

Matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten

Først publisert: 15. mars 2024

Siste faglige endring: 15. mars 2024

Innhold

1. Bakgrunn og formål	3
2. Metode	6
3. Problemforståelse	7
4. Om matvert og matvertordninger	13
5. Tiltak	17
6. Oppsummering	29
7. Forutsetninger for en vellykket gjennomføring ...	30
8. Liste over innspillsaktører	31
9. Referanser	33

Bakgrunn og formål

God og riktig ernæring er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet. Kommunene står foran en rask befolkningsendring. Med flere eldre i befolkningen blir det også flere eldre med helseutfordringer, som igjen betyr flere eldre med ernæringsutfordringer.

Forekomsten av kroniske sykdommer som muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, kreft og demens øker med høy alder. De fleste av disse sykdommene kan påvirke eller påvirkes av kosthold og ernæringsstatus. Overvekt og fedme har negativ innvirkning på sykkelighet og dødelighet, men for eldre som mottar helse- og omsorgstjenester er imidlertid feil- og underernæring en større helserisiko enn overvekt [1-3]. Mange forhold, slik som eksempelvis bruk av legemidler og redusert tann- og munnhelse, kan påvirke matlyst og fordøyelse, som igjen påvirker ernæringsstatus.

I "Tillegg til tildelingsbrev nr. 36 – konkretisering av oppdrag TB2021-11" (sak 21/25350) er Helsedirektoratet bedt om å sikre en helhetlig oppfølging av [God og riktig mat hele livet – ernæringsstrategi for eldre som i sykehjem og som mottar hjemmetjenester \(regjeringen.no\)](#) (heretter Ernæringsstrategien) der tiltakene ses i sammenheng, også på tvers av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten[4].

Det overordnede formålet med Ernæringsstrategien er at eldre brukere får en individtilpasset, helhetlig, koordinert og trygg mat- og ernæringsoppfølging i tråd med nasjonale faglige retningslinjer og anbefalinger. Samlet skal innsatsområdene og tilhørende tiltak bidra til gode måltidsopplevelser og redusert feil- og underernæring hos eldre.

Denne utredningen skal svare ut et av tiltakene i Ernæringsstrategien under innsatsområdet Kunnskap og kompetanse: Utrede tiltak for å styrke den matfaglige kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten generelt, og tiltak for økt bruk av matverter som bindeledd mellom mat- og helsefaglig personell spesielt. Arbeidet sees i sammenheng med strategi Matnasjonen Norge og rapporten Uten fagarbeidere – ingen matnasjon fra Rådgivende utvalg for rekruttering til mat- og måltidsbransjen[5, 6]. Videre skal utredningen inkludere tiltak for å rekruttere matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, gode eksempler og modeller for kompetanseheving av matverter og vurdere hvordan disse kan ha overføringsverdi, vurdere om de kan knyttes opp til eksisterende utdanningsløp, og vurdere hvordan matvertordninger kan støtte opp om hjemmeboende eldre som lager mat selv. Denne utredningen vil være et innspill til nye tiltak innen mat og ernæring for eldre i forbindelse med oppfølging av Meld. St.24 (2022-2023) Felleskap og meistring- Bu trygt heime reformen[7].

Avgrensning (oppdragsforståelse)

Fagområdet ernæring favner bredt, alt fra helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeid, tilrettelegging for et faglig forsvarlig mat- og måltidstilbud, til tilpasset ernæring eller ernæringsbehandling ved sykdom, habilitering og rehabilitering.

Denne utredningen vil først og fremst handle om på den matfaglige delen av det systematiske ernæringsarbeidet og kompetansen innen mat- og måltider, -service og matomsorg. Utredningen vil også berøre den mer klinisk relaterte ernæringsoppfølgingen/-behandlingen, da det er vanskelig å se disse fagområdene uavhengig av hverandre.

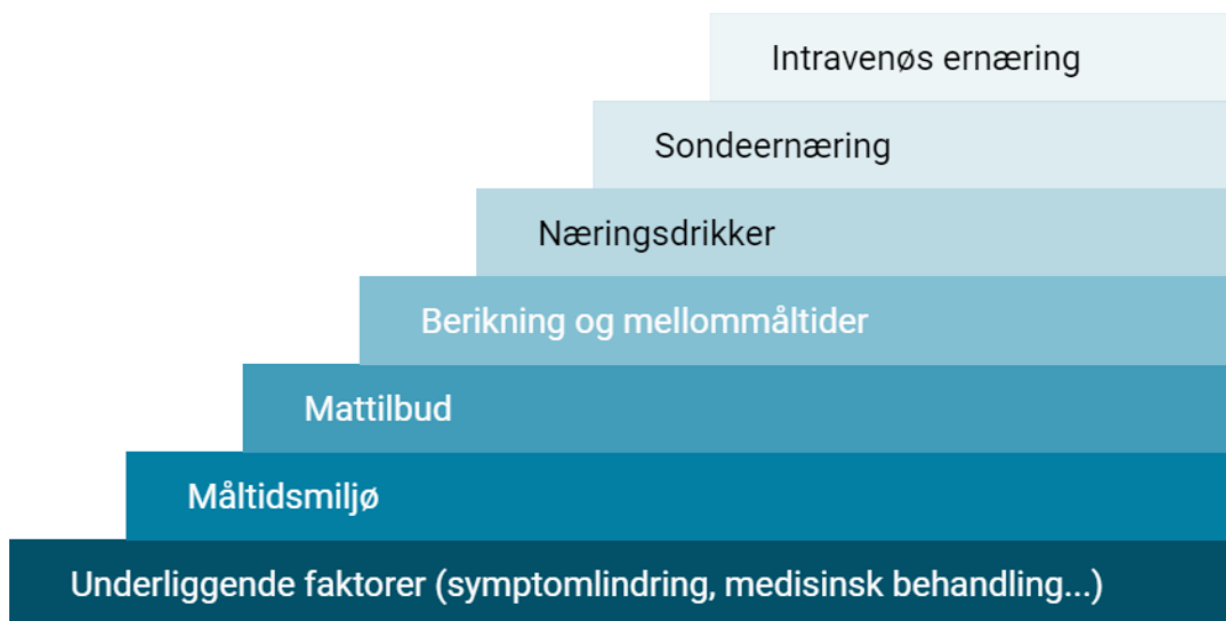
Begrepsavklaringer relevant for utredningen

Mattilbud, matservice og matfaglig kompetanse

I utredningen legger vi til grunn at matfaglig kompetanse er den kompetansen som behøves for praktisk arbeid med mat og måltider. Tradisjonelt ivaretas den matfaglige kompetansen av yrkesgrupper som kostøkonomer, kokker og ernæringskokker. Matfaglig kompetanse er sentralt for å planlegge, lage og kvalitetssikre maten på institusjoner og til hjemmeboende eldre. Det matfaglige arbeidet mottilbud og -service, omfatter arbeidet med planlegging, bestilling, innkjøp, produksjon, distribusjon, tilberedning samt anretning og servering av mat og måltider[8].

Matomsorg

Begrepet matomsorg handler både om omsorg for maten, hvordan den tilbys, at det er gode rammer rundt måltidet, og om omsorg for den enkeltes matvaner, mathistorie og preferanser. Arbeidet og oppgavene som sikrer at den enkelte pasienten får riktig mat knyttet til en bestemt sykdom eller tilstand og eventuelt nødvendig spisehjelp, kan også falle inn under begrepet matomsorg. Matomsorg kan derfor omfatte både mat- og måltidstilbudet og en del av helsehjelpen knyttet til den individuelle mat- og ernæringsoppfølging. Matomsorgsbegrepet er særlig knyttet til trinn 2-4 i Ernæringstrappen, se figur.



Figur: Ernæringstrappen. Fra Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring[9]

Individuell ernæringsoppfølging/-behandling

Individuell ernæringsoppfølging eller -behandling omfatter målrettede tiltak til eller behandling av personer i risiko for eller som er eller feil- og underernært, basert på risikovurdering og kartlegging av årsaker til risiko. Tiltakene kan inkludere alle trinn i Ernæringstrappen. Tiltakene inngår vanligvis i en individuell ernæringsplan.

God ernæringspraksis

Vurdering av risiko for feil- og underernæring, videre individuell ernæringskartlegging og utarbeidelse av en individuell ernæringsplan, iverksetting av målrettede ernæringstiltak, samt evaluering/korrigerende og dokumentasjon kalles med en samlebetegnelse god ernæringspraksis, og inkluderer både mattilbud og -service, matomsorg og ernæringsoppfølging/-behandling [4, 9].

Målet med god ernæringspraksis er at pasienter og brukere som er i risiko for feil- og underernæring fanges opp, blir kartlagt og får tilpassede tiltak, for å forebygge feil- og underernæring og sykdom som følge av dette [4].

Systematisk ernæringsarbeid

Systematisk ernæringsarbeid betyr at god ernæringspraksis er satt i system. [4].

Metode

Helsedirektoratet har valgt å svare ut oppdraget ved hjelp av en minimumsanalyse. Det betyr at vi ikke har gjennomført omfattende eksterne undersøkelser eller omfattende litteratursøk. Rapporten er hovedsakelig basert på muntlige og skriftlige innspill fra fagmiljøer og organisasjoner, supplert med tidligere relevante kartlegginger, aktuelle rapporter og vitenskapelige artikler. Det ble i samarbeid med bibliotekar fra Bibliotek for helseforvaltningen ved Folkehelseinstituttet (9.3.23) gjennomført et enkelt litteratursøk etter systematiske oversikter om ernæringsarbeid rettet mot hjemmeboende eldre i hjemmetjenesten. Søket ble gjennomført da innspillene i stor grad omhandlet mat- og ernæringsarbeid i sykehjem og i mindre grad hjemmeboende eldre.

Det ble avholdt tre åpne innspillmøter høsten 2022. I tillegg ble det sendt e-post direkte til aktuelle fagmiljøer og relevante aktører med invitasjon til å gi muntlig og skriftlig innspill. Det kom inn om lag 40 skriftlige innspill til sammen fra kommuner, sykehus, fag-, interesse- og brukerorganisasjoner, Mattilsynet mv. Fullstendig oversikt over innspillsaktører finnes i kapittel 7. Konkret ble høringsinstansene anmodet om å gi innspill på ett eller flere av følgende spørsmål:

1. Hva er, fra ditt perspektiv, den største utfordringen når det gjelder matfaglig kompetanse i tjenesten?
2. Hvilken kompetanse er nødvendig for å bli matvert eller inneha lignende funksjon?
3. Eksempler på tiltak og modeller for å styrke matfaglig kompetanse i omsorgstjenesten generelt, og tiltak for økt bruk av matverter spesielt
 - a. Rekruttering
 - b. Utdannings- eller kompetansehevingsløp
4. Hva må til for at mattilbudet i helse- og omsorgstjenesten er tilpasset eldres individuelle behov og preferanser?
5. Hvordan kan matvertordninger eller lignende støtte opp om hjemmeboende eldre, som lager maten selv?

Våren 2023 har rapporten blitt utviklet og drøftet i ulike forum og team på tvers av avdelinger i Helsedirektoratet, blant annet i ernæringsgruppa, team sykehjem og hjemmetjenester, kompetanseløft 2025, samarbeidsforum aldring og team personell og utdanning. Utredningen har videre vært på intern høring fra 9. mai til 1. juni 2023 og som drøftingssak i felles divisjonsledermøte med Kvalitet og Forløp og Folkehelse og Forebygging den 26. juni 2023. Innspillene fra intern høring og ledermøtet er hensyntatt.

Problemforståelse

Problemforståelsen og punktene under må sees i sammenheng med Ernæringsstrategien og utfordringsbildet som ligger der: Manglende systematikk, for lite kunnskap og kompetanse, og manglende individuell tilpasning. Disse utfordringene er til dels overlappende og gjensidig avhengig av hverandre.

Manglende etterlevelse av god ernæringspraksis

Manglende etterlevelse av retningslinjer og krav

Hygiene og mattrygghet (IK-mat)

Ingen skal risikere å bli syke av maten de blir servert. Beboerne på sykehjem er en sårbar gruppe, som er helt prisgitt at den maten de får servert er trygg. Mangel på kunnskap om mat- og næringsmiddelhygiene vil utgjøre en risiko for kryssforurensninger og dermed uønskede bakterier og virus i maten. Det skal finnes rutiner på et kjøkken som sikrer overholdelse av kravene til internkontroll når det gjelder mattrygghet (IK-mat)[19]. IK-mat omhandler de ulike rutinene som må til i bedriften for å følge regelverket for at maten skal være trygg å spise. Det kan for eksempel være rutiner innenfor renhold, personlig hygiene, håndtering av råvarer med smitterisiko (for eksempel rått kjøtt og fisk), varmebehandling og riktige temperaturer.

