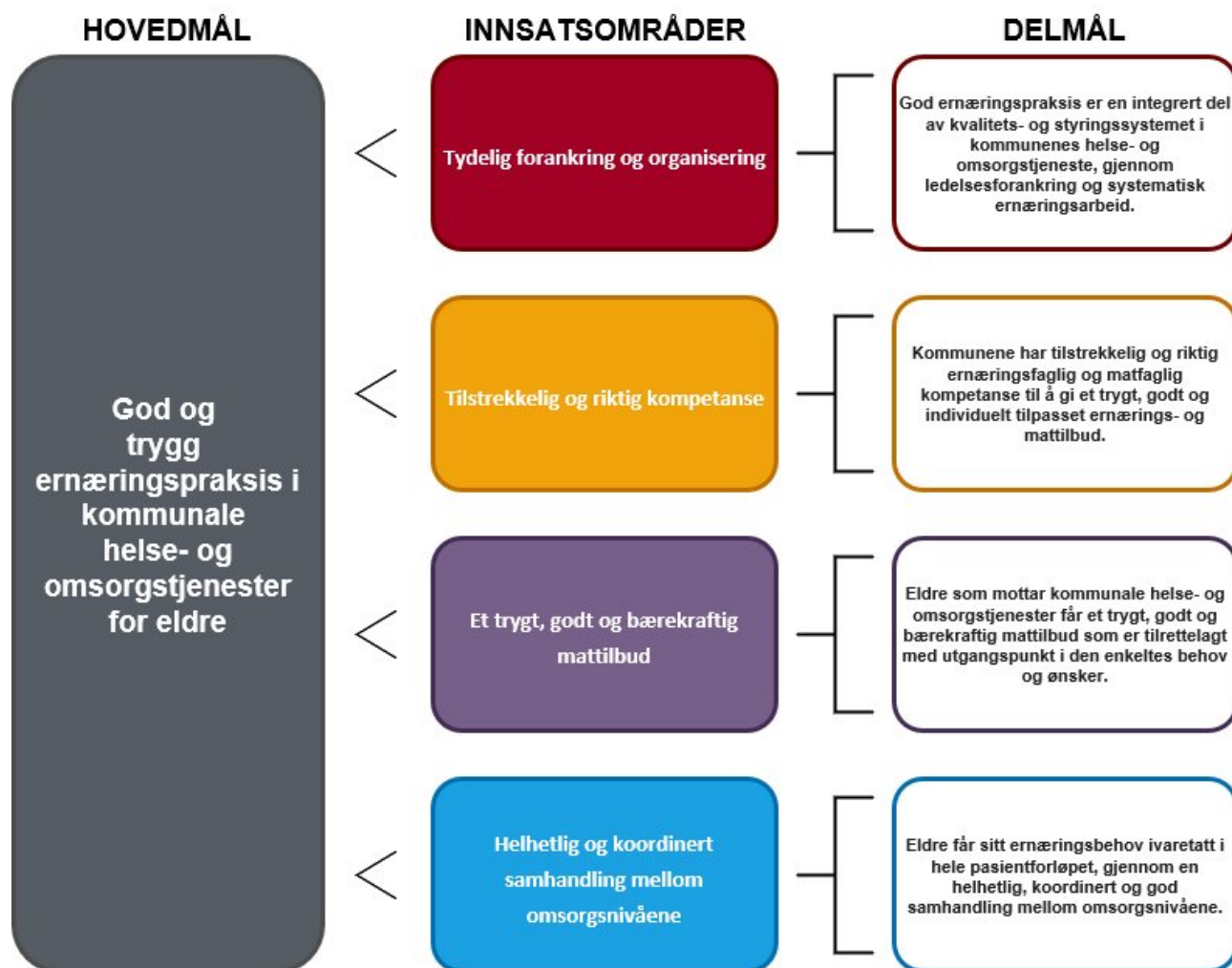
Strategien har fire innsatsområder med tilhørende mål og tiltak. Innsatsområdene fremkommer i arbeidet med strategien, som de mest vesentlige for arbeidet med en god og forsvarlig ernæringspraksis i kommunale helse- og omsorgstjenester:

1. Tydelig forankring og organisering
2. Tilstrekkelig og riktig kompetanse
3. Et trygt, godt og bærekraftig mattilbud
4. Helhetlig og koordinert samhandling mellom omsorgsnivåene

Hvert innsatsområde og dets mål beskrives nedenfor med konkretisering av tiltak delt inn i nasjonalt og lokalt nivå. I arbeidet med strategien har det høsten 2019 vært gjennomført intern workshop og høringsrunde i Helsedirektoratet. Det ble avholdt to eksterne innspillmøter hvor fylkesmennene, USHT-ene, utvalgte kommuner basert på gode eksempler løftet frem i Leve hele livet, pasient-, bruker-, interesse og fagpolitiske organisasjoner, forskningsmiljøer, pasient- og brukerombud og RHF-ene ble invitert. De fire innsatsområdene er definert på bakgrunn innspillene som har fremkommet underveis i arbeidet, det juridiske og faglige grunnlaget for strategien, en rekke rapporter og kunnskapsoppsummeringer samt identifiserte utfordringer og tilhørende løsningsforslag presentert under kapittelet "Mat og måltider" i eldrereformen Leve hele livet. Sistnevnte med hovedvekt på systematisk ernæringsarbeid, ernæringskompetanse og et godt mattilbud. Videre ligger Stortingets anmodningsvedtak i 2018 om å utvikle ernæringsstrategi for eldre som mottar tjenester i hjem og sykehjem til grunn for valg av innsatsområdene.

I strategien foreslås det i alt 27 konkrete og målrettede tiltak. Tiltakene omfatter de mest sentrale grepene for å oppnå ønsket effekt i kommunal helse- og omsorgstjeneste innenfor de valgte innsatsområdene. Tiltakene er definert gjennom en prosess der kunnskap og erfaring fra et bredt kunnskapsgrunnlag er vurdert, hvor lokale eksempler og erfaringer fra norske og nordiske kommuner er tatt med, samt innspill fra en rekke aktører gjennom de avholdte innspillmøtene.

Flere tiltak fordrer ytterligere konkretisering. Dette skal gjøres i egne prosesser der relevante aktører inkluderes. Det vil også være fornuftig å vurdere modell- eller piloteringsordninger for en del av tiltakene hvor resultater og evaluering vil kunne legge føringer for eventuell overføringsverdi og videre implementering.



Figur 1. Oversikt over hovedmål, innsatsområder og delmål.

Tydelig forankring og organisering

Mål: God ernæringspraksis er en integrert del av kvalitets- og styringssystemet i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, gjennom ledelsesforankring og systematisk ernæringsarbeid.

