



Plan for systematisk ernæringsarbeid

Fosen 2024 – 2028

Del 1: Pleie- og omsorgstjenester



Tittel:

Plan for systematisk ernæringsarbeid Fosen – 2024 – 2028. Del 1: Pleie og omsorgstjenester

Utgitt:

2023

Kontakt:

Postmottak@fosen-helse.no

Postadresse:

Postboks 43
7159 BJUGN

Planen er utarbeidet i forbindelse med prosjektet *Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog i helse- og omsorgstjenester på Fosen*, av:

Merike Pallas

Dorthe Elise Rustand Bruun

FoU-koordinator

Klinisk ernæringsfysiolog

Fosen helse IKS

Fosen helse IKS

Planen er utarbeidet i samarbeid og samråd med kommunalt ansatte i Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner.

Ved behov for veiledning innen ernæring kan ansatte i helse- og omsorgstjenester kontakte klinisk ernæringsfysiolog på telefon: 905 02 710 eller e-post: dorthe.bruun@fosen-helse.no

Kontordager i kommunene

Indre Fosen: tirsdag og torsdag

Ørland: mandag og fredag

Åfjord: onsdag

INNHOLDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 - BAKGRUNN	4
KAPITTEL 2 - HOVEDMÅL, MÅLGRUPPE OG INNSATSOMRÅDER	7
KAPITTEL 3 - PLAN FOR SYSTEMATISK ERNÆRINGSARBEID I OMSORGSTJENESTER	12
KAPITTEL 4 - IMPLEMENTERING AV PLAN FOR SYSTEMATISK ERNÆRINGSARBEID	26
KAPITTEL 5 - GODE ERFARINGER FRA FOSEN	29

A large platter of smoked salmon, garnished with several slices of lemon, is the central focus. The salmon is arranged in a neat, overlapping pattern. In the background, a tray of sesame bread is visible, cut into rectangular pieces. The entire scene is set on a stainless steel surface.

1

BAKGRUNN

Med alderen reduseres energibehovet grunnet mindre muskelmasse og lavere fysisk aktivitet (8). Likevel er behovet for næringsstoffer det samme eller økt. Med stadig flere eldre i befolkningen øker andelen som får ernæringsutfordringer, slike som overvekt og fedme, samt feil- og underernæring (8).

Helsedirektoratet anslår at blant eldre pasienter på norske sykehus er 40 – 48 prosent i risiko for underernæring (12). Underernæring hos eldre hjemmeboende oppdages ofte når de blir innlagt ved sykehuset på grunn av andre helseproblemer, og de går ytterligere ned i vekt gjennom oppholdet (10, 13). Ifølge nasjonale kvalitetsindikatorer fra 2021 har 46,9 prosent av brukere på sykehjem nasjonalt og 46,2 prosent i Trøndelag fått vurdert sin ernæringsstatus (9). Av hjemmeboende eldre som mottar helsetjenester i hjemmet var det kun 18,1 prosent nasjonalt og 10,7 prosent i Trøndelag som har fått vurdert sin ernæringsstatus (9).

Ansvar for pasienters behandling og oppfølging før og etter innleggelse ved sykehuset ligger hos primærhelsetjenesten. Det er stor enighet blant helsearbeidere om sammenhengen mellom mangelfull- eller feilernæring og forverret helsetilstand. Rutiner i vurdering og oppfølging av ernæringsstatus varierer i stor grad på tvers av behandlingsinstitusjoner og omsorgstjenester. Forekomsten av underernæring blant eldre på sykehjem og i hjemmetjenester i norske kommuner har blitt undersøkt med ulike kartleggingsverktøy (MST, MNA, Ernæringsjournalen m.fl.), noe som kan gi ulike tall på andelen som er underernærte eller i risiko for underernæring. For å kunne tilby bedre behandling og oppfølging til brukere av omsorgstjenester er det behov for felles forståelse og grunnkunnskap innen ernæringsfeltet. Dette kan oppnås ved å bruke samme kartleggingsverktøy og ved å etablere like rutiner for iverksettelse av tiltak og oppfølging av brukere med ernæringsrelaterte utfordringer.

Systematisk evaluering av ernæringsstatus og iverksettelse av tiltak for å forebygge ernæringsrelaterte helseutfordringer, samt videreføring av ernæringsbehandling startet på sykehus, vil føre til flere funksjonsfriske eldre. Økte kostnader og ressurser kreves ved både overvekt og fedme, og ved feil- og underernæring. God ernæring er derfor nøkkelen for god helse hos den enkelte, noe som også vil være ressurs- og kostnadsbesparende for samfunnet.

I februar 2022 ble det ansatt klinisk ernæringsfysiolog ved Fosen helse IKS i forbindelse med prosjekt *Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog i omsorgstjenester på Fosen (2021- 2023)*. Formålet er å forbedre systematisk ernæringsarbeid i Fosenregionen.

Planen for systematisk ernæringsarbeid i pleie- og omsorgstjenester (planen) er et resultat av interkommunalt samarbeid hvor fagpersoner fra Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner, samt Fosen helse IKS har bidratt med innspill og erfaringer. Planen er forankret på Lederforum helse- og omsorg Fosen. Planen knyttes til kommunenes helse- og omsorgsplaner (1,2,3,7) som en temaplan, og skal være et praktisk verktøy for ansatte. Planen skal bidra til gjennomføring av kvalitetsreformen *Leve hele livet* (4) i fosenkommunene.

Klinisk ernæringsfysiolog

Klinisk ernæringsfysiolog skal være en ressurs for ansatte i helse- og omsorgstjenester og jobber:

- Systemrettet: Være med i utvikling av en regional ernæringsplan samt implementering av prosedyrer og verktøy for systematisk ernæringsarbeid (kartlegging av ernæringsstatus, avdekking av ernæringsrelaterte utfordringer, igangsetting av tiltak, oppfølging og dokumentering).
- Kompetanserettet: Kartlegge kompetansebehov hos ansatte i helsetjenester og bidra til kompetansearbeid innen ernæringsfeltet ved å delta på fagdager, tverrfaglige team og refleksjonsmøter på forskjellige enheter i kommunene.
- Være en rådgiver og en lett tilgjengelig ressurs for ansatte i helsetjenesten.