Det kom fram av innspillene at rutiner for IK-mat, gode rammer for måltidene og individuelt tilpasset mat ikke nødvendigvis blir verken kvalitetssikret eller fulgt. I regelverket er det ikke tydeliggjort hvilke kompetansekrav som stilles til dem som skal lage og håndtere mat til syke. Dette betyr i praksis at ufaglærte/assistenter og «frivillige» kan bli satt til å ta imot og tilrettelegge mat for andre, inkludert pasienter og brukere med redusert immunforsvar eller ulike ernæringsutfordringer og behov for eksempelvis konsistentstilpasning av mat eller spesialkost.

Mattilsynet utførte i 2009 uanmeldte tilsyn ved 960 av landets helseinstitusjonskjøkken. Ved over 80 % av disse enhetene ble det servert lokalt oppvarmede middagsmåltider som var laget på sentralkjøkkener. Det er ofte helsepersonell som står for denne tilberedningen, og det var i denne kategorien av kjøkken at det ble avdekket flest manglende og mangelfulle rutiner (upublisert rapport, kan fås på forespørsel). En undersøkelse som Mattilsynet foretok i Kristiansand i 2015 om mathåndteringen på 12 sykehjem (oppvarming og sluttilberedning) som mottok mat fra sentralkjøkken viste at ingen av institusjonene hadde gode nok kontrollrutiner[20]. Kristiansund kommune har nylig gjennomført et pilotprosjekt (ISO-piloten) som viste at nesten alle avdelinger hadde tarmbakterier på kjøkkenbenken. På en av avdelingene var det ansatt en matvert, og denne avdelingen hadde ingen avvik.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring

Målet med *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring* er at alle brukere av hjemmetjenester og beboere på sykehjem skal få vurdert sin risiko for underernæring, slik at de som er i

risiko, blir fanget opp og gitt tilpassede tiltak slik at underernæring kan forebygges og behandles tidligst mulig[9].

En oppdatert kunnskapsoppdatering om eldres menneskerettigheter fra Norges institusjon for menneskerettigheter, *Eldres menneskerettigheter – på stedet hvil?*, viser at underernæring fortsatt er et omfattende problem i eldreomsorgen, som utfordrer retten til helse i FNs konvensjon for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, samt rettigheter i Den europeiske menneskerettskonvensjonen[21]. De nasjonale kvalitetsindikatorne på oppfølging av ernæring for eldre over 67 år i sykehjem og hjemmetjeneste viser at halvparten (50,4 %) av beboere i sykehjem og en femtedel (19,7 %) av brukere av hjemmetjenestene fikk vurdert sin risiko for underernæring i løpet av 2022[22, 23].

Blant de som ble vurdert var over en tredjedel i risiko for underernæring, og omtrent halvparten av disse igjen fikk utarbeidet en individuell ernæringsplan. Tallene viser at det er store variasjoner mellom fylker og mellom kommuner. Det ble av flere innspillsaktører nevnt at også manglende dokumentasjon om pasientens ernæringsstatus og -tiltak og manglende samarbeid mellom tjenestenivåer er barrierer for den helhetlige ernæringsoppfølgingen av den enkelte bruker.

Tilsyn og revisjoner finner fortsatt og stadig lovbrudd på oppfølging av ernæring, noe som tyder på at det er et stykke igjen før retningslinjen er implementert[24].

Mangel på tid, kompetanse, og oppmerksomhet om mat- og ernæringsoppfølging

En rekke innspillsaktører pekte på at mangel på tid er en av de viktigste utfordringene for å tilby gode måltidsopplevelser og en individtilpasset mat- og ernæringsoppfølging. Det ble løftet fram at tiden som brukes på mat og måltider, må tas fra tiden som kan brukes på øvrig pleie. Dette resulterer ofte i at maten blir nedprioritert. Et underbemannet pleiepersonell som mer eller mindre ufrivillig settes til tilberedning og servering av mat, ble beskrevet av innspillsaktørene[15]. Ekstravakter kan bli satt til kjøkkenoppgaver, men kan ha manglende kunnskap og kompetanse om mat, og ikke minst rutiner for håndtering av mat. Dette kan føre til dårlig hygiene (pleiere som løper frem og tilbake mellom pleie og mathåndtering), lite fristende mat, mat som ikke er tilpasset nok og en måltidsituasjon som kan være preget av uro og uorden.

Flere innspillsaktører var inne på at den matfaglige kompetansen blant ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten er svært varierende og avhenger av hva de har av kompetanse "hjemmefra", hva de har lært i utdanningen og hva de tilegner seg av kompetanse gjennom jobben. Den landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i sykehjem fra 2015 viste at kunnskap var den faktoren som både ledere og helsepersonell krysset av for som den viktigste forutsetningen for å få til gode rutiner for oppfølging av beboernes ernæringsstatus, og at det er behov for mer kunnskap om mat og ernæring blant ansatte[15].

Det kom tydelig fram fra innspillsmøtene at det er et behov for personell med tilstrekkelig matfaglig kompetanse som har et dedikert ansvar for maten, av hensyn til både næringsmiddelhygiene og pasientsikkerhet. Behovet for klinisk ernæringsfysiolog for å sikre det helhetlige mat- og ernæringsarbeidet ble også pekt på.

Det kom videre fram fra innspillsmøtene at det var varierende oppmerksomhet, interesse og forståelse for grunnleggende matfaglige og hygieniske prinsipper, mattradisjoner og ernæringens betydning for den enkelte blant pleiepersonellet. Det ble også påpekt mangel på kunnskap eller oppmerksomhet relatert til tann- og munnhelse. Senter for omsorgsforskning rapport om utelatt helsehjelp fra 2021 viste at

oppfølging av mat og ernæring og tann- og munnhelse var blant de grunnleggende behovene som ble nedprioritert[25]. Rapporten viste videre utfordringer knyttet til medvirkning fra pasienten og pårørende når det gjaldt matomsorgen. Flere innspillsaktører pekte på at mat- og ernæringsoppfølgingen i dag mangler et tydelig ledelsesansvar og at det er for tilfeldig og ildsjel-basert. Det vil si at oppfølgingen er god dersom det tilfeldigvis er en person som brenner for mat og ernæring som har et overordnet ansvar i å holde i mat- og ernæringsarbeidet. Men i mange tilfeller plasseres ansvaret tilfeldig fra dag til dag og det er ikke alle som har kompetanse, tid eller interesse til å følge opp på en tilstrekkelig måte.

Manglende kunnskap hos eldre selv, og også hos pårørende, om kunnskap om og betydningen av å opprettholde ernæringsstatus for god helse, kan også bidra til økt risiko for utvikling av feil- og underernæring.

Manglende systematisk innsats for å forebygge feil- og underernæring hos hjemmeboende

Flere innspillsaktører løftet betydningen av å styrke det systematiske ernæringsarbeidet for å få til individuelle tilpasninger, spesielt i hjemmebaserte tjenester. Riksrevisjonen viser til at kommunens tildelingspraksis kan variere, noe som kan ha betydning for hvilket tilbud den enkelte får[24].

Hjemmebaserte tjenester skiller seg fra institusjon på flere måter. Bruker bestemmer i stor grad selv hva som skal handles inn og hva som skal spises, og mat og måltidstilbudet er også avhengig av den enkeltes økonomi, kjøkkenfasiliteter, hygiene og hva den eldre selv har av mat/utstyr i hjemmet.

Målet for den hjemmeboende gruppen eldre må være at mat og måltider skal fungere helsefremmende og forebyggende og bidra til at man kan forbedre eller vedlikeholde funksjonsnivå ha mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem [26]. Den hjemmeboende eldrebefolkningen er ikke en ensartet gruppe. Det er stor variasjon i helse og skrøpelighet i eldre år. Det er særlig de eldste eldre som har helse- og funksjonsproblemer med hjelpebehov[3].

En rekke faktorer påvirker den enkeltes ernæringssituasjon. Ensomhet og mangel på mat- og måltidsfelleskap kan påvirke både appetitt og matglede. Manglende muligheter til måltidsfelleskap/samspising, fleksibilitet i matombringing eller hjelp til tann- og munnstell, hjelp til tilberedning av mat, individuell veiledning eller tilrettelegging i spisesituasjonen kan gi økt risiko for feil- og underernæring og sykdom som følge av dette. Samtidig vil sykdommer eller tilstander og legemidler også kunne påvirke både ernærings- og næringsstoffbehov og -omsetning i kroppen.

Hvilket tiltak som er aktuelt når det gjelder mat og ernæringsoppfølging i hjemmet er dermed avhengig av den enkeltes livssituasjon, ernæringsstatus, samt psykiske, mentale/kognitive og fysiske funksjon.

Kompetanse

Det må være kompetanse i tjenestene til å kunne avdekke risiko for feil- og underernæring, kartlegge eventuelle årsaker og lage en individuell ernæringsplan med tilpassede tiltak. Dette kan være alt fra å avdekke og behandle underliggende faktorer (levevaner, legemiddelbruk, ensomhet, depresjon, mv), behov for tiltak knyttet til appetitt/måltidsmiljø (medspising/spisemiljø, sosiale tiltak/aktivitetstiltak), individuell kostveiledning eller praktisk hjelp med selve maten (handling, oppvarming, tillaging etc).

Manglende kunnskap om brukers behov eller manglende dialog om bruker mellom "bestiller" og "utfører" kan føre til at tiltak ikke er tilstrekkelig individuelt tilpasset[27].

Flere av innspillsaktørene mente at Ernæringstrappen er for lite kjent og brukt. De mente at det bør jobbes mye mer med kartlegging for å finne gode tiltak på et lavere nivå i ernæringstrappen. Trinn 1, som omhandler kartlegging av underliggende faktorer og årsaker til risiko, vil da være avgjørende for å finne fram til effektive tiltak på et lavest mulig nivå.

Personer med utviklingshemming

Flere innspillsaktører poengterte at personer med utviklingshemming er en stor gruppe som bør omfattes av utredningen. Personer med utviklingshemming er en sammensatt gruppe med ulike behov. Mange kan ha særlige utfordringer knyttet til kosthold og ernæring, noe som stiller krav til at ernæringsstiltak må være individuelt tilpasset [9, 28]. Spise- og ernæringsvansker, og også feilernæring, er vanlig for noen av gruppene. Utfordringene kan variere fra underernæring til stor grad av fedme. Begge deler har sammenheng med følgetilstander som ubehandlet kan gi forverret livskvalitet og helse. Det er behov for økt kunnskap og kompetanse i tjenester til personer med utviklingshemming, blant annet om ernæringsbehov og kostholdsråd knyttet til ulike ernæringsutfordringer, samt hvordan den enkelte kan gis tilstrekkelig beslutningsstøtte for å ivareta selvbestemmelse, egenverd og livsførsel[28, 29].

Mangel på matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten

Det kommer frem i Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester at matfaglig kompetanse er sentralt for å kvalitetssikre maten på institusjoner og til hjemmeboende eldre, men slik fagkompetanse er ofte manglende. Regjeringen peker på at det er behov for økt mat- og ernæringskompetanse i tjenestene og for tverrfaglig samarbeid for å sikre god mat- og ernæringsoppfølging [10].

Mangel på kokker

En rekke innspillsaktører beskriver at den største utfordringen når det gjelder matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, er at det er vanskelig å rekruttere kokker (med fagbrev). Som det fremkommer i rapporten *Uten fagarbeidere – ingen matnasjon* (heretter Rekrutteringsutvalget), er det økende mangel på kompetanse og arbeidskraft i mat- og måltidsbransjen[6]. Det er mangel på kokker og det er lave søkertall til utdanningsprogrammet restaurant- og matfag.

En rapport fra 2022 fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse om framtidig kompetansebehov peker på at det samlet i alle næringer mangler over 2000 kokker[11]. Regjeringens utsynsmelding over Norges framtidige kompetansebehov som kom i mars 2023 indikerer at kokker er en av gruppene hvor det i 2022 var vanskeligst for virksomhetene å rekruttere arbeidskraft[12].

Lav rekruttering til ernæringskokkfaget

Lave søkertall til utdanningsprogrammet restaurant- og matfag i videregående skole, vil føre til lavere rekruttering til ernæringskokkfaget, tidligere kalt institusjonskokk. Tidligere hadde man også utdanning til kostøkonom i regi av OsloMet, som var rettet mot ledelse, organisering og økonomi, og i tillegg mer

inngående kunnskaper om dietter, spesialkost og ernæring. Det finnes per i dag ingen videreutdanning for ernæringskokker i Norge. At det ikke finnes noen videreutdanning eller tydelige karriereutviklingsmuligheter for kokker i dag kan være en barriere for rekruttering.