I innspillsmøtene ble ledelsesforankring og organisering løftet frem som en av de viktigste faktorene for å lykkes i kommunalt ernæringsarbeid. Ledelsesforankring og en tydelig ansvarsfordeling er en forutsetning for å levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet. Kommunene skal sikre at god ernæringspraksis er en integrert del av kvalitets- og styringssystemet i helse- og omsorgstjenesten (13).

Tydelig fordeling av ansvar og oppgaver

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten understreker at den med det overordnede ansvaret for virksomheten har ansvaret for at virksomheten yter faglig forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Ernæringsarbeid usher en del av dette. Det krever at virksomheten har nedfelte prosedyrer for god ernæringspraksis og at ledere etterspør relevant informasjon om egne kvalitetsutfordringer, undersøker om tiltak gir ønsket effekt, og påser at styringssystemet fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenestene (32). Gjennom Leve hele livet bygges det opp et nasjonalt og regionalt støtteapparat for kommunene og også strukturer for nettverk og erfaringsutveksling, som bør inkludere å integrere god ernæringspraksis som del av helse- og omsorgstjenesten. I nettverk og gjennom USHT-ene kan kommunene innhente og ta i bruk gode eksempler og

forslag fra egne og andres erfaringer til bedre praksis i ernæringsarbeidet. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester sitt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer (14). Kommunene er lovpålagt å ha eldreråd som sikrer bred, åpen og tilgjengelig medvirkning fra eldre (33). Det vil være naturlig å involvere eldrerådet i kommunens ernæringsarbeid.

Det skal ikke være tvil om hvor ansvar, oppgaver og myndighet når det gjelder ernæringsarbeidet er plassert i en kommune. Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig. Alle må være kjent med hvilke oppgaver de selv har, i tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver for å gi forsvarlige tjenester av god kvalitet (32). God kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best i arbeidskulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å utvikle seg og bli bedre.

Modellarbeid og pilotering

Med utgangspunkt i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet gjennomføres et pilotprosjekt med primærhelseteam (34). Primærhelseteamene er i første omgang avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Målgruppen for teamene er alle innbyggerne på fastlegenes lister, men med særlig fokus på pasienter med kroniske sykdommer, psykiske helseproblemer og rusavhengighet, de som i medisinen omtales som "skrøpelige eldre", og personer med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse. Det innebærer grupper med høy forekomst av ernæringsutfordringer. I evaluering av primærhelseteamene fremkommer det at en del av teamene har fokusert på kostholdsveiledning. På spørsmål om det manglet kompetanse i teamene ble det blant annet pekt på mangel på klinisk ernæringsfysiolog (34).

I 2016-2018 ble det utviklet og utprøvd "Trygghetsstandard" for sykehjem i fire kommuner.

Trygghetsstandarden handler om å endre måter å arbeide med kvalitet på i norske kommuner knyttet til sykehjemssektoren, og den har hatt som utgangspunkt at nye elementer skal bygge på og inkluderes i eksisterende systemer og strukturer for kvalitetsforbedringsarbeid i kommunene (35). Et av de tre temaområdene i Trygghetsstandard var ernæring, mat og måltider. Senter for omsorgsforskning fant i sin følgeforskning at temaet ble viet stor oppmerksomhet i sykehjemmene (34). Det var særlig fokus på tid og trivsel rundt måltidene, samspising og måltidsrytme. Overordnet arbeidet kommunene mer strukturert på området etter gjennomføringen av pilotprosjektet.

Systematisk kartlegging av ernæringsarbeid

I arbeidet med Leve hele livet ble det utarbeidet en kunnskapsoppsummering til innsatsområdet "Mat og måltider" (2). I rapporten fremkom det at det behøves mer kunnskap, forskning og pilotering både når det gjelder ernæringspraksis blant eldre, tiltak for å fremme matinntak, appetitt og måltidsglede, forutsetninger for god ernæringspraksis. Videre fremkommer det at mye av utgangspunktet for kunnskap er basert på helse- og omsorgsarbeidernes erfaringer og synspunkter, og i mindre grad brukere og pårørende (1, 3).

I Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 var et av innsatsområdene "Forebygging av underernæring" (28). Det ble utarbeidet tiltakspakker for hjemmetjeneste, sykehjem og sykehus med formål om å forebygge og behandle underernæring som følge av sykdom og/eller behandling. I kontekst av dette arbeidet ble det etablert nasjonal kvalitetsindikator for underernæring i hjemmetjeneste og sykehjem. I lokalt forbedringsarbeid vil kvalitetsindikatorer hjelpe til med å slå fast om det skjer en forbedring, eller bidra til å forklare hvorfor situasjonen er som den er. Mange faktorer påvirker ernæringsstatus og matinntak. Derfor vil det være hensiktsmessig å se kvalitetsindikatorer på blant annet bruk av legemidler og tann- og munnhelse i sammenheng med ernæring.

Tiltak:

Nasjonale (4):

- Gjennomføre regelmessige landsdekkende kartlegginger av ernæringsarbeidet og mattilbudet i kommunene på fire nivå: Helse- og omsorgssjefer, ledere i hjemmetjeneste/sykehjem, avdelingsledere i hjemmetjeneste/sykehjem, brukere og pårørende
- Utvikle og pilotere gode modeller for organisering og finansering som sikrer kommunal helse- og omsorgstjeneste, herunder fastlege, primærhelseteam og oppfølgingsteam, nødvendig tilgang på klinisk ernæringsfysiolog som del av å sikre god ernæringspraksis
- Videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer og kartlegge behov for justering av eksisterende og eventuelt nye kvalitets-, prosess- og resultatindikatorer innen ernæring og matomsorg, samt å sette kvalitetsindikatorer på tannhelsetjenester, legemiddelgjennomgang og ernæring i sammenheng
- Videreutvikle og ta i bruk digitale verktøy og maler for god ernæringspraksis, eksempelvis for vurdering av risiko for underernæring eller kostregistrering, og standardisering av dokumentasjon av ernæringsarbeid i elektronisk pasientjournal

Lokale (3):

- Utarbeide en overordnet ernæringsstrategi og -handlingsplan med rutiner og prosedyrer hvor ansvar, roller og samarbeidsformer i ernæringsarbeidet er avklart
- Utarbeide prosedyrer for ernæringsoppfølging, ernæringsbehandling, mattilbud og måltider for ulike bruker- og pasientgrupper i hjem og sykehjem
- Etablere et ernæringsråd som evaluerer kommunenes mattilbud og rutiner for god ernæringspraksis. Rådet skal være tverrfaglig sammensatt og ha brukerrepresentant, gjerne fra kommunens eldreråd

Tilstrekkelig og riktig kompetanse

Mål: Kommunene har tilstrekkelig og riktig ernæringsfaglig og matfaglig kompetanse til å gi et trygt, godt og individuelt tilpasset ernærings- og mattilbud.