I prosjektperioden (2021 –2023) er klinisk ernæringsfysiologs ressurs først og fremst knyttet til omsorgstjenester. Etter prosjektperioden skal ansvarsområdet utvides til alle helsetjenester i kommunene samt folkehelsearbeid.

Utfordringsbilde

Våren 2022 ble det i samarbeid med forskere fra Nasjonalt senter for fedmeforskning og innovasjon ved St. Olavs hospital (ObeCe) kartlagt rutiner innen ernæringsarbeid og ansattes kompetansestatus i Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner.

Oppsummert gjøres det mye bra ernæringsarbeid på Fosen. Eksempler på dette er etablerte ernæringsgrupper i én kommune, systematisk veiing av pasienter på institusjoner, og diverse ernæringsrelaterte prosjekter. Likevel varierte systematikken i ernæringsarbeidet mellom og innad i kommunene, enhetene og avdelingene.

Ansatte i helse- og omsorgstjenester på Fosen utgjør en bredspektret gruppe med tanke på utdanningsbakgrunn, arbeidserfaring og personlig interesse for ernæring. Ernæringskunnskapen varierer således.

Oppsummering av utfordringsbildet:

- Rutiner innen ernæringsfeltet varierer kommunevis, enhetsvis, avdelingsvis og er personavhengige.
- Undervekt er en større utfordring enn overvekt.
- Mindre systematisk ernæringsarbeid i hjemmetjenester enn på sykehjem.
- Underernæring og feilernæring hos hjemmeboende eldre.
- Lang nattfaste.
- Økende utfordringer med overvekt på institusjoner.
- Utfordringer med overvekt og feilernæring i oppfølgingstjenesten.
- Selvbestemmelse og motivasjon er faktorer som påvirker kostholdet i stor grad.
- Lite spredning av kunnskap og erfaringer på tvers av enhetene og over kommunegrensene.

A close-up photograph of a tray filled with chocolate brownies. Each brownie is topped with a single, fresh strawberry. The strawberries are bright red with visible seeds. The brownies are dark brown and appear moist. The tray is white with a decorative lace-like pattern along the edge.

2

**Hovedmål, målgruppe og
innsatsområder**



HOVEDMÅL

Bidra til mer systematisk ernæringsarbeid i Fosen-regionen, slik at ernæringsutfordringer hos eldre kan identifiseres tidlig. Iverksetting av individuelle ernæringstiltak vil bidra til flere funksjonsfriske eldre, og en bærekraftig kommunal helseomsorg i årene som kommer.



MÅLGRUPPE

Primærmålgruppe for denne planen er ansatte i kommunale omsorgstjenester i Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner.

Sekundær målgruppe er brukere av omsorgstjenester og deres pårørende.

Innsatsområder og delmål

Nedenfor presenteres ulike delmål innenfor områdene; systematisk ernæringsarbeid, kompetansebygging og samarbeid, samhandling og kommunikasjon. Disse delmålene og tiltak beskrives nærmere i kapittel 3.

Systematisk ernæringsarbeid

Det skal innføres samme rutiner for vurdering og kartlegging av brukernes ernæringsstatus, oppfølging, evaluering og dokumentasjon i alle omsorgstjenester i Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner.

Delmål:

1. Alle brukere av omsorgstjenester skal få vurdert sin ernæringsstatus ved oppstart av en kommunal helsetjeneste, og deretter månedlig eller etter annen faglig begrunnet hyppighet. Ernæringsbehandling dokumenteres i gjeldende journalsystem.
2. Alle brukere får oppfølging ved ernæringsutfordringer etter avtalt plan. Iverksatte ernæringstiltak skal evalueres etter satt tidsplan. Ved uteblitt effekt skal tiltak og mål justeres.

Kompetansebygging

Det skal planlegges kompetanseløft innen ernæring for alle ansatte i omsorgstjenester

Delmål:

1. Alle ansatte skal få grunnleggende ernæringskompetanse.
2. Alle ansatte skal få tilbud om ønsket spesifikk ernæringskunnskap.
3. Alle ansatte skal få tilbud om kunnskap, råd og veiledning fra klinisk ernæringsfysiolog ved behov.
4. Gode erfaringer fra ernæringsarbeid skal spres i egen kommune og over kommunegrensene.

Samarbeid, samhandling og kommunikasjon

Det skal jobbes i felleskap for å øke brukeres og pårørendes deltakelse i ernæringsarbeid, samt forbedre formidling av ernæringsrelatert informasjon ved overføring av pasienter mellom tjenestenivåer.

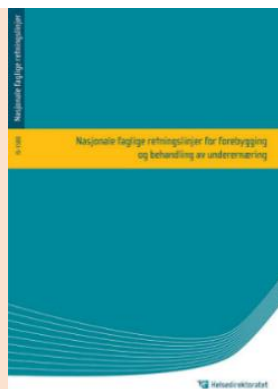
Delmål

1. Systematisk brukerinvolvering i hverdagen.
2. Sørge for at informasjon om brukeres ernæringsstatus og ev. utfordringer formidles til relevante aktører.
3. Etterlyse informasjon om brukeres ernæringsstatus, ev. utfordringer og ernæringsplan ved overføring fra spesialisthelsetjenesten.

Nasjonale føringer

Planen er faglig basert på følgende nasjonale føringer:

Forebygging og behandling av underernæring
[nasjonal faglig retningslinje]



Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne
[nasjonal faglig retningslinje]



Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre
[meld. St. 15]



God og riktig mat hele livet
[rapport, strategi]



Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)
[handlingsplan]



Kosthåndboken
[veiledende bok for helsepersonell]



Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten
[nasjonal faglig retningslinje]



Mer enn mat – nasjonal ernæringsstrategi for eldre
(2022)
[rapport]



Helsedirektoratets kostråd
[nasjonale faglig råd]



3

Plan for systematisk ernæringsarbeid i omsorgstjenester



Innsatsområde 1: Systematisk ernæringsarbeid

Ifølge nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten innebærer systematisk ernæringsarbeid «vurdering, kartlegging og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak samt oppfølging og evaluering»

Underernæring er definert som en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning, funksjon, og kliniske utfall (12). Underernæring øker risiko for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, forsinker rekonvalesens og gir redusert livskvalitet (8).