Mat og helsefaget er lavt prioritert (grunnskolenivå)

Rekrutteringsutvalget peker på at mat- og helsefaget er lavt prioritert i grunnskolen. Andelen lærere som mangler studiepoeng er størst blant lærere i mat og helse, til tross for at det i ungdomsskolen er krav om minimum et halvt års utdanning i mat og helse som en del av lærerutdanningen for å undervise i faget[13].

Det ble nevnt på et av innspillsmøtene at mat og helsefaget i dag ikke inspirerer i samme grad som før til å velge restaurant- og matfag i videregående skole. Hvis det er slik, vil dette være en barriere for barn og unge som i utgangspunktet kan tenke seg å bli kokk i framtiden.

Skal man bli god i noe må man øve mye og ofte for at ny kunnskap og nye ferdigheter skal feste seg[14]. Å kjenne mestring i et fagområde vil ha betydning for om det er aktuelt å søke denne retningen i videregående opplæring. Andre fagområder, som for eksempel musikk og kroppsøving, har gjerne tilbud til barn og unge på fritiden gjennom musikkskoler og idrettslag, slik at de kan øve og utøve sine ferdigheter. På det matfaglige området er det mer begrenset tilbud på fritiden. Det ble også nevnt at siden man ikke risikerer å komme opp til eksamen i mat og helse også kan være en grunn til at innsatsen, kvaliteten og innholdet i undervisningen kan bli nedprioritert.

Dersom mat og helsefaget ikke i tilstrekkelig grad prioriteres eller anerkjennes vil dette kunne ha konsekvenser på lang sikt, ikke bare for de som ønsker å bli kokker, men også for de som vil utdanne seg innen helse- og sosialfag og ikke for den minst den grunnleggende matfaglige kunnskapen generelt i befolkningen.

Manglende bindeledd og samarbeid mellom kjøkken og helsetjeneste

Mange kommuner gikk over fra lokal kok-server-ordning med middagsproduksjon på hvert enkelt sykehjem til kok-kjøl-produsert mat fra et sentralkjøkken mot slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet. I 2015 ble det foretatt en landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i sykehjem som viste at 44 % av sykehjemmene i Norge fikk mat fra eksternt kjøkken/sentralkjøkken[15]. Når maten er produsert på sentralkjøkken vil maten måtte varmes opp og slutttilberedes lokalt. Slutttilberedningen inkluderer anretning, men kan også innebære å mose eller berike maten i henhold til individuelle behov. Kokkene, som tidligere utgjorde en viktig ressurs lokalt opp mot mat og måltider i avdelinger fulgte naturlig nok med til sentralkjøkkenene. Dette betyr at en stor del av mathåndteringen i helseinstitusjoner skjer på avdelings- eller postkjøkken, og gjøres av ulike grupper av helsepersonell eller ufaglærte. Maten kan ha høy kvalitet når den forlater sentralkjøkkenet, men om den ikke behandles rett på veien, kan smak, næringsinnhold og utseende forringes. Videre hjelper det lite om maten behandles eller anrettes riktig dersom serveringen, måltidsmiljøet (omgivelsene, lukt, lys, mm) og den individuelle tilretteleggingen svikter.

Ernæringsstrategien beskriver som en utfordring at det ikke alltid er tilstrekkelig dialog og samarbeid mellom kjøkken-/matfaglig personell og helsepersonellet om pasient eller brukers ernæringsbehov og peker på at det er behov for en matfaglig funksjon som kan være et bindeledd mellom kjøkkentjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Flere kommuner prøver ut ordninger med matverter, kostverter/kostombud eller tilsvarende som har et spesielt ansvar for maten på de ulike helse- og omsorgsavdelingene. Andre

sykehus og kommuner benytter klinisk ernæringsfysiolog som bindeledd mellom kjøkken-/matfaglig personell og helsepersonellet[16-18]. Mange matverter mangler imidlertid formell utdanning eller kompetanse innen matfag.

Om matvert og matvertordninger

Begrepet matvert

Matvert er i dag ikke en formalisert eller etablert funksjon. Ulike institusjoner og kommuner bruker ulike benevnelser på funksjoner eller roller som i større eller mindre grad ivaretar matfaglige oppgaver, eksempelvis husvert, måltidsvert, postvert, husmor, servicevert, kostvert, assistent, matkontakt eller matvert. Det er ikke entydig hvilke oppgaver ansatte med slike benevnelser eller funksjoner forventes å ivareta og i hvilken grad funksjonen krever visse kvalifikasjoner. Eksempler på grupper som i dag fyller de ovennevnte benevnelsene, er kokker, helsefagarbeidere, sykepleiere, miljøterapeuter, vernepleiere, annet sosial- og helsefaglig personell, ufaglærte/assistenter, pensjonister og frivillige.

Begrepet matvert er i all hovedsak brukt om personer som arbeider på sykehjem eller en annen heldøgns helseinstitusjon, og som har ansvar for å tilberede og servere mat til brukerne, ivareta matsikkerhet og sørge for at måltidet blir en hyggelig opplevelse for brukerne (matomsorg). En matvert kan også ha ansvar for å hjelpe til med å tilberede eller koordinere matlagingen med kokken eller annet kjøkkenpersonale. I tillegg kan en matvert i samarbeid med helsepersonell bidra til at menyen tilpasses beboernes spesielle behov og preferanser. Det er lite erfaring fra bruk av matverter eller lignende utenfor institusjoner.

Hva slags kompetanse bør en matvert ha?

Ut ifra innlegg på innspillsmøter, skriftlige innspill og øvrige publikasjoner i forbindelse med utredningen kan man finne fellesnevnerne for hvilke oppgaver og kvalifikasjonskrav en matvert kan tenkes å ha. Flertallet av innspillsaktørene mente at den som lager til, legger opp og serverer maten til brukerne først og fremst bør ha kunnskap om næringsmiddel- og kjøkkenhygiene slik at man kan håndtere næringsmidler på en trygg måte. Videre var de fleste opptatt av at man må ha grunnleggende kunnskaper og forståelse for matlaging og ernæring for å kunne gjøre måltidene til en hyggelig begivenhet for bruker, å lage til appetittvekkende måltider, konsistentstilpasning, allergier/spesialkost og hvilke matvarer som er frarådet for enkelte grupper. Videre ble det løftet fram viktigheten av å kunne kommunisere og samarbeide både med kjøkkenet og øvrig helse- og pleiepersonell for å ivareta individuelle behov og ønsker. Sist, men ikke minst, kom det fram at personlig egnethet og interesse for det miljøterapeutiske aspektet ved mat og måltider var avgjørende.

Verdien av å spise sammen i et miljø som innbyr til gode samtaler er for mange et høydepunkt i hverdagen. Det sosiale samspillet ved måltider har betydning for appetitt og den som skal yte hjelp har en stor oppgave i å legge til rette for samspising der dette er mulig og formålstjenlig. God matomsorg handler også om verdighet og respekt for mat som identitets- og kulturuttrykk, for matskikk- og tradisjon og for den enkeltes individuelle vaner og ønsker rundt måltider [30]. De fleste innspillsaktørene mente at det er viktig at det ikke settes for høye krav til formalkompetanse til en matvert med tanke på rekruttering, selv om det beste alternativet hadde vært å ansette en kokk. De fleste mente at det er en fordel med utdanning eller erfaring innen hotell/restaurant-, kjøkken/kantine-, ernæring- og/eller helsefag.

Fra innspillene kan det oppsummeres at en matvert bør ha grunnleggende kunnskaper om:

- Næringsmiddel- og kjøkkenhygiene (IK-mat)
- Matlaging, anretning og matservering

- Grunnleggende ernæring, inkludert konsistenstilpasning og spesialkost
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner (personlig egnethet)

Dersom hovedvekten ligger på de sosiale oppgavene, vil det ikke nødvendigvis være behov for å stille krav til matfaglig kompetanse eller opplæring. En slik funksjon vil heller kunne kalles spisevenn eller lignende. Det vil være viktig at det blir tydeliggjort hvilke oppgaver som ligger til de ulike funksjonene, spesielt med hensyn på at pasientsikkerheten ivaretas når det gjelder mattrygghet.

Eksempler på matvertordninger

Flere innspillsaktører mente det var naturlig at opplæring og kompetanseheving av matverter bør legges til der den matfaglige kompetansen finnes allerede, enten på sentralkjøkken eller lokalkjøkken. På flere sykehus og større sykehjem finnes det i dag kurs og opplæringstilbud for ansatte som skal bli eller ønsker en funksjon som matvert. Kjøkkensjef og klinisk ernæringsfysiolog er naturlig nøkkelpersonell for å utvikle og tilby slike opplæringspakker. Nedenfor beskrives noen eksempler på matvertordninger og ulike kompetanseløp. *Eksempelene er basert på muntlige og skriftlige innspill og er ikke utfyllende.*

Oslo Universitetssykehus (OUS) beskriver at de har hatt matverter i over 20 år. Ansatte ved postkjøkken ivaretar mest mulig rene kjøkkenfaglige oppgaver. I 2000 ble det slått fast at sykehuset manglet 150 sykepleiere. Samtidig utførte sykepleierne 60 % av alle matrelaterte oppgaver på avdelingene[31]. Dermed ble det bestemt at sykehuset skulle teste ut en ordning med postverter på noen få avdelinger. OUS har i dag over hundre matverter og tre ernæringskokker. Etter innføring av nye matkonsepter som buffetordninger, har pasientene større valgfrihet, men det stilles større krav innen mattrygghet. OUS viser til at det i dag er nødvendig med en person med matfaglig kompetanse som har ansvar for alt rundt maten, ikke minst for å sikre at hygienekrav og pålegg fra Mattilsynet blir fulgt.

Lillestrøm sin avdeling for kjøkken og matomsorg var vinneren av matomsorgsprisen 2021 som deles ut fra Kost og ernæringsforbundet. Lillestrøm har ansatt klinisk ernæringsfysiolog som fungerer som et koordinerende bindeledd mellom kjøkken og helsepersonell/bruker. De har jobbet målbevisst for at den matfaglige kompetansen kommer ut av kjøkkenet og helt frem til brukeren, gjennom veiledning og kompetanseheving. Klinisk ernæringsfysiolog samarbeider tett med kokkene på sentralkjøkkenet, matverter og matkontakter, og jobber med kvalitetssikring og kompetanseheving innen matomsorg. Matverter/matkontakter har ansvar for matbestilling, IK-mat, servering og å være pådriverer for arbeidet med gode måltider der de jobber ute på sin avdeling. Lillestrøm kommune har kokk på hvert sykehjem, men har vurdert at det i tillegg er behov for matverter på avdelingene.

/ Bergen har de gjennomført et prøveprosjekt med to sykehjem som har en matvert hver i 100 % stilling. Matvertene var helsefagarbeidere og hadde i tillegg utdanning/erfaring innen hotellfag og servering. Oppgaver som matvertene ivaretok innebar planlegging og bestilling av måltider (meny og måltidsrytme), opplæring rundt rett slutttilberedning og servering, oppmerksomhet på presentasjon og miljø rundt måltidene, fordeling av oppgaver på dag- og kveldsvakt, IK-matrutiner, oppdatering av matkort til beboerne og holdningsendring rundt ansvar og oppgaver. Da sykehjemmene senere skulle gjøre tiltak for å redusere matsvinn, var det naturlig at matvertene hadde ansvar for oppfølgingen av dette. Matvertprosjektet var så vellykket at sykehjemmene har valgt å videreføre matvert-rollen etter at prosjektet ble avsluttet. Tilbakemeldinger fra ansatte var at dette blant annet bidro til økt appetitt hos beboere. Klinisk ernæringsfysiolog i kommunen var delaktig i koordineringen og opplæringen av matvertene, i tillegg til å arbeide med å kvalitetssikre mattilbudet gjøre ernæringsmessige vurderinger, og sikre prosedyrer og rutiner for god ernæringspraksis.

Sykehjemsetaten i Oslo gjennomførte pilotering av måltidsverter og kokker på fire institusjoner i 2020-21. Målet med pilotene var å teste ut ulike modeller for måltidsvert, valgfri middag og bærekraftig mat.