Det er flere faktorer som virker inn på behovet for kompetanse, blant annet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, forskning og medisinsk og teknologisk utvikling, krav og forventninger fra befolkningen, pasienter og pårørende, samt helsepolitiske reformer og føringer (36). Godt, kvalitetssikret, tydelig ansvarsforankret og kunnskapsbasert ernæringsarbeid er avhengig av tilstrekkelig og riktig kompetanse. Behovet for ernæringskompetanse er uttrykt i en rekke sentrale, offentlige dokumenter allerede fra 1970-tallet (13). Men selv i 2020 fører manglende kunnskap og kompetanse til at brukerne ikke får tilstrekkelig ernæringsoppfølging. I dag ivaretas mat- og ernæringsarbeid av alle som arbeider i helse- og omsorgstjenesten (36). En forutsetning for å lykkes med å forebygge og behandle både feil- og underernæring, er riktig kompetansesammensetning og at ansatte har nødvendig og tilstrekkelig kompetanse innen mat og ernæring i henhold til de oppgavene de er satt til å ivareta.

Kjøkken- og matfaglig kompetanse – kokk og matvert

Kjøkkenfaglig kompetanse mangler i stor grad i helsetjenesten, og matservering til syke krever både kjøkken- og matfaglig kompetanse (37). Kjøkkenene bemannes i dag av institusjons-/ernæringskokker, iblant restaurantkokker, men også av en stor andel ufaglærte (37). I 2015 ble den eneste kostøkonomutdanningen (kjøkkensjefutdanningen) i Norge nedlagt. Sykepleierne savner at kjøkkenet har kunnskap om diettene de lager og forståelse for hvordan de kan bidra til å sikre at pasienten kan spise det som serveres (37). Videre er det lav rekruttering til institusjonskokkfaget (36). Opprettelsen av Mesterbrev for institusjons-/ernæringskokker kan være et rekrutteringstiltak men vil ikke erstatte kostøkonomutdanningen når det gjelder ernæringsfaglig kompetanse (36). Nasjonalt råd for ernæring anbefaler at det utredes hvordan kostøkonomkompetansen kan erstattes (37). Det finnes ikke videreutdanningsmuligheter for institusjons-/ernæringskokker i Norge. Å etablere muligheter for videreutdanning for denne gruppen er i tråd med målene i den kommende kompetansereformen Lære hele livet.

I dag er det ikke formelle kompetansekrav innen ernæring for medarbeidere som håndterer mat i hjemmetjenesten eller på postkjøkken på sykehjem, til tross for at det skal finnes rutiner på et kjøkken som sikrer at de ansatte har nødvendig kompetanse til å overholde kravene til internkontroll når det gjelder mattrygghet (36). Det betyr i praksis at alle medarbeidere kan settes til å tilberede mat, også til brukere med ernæringsutfordringer eller spesielle behov (36). Å servere mat er en viktig oppgave og det å servere mat til syke krever særskilt kunnskap og kompetanse (19).

Uavhengig av hvilket måltid som tilberedes er det viktig at det er kjøkken- og matfaglig kompetanse i siste leddet. Det betyr at den som lager til, legger opp og serverer maten til brukerne skal ha kunnskap om ernæring, generell kokekunnskap og kunnskap om mathåndtering. Maten kan ha høy kvalitet når den forlater kjøkkenet, men om den ikke behandles rett på veien, kan smak og næringsinnhold forringes (36). Det samme gjelder anretning og tilberedning av mat i hjemmetjenesten.

I innspillene til strategien var et av hovedbudskapene at det mangler et ledd mellom kjøkken og helsepersonell/bruker på sykehjem. I blant andre Bergen og Oslo prøves det ut matverter på sykehjem. Egne matverter med kjøkken- og matfaglig kompetanse på sykehjemmene kan føre til at matfaglig kompetanse bringes nærmere beboerne, et bedre og tryggere mattilbud, samt mer tid til pålagte oppgaver innen pleie og omsorg for øvrige medarbeidere (38, 39).

Eksempel på oppgaver for en matvert

- Ivareta måltidsopplevelsen og tilberede gode, enkle måltider ut fra den enkeltes behov og ønsker
- Ivareta bestilling av mat til sykehjemmene
- Ivareta mat produsert på eksternt produksjonskjøkken gjennom rett slutttilberedning
- Bindeledd mellom kjøkken/produzent, beboernes behov, øvrige medarbeidere
- Bidra i kompetanseheving om mat og måltider til øvrige medarbeidere
- Utarbeide rutiner for håndtering av mat og måltider ut ifra gjeldende retningslinjer og anbefalinger

Ernæringskompetanse – klinisk ernæringsfysiolog

Pasienter og brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har i dag ikke tilstrekkelig tilgang til klinisk ernæringsfysiolog. Personer som skrives ut fra sykehus med behov for oppfølging av kostholds- eller ernæringsbehandling står i fare for å bli mangelfullt ivaretatt da slik kompetanse i for liten grad er tilgjengelig i primærhelsetjenesten (13). WHO påpekte i evaluering av forrige handlingsplan for kosthold mangelen på tilgang til klinisk ernæringsfysiolog, og denne gruppen som en nødvendig «nøkkelpersonellgruppe» og kompetanse i helsetjenesten og særlig i kommunen (40). Dette samsvarer med at en bredde av aktørene i innspillsmøtene etterlyste bedre tilgang på klinisk ernæringsfysiolog i kommunene.

Sammenliknet med andre OECD-land har Norge en høy allmennlegedekning, men legekantorene har færre med annen helsefaglig utdanning (41). Stadig flere kommuner ansetter nå klinisk ernæringsfysiolog. Men fremdeles har fastleger og annet helsepersonell i norske kommuner lavere tilgang på klinisk ernæringsfysiolog til å samarbeide og dele oppgaver med, enn i andre vestlige land (37). I Sverige er eksempelvis dietist en vanlig forekommende yrkesgruppe i primærhelsetjenesten (42).

Mange helse- og omsorgsarbeidere anser ernæring som viktig, men ernæringsarbeid kan være lett å overse og velge bort i en travelt hverdag. I møte med spesialiserte ernæringsfaglige oppgaver føler de seg alene i arbeidet og mangler tilstrekkelig tilgang på veiledning eller mulighet til å henvise pasienter til klinisk ernæringsfysiolog (13). Det er godt dokumentert at det å styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten med kliniske ernæringsfysiologer, gir umiddelbare og positive resultater både for pasientene og samarbeidende helsepersonell (13). Nasjonalt råd for ernæring etterlyser en normering av minimumsbehov for kliniske ernæringsfysiologer i helsetjenesten (37). Helsedirektoratet anbefaler en dekningsgrad på kliniske ernæringsfysiologer tilsvarende minst én per 10 000 innbyggere (43). I rapporten Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten anbefales det en opptrapping av stillinger med en start på 200 stillinger til klinisk

ernæringsfysiolog tilsvarende én per 20-30 000 innbyggere (43). Videre anbefales det å etablere i første omgang 20 stillinger til kliniske ernæringsfysiologer på fylkeskommune-/fylkesmannivå (43).