Delmål 1

Alle brukere av omsorgstjenester skal få vurdert sin ernæringsstatus ved oppstart av en kommunal helsetjeneste og deretter månedlig eller etter annen faglig begrunnet hyppighet. Ernæringsbehandling dokumenteres i gjeldende journalsystem.

Vurdering, kartlegging og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus

Den oppdaterte retningslinjen for forebygging og behandling av underernæring anbefaler kartlegging av risiko for underernæring med skjemaet Malnutrition Screening Tool (MST). Dette innebærer:

- Risikovurdering – utfylling av MST-skjemaet og veiing, ved oppstart av helsetjeneste og deretter månedlig
- Kartlegging – individuell kartlegging ved ernæringsmessig risiko*:
 - Vekt og vekthistorikk, kroppsmasseindeks (KMI)
 - Faktorer som påvirker matinntaket: vurdering av fysiske helse, allmentilstand, mental tilstand, psykososiale forhold, sosialt nettverk o.l.
 - Matinntak, utregnet behov og inntak vurdert i forhold til behov
 - Grad av underernæring
- Dokumentasjon i journalsystemet Helseplattformen/gjeldende journalsystem

Det er enklere å forebygge underernæring enn å behandle etablert underernæring. Derfor skal alle pasienter på sykehjem og som mottar hjemmetjenester få kartlagt ernæringsstatusen sin.

***ernæringsmessig risiko inkluderer MST poengskår ≥ 2 eller en lav KMI, dvs. $\leq 18,5$ for voksne eller ≤ 20 for eldre over 70år.**

KMI-kategorier for voksne:	kg/m²
Undervekt	< 18,5
Mulig undervekt	18,5 – 19,9
Normalvekt	20 – 24,9
Overvekt	25 – 29,9
Fedme, grad 1	30 – 34,9
Fedme, grad 2	35 – 39,9
Fedme, grad 3	≥ 40
For personer over 70 år gjelder følgende:	
Undervekt	≤ 20
Mulig undervekt	< 22
Normalvekt	22 – 27

Igangsetting av målrettede ernæringstiltak

Ernæringsbehandling er tverrfaglig arbeid og skal gjøres i samarbeid med brukeren selv, fastlegen, pårørende og andre aktuelle aktører, for eksempel kjøkkenpersonell, fysioterapeut, ergoterapeut, aktivitører eller annet helsepersonell.

Risikovurdering med MST kan gjøres av alle ansatte som har fått opplæring eller brukerens primær- eller sekundærkontakt. Om risiko for underernæring oppdages (poengskår ≥ 2 poeng eller lav KMI), skal dette videreformidles til primærkontakt som har ansvar for å lage ernæringsplan samt å følge opp denne.

Primærkontakt er ansvarlig for å lage en ernæringsplan, samt å følge opp og evaluere planen, med støtte fra fagutviklingspsykepleier eller ernæringsressursperson ved behov.

Nedenfor er det laget egne tiltakskort for henholdsvis underernæring og overvekt på sykehjem, i hjemmetjeneste og ved bofellesskap for personer med psykisk utviklingshemming.

Igangsetting av ernærings tiltak på et sykehjem



Underernæring - Målet er å stoppe vekt nedgang, eventuelt vekt oppgang

Vurder ernæringsstatus med MST ved innkomst og deretter månedlig

Ta vekt ukentlig på korttidsavdeling og månedlig på langtidsavdeling

Ved risiko for eller underernæring vurdert med MST (eller KMI $\leq 20^*$), gjør en videre individuell kartlegging. Kartleggingen er til hjelp ved tilaging av individuell ernæringsplan

[Lag individuell ernæringsplan](#)

Forslag til tiltak:

- Tiltak mot ensomhet
- Gjøre måltider trivelige og mer sosiale
- Berike maten som spises, unngå lang nattfaste
- Næringsdrikker om utilstrekkelig inntak
- Mer fiber, mindre lakserende midler (ved forstoppelse)
- Hjemmelagde næringsrike drikker, mellommåltider
- Involver aktivitører

Overvekt - Målet er stabilisering av vekt, eller eventuelt vekt nedgang.

Vurder ernæringsstatus med MST ved innkomst på institusjon

Ta vekt ukentlig på korttidsavdeling og månedlig på langtidsavdeling

Ved risiko for uønsket vektøkning, gjør en videre individuell kartlegging. Kartleggingen er til hjelp ved tilaging av individuell ernæringsplan

[Lag individuell ernæringsplan](#)

Forslag til tiltak:

- Tilby mat etter nøkkelråds kosthold (ikke energi- og næringstett kost): det vil si lettmelk fremfor helmelk, nøkkelhullsmerkede produkter, rikelig med frukt, grønnsaker og fullkorn.
- Kun dessert og kaffebrød i helgen. Ikke både kaffebrød og dessert hver dag. Ev. mindre porsjoner.
- Involver aktivitører.

Igangsetting av ernærings tiltak i hjemmetjeneste



Underernæring - Målet er å stoppe vekt nedgang, eventuelt vekt oppgang på sikt.

Vurder ernæringsstatus med MST og ta vekt ved vedtak om tjeneste og deretter månedlig, eller etter annet faglig begrunnet opplegg. Ved risiko for eller etablert underernæring ta vekt ukentlig eller etter avtalt plan for oppfølging

Ved risiko for eller underernæring vurdert med MST (eller KMI $\leq 20^*$), gjør en videre individuell kartlegging. Kartleggingen er til hjelp ved tillaging av individuell

[Lag individuell ernæringsplan](#)

Forslag til tiltak:

- Involver pårørende
- Hjelp til innkjøp av mat, skriving av handleliste
- Velg helfete produkter, ikke lettprodukter
- Tilrettelegging av måltider, middagsombringning
- Sosiale tiltak? Selskap under måltidet?