Erfaringene viste at pleiepersonellet var mindre presset på tid på morgen/formiddag, og at flere pasienter/beboere spiste i fellesstue og de satt også lenger ved bordet. Måltidsvertene opplevde at de ble tatt godt imot på avdelingene. Oppdraget utløste en gjennomgang av organisering og oppgavefordeling for matrelaterte oppgaver. Prosjektet viste at det er nødvendig å flytte matrelaterte oppgaver fra pleiepersonellet til matfaglige medarbeidere. Dette ga mer effektiv bruk av ansattressurser, mer tid til stell, av- og påkledning og dusj, bedre kvalitet på et mer likt mattilbud, bedre hygiene og mer målrettet arbeid med bærekraftige måltider. En anbefaling basert på erfaringene fra piloteringen er å etablere modeller med matfaglig kompetanse på alle langtidshjem og helsehus.

Bærum har etablert en matvertordning på en korttidsinstitusjon. Nye prosedyrer for mat- og måltidstilbudet ble utviklet med hjelp og støtte av kokk og klinisk ernæringsfysiolog ansatt ved storkjøkkenet i kommunen. Erfaringene med ordningen så langt viste at matvert kunne avlaste pleiepersonellet, bidra til ro rundt måltidene og ikke minst bedre mathygiene. Nye prosedyrer innebar også små enkle grep som for eksempel valg mellom næringstette og appetittvekkende småmat/snitter i stedet for å spørre og vente på svar på hva de hadde lyst på. Å tilby i stedet for å spørre gjorde at de aller fleste spiste mer enn de gjorde tidligere. Matverter bidro videre til mindre matsvinn da det ble bestilt riktig mengde mat. Bærums innspill viser at tilstedeværelse av matfaglig kompetanse bidrar til bedre matlyst, bedre kvalitet i mattilbudet, mindre matsvinn, bedre hygiene og sist, men ikke minst, at beboere og pasienter er fornøyde.

Nesodden har hatt et matvertprosjekt på sykehjemmet, med seniorer/pensjonister som matverter. Bakgrunnen for prosjektet var at det ofte var vanskelig å legge til rette for matro og gode måltidsopplevelser, og de ansatte så at det var behov for en person som var til stede gjennom måltidet. Fire pensjonister ble ansatt, og to avdelinger hadde en matvert til stede mandag til fredag på dagtid. Matvertenes rolle innebar pådekking, tilberedning og servering av frokost og mellommåltider, anretning og servering av lunsj, tilstedeværelse på kjøkken/stue, samspising og opprydding/oppvask. De fikk opplæring av klinisk ernæringsfysiolog, kokker, helsefagarbeidere og hukommelseskoordinator. Erfaringene fra prosjektet viste at matvertene bidro til gode matopplevelser og økt samvær for beboerne, økt inntak av mat og drikke, kortere nattefaste, økt selvstendighet i spisesituasjonen og mindre uro under måltidet. Samtidig opplevde pleiepersonalet mindre stress, bedre tid til stell og det var en trygghet for både pasientene og pleiepersonalet at det var matvert til stede på stue/kjøkken når pleiepersonalet selv bisto pasienter på rom.

Ålesund erfarte at det måtte gjøres noe med mat og måltider i kommunen, blant annet på grunn av en mer skrøpelig brukergruppe og at arbeidet med mat og måltider ikke var tilstrekkelig forankret. Sentralkjøkkenet ansatte i 2020 en klinisk ernæringsfysiolog, det ble laget nye prosedyrer og gjennomført læringsnettverk i forbedringsarbeid "Målet er måltidet". Det ble lånt ut kokker fra sentralkjøkkenet som husmor på tre av omsorgssentrene. Nye prosedyrer ble utviklet, opplæring gjennomført og en digital infoskjerm ble hengt opp på avdelingene. At dagens meny ble presentert på denne måten med bilder ga god informasjon både for brukerne, pårørende og ikke minst ansatte, om hva som serveres til middag og hvordan middagen legges opp.

Eksempel på matvertordninger utenfor Norge

Det finnes også eksempler på hvordan sykehjemmene legger til rette for gode rammer om mat og måltider til eldre i Danmark[32]. Ringkøbing-Skjern Kommune har måltidsverter på alle sykehjem. Måltidsvertene er ansatte medarbeidere som sitter ved bordet, spiser med beboerne og er dedikert til måltider. Det er også rom for frivillige, som kan være "med-verter". Måltidsvertene skaper nærvær, trygghet, god stemning og ha oppmerksomhet på den enkelte borgers behov og ønsker. En som spiser med som vert, motiverer de eldre til å spise mer. Eksempelvis er det relevant speiling for personer med demens. Kommunen har utviklet en folder om Måltidsverter, som henger synlig for ansatte, som også inneholder prosedyre for hva det vil si å være måltidsvert og også en folder til alle ansatte med fire råd for hvordan man setter scenen for det gode måltid[33].

Evaluering av måltidsverter på Herlevs hospital viser at måltidsverter fremmer småspisende eldres lyst til å spise, bedre måltidsopplevelse, og det har ført til bedre samarbeid med øvrige personell og også mindre matsvinn[32].

Tiltak

Tiltak for å styrke matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten

Øke tilgang på kokker i helse- og omsorgsinstitusjoner

Helsedirektoratet anbefaler at rekrutteringskampanjer videreføres, at det vurderes etablert karrieremuligheter som videreutdanning for kokker og at det legges til rette for mobilitet på tvers av sektorer for å øke tilgang på kokker i helse- og omsorgsinstitusjoner.

Rekrutteringskampanjer

For å vise frem mulighetene i bransjen, mener Rekrutteringsutvalget at det er behov for en nasjonal og landsdekkende rekrutteringskampanje til restaurant- og matfag[6]. Kampanjen må være målrettet og selge inn bredden av utdannings- og karrieremuligheter innenfor mat- og måltidsbransjen. Landbruks- og matdepartementet har i 2023 bevilget 500 000 kroner for å få flere til å velge en karriere innenfor mat- og måltidsbransjen[34].

Karrieremuligheter - videreutdanning

Rekrutteringsutvalget mener videre at bransjen må vise frem det store og varierte spekteret av karrieremuligheter. Dette gjøres for eksempel gjennom www.smakdegfrem.no. Flere innspillsaktører mente at å etablere videreutdanning tilsvarende den tidligere kostøkonomutdanningen kan være en mulighet for økt rekruttering til restaurant- og matfag. Nasjonalt råd for ernæring har i sin rapport fra 2017 om sykdomsrelatert underernæring anbefalt at det må utredes hvordan denne kompetansen kan erstattes[35]. En revitalisering av kostøkonomutdanningen kan være et rekrutteringstiltak og en karrierevei for kokker inn i helse- og omsorgstjenesten.

Samarbeid på tvers av sektorer – NAV, opplæringskontor mv

Rekrutteringsutvalget anbefaler at opplæringskontorene må få en tydeligere plass i opplæringen og at det forankres i ny opplæringslov. Dette påpekes også av Helsepersonellkommisjonen i den nylig publiserte offentlige utredningen NOU 2023:4 Tid for handling om fremtidens helse- og omsorgstjeneste[36]. Det er flere samfunnsaktører som er viktige for økt rekruttering til mat- og måltidsbransjen: den enkelte skole, fylkeskommunen, opplæringskontorene, den enkelte bedrift og NAV. De ulike aktørene er ansvarlige på ulike nivå og tidspunkt, men det er viktig at de samarbeider og er godt koordinerte.

Mange starter som kokk i en restaurant med mye kvelds- og helgearbeid. Når de blir eldre og stifter familie bytter de til arbeidsplasser med mer familievennlige arbeidstider eller deltid, som for eksempel som kokk eller matvert på sykehjem[6].

Styrke mat og helsefag i grunnskolen

Mat og helsefaget i grunnskolen er en rekrutteringsarena til restaurant- og matfag. Faget gir også grunnleggende matfaglige kunnskaper generelt i befolkningen, inkludert den grunnleggende kompetansen om mat og måltider hos de som vil utdanne seg innen helse- og sosialfag. I innspillsmøtene ble det pekt på behov for tiltak for at flere elever skal få lyst til å velge matfaglige yrker og tiltak for at en større andel lærere i mat og helsefaget har nødvendig fagkompetanse. Videre, at timetall og ressurser i mat og helsefaget bør vurderes økt og at det vurderes tiltak for å gjøre det mulig å velge restaurant- og matfag som valgfag på flere ungdomsskoler.

Helsedirektoratet anbefaler at det opprettes dialog med utdanningsmyndighetene når det gjelder aktuelle virkemidler for å styrke mat- og helsefaget i grunnskolen.

Lærere med fagutdanning i mat og helse

Rekrutteringsutvalget anbefaler en opptrapping for å få oppfylt lovpålagt fagutdanningskrav hos lærere som underviser i mat og helsefaget[6]. SSB-rapporten Lærerkompetanse i grunnskolen viser at de praktisk-estetiske fagene, som mat og helse, musikk og kunst og handverk, er de fagene som har lavest andel lærere med studiepoeng i faget[13]. Lærerne i mat og helse er viktige kompetanseformidlere og kulturbærere, enten bevisst eller ubevisst, gjennom valg og prioriteringer de gjør i faget. Mat og helsefaget kan også være sosialt utjevnende[37]. Det er derfor viktig å satse på kompetanse i mat og helsefaget, gjennom å prioritere økt kunnskap blant de som underviser i faget.

Timetall og ressurser i mat og helsefaget

Flere innspillsaktører var inne på at et lavt timeantall gjør at det er få lærere som ønsker å utdanne seg innen mat og helse. Det ble også lagt vekt på at mat og helsefaget bør anerkjennes som likeverdig med de andre teoretiske fagene. Flere ressurser til faget i form av timer og midler vil gjøre at det blir mer rom for å gjennomføre det som må til for å lage, tilberede og servere mat, samt spise og rydde. Mat og helse handler ikke bare om å tilegne seg matfaglige ferdigheter og håndtering av råvarer, men også lære å ta gode og helsefremmende matvarevalg og utvikling av psykososiale og kulturelle ferdigheter gjennom å servere og spise den maten man har laget i felleskap. Det ble nevnt som et virkemiddel for bedre anerkjennelse at mat og helse bør bli et trekkfag i ungdomsskolen. Andre mente at det å komme opp i eksamen i mat og helse ikke var veien å gå, men at det er desto viktigere å prioritere tid og ressurser slik at faget blir inspirerende og motiverende for elevene til tross for manglende eksamen.

Restaurant- og matfag som valgfag i 10. klasse

Enkelte ungdomsskoler tilbyr valgfag i restaurant- og matfag i 10. klasse, blant annet Hosletoppen skole i Bærum kommune. Et slikt tilbud kan bidra til at flere elever blir inspirert til å søke restaurant- og matfag på videregående skole. Flere ungdomsskoler bør vurdere å etablere et slikt tilbud.

Mat og ernæringsarbeid i læreplaner

Flere innspillsaktører anbefalte at man også bør se på innholdet av grunnleggende mat- og ernæringsarbeid i læreplaner i utdanningen til helsepersonell, herunder helsefagarbeider, sykepleier og lege.

Etablere matvertordninger i helse- og omsorgsinstitusjoner

Noe som tydelig har kommet frem i innspillsmøtene er at det er nødvendig å sikre at det matfaglig kompetanse i helse- og omsorgsinstitusjonene og at det er tilstrekkelig samarbeid mellom helsepersonell og kjøkkenpersonell, slik at maten som serveres er trygg, appetittvekkende og tilpasset den enkeltes behov. I den landsomfattende undersøkelse av mat og måltider i sykehjem fra 2015 ble det blant annet anbefalt tiltak for bedre kunnskaps- og informasjonsutvekslingen og samarbeidet mellom kjøkken og pleie[15]. Matvertordninger kan bidra til å sikre dette. En matvert må derfor ha nødvendig matfaglig kompetanse og ha gjennomført opplæring innen mat, mattrygghet og ernæring, se kapittel 4.

Flere innspillsaktører var også inne på at en slik funksjon må inneholde begrepene "mat", eller "kosthold", slik at det ikke oppstår misforståelser på hva man kan forvente. Et eksempel fra en innspillsaktør viste at det ble ansatt serviceverter som skulle jobbe med mat og matomsorg, men som ble sittende med oppgaver som dusjing og stell, da serviceverten skulle yte "service" over alt.

Mange av innspillsaktørene anså matvert som det beste begrepet da det sier tydelig hva en person som benevnes som dette skal være og hvilke oppgaver som det er naturlig at denne skal utføre.

Som vi har sett av eksempler på matvertordninger så langt, vil en matvert med nødvendig og tilstrekkelig kompetanse bidra til å fylle en rekke arbeidsoppgaver. En matvert kan organisere og legge til rette for måltider og kvalitetssikre maten helt fram til servering, bidra til ro og hygge gjennom å være til stede under hele måltidet, ivareta hygiene/matsikkerhet og IK-mat, og sist, men ikke minst samarbeide med øvrig personell om tilrettelegging av individuelle behov.