Eksempel på oppgaver for en klinisk ernæringsfysiolog

Klinisk ernæringsfysiolog har en nøkkelrolle i forebygging og behandling av ernæringsrelaterte tilstander og sykdom blant eldre og kan ha ulike oppgaver i det kommunale ernæringsarbeidet:

- **Systematisk overordnet arbeid på organisatorisk/administrativt nivå:**
 - Kvalitetssikre og styrke ernæringstilbud i helse- og omsorgstjenestene
 - Utforme og implementere planer, strategier, ernæringsfaglige retningslinjer og prosedyrer
 - Bidra i utforming av kravspesifikasjon for ernæringskriterier i innkjøpsordninger og medisinske forbruksvarer, mv.
- **Kompetanseheving og opplæring:**
 - Gi helsepersonell, annet personell, pasienter og pårørende opplæring og veiledning i kosthold og ernæring
- **Mattilbud:**
 - Bidra til kvalitetssikring av mattrilbud og måltidsfrekvens
 - Bidra til at mattrilbud og matvalg er i tråd med gjeldende retningslinjer og anbefalinger
- **Klinisk praksis:**
 - Kartlegge helse- og ernæringstilstand ut ifra et helhetlig perspektiv (omfattende bl.a. sosiale forhold, tann- og munnhelse, sykehistorie, legemidler, biokjemiske og antropometriske mål, kostvaner, kostanamneser) og sette i gang målrettet oppfølging og behandling
 - Inngå i tverrfaglig samarbeid/team på sykehjem og i hjemmetjenesten
 - Bidra i ernæringsoppfølging og -behandling av tilstander som diabetes, hjerte- og karsykdom, svelgeproblemer, nedsatt appetitt eller endret smakssans, eller mennesker som har vært akutt kritisk syke, vært igjennom kirurgi eller medisinsk behandling
 - Bidra til å sikre trygge overganger mellom omsorgsnivå

Kompetanseheving innen ernæring

Ulike helsepersonellgrupper bidrar med bakgrunn i sin fag-/yrkesbakgrunn til å ivareta ulike oppgaver innen ernæringsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (36). Helsedirektoratet har publisert anbefalinger knyttet til fordeling av ansvar og oppgaver mellom helsepersonell for å ivareta god ernæringspraksis i helsetjenestene. Behov for oppgave- og målrettet kompetanseheving blant helse- og omsorgspersonell er beskrevet i rapporten Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper (36).

Kompetanseheving og opplæring av helse- og omsorgspersonell til å identifisere personer i risiko for underernæring og følge opp disse gir positive resultater for å forbedre ernæringsstatus (1).

Kompetansehevingstiltak har til nå vært formidlet i tradisjonelle kanaler som undervisning og noe e-læring, primært basert på lokale prosjekter og arbeider. Erfaringer fra prosjekter som har som mål å styrke ernæringsfokus og -kompetansen hos helse- og omsorgspersonell, viser at verktøy og kurs er nødvendig, men ikke alltid tilstrekkelig for å møte alle pasienter og brukeres ernæringsbehov (44). Gjentatt undervisning, regelmessig samarbeid med, tilgang på og veiledning fra klinisk ernæringsfysiolog er vist å fremme kompetanse, fokus og engasjement blant helsepersonell både i sykehus og i kommunal helse- og omsorgstjeneste (44). Det trengs imidlertid mer forskning på hva som skal til for at helsepersonell skal få mer kunnskap om ernæring og hvordan eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i hjem og sykehjem kan sikres et forsvarlig og godt mattrilbud (1). I eldreforamen Leve hele livet skal det utvikles faglig veiledningsmateriell og gjennomføres veiledning og nettverk knyttet til innsatsområdet "Mat og måltider".

Mange ufaglærte deltar i ernæringsarbeidet i ulike institusjoner (37). Nasjonalt råd for ernæring foreslår en sertifiseringsordning som en overgangsordning før det eventuelt etableres et matvertstudium for å øke kompetansen hos ufaglærte. Eksempler på områder der en sertifiseringsordning kunne være aktuelt, er ufaglærte matverter og pleieassistenter og ufaglærte ansatte ved sykehuskjøkkener (37).

Overordnede kompetanseplaner bør inneholde tiltak for hvordan kompetanse om ernæring, mat og måltider skal sikres i kommunene, både i sin helhet og hos den enkelte medarbeider.

Tiltak:

Nasjonale (4):

- Øremerke midler fra kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd til 20 stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i kommunene, eksempelvis i tilknytning til USHT-ene, for å bidra til å styrke kvaliteten i ernæringsarbeidet
- Utrede og etablere et studium for matverter på sykehjem, herunder sertifiserings- og/eller overgangsordning for ufaglærte
- Etablere videreutdanning for institusjons-/ernæringskokker
- Videreutvikle formidlingskanaler for kompetanseheving, og kartlegge mulige nye digitale verktøy for kompetanseheving innen ernæring

Lokale (3):

- Sørge for at kompetanse om ernæring inngår i kommunens kompetanseplan
- Innføre obligatorisk opplæring for alle i helse- og omsorgssektoren om god ernæringspraksis, herunder hvordan man identifiserer risiko for underernæring
- Etablere (fag)nettverk for erfarings- og kompetansedeling i kommunen eller sammen med andre kommuner, for eksempel etter modell fra Akershus (kompetansebroen.no), og tilknyttet nettverk som etableres i Leve hele livet-reformarbeidet

Et trygt, godt og bærekraftig mattilbud

Mål: Eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester får et trygt, godt og bærekraftig mattilbud som er tilrettelagt med utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker.

Å styrke det friske og forebygge uhelse er sentralt for en god alderdom. Som et grunnleggende behov er nok og riktig mat en av nøkkelfaktorene for å møte utfordringene samfunnet står ovenfor når det gjelder endret befolkningssammensetning. Mat og måltider er mer enn bare næring og å stille sult, det er en viktig brikke i å fremme velbehag og livskvalitet hos eldre. Regelmessige måltider fordelt over døgnetts våkne timer er spesielt viktig for at eldre skal få i seg nok næring. Et godt kosthold kan øke motstandskraften mot sykdom, ulykker som fall, funksjonssvikt i eldre år og virke forebyggende mot aldersrelaterte sykdommer (1), og slik bidra til å demme opp mot eldrebølgens økende behov for tjenester.