Overvekt - Målet er stabilisering av vekten eller eventuelt vekt nedgang

Vurder ernæringsstatus med MST og ta vekt ved vedtak om tjeneste, og deretter månedlig eller etter annet faglig begrunnet opplegg

Ved risiko for uønsket vektøkning, gjør en videre individuell kartlegging. Kartleggingen er til hjelp ved tillaging av individuell ernæringsplan

[Lag individuell ernæringsplan](#)

Forslag til tiltak:

- Oppmuntre, veiled, opplys om hvorfor og hvordan velge matvarer som er hensiktsmessig for brukeren med tanke på bedre helse
- Hjelp til skriving av en variert og sunn handleliste
 - Nøkkelhullsmerket
 - Brødskala'n
 - Frukt, grønnsaker og fullkorn
- Oppmuntre til aktiviteter og bevegelse
- Sosialt fellesskap uten fokus på energitett mat (kaker, godteri m.m.)

Igangsetting av ernærings tiltak ved bofellesskap for personer med psykisk utviklingshemming



Underernæring - Målet er å stoppe vekt nedgang, eventuelt vekt oppgang

Vurder ernæringsstatus med MST ved inntak på institusjon, og gjenta månedlig eller minimum hver 6.måned for personer som ikke er i risiko

Ta vekt ved inntak, og deretter etter oppsatt plan for oppfølging (eks. ukentlig).

Ved risiko for eller underernæring vurdert med MST (eller KMI <18.5), gjør en videre individuell kartlegging. Kartleggingen er til hjelp ved tillegging av individuell ernæringsplan.

[Lag individuell ernæringsplan](#)

Forslag til tiltak:

- Involver pårørende
- Hjelp/veiledning i innkjøp og tilberedning av mat
- Tilrettelegging av måltider, behov for hjelpemidler eller tilpasset kost?
- Berik maten som spises, velg helfete produkter
- Små, hyppige måltider
- Sosiale tiltak

Overvekt - Målet er stabilisering av vekt, eller eventuelt vekt nedgang.

Vurder ernæringsstatus med MST ved inntak på institusjon, gjenta deretter kartleggingen minimum hver 6.måned.

Ta vekt ved inntak, og deretter månedlig eller etter annet faglig begrunnet opplegg.

Ved risiko for eller uønsket vektøkning, gjør en videre individuell kartlegging. Kartleggingen er til hjelp ved tillegging av individuell ernæringsplan

[Lag individuell ernæringsplan](#)

Forslag til tiltak:

- Oppmuntre, veiled, opplys om hvorfor og hvordan velge matvarer som er hensiktsmessig for brukeren med tanke på bedre helse
- Veiledet skriving av handlelister og handlelurer
- Veiledet matlaging (matlagingsvideoer: "[Veien til matglede](#)" fra Oslomet)
- Oppmuntre til sosiale aktiviteter som ikke innebærer ekstra måltider og energitett mat
- Mer frukt og grønnsaker, mindre bakevarer og dessert ved sosiale samlinger
- Oppmuntre til bevegelse
- Involver pårørende og informer om ernærings tiltak

Sjekkliste for individuell ernæringsplan



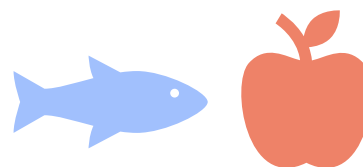
Ernærings tiltak skal dokumenteres i Helseplattformen.

Følgende momenter bør være med i en ernæringsplan:

Dato	
Navn	
Alder	
Resultat av risikovurderingen (MST-skår)	
Resultat fra den individuelle kartleggingen <ul style="list-style-type: none">○ Vekt og vektutvikling, KMI○ Faktorer som påvirker matinntak○ Status på næringsinntak (hva spises/drikkes og måltidsrytme)○ Beregnet næringsbehov (energi, protein og væske)○ Grad av underernæring	
Mål med ernæringsbehandlingen	
Målrørte ernærings tiltak tilpasset den enkeltes behov og ønsker	
Plan for oppfølging av tiltakene og tidspunkt for evaluering	

Det kan være nyttig å ha ernæringsplan hjemme hos brukeren, tilgjengelig for både brukeren selv og pårørende.

Faktorer som påvirker matinntaket



Faktor	Eksempel
Funksjonsnivå	Munn- og tannstatus, svelg- og tyggefunksjon, generell fysisk- og muskelfunksjon, syn, hørsel, smak, lukt, mental/kognitiv funksjon
Maten som tilbys	Utseende, lukt, smak, konsistens, temperatur, hygiene, næringsinnhold, porsjonsstørrelse, antall måltider og måltidsrytme (fordeling gjennom dagen)
Miljø	Spiseplass (lys, lyder, lukter), rutiner, servering, aktivisering, personell, spisehjelp/spiseredskaper (tilrettelegging), informasjon
Medisinske faktorer	Munn- og tannhelse, spiserelaterte symptomer, sykdom, allmenntilstand, behandling, senskader, legemidler (bivirkninger som påvirker matlyst, munntørrelhet, fordøyelse mv), mage/tarmsykdom/-problemer (refluks, forstoppelse, kvalme, diare), smerter, angst, depresjon, faste før undersøkelse/behandling
Kulturelle og psykososiale	Erfaring med spising og måltider, vaner og preferanser, sosiale faktorer i måltider, sorg, ensomhet, stress, uro, bekymringer, kunnskap om mat og næringsbehov, rettigheter og tilbud, religion og etnisitet



Delmål 2

Alle brukere får oppfølging ved ernæringsutfordringer etter avtalt plan. Iverksatte ernæringstiltak skal evalueres etter satt tidsplan. Ved behov skal tiltak og mål justeres ved uteblitt effekt av tiltak.