En matvert vil dermed bidra til bedre og tryggere mattilbud, større fleksibilitet i mat- og måltidstilbudet, bedre matomsorg gjennom blant annet økt fokus på det sosiale og kulturelle aspektet ved måltidet. En matvert kan også bidra til en mer effektiv utnyttelse av ressursene og frigjøring av tid til andre oppgaver for annet personell.

Matverter kan ha en rolle i også å innfri ambisjonene i Regjeringens strategi Matnasjonen Norge og Landbruks- og matdepartementets satsning på Gylne måltidsøyeblikk[5] [38]. Matverter kan for eksempel bidra til bruk av lokale råvarer, kjente smaker og økt bruk av tradisjonsretter og retter i sesong. Dette er også med å stimulere matlyst og matglede.

Helsedirektoratet anbefaler at det etableres matvertordninger i helse- og omsorgsinstitusjonene for å sikre at det er nødvendig matfaglig kompetanse.

Etablere et standardisert utdannings-/kompetanseløp for matverter

De aller fleste innspillsaktører var samstemt om at det bør være formaliserte krav for matverter, gjerne i form av et kompetansebevis/kompetansebrev, for å sikre kvalitet og hindre uønsket variasjon. Et slikt standardisert utdanning-/kompetanseløp finnes ikke i dag. De fleste innspillsaktører mente at det ikke er realistisk eller nødvendig med et eget fagbrev for matverter, men heller som påbygning for ulike grupper. Det finnes allerede utdanning med fagbrev for kokk og ernæringskokk.

Helsedirektoratet anbefaler at det stilles kompetansekrav til matverter i helse- og omsorgsinstitusjoner og at det tilbys en mest mulig standardisert utdanning uavhengig hvor den tilbys.

Modulbasert kompetanseløp gjennom arbeidsplassen

Mange innspillsaktører mente det var mest realistisk med et standardisert modulbasert kompetanseløp som kan tas i arbeidstiden på det enkelte tjenestested, med utgangspunkt i opplæring fra ressurser på sentralkjøkken eller tilsvarende kompetanse i kommunen/regionalt. Det ble nevnt at en fordel med lokal opplæring ville være at den er tilpasset organiseringen på den aktuelle arbeidsplassen eller i kommunen – siden det er ulike måter å arbeide på ulike steder. Matvert bør inngå i ordinære bemanningsplaner. Det kan være egne ansatte som får opplæring som matvert, eller det kan være nyansatte. Å gjennomføre et kompetanseløp for å bli matvert kan også være aktuelt for andre grupper, eksempelvis helsefagarbeidere eller annet helsepersonell. Dette kan bidra til å beholde grunnkompetansen deres i helse- og omsorgstjenesten fremfor at de søker seg til andre sektorer.

Matvert som en del av et fagskoletilbud

Rekrutteringsutvalget mener at fagskolen kan synliggjøres som en mulig karrierevei. I henhold til Helsepersonellkomisjonens rapport er det et potensial i å utvikle samarbeidet mellom fagskolene og helse- og omsorgstjenesten, blant annet for å etablere studietilbud med tydeligere arbeidslivsrelevans og som kan inngå i et strukturert karriereløp for fagarbeidere[36]. I fagskolene finnes etablerte utdanninger på ulike fagområder som kan bidra til bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling. Det er en type kompetanse som raskt kan tas i bruk i virksomheter der slik kompetanse mangler. Å utvikle en fagskole/videreutdanningstilbud som leder frem til matvert kan bidra til dette.

I Danmark har de etablert en utdanning for ernæringsassistent som får opplæring i å lage god og riktig mat til ulike målgrupper i sykehus, sykehjem, i kantiner og barnehager. Dette er en del av EUs Ervervsutdanning for voksen, og det er mulig å ta denne på arbeidsplassen. Utdannelsen avsluttes med en svenneprøve[39].

Tiltak for å styrke det systematiske mat- og ernæringsarbeidet i kommunene

Å fange opp tegn på utvikling av sykdom, funksjonstap eller problemer er nødvendig for å komme tidlig i gang med tiltak. Dette gjelder også i ernæringsarbeidet. Tidlig vurdering av risiko, individuell ernæringskartlegging og oppfølging av ernæring kan bidra til å forebygge feil- eller underernæring eller sykdom som følge av dette, forebygge ytterligere funksjonsfall og forebygge eller utsette innleggelse i institusjon. Det er bedre, enklere og mer lønnsomt å forebygge enn å behandle feil- og underernæring[40].

Stimulere til at flere kommuner til å utvikle og forankre helhetlige ernæringsstrategier og -planer

Systematisk ernæringsarbeid betyr at god ernæringspraksis er satt i system. En samfunnsøkonomisk analyse fra Menon Economics viser at en systematisk mat- og ernæringsoppfølging i kommunen vil kunne redusere belastningen på spesialisthelsetjenesten og behovet for institusjonsopphold[41]. Systematisk ernæringsarbeid forutsetter forankring, ledelse, definert ansvarsfordeling, nødvendig og tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, skriftlige prosedyrer, samt samhandling og samarbeid på tvers av tjenestetilbydere og -nivå.

Et virkemiddel for å sørge for at ernæringsarbeidet blir satt i system er å stimulere flere kommuner til å utvikle og iverksette lokale ernæringsstrategier og -planer. Regjeringen vil videre bidra til utvikling av blant annet planverktøy for kommunale ernæringsstrategier[7].

Slike strategier eller planer bør være ledelsesforankret, både administrativt og politisk, og omfatte kompetanse, herunder matfaglig og klinisk ernæringsfaglig kompetanse, ansvarsfordeling og rutiner for tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper for å sikre kvalitet og kontinuitet i mat- og ernæringsoppfølgingen. Dette tiltaket er også i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring og Ernæringsstrategien, og bør forsterkes[4, 9].

Helse- og omsorgstjenestens plikt til å gjennomføre kontinuerlig evaluering av tjenestene er hjemlet i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring[42]. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og til at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves. Dette gjelder også for etterlevelse av krav til helhetlige rutiner for identifisering, kartlegging, oppfølging og dokumentasjon av ernæringsstatus samt ivaretagelse av hensynet til et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.

Ledelsen har det overordnede ansvaret for at virksomheten yter faglig forsvarlige tjenester. God ledelse er avgjørende for å sikre god kvalitet i tjenestene, også når det gjelder systematisk ernæringsoppfølging. Ledelsen må sikre adekvat opplæring og rekruttering til matfaglige oppgaver. Ansatte og ledere må ha en holdning som ser på mat og ernæringsarbeid som like viktig som andre oppgaver. Ernæring ved sykdom er definert som helsehjelp[9].

Det er mange som har en rolle i mat- og ernæringsomsorgen rundt den enkelte. Alle ansatte må være kjent med hvilke oppgaver de har ansvar for, og ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å yte forsvarlige tjenester. Samlet må de som jobber med og rundt pasient og bruker, ha nødvendig kompetanse om god ernæringspraksis[9].

Det må foreligge gode rutiner for ernæringsarbeid og måltider, IK-matrutiner, spesialkost og dialog mellom kjøkken og pleie på sykehjem. Systemer som sikrer at hver og en pasient får den maten hun/han skal ha er en forutsetning for å lykkes med ernæringsarbeidet. Dette inkluderer digitale verktøy som skal ivareta matbestilling, produksjonsplanlegging, meny og næringsinnhold. I hjemmebaserte tjenester skal det også foreligge skriftlige rutiner og sjekklister for ernæringsarbeidet[9].

Samhandling og overføring av kunnskap om pasientens ernæringsstatus og -tiltak mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er av stor betydning for den helhetlige mat- og ernæringsoppfølgingen av den enkelte bruker. Samhandlingsstrukturen med helsefellesskap, legger opp til informasjonsdeling og gode samarbeidsformer, hvor mat- og ernæringsoppfølgingen er en del av dette.

Helsedirektoratet anbefaler at kommuner utvikler og etablerer helhetlige ernæringsstrategier og -planer for å sikre at god ernæringspraksis blir satt i system.

Øke tilgangen på kliniske ernæringsfysiologer i kommunen

Flere innspillsaktører beskriver behov for klinisk ernæringsfysiolog, både til systematisk overordnet arbeid, og for samarbeide med, samt opplæring og veiledning av, annet personell. Flere av innspillene beskriver

hvordan klinisk ernæringsfysiolog har vært avgjørende i arbeidet med å få på plass et bedre systematisk ernæringsarbeid. Oslo kommune vedtok nylig en styrking av ernæringsstilbudet til eldre som bor hjemme gjennom å vedta ansettelse av kliniske ernæringsfysiologer i alle bydeler[43].

Det er stadig flere kommuner som ansetter kliniske ernæringsfysiologer, men det er fremdeles for mange kommuner som ikke har tilgang til kliniske ernæringsfysiologer. Det er videre stor geografisk forskjell i tilgang på kompetanse, noe som utfordrer tilgang på likeverdige tjenester av god kvalitet uavhengig av hvor man bor. Klinisk ernæringsfysiolog er autorisert helsepersonell, men omfattes ikke av listen over kjernekompetanse som er lovpålagt. Listen er ikke uttømmende for kompetanse eller fagprofesjoner den enkelte kommune må ha for å sørge for gode og forsvarlige helsetjenester. Det er likevel grunn til å anta at dette er et hinder for at kommunene i trange budsjettider velger å ansette klinisk ernæringsfysiolog. Helsedirektoratet beskriver i flere normerende produkter behov for tilgang på klinisk ernæringsfysiolog i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og anbefaler minst én klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbyggere i befolkningen. Estimatet er gammelt og sannsynligvis beskjedent både i internasjonal sammenheng og sett i lys av fremtidens demografiske utfordringer, kunnskap om kosthold og ernærings betydning for helse og forventningen om at flere eldre skal bo hjemme lenger.

Et av tiltakene i Ernæringsstrategien er tilskudd til modellutvikling av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten (2021-2023). Tilskuddet skal blant annet vektlegge tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i kjøkken og ansatte i helse- og omsorgstjenestene for å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med nasjonale retningslinjer og anbefalinger samt brukers egne ønsker og behov. Det har vært stor søkning på ordningen, 55 unike kommuner har søkt på ordningen ett eller flere år, og det har vært søkt for 77 millioner kroner, noe som er over fem ganger høyere enn den samlede tilskuddsrammen (totalt 15 millioner over tre år). Erfaringene så langt viser at klinisk ernæringsfysiolog er en pådriver for et målrettet og systematisk ernæringsarbeid, forankring av ernæringsarbeidet i kommunale planer, utvikling, implementering og kvalitetssikring av rutiner for god ernæringspraksis, bidrar i kompetanseutvikling av ansatte, og er tilgjengelig for rådgivning i enkeltsaker og/eller bidra inn i tverrfaglige team. Flere av tilskuddsmottakerne har pekt på at det er stort behov for kompetanse på kosthold og ernæring generelt ute i kommunene, ikke bare i omsorgstjenesten. Mange kommuner ønsker å jobbe mer forebyggende og planlegger å bruke klinisk ernæringsfysiolog som ressurs ut mot flere målgrupper og sektorer etter at modellutviklingsperioden er over.

Helsedirektoratet anbefaler at modellutviklingsprogrammet for kliniske ernæringsfysiologer utvikles og styrkes, og videre at det bør vurderes å etableres ytterligere økonomiske og juridiske incentiver for å styrke tilgangen på kliniske ernæringsfysiologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tilgjengeliggjøre ulike kompetansehevings- og opplæringstiltak for ansatte i kommunen

Helsepersonellkommisjonen er tydelig på at vi må arbeide systematisk for å fremme riktig oppgavedeling, og bruke personell på andre måter enn før [36]. Dette gjelder også innen mat og ernæring. Bo trygt hjemme-reformen poengterer at det er behov for mer kompetanse om mat og ernæring i tjenestene, som en forutsetning for å kunne utføre et mer systematisk ernæringsarbeid i tjenestene[7]. Gjennom et mer systematisk og kunnskapsbasert arbeid vil den persontilpassede oppfølgingen kunne bli mer målrettet etter faktiske og individuelle behov og ønsker.

Den landsomfattende spørreundersøkelsen om mat og måltider i sykehjem fra 2015 pekte på at økt kunnskap og kompetanse, fokus og engasjement, samt samarbeid med kjøkken er de viktigste forutsetningene for et bedre mat- og ernæringsarbeid. Tre av fire ansatte ønsket seg mer kunnskap i ernæring[15]. En oppfølging av denne undersøkelsen vil bli publisert i løpet av 2023.

For ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan tilgang til oppdatert, tilpasset digital opplæring som e-læringskurs og korte filmer være nyttig. I Oslo kommune er det for eksempel utarbeidet et «onboarding-program» for blant annet nyansatte i hjemmetjenesten, der det for eksempel inngår en egen modul om ernæringsarbeid i hjemmet. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring har samlet ulike e-læringskurs og verktøy for konkret oppfølging av risiko for feil- og underernæring[44]. [Kostholdsplanleggeren](#) brukes i faget «Mat og helse» i grunnskolen, undervisning for helsefag på videregående og ernærings- og helsefag i høyere utdanning, kostholdsopplæring og i ernæringsveiledning.

Kompetansebroen er en digital plattform for samhandling og kompetansedeling mellom sykehus, kommuner og utdanningsinstitusjoner[45]. Et av kursene som nylig er utarbeidet handler om ernæringsarbeid i hjemmet. Kurset ligger bak innlogging på KS sine nettsider.

Det er etablert matgledekorps i seks regioner i Norge. Matgledekorps består av ressurspersoner som drar på besøk til kommuner og sykehjem for å inspirere og legge til rette for mat- og måltidsglede for brukere av omsorgstjenester. På nettsiden Matgledekorps.no finnes aktuelle saker om matglede og e-læringskurset "Mat og måltidsglede".

Erfaringer fra praksis viser imidlertid at kurs, prosedyrer og verktøy ikke er tilstrekkelig for å holde nødvendig mat- og ernæringskunnskap ved like. Undervisning må gjentas regelmessig, i tillegg til at bør være jevnlig tilgang på klinisk ernæringsfysiolog for veiledning [46, 47]. Lillestrøm og Bærum kommuner er eksempler hvor man har etablert såkalte kompetanseenheter med kliniske ernæringsfysiologer og kokker. En slik kompetanseenheter kan sørge for både opplæring av matverter på institusjon og opplæring og veiledning av ansatte og ressurspersoner i ernæring i hjemmebaserte tjenester.

Helsedirektoratet anbefaler at ansatte i helse- og omsorgstjenesten har tilgang til tilpassede og kvalitetssikrede kompetanseheving- og opplæringstiltak om mat- og ernæringsarbeid.

Tiltak for å forebygge feil- og underernæring hos hjemmeboende

Helse- og funksjonsnivå svinger hos alle, men i økende grad hos eldre, og spesielt skrøpelige eldre. Tidlig identifisering av sårbarhet ved helse- og funksjonstap, herunder også risiko for feil- og underernæring, er viktig. Det foreligger god dokumentasjon på at forebygging og behandling av underernæring reduserer dødelighet og risiko for unødvendig sykkelighet. Blant eldre med fedme som samtidig har artrose i hofter og knær, nedsatt mobilitet, diabetes og hjerte-karsykdom vil hjelp til kosthold som bidrar til vektreduksjon i kombinasjon med mosjon kunne være fordelaktig[3]. En god ernæringsstatus øker funksjonsevne og livskvalitet, samt virker utsettende på behovet for varige tjenester (høyere trinn i omsorgstrappen) og kan dermed redusere eller utsette behovet for bistand eller helse- og omsorgstjenester[3, 48].

Hjemmeboende eldre er en heterogen gruppe som spenner over flere generasjoner. I 2020 bodde nærmere 35 % prosent av alle på 67 år og eldre som var bosatt i privathusholdninger alene. Andelen aleneboende øker til 6 av 10 for personer over 80 år [49]. Det er lite oppsummert kunnskap om hvordan kommunene kan bidra til at eldre som ikke har hjemmebaserte tjenester opprettholder god ernæringsstatus så lenge som mulig[26].

Ut ifra innspillsmøtene ble det særlig trukket fram at det er behov for informasjon og veiledning om kosthold og ernæring, psykososiale tiltak som samspising og måltidsfelleskap, matombringings-/matleveringsløsninger, samt tilgang på kompetanseheving og veiledning av ansatte i det

brukerrettede arbeidet i hjemmetjenesten. En rekke studier støtter også opp om disse tiltakene [50-54]. En såkalt multifaktoriell tilnærming hvor flere kostholdstiltak gjøres samtidig er funnet å være mer effektivt enn enkelttiltak alene for å forebygge feil- og underernæring og funksjonstap hos hjemmeboende eldre [55].

Styrke informasjon og veiledning om kosthold og ernæring

Egenomsorg er generelt avgjørende for å unngå eller utsette å klatre opp omsorgstrappen. Tilgang på veiledning, opplæring, motivasjon og mestring for å lindre eller behandle symptomer eller plager er nyttig i så måte. Å styrke helsekompetansen blant eldre hjemmeboende, med eller uten tjenester, og deres pårørende kan bidra til å bedre den enkeltes evne til å ta helsefremmende og sykdomsforebyggende valg.

Informasjon rettet inn mot den generelle eldrebefolkningen vil typisk være informasjon av forebyggende karakter der formålet er å påvirke levevaner, herunder mat- og måltidsvaner, i positiv retning. Det er aktuelt å informere både om hvordan man skal forebygge levevanesykdommer, overvekt, ufrivillig vekttap og feil- og underernæring[56]. Helsedirektoratet skal i tråd med et tiltak i Ernæringsstrategien utvikle tilpassede kostråd til eldre basert på de nye nordiske næringsstoffanbefalingene i løpet av 2024. Kampanjene Helsenorge.no/Lev og planleggelitt.no er eksempler på verktøy i regi av Helsedirektoratet som gir kunnskapsbaserte råd innen levevaner, herunder gode matvaner for bedre helse. Informasjon om tilpassede kostråd til eldrebefolkningen bør også rettes mot pårørende.

For hjemmeboende eldre og deres pårørende kan det mat- og ernæringsfaglige helsekompetansebehovet møtes gjennom tilbud om generell opplæring i de arenaer eldre oppsøker i hverdagen som for eksempel kostholdskurs i regi av pensjonistforeninger, senior-/eldre-/dag-/aktivitetssentre.

Frisklivssentralen (frisklivssentralen.no) tilbyr individuell helsesamtale og gruppekurs for innbyggere, inkludert eldre, innen kosthold og fysisk aktivitet. Helsesamtalen er en strukturert og individuell samtale om levevaner og helse og bygger på prinsipper fra samtaleteknikken [motiverende intervju \(MI\)](#). Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste hvor man ikke er avhengig av henvisning for å få en helsesamtale og delta på kurs. Individuell veiledning kan også finne sted som del av et forebyggende hjemmebesøk, helsestasjon for eldre eller i andre møter med helsetjenesten [46].

Det er imidlertid viktig at tilbudet som gis er kvalitetssikret og i tråd med myndighetenes anbefalinger. Kommunen har et ansvar for at tilbudene som tilbys i regi av kommunen er kunnskapsbasert.

Helsedirektoratet anbefaler at det tilbys kvalitetssikret informasjon og veiledning om kosthold og ernæring til eldre for eksempel i frisklivssentraler, helsestasjon for eldre eller gjennom forebyggende hjemmebesøk.

Etablere ordninger for måltidsfellesskap og medspising

Helsedirektoratet anbefaler at hjemmeboende eldre har tilgang på tilbud om måltidsfellesskap eller medspising som er tilrettelagt for den enkeltes behov.

Måltidsfellesskap

Tilgang til møteplasser hvor det tilbys måltider og man spiser sammen i hyggelige omgivelser er for mange et kjærkommet tilbud. Rett etter å ha blitt pensjonist vil mange gå fra jobbkantinen til kafeen på kjøpesenteret eller matbutikken fordi man er for ung til å besøke eldresenteret. Den "sosiale lunsjen" vil

ikke bare være viktig for matlysten men også for å forebygge ensomhet[57]. Det samme gjelder for omsorgsboliger eller samlokaliserte boliger eller boligløsninger hvor generasjoner kan møtes. Slike boliger bør ha fellesareal for å fremme et sosialt fellesskap, og der hvor det er kjøkken bør det jobbes for mulighet for fellesmåltid. Matvertordninger kan være et nyttig tiltak i omsorgsboliger eller trygghetsboliger.

En modell for fellesmåltid ved eldresenter/seniorsenter vist i prosjektet "løft for bedre ernæring" i Oslo kommune har vært attraktivt for deltakerne og bidratt til sosialt samvær og gode måltidsopplevelser[58]. Eldre som er blitt introdusert for tilbudet, har kommet tilbake og benyttet seg av mattilbudet og seniorsenterets øvrige tilbud, og flere har blitt faste brukere. Suksessfaktorer er forankring og samarbeid på tvers av tjenestesteder, tydelige rutiner og klar arbeidsfordeling, tydelig skriftlig og muntlig informasjon til nye brukere av mattilbudet, tett oppfølging av deltakerne, tilbud om transport, god mottakelse ved seniorsenteret og oppfølging av vertskap for tilbudet samt rimelig pris.

Moss kommune er eksempel på at kommunen har lagt til rette for et middagstilbud med redusert pris for eldre, i samarbeid med restauranter i kommunen. Hol kommune har også etablert et samarbeid med Hol frivillighetssentral om handlebuss for å hente personer hjemme som ønsker å handle. De blir hentet og kjørt hjem med varene[59].

Medspising

Formålet med medspising, som for eksempel spise- eller måltidsvenn, er å ivareta gode mat- og måltidsopplevelser gjennom måltidsfellesskap, dialog med bruker og hjelp til selvstendighet i måltidsituasjoner[26]. Vektlegging av det sosiale aspektet ved måltider kan gi eldre mer lyst til å spise. Det finnes etter hvert ulike ordninger for medspising hvor personer kommer hjem til hjemmeboende og spiser sammen med dem, hjelper til i matlaging eller med handling. En spise- eller måltidsvenn kan være frivillig, for eksempel pensjonister eller andre som har lyst og mulighet til å ta på seg en slik oppgave. Enkelte ideelle organisasjoner tilbyr medspising og har frivilligopplæring av spise- eller måltidsvenn.

Regjeringen vil vurdere hvordan en kan bruke samarbeid med frivillig/ideell sektor for å øke bruken av matverter [7]. Oppgaver som overlates til frivillige må imidlertid være et supplement til de offentlige tjenestene, det vil si ligge utenfor kommunens ansvarsområde eller tilbys som et tillegg til nødvendige tjenester. Eksempelvis bør den enkelte brukers behov nøye kartlegges av kommunen, fastlegen eller lignende før det gis tilbud om spise- eller måltidsvenn. Personer som har spesielle behov knyttet til diagnose eller tilstand som påvirker hvordan eller hva vedkommende kan spise, vil som regel ha behov for mer bistand enn det en spise- eller måltidsvenn kan eller bør tilby. Videre setter taushetsplikten klare grenser for samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene og frivillig sektor. Et viktig aspekt ved individuelle tilbud i regi av frivillige, er at personen som mottar tilbudet selv tar et bevisst valg om å takke ja til tilbudet, og at personen selv styrer relasjonen til den frivillige. Der kommunen tar initiativ til at personen skal motta bistand fra frivillige, må det derfor være etter avtale med brukeren og primært være på brukerens initiativ.

Hvis kommunen skal ta en aktiv rolle med å formidle kontakt mellom en person uten samtykkekompetanse på området og det frivillige tilbudet, krever det en særlig stor bevissthet hos kommunen, da personen selv verken kan samtykke til å motta tilbudet eller at eventuelt nødvendige personlige opplysninger gis til den frivillige. For pasienter/brukere med kognitiv svikt vil det videre kunne være særlig vanskelig å avklare om tilbudet ligger innenfor kommunens ansvarsområde. Ofte vil frivillig samvær med pasienten da inneholde elementer av nødvendige hjelp som tilrettelagt og tilpasset kommunikasjon, hjelp til toalettbesøk, osv. Det vil kunne kreves kjennskap til medisinbruk, observasjonskompetanse og beredskapsplan ved episoder som kan oppstå. På denne måten kan det være vanskelig eller umulig å skille ut en bit av hjelpen som ikke er nødvendige helse- og omsorgstjenester. På sykehjem kan spise- eller måltidsvennen være et supplement til den nødvendige helsehjelpen. Det forutsetter imidlertid samtykke fra den enkelte beboer eller fra nærmeste pårørende.

Sikre tilgang til tilpassede og virkningsfulle ordninger med hjemlevering/bestilling av mat og 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 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[26]. 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[60]. Dersom en kommune ønsker å tilby hjemlevering av måltider blir det derfor viktig å finne ut hvordan man skal organisere tjenesten på bakgrunn av behovet til den enkelte brukeren[26].