I kjølvannet av Leve hele livet er det igangsatt diverse tiltak knyttet opp mot løsningene som er presentert i reformens innsatsområde "Mat og måltider", blant annet inspirasjonsdager om matglede for eldre og matgledekorps. Strategien vil supplere reformens allerede pågående arbeid.

Overordnede rammer rundt mattilbudet

I både et samfunnsperspektiv og for den enkelte er det ønskelig at flere eldre bor lenger i eget hjem. Tilrettelegging for gode, næringsrike og tilpassede måltider er et viktig tiltak som bidrar til det. Hjemmeboende eldre som ikke selv kan lage mat, bør tilbys hjelp i form av ulike løsninger som hjemlevering av måltider,

matlaging i eget hjem, hjelp til å handle og måltidsfelleskap. Ved å tilby flere alternativer øker muligheten for å finne en løsning som vil fungere for den enkelte og som vil bidra til at eldre opprettholder selvstendighet, mestrer hverdagen og spiser mer (2, 45). For eldre i sykehjem er maten og måltidsopplevelsen spesielt viktig da den gir en følelse av normalitet, struktur og en følelse av selvstendighet i en bosituasjon som kan være annerledes enn den man er vant med (45).

Det mangler oversikt over kvaliteten på mattilbudet og i hvilken grad mattilbudet i institusjoner følger nasjonale retningslinjer og anbefalinger (13). Til sammenlikning gjennomførte Livsmedelsverket i Sverige en kartlegging av den offentlige finansierte måltidsvirksomheten i Sverige i 2018 som et første steg i å få et regelmessig og mer heldekkende bilde av måltider i kommunal helse- og omsorgstjeneste (46). Hensikten med kartleggingen er at kommuner og sykehjem kan måle seg mot andre, og se seg selv i forhold til landsgjennomsnittet. Kartleggingen viste blant annet at åtte av ti kommuner hadde måltidspolitik for eldre i sykehjem og at måltidspolicyen i ni av ti kommuner var politisk forankret. Tolv prosent av kommunene tilbød mellommåltider i hjemmetjenesten og 10 % tilbød matlaging i hjemmet som tok mer enn 20 minutter å lage.

Mangel på tid til å kunne yte god matomsorg ble vektlagt av en bredde aktører under innspillsmøtene, spesielt når det gjelder hjemmeboende eldre. Det dreier seg både om tid til å lage mat for eller sammen med brukeren, praktisk hjelp til spising og samspising. Tidsknapphet fremkommer også om en opplevd hindring for oppfølging av ernæring i hjemmetjenesten, spesielt blant helsepersonell (30). Sykepleiere opplever at hjemmebesøkene er kortvarige, noe som gir liten mulighet for systematiske sykepleierobservasjoner gjennom døgnet, også på ernæring (47). Det er praktiske utfordringer ved å vurdere brukernes mat- og drikkeinntak i løpet av dagen, tidspress og spenning mellom brukernes selvbestemmelse og kravene til systematisk ernæringsvurdering og matomsorg (47).

Et fremtidsrettet mat- og måltidstilbud i helse- og omsorgstjenesten må i større grad legge vekt på valgfrihet og mangfold i mattilbudet, både på sykehjem og for eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i eget hjem. Med økende antall eldre kan vi forvente en større etterspørsel etter tilpassede mat- og måltidsløsninger til hjemmeboende. Det kan gi muligheter for matindustrien i Norge, for innovasjon og utvikling av nye matprodukter og måltidsløsninger, jamfør Meld. St. 18 (2018-2019) Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester (48). I den grad det er mulig bør det gis rom for at flere leverandører kan komme med mattilbud og matombringingsløsninger til hjemmeboende eldre. Ved å tilby flere alternativer øker muligheten for å finne en bra måltidsløsning for den enkelte (47). En valgfri og god matomsorg forutsetter at brukerne blir fulgt opp og får tilstrekkelig veiledning og oppfølging av kvalifisert personell.

Individuelt tilpasset mattilbud

Individuell matomsorg tilpasset den enkeltes behov og ønsker er viktig for både matinntaket og måltidsgleden (1). Det finnes ingen universell løsning som passer alle. Eldre er like forskjellige som alle andre og matglede og appetitt utgår fra individuelle behov, ønsker og vaner. Mat er en viktig del av ulike kulturer og kulturelle og religiøse tilpasninger skal ivaretas når man har behov for helse- og omsorgstjenester. En studie ved 17 sykehjemsavdelinger, fordelt på fem sykehjem i fire norske kommuner fant stor variasjon i sykehjemmenes kartlegging av mat- og måltidspreferanser ved innkomst, både på tvers av sykehjem, men også på tvers av avdelinger i samme sykehjem (35).

Noen eldre vil ha behov for konsistent tilpasning av måltidene på grunn av tygge- og svelgeproblemer. Andre har behov for spesialkost på grunn av ulike sykdommer og helsetilstand (19). Grundig kartlegging av forhold som på ulik måte påvirker ernæringsbehov og inntak av mat og drikke er nødvendig, og dette krever tilstrekkelig tid og kompetanse (8). Den eldre må videre gjøres kjent med disse som grunnlag for å vurdere hva som er viktig for seg.

Pårørende kan være viktige ressurser for opprettholdelse av egenomsorg blant hjemmeboende. Brukeren og pårørendes kunnskap om kosthold og ernæring bør derfor styrkes, slik at helsepersonell lettere kan fremme brukerens egne ressurser og bidra til mer selvstendighet og medbestemmelse når det gjelder ernæringsstatus.

Leve hele livet legger vekt på brukermedvirkning blant både brukere og pårørende gjennom blant annet brukerråd og brukerundersøkelser (2). Her vel det være naturlig at også mattilbudet tas med.

Måltidsomgivelsene og sosialt fellesskap

Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Atmosfæren rundt måltidet og et godt spisemiljø, er avgjørende for hvor mye den eldre orker å spise. Duker, blomster, dekketøy og innredning av spiserommet har også betydning for hvor mye de eldre orker å spise. For mange eldre er gode måltider en av hverdagens viktigste begivenheter. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise og når de vil spise, og mulighet til å dele et godt måltid med andre (2). Måltidene er for mange en sosial begivenhet som de ønsker å tilbringe i fellesskap med andre. Vi vet at det å spise måltidene alene påvirker hva og hvor mye man spiser (1). Mange eldre mister matlysten når det sosiale fellesskapet blir borte. Ensomhet og mangel på sosialt måltidsfellesskap er en betydelig underliggende faktor for underernæring og i det lengre løp sykdom og død.