Oppfølging

Hovedansvaret for oppfølging og evaluering av brukerens ernæringsstatus og effekten av iverksatte tiltak ligger hos primærkontakten, ev. med støtte fra ressurspersonen innen ernæring. Alle helsearbeidere som har kontakt med brukeren har ansvar for å følge opp individuell ernæringsplan og iverksatte tiltak, observere effekten til ernæringsbehandlingen og ta opp diskusjonen rundt tiltak sammen med brukeren selv, pårørende og kollegaer, for å justere planen hvis effekten uteblir. Dette innebærer å følge opp ulike målbare parametere, som:

- Risikovurdering MST
- Vekt
- Matinntak
- Væskebalanse
- Samarbeid med fastlege, ev. ulike blodprøver (f.eks. albumin)

Evaluering

Lage tidsplan for evaluering og justering av mål og tiltak (f.eks. vekt hver uke, etter fire uker justere tiltak for å nå målet)

Oppfølging og evaluering av brukerens ernæringsstatus dokumenteres i gjeldende journalsystem.

Samarbeid med kjøkkenpersonalet

Det er viktig med et godt samarbeid med kjøkkenpersonell i form av tilbakemeldinger, for å ha best mulig kommunikasjon mellom avdelinger/mottakere av maten og kjøkkenet.



Dette innebærer blant annet:

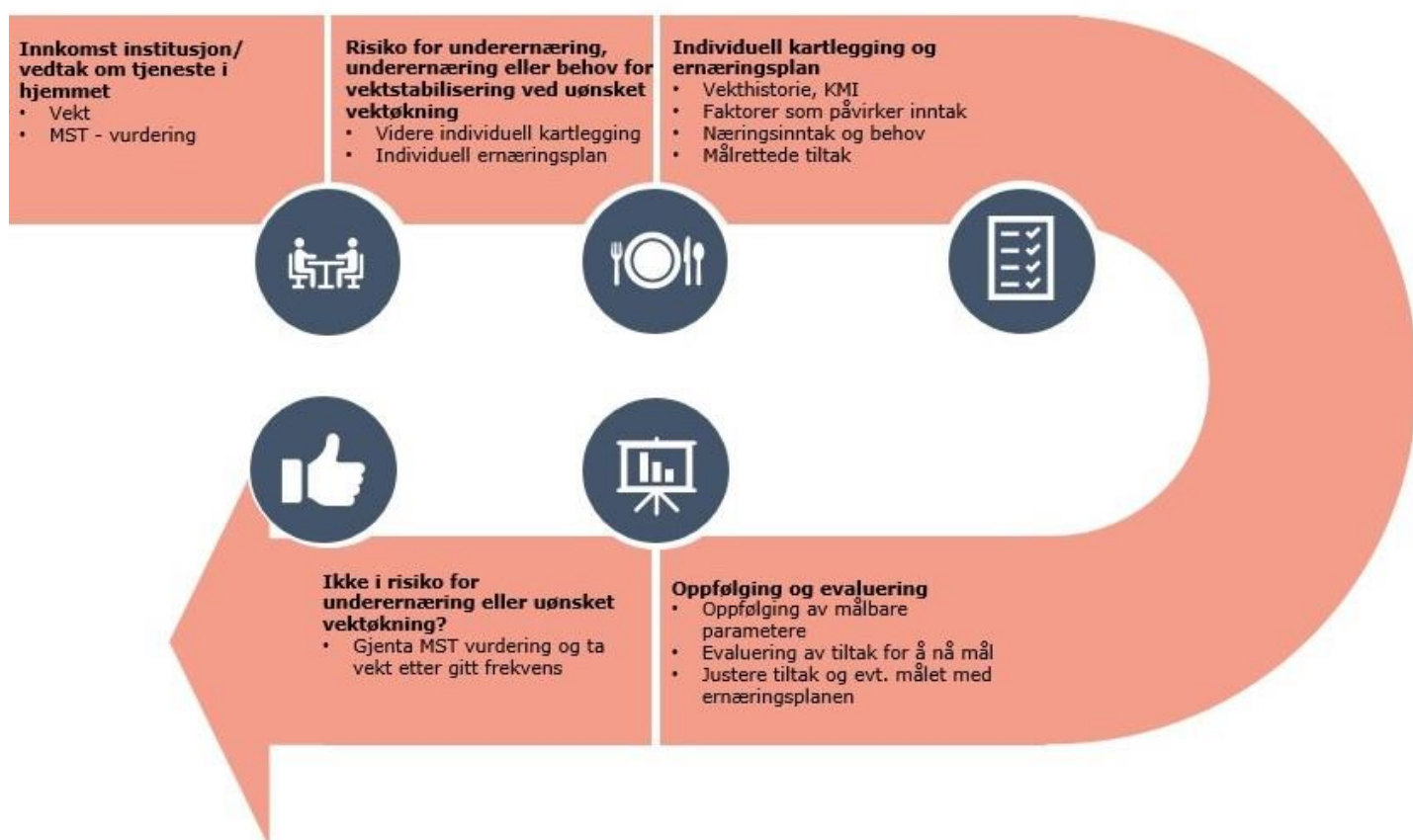
- Kjøkkenkontakter på alle avdelinger
- Ha en god måte å hente inn tilbakemeldinger fra hjemmeboende eldre med matombringning. Forslag:
 - Spørreskjemaer/tilbakemeldingsskjema digitalt eller via SMS.
 - Tilbakemeldingsskjema sammen med maten ved matombringning.
 - Involvere hjemmehjelp for å hente inn tilbakemeldingsskjema. Pårørende kan hjelpe med utfylling og levering av tilbakemelding.
 - Inkludere beboere på trygdeboliger om middagsønsker/kveldsmat. Tema med middagsønsker.

Matprat med beboere når de er samlet ved hovedmåltidene.



Flytskjema for oversikt over ernæringsarbeid for alle enheter

Nedenfor presenteres et flytdiagram som viser en oversikt over ernæringsarbeid som er gjeldende for alle enheter i kommunen. Risikovurdering tas ved vedtak om tjeneste eller inntak på institusjon. De i risiko for underernæring får videre kartlegging og oppfølging. For de som ikke er i risiko etter vurdering med MST gjentas risikovurderingen etter satt frekvens [månedlig eller etter annet faglig begrunnet opplegg].