I 2015 var det om lag 10 % av de da ca. 600 000 eldre som mottok mat gjennom offentlige kanaler. Dette tilsvarer at rundt 20 millioner middager årlig til personer over 67 år mottok mat som del av sitt tilbud fra pleie- og omsorgssektoren. Ved å inkludere tre daglige måltider ble det i 2015 levert anslagsvis 60 millioner måltider til eldre i Norge[61]. Med økende antall eldre vil matleveringsbehovet raskt øke. Noen innspillsaktører var inne på at med økende antall eldre vil det sannsynligvis bli økt forventning om kvalitet, og dermed økende etterspørsel etter tilpassede mat- og måltidsløsninger. Dette innebærer både struktur og logistikk fra kommunenes side, og et markedspotensial for kommuner og andre aktører som ønsker å formidle mat og måltider til eldre.

Flere private bedrifter, leverandører og dagligvarekjeder kan levere matvarer på døra. På nettstedet matkasser.com finnes oversikt over ulike private matkasser. Mange av disse matkassene er imidlertid ikke tilpasset spesielle diagnoser eller tilstander, eksempelvis spisevaner, og de fleste slike tilbud er ofte bare tilgjengelig i sentrale strøk.

Kjøpmenn i Merkur-programmet er flere steder i gang med å teste ut ulike løsninger for hjemleveringer[62]. I Danmark har matsjåfører blitt opplært gjennom kurset 'Kulinarisk førerkort', som blant annet gikk ut på at sjåførene fikk opplæring rundt rammene for måltidet og forventninger til måltidet, og enkle grep for hvordan de kan vekke innbyggernes appetitt. Sjåførene gikk helt inn til bruker med maten og tok seg tid til å si noe om hva som var på menyen og oppklare eventuelle spørsmål om tilberedning. I en evaluering fra 2019 mente 69 % av matsjåførene og omsorgspersonalet at opplæringen har hatt en positiv innvirkning på brukernes måltidsopplevelse. De opplevde at bare det å ta seg tid til å snakke om maten og noen som er interessert hadde betydning for appetitten[63].

I Odense Kommune kan hjemmeboende borgere selv velge og bestille deres mad via hjemmesiden 'Min Menu'. Retterne presenteres med bilder og videoer, som gjør bestillingen enkel[32].

Helsedirektoratet anbefaler at det samles kunnskap om og effekt av ulike måter å organisere hjemlevering av mat og måltider til eldre, og at de gode modellene videreutvikles og spres.

Inkludere vurdering av risiko for feil- og underernæring i utredning av hjelpebehovet

Tiltak for å styrke det systematiske mat- og ernæringsarbeidet i kommunen er beskrevet i kapittel 5.2. Disse tiltakene er også gjeldende for helsetjenestetilbudet i hjemmet. Behovet for helsetjenester i hjemmet starter med at kommunen blir kjent med et (mulig) hjelpebehov[64]. Dette kan skje ved at bruker henvender seg til kommunen eller sender en søknad om tjenester, en pårørende, nabo eller kontakt kontakter kommunens hjemmebaserte tjenester, en hjemmehjelp (praktisk bistand) eller en oppsøkende helsetjeneste avdekker hjelpebehov. Henvendelse om hjelpebehov kan også komme fra fastlege, fra spesialisthelsetjeneste, fra pasient- og brukerombud eller andre. Kommunene plikter å vurdere innkomne henvendelser løpende, og starte utredning og iverksette nødvendige tjenester innen forsvarlig tid.

Kartleggingsskjemaer eller tilsvarende hjelpemidler vil kunne være nyttig å bruke som sjekklister ved innhenting av informasjon. For å komme tidlig til med å forebygge og behandle feil- og underernæring, bør vurdering av risiko for underernæring og eventuelt kartlegging av årsaker til risiko inngå som en del av utredning av hjelpebehovet[9, 65]. Vurdering av risiko for feil- eller underernæring, samt kartlegging bør også inngå i forebyggende hjemmebesøk. På denne måten kan forebyggende hjemmebesøk bidra inn i det systematiske ernæringsarbeidet [7]

Helsedirektoratet anbefaler at vurdering av risiko for feil- og underernæring inngår som del av utredning av hjelpebehov i kommunene.

(Videre)utvikle tverrfaglig team for hjemmeboende eldre

Økt vektlegging av helsefremmende tiltak betyr at det er behov for større faglig bredde og tverrfaglig samarbeid. Med flere eldre og flere med langvarige helseproblemer og sammensatte behov øker også kravene til godt tverrfaglig samarbeid for å sikre gode pasientforløp og gode overganger både innen og mellom tjenestene[7]

Andelen personer med kroniske sykdommer øker kraftig etter 65-årsalder, men i antall er det like mange med multisykdom under 65 år. Det tverrfaglige samarbeidet må derfor omfatte alle aldersgrupper. Tverrfaglig samarbeid i team rettet mot enkeltbrukere er utbredt i arbeid med barn med komplekse behov. Etter hvert er tverrfaglige team også blitt utbredt i arbeid med rus/psykiatri. Fremover vil skrøpelige eldre bli en stor gruppe med behov for tverrfaglig organisering og oppfølging. Mange kommuner har allerede fungerende team. Oppretting av team for en pasient bør i utgangspunktet være tidsavgrenset, fleksibelt og settes sammen etter den enkeltes behov. I spørsmål om feil- eller underernæring, spisevaner og andre ernæringsutfordringer bør klinisk ernæringsfysiolog inngå i det tverrfaglige teamet.

Helsedirektoratet anbefaler at tverrfaglige team for hjemmeboende eldre (videre)utvikles og settes sammen med utgangspunkt i den enkeltes behov.

Styrke mat- og ernæringsoppfølgingen til personer med utviklingshemming

Helsedirektoratet har utgitt Nasjonal veileder gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming[29]. I veilederen er det en føring som handler om at «kommunen skal legge til rette for god ernæring for personer med utviklingshemming.». Her vises det til krav og anbefalinger til kommunene for å oppnå å legge til rette for god ernæring.

Retten til et ernæringsmessig fullgodt kosthold er forankret i menneskerettserklæringen gjennom FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter[66]. I Nasjonal handlingsplan for bedre

kosthold og revidert Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling underernæring fremkommer det tydelig at personer og grupper som har særlige utfordringer knyttet til kosthold og ernæring skal vies spesiell oppmerksomhet, herunder personer med utviklingshemming[9, 67]. Den enkelte brukers individuelle ønsker og behov skal stå i sentrum når tiltak rundt kosthold og ernæring utarbeides.

Flere innspillsaktører mente at det er behov for flere med fagutdanning i denne tjenesten og spesielt vernepleiere, men også tilgang til kompetanseheving i ernæring til personene med utviklingshemming, veiledningskompetanse i hvordan legge til rette for å ta gode valg knyttet til kosthold og fysisk aktivitet, hvordan dokumentere det faglige arbeidet, hvordan arbeide systematisk og hvordan involvere personene selv i arbeidet. Ved store ernæringsutfordringer bør klinisk ernæringsfysiolog være tilgjengelig for kommunen eller virksomheten.

Det finnes tilbud til ansatte som behøver kompetanseheving om kosthold og ernæring for personer med utviklingshemming, eksempelvis ulike e-læringskurs slik som Kompetansebroen i Viken sammen med OsloMet har utviklet[45]. Det er viktig at tilbudene er kvalitetssikret og solid faglig forankret.

Fra innspillsmøtene kom det også fram at det bør utarbeides gode opplæringspakker om mat og ernæring rettet mot og tilpasset til personer med ulik grad av utviklingshemming og ulike spisevansker eller -problemer. Opplæringen må begynne i ung alder, i tillegg til oppfriskningsmoduler som gjennomføres hjemme eller på oppfriskningskurs.

Helsedirektoratet anbefaler at det bør utarbeides gode opplæringspakker til brukere og ansatte om mat og ernæring tilpasset personer med ulik grad av utviklingshemming.

Øke kunnskap om og forskning på effektive mat- og ernæringstiltak

Det finnes lite oppsummert kunnskap om mat- og måltidstilbudet til hjemmeboende eldre. Det er mange små studier, og mesteparten av disse er å finne i studentoppgaver på bachelor- eller masternivå og annen grå litteratur. Store lokale forskjeller i Norge eller internasjonalt bidrar til å redusere muligheten for videreføring til andre deler av landet eller kontinentet. Innspillene som ble innhentet handlet i stor grad om mat- og ernæringsarbeid i sykehjem og i mindre grad hjemmeboende eldre. Det er en utfordring at den gruppen eldre som vil øke mest i Norge, altså de hjemmeboende, også er den gruppen vi vet minst om når det kommer til effektive tiltak. I samarbeid med bibliotekar fra Bibliotek for helseforvaltningen ved Folkehelseinstituttet ble det gjennomført et enkelt litteratursøk etter systematiske oversikter om ernæringsarbeid rettet mot hjemmeboende eldre i hjemmetjenesten. Litteratursøket underbygget langt på vei forventningen om at det er lite systematisk kunnskap på området.

Helsedirektoratet anbefaler derfor at det satses på å øke kunnskapen om og forskning på hvilke typer mat- og ernæringstiltak som (sammen) er effektive for å redusere og eventuelt utsette hjemmeboende eldre sitt behov for og bruk av helse- og omsorgstjenester.

Oppsummering

Helsedirektoratet anbefaler tre overordnede tiltak med tilhørende undertiltak for å styrke den matfaglige kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten generelt, og tiltak for økt bruk av matverter som bindeledd mellom mat- og helsefaglig personell spesielt. Tiltakene omfatter også den mer klinisk relaterte ernæringsoppfølgingen/-behandlingen, da det er vanskelig å se disse fagområdene uavhengig av hverandre. Det er ikke gjort effektberegning eller beregning av juridiske og økonomiske konsekvenser av tiltakene.

1. Tiltak for å styrke matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Det anbefales at
 - a. rekrutteringskampanjer videreføres, at det vurderes etablert karrieremuligheter som videreutdanning for kokker og legges til rette for mobilitet på tvers av sektorer for å øke tilgang på kokker i helse- og omsorgsinstitusjoner.
 - b. det opprettes dialog med utdanningsmyndighetene når det gjelder økt grunnkompetanse i kosthold og ernæring og virkemidler for å styrke mat- og helsefaget i grunnskolen.
 - c. det etableres matvertordninger i helse- og omsorgsinstitusjonene for å sikre at det er nødvendig matfaglig kompetanse.
 - d. det stilles kompetansekrav til en matvert i helse- og omsorgsinstitusjon og at det tilbys en mest mulig standardisert utdanning uavhengig hvor den tilbys.
2. Tiltak for å styrke det systematiske mat- og ernæringsarbeidet i kommunene. Det anbefales at
 - a. kommuner utvikler og etablerer helhetlige ernæringsstrategier og -planer for å sikre at god ernæringspraksis blir satt i system.
 - b. modellutviklingsprogrammet for kliniske ernæringsfysiologer utvikles og styrkes, og videre at det bør vurderes å etableres ytterligere økonomiske og juridiske incentiver for å styrke tilgangen på kliniske ernæringsfysiologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
 - c. ansatte i helse- og omsorgstjenesten har tilgang til tilpassede og kvalitetssikrede kompetansehevings- og opplæringstiltak om mat- og ernæringsarbeid.
3. Tiltak for å forebygge feil- og underernæring hos hjemmeboende. Det anbefales at
 - a. det tilbys kvalitetssikret informasjon og veiledning om kosthold og ernæring til eldre for eksempel i frisklivssentraler, helsestasjon for eldre eller gjennom forebyggende hjemmebesøk.
 - b. hjemmeboende eldre har tilgang på tilbud om måltidsfelleskap eller medspising som er tilrettelagt for den enkeltes behov.
 - c. det samles kunnskap om og effekt av ulike måter å organisere hjemlevering av mat og måltider til eldre, og at de gode modellene videreutvikles og spres.
 - d. tverrfaglige team for hjemmeboende eldre (videre)utvikles og settes sammen med utgangspunkt i den enkeltes behov.
 - e. det bør utarbeides gode opplæringspakker til brukere og ansatte om mat og ernæring tilpasset personer med ulik grad av utviklingshemming.
 - f. det satses på å øke kunnskapen om og forskning på hvilke typer mat- og ernæringstiltak som (sammen) er effektive for å redusere og eventuelt utsette hjemmeboende eldre sitt behov for og bruk av helse- og omsorgstjenester.

Forutsetninger for en vellykket gjennomføring

For at mattilbudet skal være tilpasset den enkeltes individuelle behov må mat- og ernæringsarbeidet i kommunen settes i system. Flere kommuner bør utvikle, forankre og iverksette lokale ernæringsstrategier og planer. Den matfaglige arbeidet må videre sees i sammenheng med det systematiske ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten.