Godt selskap under måltider har betydning for appetitten, både for hjemmeboende og for beboere på sykehjem. Å legge til rette for mat- og måltidsfellesskap innebærer å skape møteplasser på tvers der man kan spise sammen med andre. Det kan skje i samarbeid med pårørende eller frivillige, og gjerne på tvers av generasjoner. Med utvikling av god teknologi vil også digital samspising i større grad være mulig. Viktig er også spisemiljøet og rammene rundt måltidet.

Produksjon og tilberedning

En god måltidsrytme bidrar til naturlig regulering av sult og metthet. Det anbefales at måltidene fordeles jevnt utover timene vi er våkne, i form av 3-4 hovedmåltider og 1-2 mellommåltider, og at tiden mellom siste og første måltid (nattfaste) ikke overstiger 11 timer (19). Helsedirektoratet anbefaler at hvert hovedmåltid bidrar med om lag samme andel (20-30 %) av daglig næringsbehov (19). Nyere forskning peker i retning av at sammensetning av det enkelte måltid og jevn tilførsel av næringsstoffer slik som proteiner er av betydning (49), noe som stiller krav til alle måltidene hjemme eller på sykehjemmet. Kosthåndboken beskriver nærmere anbefalinger for ulike måltider (19).

Fra innspillsmøtene ble det vektlagt at uavhengig av produksjonsmetode er det viktig å stille krav til ernæringsmessig kvalitet og gi rom for valgfrihet. Mat fra både lokale og fra desentraliserte kjøkken kan ha god kvalitet, men håndteringen av maten før, under og etter måltidet er avgjørende for kvaliteten av sluttproduktet som serveres – og for at det faktisk blir spist. Fagkunnskapen må følge maten fra den produseres til den er spist. Flere sykehus og også flere kommunale institusjonskjøkken har tilknyttet klinisk ernæringsfysiolog som sammen med kostøkonom og kokker bidrar til å sikre at mattilbudet følger nasjonale anbefalinger, og bidrar til bedre dialog og samarbeid mellom kjøkken og kliniske enheter, blant annet i Stavanger og Bærum (51).

Middag på sykehjem tilberedes generelt etter to modeller. Maten lages enten på sykehjemmet (kok/server) eller på et sentralkjøkken (kok/kjøl). Valg av produksjonsmetode må gjøres ut fra hvilken metode som best kan sikre pasientenes behov og ivareta praktiske hensyn (50). Uavhengig av produksjonsmetode er det viktig å stille krav til ernæringsmessig kvalitet, gi mulighet for individuell tilrettelegging og servere maten på en appetittvekkende måte. En del kommuner har tilbud om matombringning til hjemmeboende. Maten leveres varm eller kald i enkeltporsjoner. Det stilles samme krav til maten som bringes til hjemmeboende, som til maten som tilbys pasienter i institusjoner (19).

Bærekraftig mat i eldreomsorgen

Det er ikke likegyldig hva vi spiser, verken for helsen eller miljøet. Bærekraftig utvikling handler om å ta vare på behovene til mennesker som lever i dag, uten å ødelegge framtidens generasjoners muligheter for å dekke sine behov. Bærekraft, miljø og helse er temaer som står høyt på den globale, nasjonale og lokale politiske dagsordenen. Norge har forpliktet seg til å følge opp FNs bærekraftsmål (52). I Folkehelsemeldingen påpekes

det at et plantebasert kosthold samt økt inntak av fisk og mindre kjøtt, vil bidra til å nå både helsepolitiske og klimapolitiske mål (53). Helsedirektoratets kostråd anbefales både for å dekke ernæringsmessig behov, men også for å bidra i en bærekraftig retning.

Det er flere viktige hensyn å ta når kosten til eldre skal planlegges. Maten må vekke matlyst, den må være energi- og næringstett, ha rett konsistens, være tilpasset eventuelle medisinske behov og ikke bryte for sterkt med den eldres matvaner. Det er i dag lite dokumentasjon på hva et bærekraftig kosthold i eldreomsorgen bør inneholde, og det bør utredes hvordan individuelle behov og bærekraftaspektet kan ivaretas i helse- og omsorgstjenestene.

Å redusere matsvinn er viktig for å redusere miljøbelastningen fra maten. En tredel av verdens produserte mat blir aldri spist, og mindre matsvinn vi gi økt mattilgang uten økt produksjonsbehov. Dette vi gi mindre press på klima og miljø og være kostnadsbesparende (54). Mattilsynet stiller strenge krav til håndtering av næringsmidler på institusjoner, og dette kan være utfordrende når man skal kaste mindre mat. Men til tross for dette kan man med enkle grep redusere matsvinnet også i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for forvaltning og ikke har krav til matsvinn for anskaffelse av måltidstjenester (55).

Tiltak:

Nasjonale (4):

- Utarbeide oversikt over kvaliteten på mattilbudet og i hvilken grad kommunens mattilbud følger de nasjonale anbefalinger, og gjennomføre årlig kartlegging av mattilbudet
- Utrede hva "nok tid" til å yte god matomsorg innebærer og vurdere å etablere nasjonale anbefalinger for tidsbruk til matlaging, spisehjelp, samspising og måltider for eldre i hjem og sykehjem
- Legge til rette for samarbeid med helsenæringen gjennom tilbud om matlevering til hjemmeboende eldre og utvikling av nye tilpassede produkter
- Utarbeide en veileder for bærekraftig mat og måltider i eldreomsorgen, som både ivaretar miljø, matsikkerhet og måltidsglede

Lokale (4):

- Etablere rutiner på individnivå for dialog mellom eldre, pårørende og helsepersonell, for å optimalisere mulighetene for egenomsorg når det gjelder mat og måltider, og for å forebygge underernæring
- Kartlegge og etablere rutiner for tidsbruk på matombringing, matlaging, spisehjelp og samspising i hjemmetjenesten
- Etablere lokale prosedyrer og rutiner for gjennomføring av måltider og måltidsrytme og individuelt tilpasset kosthold hos mottakere av tjenester i hjem og sykehjem
- Utarbeide og tilgjengeliggjøre informasjon om kommunens mat- og måltidstilbud til eldre

Samhandling mellom omsorgsnivå

Mål: Eldre får sitt ernæringsbehov ivaretatt i hele pasientforløpet, gjennom en helhetlig, koordinert og god samhandling mellom omsorgsnivåene.

Leve hele livet er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud for eldre og deres pårørende (2). Ut over "Mat og måltider" er "Sammenheng i tjenestene" og "Helsehjelp" to innsatsområder i reformen. Innleggelse og utskrivning fra sykehus eller flytting fra eget hjem til sykehjem er krevende overganger for den eldre og for pårørende. Hele helse- og omsorgstjenesten må sørge for at overgangene blir så gode som mulig, også på ernæringsområdet.

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft er det en økning i antall eldre med sammensatte ernæringsbehov som skrives ut fra sykehus til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Eldre som legges inn på sykehus har ofte en dårlig ernæringsstatus allerede ved innleggelse, og de går ytterligere ned i vekt gjennom oppholdet (56). Samtidig er det mangelfull dokumentasjon om ernæring og dårlige rutiner på om en ernæringsplan følger pasienten ved bytte av omsorgsnivå (57). Dette øker risikoen for underernæring og helserelaterte komplikasjoner for eldre pasienter ytterligere (58). Sentralt i pasientens helsetjeneste er at alle skal få hjelp til å mestre livet i tråd med egne mål og ønsker. Fysisk aktivitet, ernæring og sosialt fellesskap har dokumentert effekt på overlevelse og brukes for lite for å bedre helse og funksjonsevnen hos eldre (2).

God samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er nødvendig for å gi gode og trygge tjenester. I dag forventes det at leger og annet helse- og omsorgspersonell skal ivareta ernæringsfaglige oppgaver, uten tilgang på veiledning fra eller mulighet til å henvise pasienter til klinisk ernæringsfysiolog, noe som utfordrer krav til forsvarlighet i tjenestene. En dansk studie viser at å innlemme klinisk ernæringsfysiolog i såkalt "geriatric discharge Liaison team" er kostnadseffektivt (59). Kostveiledning, systematisk og målrettet oppfølging av eldre fra et tverrfaglig team med kliniske ernæringsfysiolog reduserer hospitalisering, lengde på sykehusopphold og bidrar til bedre overganger mellom sykehus og kommunal helsetjeneste for eldre (60).

Delte stillinger mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å styrke samhandlingen om pasientbehandlingen (60). Ordningen er egnet for deling av høy kompetanse hvor kompetanseoverføring, planmessighet og faglig støtte er avgjørende for kvalitet i hele pasientforløpet. Det kan være et alternativ for å få tilgang på kompetanse som det er knapphet på, som kliniske ernæringsfysiologer. Pasienter med behov for ernæringsoppfølging i kommunene kan ved en slik ordning bli fulgt opp av den samme klinisk ernæringsfysiologen ved bytte av omsorgsnivå. Dette kan bidra til å gi kontinuitet og trygge overganger på ernæringsområdet.

God samhandling med en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom helse- og omsorgstjenestene er også nødvendig for å gi eldre med rettigheter i tannhelsetjenesteloven et fullverdig tilbud. Det må tilrettelegges for at tjenestemottakere får nødvendig tann- og munnstell fra kommunens helse- og omsorgstjeneste ved at den offentlige tannhelsetjenesten bidrar med nødvendig opplæring av annet helse- og omsorgspersonell.

Fastlegen har ikke hatt tradisjon for å følge opp ernæringsstatus og mangler hensiktsmessige verktøy til å vurdere ernæringsstatus og endringer i denne. Det er nødvendig at legene har verktøy til å følge opp pasientenes ernæringsstatus og at de ved behov kan henvise pasienten til klinisk ernæringsfysiolog (37).

Samhandling med frivillige

Frivillig sektor spiller en viktig rolle i helse- og omsorgstjenesten. Et godt samarbeid mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet er sentralt for en god samfunnsutvikling. Frivillige kan inngå i arbeidet med mat og måltider, mens lovpålagte helse- og omsorgstjenester skal ivaretas av kommunene. Der frivillige er involvert i kommunenes tilbud til eldre, har helsepersonell fremdeles plikt til å observere og følge opp ernæringsstatus og sette i gang eventuelle tiltak. Samarbeid med frivillige organisasjoner for å øke matglede, helse, trivsel og tilrettelegge for måltidsfellesskap kan være med å forebygge både underernæring, ensomhet og utsette behov for tjenester hos den eldre befolkningen, og spesielt hjemmeboende eldre.

Tiltak:

Nasjonale (3):

- Sørge for at god ernæringspraksis inkluderes i pågående samhandlingsløp som Helsefellesskap og arbeidet med Gode pasientforløp

- Kartlegge modeller for hvordan samarbeidet innen ernæring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan bidra til god ernæringspraksis i henhold til samarbeidsavtaler og krav om veiledningsplikt, herunder sikre en tydelig og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene
- Harmonisere diagnosekodeverk på tvers av tjenestenivå og utarbeide verktøy for oppfølging av ernæringsstatus
- Utarbeide en veileder for samarbeid med frivillige i matomsorgen

Lokale (2):

- Utarbeide lokale prosedyrer for gjensidig kompetanseoverføring mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten med utgangspunkt i lokale samarbeidsstrukturer
- Sørge for at dokumentasjon om ernæring, herunder ernæringsplan, følger pasient/bruker ved flytting av omsorgsnivå

Litteratur

1. Bøhn BH, m.fl. Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Delrapport Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummr>
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm2017201800>
3. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019). Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.r>
4. Devik SA, Olsen RM. Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. Senter for omsorgsforskning, 2018.
5. Juul HJ. Forebygging og behandling av underernæring. Potensial for kostnadsbesparelser? Oppgave i kostnad-nytteanalyse ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Universitetet i Oslo, 2010. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/3830040-Forebygging-og-behandling-av-underernaering.html>.
6. Kost & ernæringsforbundet og Arla. Underernæring - Det skjulte samfunnsproblem. Kost & ernæringsforbundet, 2014. Tilgjengelig fra: <https://kost.dk/sites/default/files/2021-03/%281%29%20Underern%C3%A6ring%20%E2%80%93%20det>
7. Abizanda P, m.fl. Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. J Am Med Dir Assoc, 2016;17:17-23.
8. Førland O, Rostad HM. Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene. En kunnskapsoppsummering. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 4, 2019.
9. Helsedirektoratet. Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. Helsedirektoratet, 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20o>
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf.
11. Folkehelseinstituttet. Befolkningen i Norge. I Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/befolkningen/>.
12. Helsedirektoratet. Status og utfordringer på kostholdsområdet, både generelt i befolkningen, i ulike grupper i befolkningen og relatert til sosiale ulikheter. Helsedirektoratet, 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-for-handlingsplan-for-bedre-kosthold-2017>
13. Helsedirektoratet. Ernæring i helse- og omsorgstjenesten - Status, utfordringer og eksempler på gode tiltak. Kunnskapsgrunnlag for Ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Helsedirektoratet, 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ernaering-i-helse-og-omsorgstjenesten/Ernaering%20i%20hels>
14. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Tilgjengelig fra: <https://www.utviklingssenter.no/>.
15. Statistisk sentralbyrå. Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2017>.

16. Ramm J: Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Statistisk sentralbyrå, 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldres-bruk-av-helse-og-omsorgstjenester>.
17. Folkehelseinstituttet. Helse hos eldre i Norge. I Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>.
18. Helsedirektoratet. Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen. Analysenotat 10/2017 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet, 2017.
19. Helsedirektoratet. Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet, 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosthåndboken%20-%20Veileder%20i%20er>.
20. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet, 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>.
21. Helsedirektoratet. Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjen>.
22. Helsedirektoratet. Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjen>.
23. Fjæra B, Willumsen T, Eide H. Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Sykepleien Forskning, 2010;5:100-108. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/tannhelse-hos-eldre-pasienter-i-hjemmesykepleien>.
24. Helsedirektoratet. Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjen>.
25. Willumsen T, Karlsen L, Næss R, Bjørntvedt, S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? Gerodontology, 2012;29:e748-e755.
26. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen, T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. Gerodontology, 2012;29:e420-e4.
27. Strand GV, Stenerud G, Hede B. Munnstell i sykehjem. Nor Tannlegeforen Tid, 2017;127:138-143. Tilgjengelig fra: https://www.tannlegetidende.no/journal/2017/2/d2e925/Munnstell_i_sykehjem.
28. I trygge hender 24-7 og Pasientsikkerhetsprogrammet. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>.
29. Beck AM, m.fl. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition - report and guidelines from the Council of Europe. Clin Nutr, 2001;20:455-460.
30. Aagaard H, Grøndahl VA. Rutiner for å vurdere ernæringsstatus i hjemmesykepleien. Sykepleien Forskning, 2017;12:e-61219. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/03/rutiner-vurdering-av-ernaeringsstatus-i-hjemmesykepleien>.
31. Kårstad KÅ, m.fl. Dokumentasjonen av ernæringspraksis i spesialisthelsetjenesten er mangelfull. Sykepleien Forskning, 2018;13:e-72857. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/10/dokumentasjonen-av-ernaeringspraksis-i-spesialisthelsetjenester>.
32. Lovdata. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
33. Lovdata. Forskrift om kommunale og fylkeskommunale råd for eldre, personer med funksjonsnedsettelse og ungdom (forskrift om medvirkningsordninger). FOR-2019-06-17-727. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-17-727>.
34. Abelsen B, m.fl. Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin,

- UiT Norges arktiske universitet og Oslo Economics, 2019. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evalu>
35. Isaksen J, m.fl. Følgeforskning på "Trygghetsstandarden". Sluttrapport. Vol. nr. 4/2018. Senter for omsorgsforskning, 2018.
36. Helsedirektoratet. Kompetansebehov innen ernæring hos nøkkelgrupper. Helsedirektoratet, 2017. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-innen-ernaering-hos-nokkelgrupper/Kompe>
37. Nasjonalt råd for ernæring. Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger. Helsedirektoratet, 2017. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sykdomsrelatert-underernaering/Sykdomsrelatert%20undererr>
38. Fagforbundet og Pensjonistforbundet. Mat i eldreomsorgen. Om kjøkkendrift og ernæring. Fagforbundet og Pensjonistforbundet, 2019. Tilgjengelig fra:
<https://ep-static.fagforbundet.no/file/9f420b275a5d3884962c96d6bb319e39/Mat-Eldreomsorgen.pdf>.
39. Ernæringsassistentuddannelsen. Tilgjengelig fra:
<https://www.ernaerings-assistent.dk/ernaeringsassistentuddannelsen/ernaeringsassistent>.
40. World Health Organization. Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition, 2007-2011. WHO Regional Office for Europe, 2013. Tilgjengelig fra:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/192882/Evaluation-of-the-Norwegian-nutrition-policy
41. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, 2019. Tilgjengelig fra:
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.
42. Socialdepartementet. God och nära vård – en primärvårdsreform. SOU 2018:39. Socialdepartementet, 2018. Tilgjengelig fra:
<https://www.regeringen.se/49c941/contentassets/85abf6c8cfdb401ea6fbd3d17a18c98e/god-och-nara-va>
43. Helsedirektoratet. Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet, 2012. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ernaering-i-helse-og-omsorgstjenesten/Erneringskompetanse>
44. Trangsrud K. Ernæring i sykehjem - evaluering av pilotprosjekt. Masteroppgave, Universitetet i Oslo, 2012. Tilgjengelig fra:
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28632/Master-Trangsrud.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
45. Livsmedelsverket. Bra måltider i äldreomsorgen. Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden. Livsmedelsverket, 2019. Tilgjengelig fra:
https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrrer/broschyr_maltider_aldreom
46. Grausne J, Quetel AK. Fakta om offentliga måltider 2018. Kartläggning av måltider i kommunalt drivna förskolor, skolor och omsorgsverksamheter. Livsmedelsverket, 2018. Tilgjengelig fra:
<https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2018/2018-fakta-om-offentlig>
47. Meyer SE, Velken RJ, Jensen LH. Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. Sykepleien Forskning, 2017;12:e-61797.
48. Nærings- og fiskeridepartementet. Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/41435798a618491e902935a590967502/no/pdfs/stm20182019>
49. Norton C, m.fl. Protein supplementation at breakfast and lunch for 24 weeks beyond habitual intakes increases whole-body lean tissue mass in healthy older adults. J Nutr, 2016;146:65-69.
50. Forbrukerrådet og Kost- og ernæringsforbundet. Appetitt på livet. Forbrukerrådet og Kost- og ernæringsforbundet, 2015. Tilgjengelig fra:
<https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2015/11/Appetittpaalivet.pdf>.

51. Kristiansen I, m.fl. Klinisk ernæringsfysiolog – en nøkkelingrediens på kjøkkenet? Norsk tidsskrift for ernæring, 2019;4. Tilgjengelig fra: <https://www.idunn.no/loi/ntfe>.
52. Regjeringen. Norges oppfølging av FNs bærekraftsmål. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sdg/id2505400/>.
53. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820>.
54. Framtiden i våre hender. En tredjedel av all mat blir aldri spist.
55. Direktoratet for forvaltning og ikt. Kriterieveviseren. Veiviser for bærekraftige offentlige anskaffelser. Tilgjengelig fra: https://kriterieveviseren.difi.no/nb/wizard-export/criteria/6603_6604/6606_6607.
56. Eide HK. Nutritional risk and care in elderly hospitalized patients. A mixed methods research approach. Universitetet i Oslo, 2015. Tilgjengelig fra: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-51715>.
57. Gautun H, Syse A. Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. Nordic Journal of Social Research, 2017;8.
58. Halvorsen K, m.fl. Documentation and communication of nutritional care for elderly hospitalized patients: perspectives of nurses and undergraduate nurses in hospitals and nursing homes. BMC Nurs, 2016;15:70.
59. Pohju A, m.fl. Adding a Dietitian to a Danish Liaison-team after discharge of geriatric patients at nutritional risk may save health care cost. Aging Sci 2016;4:1
60. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm2019202000>.