Bruk av skjønn

Systematisk ernæringsarbeid utelukker ikke bruk av skjønn. Uansett hvor gode rutiner vi har, kommer vi kun i mål ved en helhetlig tilnærming hvor brukernes individuelle behov, samarbeid med pårørende, ansattes kunnskap, faglige vurderinger og erfaringer former helsetjenester til den enkelte bruker.

Mat er mer enn energi og næringsstoffer. Mat og måltider fremmer glede, kultur og sosialt fellesskap. Det er derfor viktig å se måltidenes rolle med tanke på brukeres velvære, god helse og best mulig livskvalitet.

Innsatsområde 2: Kompetansearbeid

En forutsetning for å drive systematisk ernæringsarbeid er at alle ansatte har kunnskap for å vurdere ernæringsstatus og iverksette målrettede tiltak for den enkelte pasient med ernæringsutfordringer. Det er derfor viktig å sikre at kunnskapen om ernæring generelt, og ved spesielle sykdomstilstander, er tilstrekkelig hos ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunene: *“... den som lager til, legger opp og serverer maten til brukerne skal ha kunnskap om ernæring, generell kokekunnskap og kunnskap om mathåndtering”*



Delmål 1

Alle ansatte skal få grunnleggende ernæringskompetanse om:

- Energigivende næringsstoffer og behovet for disse
- Retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
- Rutiner for kartlegging av ernæringsstatus, risikovurdering for underernæring
 - Malnutrition Screening Tool (MST), hvor denne finnes og hvordan gjøre risikovurdering i Helseplattformen
- Retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Når blir overvekt et problem hos voksne og eldre?
- Hvordan lage individuell ernæringsplan



Delmål 2

Alle ansatte skal få tilbud om ønsket spesiell ernæringskunnskap. For eksempel:

KOLS	Kreft	Tilrettelegging av måltid	Diabetes type 1 og 2
Mage-tarm-sykdommer	Svelgevansker	Visuell neglekt*	Multipel sklerose
Sondeernæring og intravenøs ernæring			

*** pasienten ser bare halve tallerkenen sin. Viktig å snu tallerkenen slik at alt blir sett og spist**



Delmål 3

Alle ansatte skal få tilbud om kunnskap, råd og veiledning ved behov. Ved etterspørsel av kunnskap som gjelder enkelte brukere med spesielle ernæringsstilstander kan klinisk ernæringsfysiolog bidra på f.eks. ernæringsrefleksjonsmøter eller delta i andre tverrfaglige møter



Delmål 4

Gode erfaringer fra ernæringsarbeid skal spres i egen kommune og over kommunegrensene.

- Benytte eksisterende faglige nettverk til å veksle erfaringer på tvers av kommunegrensene på Fosen. På lang sikt etablere et ernæringsnettverk.
- Klinisk ernæringsfysiolog er med på å spre gode erfaringer med relevante enheter. De gode erfaringene kan stamme fra fosenkommunene eller være smarte løsninger fra andre kommuner i Norge eller tilsvarende land.

Tiltak for å gjennomføre kompetansearbeidet

Tiltak	Hvem	Når
Fagdager med avtalt innhold lokalt i kommunene, med interne og eksterne forelesere.	Fagansvarlig i kommunen	Kontinuerlig
Digitalt kunnskapstilbud via Utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem.	Utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem	Kontinuerlig
Tilbud om månedlige ernæringsrefleksjonsmøter med klinisk ernæringsfysiolog med spontan diskusjon eller avtalt innhold lokalt på avdelingene.	Klinisk ernæringsfysiolog i Fosen helse IKS	Månedlig eller ved behov
Råd fra klinisk ernæringsfysiolog ved etterspørsel av spesifikk kunnskap.	Klinisk ernæringsfysiolog i Fosen helse IKS	Kontinuerlig

Innsatsområde 3: Samarbeid, samhandling og kommunikasjon



Delmål 1

Kommunens tjenester skal sørge for systematisk brukerinvolvering i hverdagen

Beskrivelse av tiltak:

Brukerne skal selv bidra i ernæringsbehandlingen, eksempelvis ved utarbeidelse av tiltak i ernæringsplan. Tiltak som iverksettes sammen med bruker vil gjennomføres i større grad, og målet med ernæringsbehandlingen oppnås mer effektivt. Pårørende er sentrale samarbeidspartnere for medvirkning og gjennomføring av ernæringstiltak.



Delmål 2

Kommunen skal sørge for at informasjon om brukeres ernæringsstatus og eventuelle utfordringer formidles til relevante aktører

Beskrivelse av tiltak:

Ved overføring av bruker mellom tjenestenivå i primærhelsetjenesten, og ved overføring til spesialisthelsetjenesten (eks. sykehus) skal relevant ernæringsinformasjon medfølge i sykepleierapporten. Dette gjelder blant annet ernæringsstatus, eventuelle utfordringer i forhold til ernæring, samt ernæringstiltak og utarbeidede ernæringsplaner.

Den ernæringsrelevante informasjonen skal medfølge pasienten i utskrivelsesnotatet i gjeldende journalsystem (Helseplattformen), eventuelt i form av en e-melding / PLO-melding. Fastlegene på Fosen er per dags dato ikke i Helseplattformen, derfor benyttes e-meldinger og PLO-meldinger til kommunikasjon. Sammendrag av ernæringsstatus bør også være med i epikrisen.



Delmål 3

Kommunens ansatte skal etterlyse informasjon om brukers ernæringsstatus, eventuelle utfordringer og ernæringsplan ved overføring fra spesialisthelsetjenesten

Beskrivelse av tiltak:

Informasjon om ernæringsstatus, og eventuell ernæringsplan som ikke medfølger i utskrivelsesnotatet fra spesialisthelsetjenesten, skal etterlyses. Ernæringsinformasjon vedrørende bruker er relevant for god ivaretagelse i primærhelsetjenesten, spesielt ved videreføring av igangsatte ernæringstiltak hos spesialisthelsetjenesten.

God kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil redusere dobbeltarbeid, og sikre at brukerens vektutvikling over tid samt vurdering av ernæringsstatus med MST blir dokumentert. Oppfølging over tid vil fange opp funksjonsfall, slik at man tidligere kan iverksette forebyggende tiltak.

4

Implementering av plan for systematisk ernæringsarbeid





Tidsplan

Plan for systematisk ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester i Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner skal gradvis implementeres i løpet av 2023 og 2024.

Implementeringen innebærer:

- Innføring av verktøyet for vurdering av ernæringsstatus, MST, samtidig med Helseplattformen
- Ferdigstilling av planen – i løpet av 2023
- Rutiner for vurdering og kartlegging av ernæringsstatus, igangsetting av tiltak, oppfølging, evaluering og dokumentasjon innføres fortløpende i 2022, 2023 og 2024
- Kompetansearbeid tilpasses behovene i enkelte avdelinger og gjennomføres fortløpende

Implementeringsansvar og forankring

For å lykkes med implementering av planen er det viktig at de ulike rollene tar ansvar for sine områder, og at planen forankres på flere nivåer i kommunene.

Kommunalsjefer helse- og omsorg i kommunene



- Godkjenning av planen
- Tilrettelegge for samarbeid innen ernæringsfeltet med ledere og fagpersoner i kommunene
- Tilrettelegge for samarbeid med brukerrådene i kommunene

Enhets- og avdelingsledere i omsorgstjenester



- Bidra til etablering av gode rutiner for kartlegging av ernæringsstatus, iverksettelse av tiltak, evaluering og dokumentering av ernæringsarbeid på sine enheter og avdelinger
- Tilrettelegge for kompetansearbeid

Klinisk ernæringsfysiolog



- Bidra til etablering av gode rutiner for vurdering og kartlegging av ernæringsstatus, iverksettelse av tiltak, evaluering og dokumentering av ernæringsarbeid på avdelingene
- Tilrettelegge for kompetansearbeid og bidra til gjennomføring
- Være rådgiver ved implementering av planen
- Være rådgiver ved pasientarbeid
- Informasjon om implementering til brukerrådene kommunene samt Pårørendeutvalget i Ørland kommune

Fagsykepleiere, kontaktpersoner innen ernæring og/eller ernæringsgrupper i kommunene



- Bidra til etablering av gode rutiner for kartlegging av ernæringsstatus, iverksettelse av tiltak, evaluering og dokumentering av ernæringsarbeid på sine enheter og avdelinger
- Tilrettelegge for kompetansearbeid og bidra til gjennomføring
- Å være rådgiver ved implementering av planen
- Å være rådgiver ved pasientarbeid
- Bidra til informasjonsformidling til brukere og pårørende

Brukermedvirkning og implementering

1. *Brukermedvirkning ved direkte kontakt med brukere innebærer:*
 - Informasjon om systematisk ernæringsarbeid til brukere og pårørende
 - Gode forklaringer til brukere og pårørende rundt vurdering, kartlegging og iverksettelse av ernæringstiltak
 - Involvere brukere og pårørende i ernæringsarbeid i størst mulig grad

2. *Brukermedvirkning via offisielle kanaler innebærer:*
 - Informasjon om implementering av planen på møter med brukerrådene i kommunene samt pårørendeutvalget i Ørland kommune.

Revidering

Planen skal revideres i 2027. Ansvarlig for revidering er klinisk ernæringsfysiolog i Fosen helse IKS i samarbeid med kommunene.



5

Gode erfaringer fra Fosen

Det gjøres mye bra arbeid innen ernæring på Fosen. I forbindelse med kvalitetsreformen for eldre "Leve hele livet" er det startet opp mange prosjekter. Det er svært viktig at gode erfaringer fra prosjektarbeid blir tilgjengelige for alle, både i egen kommune og på tvers av kommunegrenser.

Nettverket til klinisk ernæringsfysiolog, Utviklingscenter for hjemmetjenester (USHT) og sykehjem kan være viktige kilder for ny informasjon og prosjekterfaringer fra hele landet. Klinisk ernæringsfysiolog kan bidra til kompetanse- og erfaringsformidling via kompetanseplanen og de månedlige refleksjonsmøter på avdelinger.

Noen eksempler av ernæringsprosjekter og initiativ fra kommunene



Matprat ved Roan sykehjem:

Samtale mellom pasienter og en representant fra kjøkkenet. Samtalen er satt opp annenhver mandag, og har et gitt tema som for eksempel middag, dessert, pålegg osv. Matpraten ivaretar pasientenes tradisjoner og gir inspirasjon til kjøkkenpersonalet.

Matdag i Roan sykehjem: Tirsdager er såkalte matdager. Aktivitet som innebærer mat; baking, kutting av grønnsaker, deltakelse i tillaging av egen lunsj m.m. Aktiviteten er tilpasset årstidene; høste grønnsaker, utskjæring av gresskar til halloween, bake julekaker osv. Her er aktivtørene sentrale i gjennomføring av aktivitet.

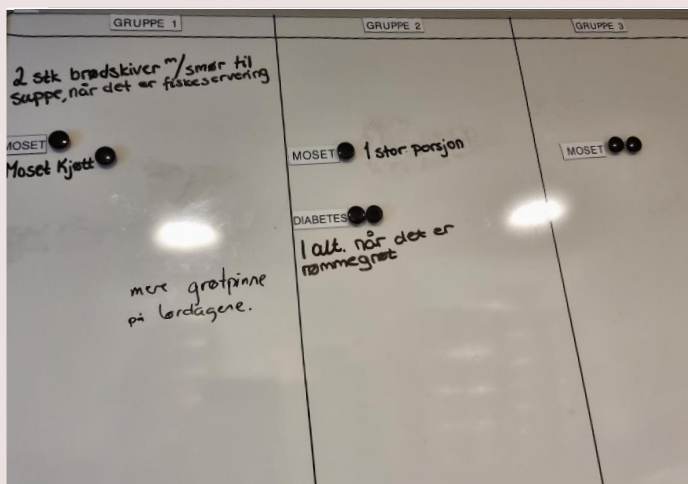
Blåturer i Roan: Turer til ulike steder på Fosen med beboerne. Eksempelvis tur til gårder med lokalproduksjon.