Det er behov for konkrete virkemidler som kan bidra til å rekruttere betydelig flere kokker, etablering av matvertordninger og kompetanseheving av matverter, samt økt tilgang til kliniske ernæringsfysiologer.

Å innrette tjenestene med mer systematisk opplæring i mat og ernæring og mer tverrfaglig samarbeid mellom kjøkken og helsepersonell vil kunne bidra til en bedre arbeidsfordeling, frigjøre tid til pleieoppgaver, bidra til et tryggere mattilbud og mer effektiv og kunnskapsbasert ernæringsoppfølging. Det vil også bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet og bidra til å nå målet om at flere eldre skal få oppleve gode måltidsopplevelser og redusert feil- og underernæring.

De fleste av tiltakene er av pedagogisk og/eller strukturell art. Noen av tiltakene vil kunne ha juridiske og/eller økonomisk konsekvenser. Det er ikke gjort effektberegning eller beregning av juridiske og økonomiske konsekvenser av tiltakene som anbefales.

Liste over innspillsaktører

Følgende organisasjoner og enkeltpersoner har gitt muntlige og/eller skriftlige innspill.

Organisasjon/person	Muntlig	Skriftlig
Bergen kommune	X	X
Bærum kommune, sentralkjøkken	X	X
Drammen kommune	X	X
Eldreombudet		X
Fagforbundet	X	X
Fellesorganisasjonen		X
Helsefagarbeiderforbundet	X	X
Helse Bergen		X
Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF)		X
Kost- og ernæringsforbundet	X	X
Kreftforeningen	X	X
Kristiansund kommune sine sykehjem v/ Liv Aandal	X	X
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	X	
Lillestrøm kommune, Avdeling for kjøkken og matomsorg	X	X
Mattilsynet		X
Molde kommune (Glomstua omsorgsdistrikt)		X
Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) - NTNU	X	X
Nesodden kommune, Nesoddtunet sykehjem	X	X
NHO Service og Handel	X	
Nordre Follo kommune	X	X
Norsk Forening for Ernæringsvitenskap	X	
Oslo kommune, Helseetaten		X
Oslo kommune, Sykehjemsetaten	X	X
Oslo Nye Høyskole	X	
Oslo Universitetssykehus kjøkken		X
Pensjonistforbundet		X
Matvarehuset	X	X
Ronald Takke	X	X
Stange kommune		X
Stavanger Universitet - Norsk hotellhøgskole	X	
Tannlegeforeningen		X
Thomas Bøhmer	X	X
Tromsø kommune, Avdeling for helse og omsorg		X

Trysil kommune		X
Vernepleierforbundet	X	
Ålesund kommune, verksemd Måltid og ernæring	X	X
Deltatt på innspillsmøter, ikke egne innlegg eller skriftlige innspill:		
Representanter fra hhv: Stovnerskoghjemmet, Helse Nord-Trøndelag HF, Indre Østfold kommune, Norges Astma og Allergiforbund, Sykehuset Telemark HF, Statsforvalteren i Innlandet, Trondheim kommune, enhet for service og internkontroll, Hamar kommune, Norsk sykepleierforbund		

Referanser

1. Chapman, I.M., Obesity paradox during aging. Interdiscip Top Gerontol, 2010. 37: p. 20-36.
2. Kvamme, J.M., Body Mass Index and Risk of Malnutrition in Community-living Elderly Men and Women. 2011.
3. Folkehelseinstituttet, Helse hos eldre i Norge. 2023.
4. Helse- og omsorgsdepartementet, God og riktig mat hele livet - Nasjonal ernæringsstrategi for eldre i sykehjem og brukere av hjemmetjenester. 2021.
5. Landbruks- og matdepartementet, N.-o.f., Helse- og omsorgsdepartementet,, Matnasjonen Norge. 2021.
6. Rådgivende utvalg for rekruttering til mat- og måltidsbransjen, Uten fagarbeidere - ingen matnasjon. 2021.
7. Helse- og omsorgsdepartementet, Felleskap og meistring - Bu trygt heime. 2023.
8. Helse- og omsorgsdepartementet, Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre 2017.
9. Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for å forebygge og behandle underernæring. 2022.
10. Helsedirektoratet, Mer enn mat- innspill til nasjonal ernæringsstrategi for eldre. 2019.
11. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, Framtidige kompetansebehov. Et oppdatert kunnskapsgrunnlag. 2022.
12. Kunnskapsdepartementet, Utsyn over kompetansebehovet i Norge. 2023.
13. Statistisk sentralbyrå (SSB), Lærerkompetanse i grunnskolen. Hovedresultater 2021/2022. 2023.
14. Fløgstad, T.R.H., Grete, Alt henger sammen! 2022: Cappelen Damm akademisk.
15. Aagaard, H.G., vigdis Abrahamsen, Mat og måltider i sykehjem 2. , in Oppdragsrapport (Høgskolen i Østfold);2015:1. 2015.
16. Kristiansen Ida: Enger Mathilde; Østgaard Hege; Sætre Anne; Helland-Kigen Kaja, Klinisk ernæringsfysiolog - en nøkkelingrediens på kjøkkenet? Norsk tidsskrift for ernæring, 2019.
17. Statsforvalteren i Oslo og Viken. Ernæring og samarbeid. 2022; Available from: <https://www.statsforvalteren.no/oslo-og-viken/landbruk-og-mat/naringsutvikling/matgledekorpsset/ernaring-og-sar>.
18. Kjøkkenskriveren. Lillestrøm kommune tar ernæringsansvar. 2020; Available from: <https://fagpressenytt.no/artikkel/lillestr%C3%B8m-kommune-tar-ern%C3%A6ringsansvar>.
19. Mattilsynet. Internkontroll. Available from: <https://www.mattilsynet.no/mat-og-drikke/matservering/internkontroll>.

20. Mattilsynet. 2015; Available from:
https://www.matportalen.no/verktoy/tilsynsresultater/kristiansand_kommune_har_mangelfulle_rutiner_for_sykehjelp
21. Norges institusjon for menneskerettigheter, Eldres menneskerettigheter. På stedet hvil? . 2023.
22. Helsedirektoratet. Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon. 2023; Available from:
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-risiko-for-underern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-institusjon>
23. Helsedirektoratet. Oppfølging av risiko for underernæring hos hjemmeboende. 2023; Available from:
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-risiko-for-underern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>
24. Riksrevisjonen, Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5. 2018-2019.
25. Andfossen, N.B.D., Siri Andreassen; Obstfelder, Aud; Olsen, Rose Mari, Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt - En hurtigoversikt over forskningslitteratur. 2021, Senter for omsorgsforskning.
26. Melby, L.A.E., Mat og måltider- beskrivelse av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder. 2020, Senter for omsorgsforskning.
27. Nerli, E.A., C.N, Koordinerende enhet og hjemmetjenesten. Bacheloroppgave i jus og administrasjon, Høgskolen i Molde. 2015.
28. Nordstrøm, M.K.S., God mat for kropp og helse. Ernæringsarbeid for mennesker med utviklingshemming. 2019.
29. Helsedirektoratet, Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. 2021.
30. Nordang, G., Hvordan kan opplæringen for matverter være? Eksamensoppgave i Kostøkonomi, ernæring og ledelse. 2014, Høgskolen i Oslo og Akershus.
31. Strøm, E., 20 år med matverter, in Kjøkkenskriveren. 2020.
32. Sundhedsstyrelsen. Bedrere måltider til ældre - inspiration om mad, måltider og ernæring. 2023 08-05-2023; Available from: <https://www.sst.dk/da/bedremaaltider>.
33. Sundhedsstyrelsen, National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen. 2013.
34. Landbruks- og matdepartementet. 2023; Available from:
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/landbruks-og-matdepartementet-bevilger-500-000-kroner-for-a-fa-flere-til-utviklingshemmede>
35. Nasjonalt råd for ernæring, Sykdomsrelatert underernæring (IS-0611). 2017.
36. Helsepersonellkommissjonen, NOU 2023:4- Tid for handling. 2023.
37. Grande, G., Mat og helse på ungdomstrinnet. Utfordringer og muligheter. , in Nord Universitet. 2019.

38. Landbruks- og matdepartementet. Om Gylne Måltidsøyeblikk. 2009; Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/mat-fiske-og-landbruk/mat/innsikt/gylne-maltidsøyeblikk/om-gylne-maltidsøy>
39. Velfærdsuddannelser, S.f.E. 2023; Available from: <https://www.sevu.dk/search-mixed?keys=ern%C3%A6ringsassistent>
40. underernæring, N.k.f.s. 2023; Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste>
41. Menon Economics, Samfunnskostnader knyttet til underernæring. 2022.
42. Lovdata, Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, in FOR-2003-06-27-792. 2003.
43. Oslo kommune. Styrking av tilbudet til eldre som bor hjemme. 2023; Available from: <https://www.oslo.kommune.no/politikk/byradet/for-pressen/pressemeldinger-fra-byradet/oslo-budsjettet-2023-sty>
44. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring. 2023; Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste>
45. Akershus universitetssykehus. Kompetansebroen. Available from: <https://www.kompetansebroen.no/>
46. Bøhn, B., Medbøen IT, Langballe mf. Leve hele livet. Delrapport 1., Mat og ernæring til eldre-oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. . 2017, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.
47. Trangsrud, K., Ernæring i sykehjem - evaluering av et pilotprosjekt, in Avdeling for ernæringsvitenskap. 2012, Universitetet i Oslo: Oslo.
48. Grimsø, A., Samarbeid om skrøpelige eldre i helseforetak. Oppsummerende refleksjonsnotat 11.09.22. 2022.
49. (SSB), S.s. Nå bor over 1 million nordmenn alene. 2021; Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger/artikler/na-bor->
50. Walton, K., et al., The impact of home-delivered meal services on the nutritional intake of community living older adults: a systematic literature review. Journal of Human Nutrition & Dietetics, 2020. 33(1): p. 38-47.
51. VE, I.J.-H., et al., Effective elements of home-delivered meal services to improve energy and protein intake: A systematic review. Nutrition, 2020. 69: p. 110537.
52. Mareschal, J., et al., Nutritional intervention to prevent the functional decline in community-dwelling older adults: A systematic review. Nutrients, 2020. 12(9): p. 1-21.
53. Teggart, K., et al., Group-based nutrition interventions to promote healthy eating and mobility in community-dwelling older adults: a systematic review. Public Health Nutrition, 2022: p. 1-32.

54. Grasso, A.C., et al., Effect of personalized dietary advice to increase protein intake on food consumption and the environmental impact of the diet in community-dwelling older adults: results from the PROMISS trial. *European Journal of Nutrition*, 2022. 61(8): p. 4015-4026.
55. Khor, P.Y., R.M. Vearing, and K.E. Charlton, The effectiveness of nutrition interventions in improving frailty and its associated constructs related to malnutrition and functional decline among community-dwelling older adults: A systematic review. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 2022. 35(3): p. 566-582.
56. Sundhedsstyrelsen, Oppsporing, behandling og opfølgning av borgere og pasienter i ernæringsrisiko. Veiledning til kommune, sykehus og almen praksis. 2022.
57. Grini, I.S.B.N., Astrid; Gonera, Antje, Mathverdagen for den hjemmeboende eldre i 2030 - En brukersentrert tilnærming for å skape et mulighetsrom, in Nofima rapportserie. 2020, Nofima.
58. Oslo kommune. Løft for bedre ernæring. Tips og idebank for ernæringsarbeid i hjemmetjenesten. 2014; Available from: <http://www.fag.oslo.kommune.no/getfile.php/131799437/Helseetaten%20%28HEL%29/Internett%20%28HEL%29>.
59. Hole frivilligsentral. Handlebuss. 2023; Available from: <https://hole.frivilligsentral.no/aktivitet?handlebuss&Id=8413>.
60. Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse på ældreområdet. Håndbog til kommunene. 2015.
61. Norwegian Centres of Expertise, Mat og måltid for forbrukersegmentet 67+, N. Culinologi, Editor. 2015.
62. Merkur. Merkurprogrammet 2023; Available from: <https://www.merkur-programmet.no/>.
63. Madkulturen, Apetittvækker: På tur med Mirka og Lykke. 2019.
64. Helsedirektoratet, Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd nr 6, 3-6 og 3-8, in IS-2442. 2017.
65. Socialstyrelsen, Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2020, Socialstyrelsen: Stockholm.
66. Lov om menneskerettigheter av 21. mai 1999. 1999.
67. Regjeringen.no, Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2023). 2017.