Utelunsjer arrangeres regelmessig for beboere ved Roan sykehjem

Kjøkkenhage i sansehagen, og lokalmat på sykehjemmet: Urter og poteter, som beboerne var med å sette på våren 2022. Kjøkkenet i Roan benytter lokalmat der det er mulig, f.eks. egg fra Roan eggpakkeri og fisk fra Krifo fisk, fiskemottak.

Kjøkkentavle ved Åfjord sykehjem:



En tavle plassert ved kjøkkenet med ernæringsbehov og preferanser i forhold til mat. Eksempelvis pasienter som har behov for tilpasset konsistens eller kostholdstilpasninger som glutenfri, laktosefri, fettfri osv. Tavlen justeres hovedsakelig av kjøkkenpersonalet etter beskjeder fra ansatte.

Ansatte kan enkelt se at informasjon stemmer overens med faktiske forhold på avdelingene, spesielt fordi trallene med mat hentes rett ved tavlen.

Turgruppe for demente i Stoksund: dagen starter med frokost på trygdepensjonatet, videre drar gruppen på tur (gåtur, båttur, annen utflukt) og avsluttes med middag. Dette arrangeres annenhver torsdag.

Felles måltider for beboere i omsorgsboliger i Leksvik: Beboerne på de to omsorgsboligene samler seg for frokost og middag på fellesstua. Middagen lages av institusjonskjøkkenet og maten serveres av ansatte. Felles måltider bidrar til sosialt samvær og økt matglede. Hjemmetjenesten i Leksvik ønsker felles kveldsmat også, da tiltaket med frokost og middag førte til økt matinntak blant de eldre og fikk gode tilbakemeldinger.

Rissa dagsenter: Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demenssykdom. Fysisk aktivitet og tillaging av mat i fellesskap.



Prosjektet «Helkost»: God erfaring med fokus på kosthold til personer med psykisk utviklingshemming, via prosjektet "Helkost" på Soltunet i Bjugn. Eierandel på Austrått gård der brukere kan være med å plukke egne grønnsaker.

Kjøkkenhage og lokalmat på Brekstad:

urter, grønnkål og bær ved kantinen. Kjøkkenet på Brekstad har også andel på Austrått gård, der de høster grønnsaker. De er ikke med på fylkesanbudet/innkjøpsavtale, slik at de i større grad får bestemme selv hvor de handler inn mat fra. Lokalmat de kjøper inn: fisk fra Grande sjømat, egg fra Hovde hønseri, melk fra Hovsvangen økomeik.



Kjøkkenbok på Ørland sykehjem, avdeling Blå på Brekstad: En bok som ligger lett tilgjengelig for ansatte på sykehjemmet. Tanken er at alle ansatte skal kunne skrive inn matønsker fra beboerne og forslag til kjøkkenet. Boken gis til kjøkkenet og bidrar med forslag og inspirasjon til mat og retter. Kjøkkenkontakten på Blå har også møte med kjøkkenet 1x i måneden. Det er nå mer varierte lunsjer; burger, focaccia, omelett med mer.

Arbeidsstua i Bjugn. Stue for sy- og håndarbeid. De eldre i området (omsorgsboliger, sykehjem osv.) kan komme dit for sosialt fellesskap, håndarbeid og mat. Det lages alltid noe til kaffen; eksempelvis horn med pålegg, fruktsalat med vaniljesaus.



Referanseliste

1. Indre Fosen kommune. Helse- og omsorgsplan 2020-2030 Del 1: Status, utviklingstrekk og tjenestebehov. Vedtatt i Indre Fosen kommunestyre 14.10.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.indrefosen.kommune.no/f/p1/if7329dc4-f8bc-4e45-8aaf-7b6265df3fff/helse-og-omsorgsplanvedtatt-av-kst-14102020.pdf>. Del 2: Tiltaksplan. Vedtatt i Indre Fosen kommunestyre 14.10.2020. Tilgjengelig fra: [Utredning av fremtidens omsorgstjenester i nye Steinkjer kommune \(indrefosen.kommune.no\)](#)
2. Ørland kommune. Kommunedelplan helse og familie 2022 – 2034 (i arbeid)
3. Åfjord kommune. Helse- og omsorgstjenesteplanen
4. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. Tilgjengelig fra: [Meld. St. 15 \(2017–2018\) - regjeringen.no](#)
5. Helsedirektoratet (2016). Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. desember 2017, lest 06. juli 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>
6. Helsedirektoratet (2021). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. mars 2022, lest 07. juli 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
7. Ørland kommune. Leve hele livet, Ørland kommune 2020 – 2024. Planprogram.
8. Helse- og omsorgsdepartementet (2021). God og riktig mat hele livet. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester [nettdokument]. Regjeringen, rapport, dato 06.05.2021. Tilgjengelig fra [God og riktig mat hele livet - regjeringen.no](#)
9. Helsedirektoratet. Nasjonale kvalitetsindikatorer. Kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester> (Lest 08.07.2022).
10. Helsedirektoratet (2022). Mer enn mat – nasjonal ernæringsstrategi for eldre [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. mars 2022, lest 11. juli 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/mer-enn-mat--nasjonal-ernaeringsstrategi-for-eldre>
11. Bøhn BH, m.fl. Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Delrapport Mat og ernæring til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2017. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskap-soppsummering/delrapport1_mat_ernaering_eldre.pdf.
12. Helsedirektoratet (2022). Om underernæring [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. mars 2022, lest 13. juli 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering/om-underernaering>
13. Eide HK. Nutritional risk and care in elderly hospitalized patients. A mixed methods research approach. Universitetet i Oslo, 2015. Tilgjengelig fra: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-51715>
14. Helsedirektoratet (2010). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Lest 18.07.2022. Tilgjengelig fra [Overvekt og fedme hos voksne – Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
15. Helsedirektoratet (2016). Nasjonale faglige råd for ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. desember 2017, lest 28. juli 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten>