



Ernæringsarbeid i
helse- og omsorgs-
tjenesten



Dette kapitlet beskriver eksempler på ernæringsarbeid i de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten. De ulike virksomhetene må ta utgangspunkt i de ernæringsmessige behovene og utfordringene pasientgruppen har.

Yrkesgruppene i helse- og omsorgstjenesten har ulike oppgaver og ansvar i ernæringsarbeidet. God kommunikasjon mellom de ulike nivåene i helsetjenesten er nødvendig for å sikre kvalitet og kontinuitet i ernæringsarbeidet (1; 2; 3).

Fastlegen

Fastlegen har i henhold til fastlegeforskriften § 7 (4) ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen må være spesielt oppmerksom på personer som tilhører en risikogruppe (barn, eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, psykisk syke, rusmiddelavhengige, personer med spiseforstyrrelser, matvaroverfølsomhet og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom) (1).

For å kunne gi god og nødvendig helsehjelp for den enkelte pasient, vil fastlegen ofte ha behov for samarbeid med andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

Eksempler på ernæringsarbeid hos fastlegen:

- Vurdering av ernæringsstatus hos risikogrupper
- Sørge for kostveiledning og ta initiativ til videre utredning og ernæringsbehandling ved behov
- Koordinering og oppfølging av tiltak, samarbeid med andre instanser og fagpersoner

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lokale lavterskeltilbud innenfor primærhelsetjenesten for barn og unge og deres foresatte. Helsestasjonen benyttes av opp mot 100 % av populasjonen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge (0-20 år) ved å forebygge sykdom og skade, samt ved å fremme god fysisk og psykisk helse (5; 6). Helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud hvor ungdom kan få råd og veiledning. Grunnbemanning innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge 0- 20 år er vanligvis helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut (7).

God ernæring er en av forutsetningene for tilfredsstillende vekst og utvikling hos barn og grunnlaget for gode matvaner legges i sped- og småbarnsalderen. Måltidene er en viktig læringsarena for barn, og et samlingspunkt mellom barn og voksne. Kartlegging av vekt- og høydeutviklingen

Eksempler på ernæringsarbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

- Vurdering av ernæringsstatus, kartlegging av vekt- og høydeutvikling
- Kartlegging av matvaner og måltider i familien
- Veiledning om gode matvaner
- Identifisering av personer med sykdom/avvik og iverksetting av tiltak
- Koordinering og oppfølging av tiltak, samarbeid med andre instanser og faggrupper

gir informasjon om ernæringsstatus. Anbefalte måletidspunkter for veiing etter barnets fødsel er etter 2.- 4. levedøgn (ved utskrivning fra barsel), og innenfor helsestasjonstjenesten ved 7. – 10. levedøgn, samt i forbindelse med alle anbefalte konsultasjoner i barnets første leveår. Lengdemåling gjøres samtidig som veiing fra 3 måneders alder. I småbarnsalder er anbefalte måletidspunkter for veiing og høydemål ved 15-18 måneders alder, ved 2 år og ved 4 år. I grunnskolealder er de anbefalte tidspunktene for veiing og måling ved skolestart, på 3. klassetrinn og på 8. klassetrinn. For ungdom i videregående skole er det anbefalt en målrettet helseundersøkelse av elevene det første året (8). For å kunne forebygge alvorlig skjevutvikling, er det viktig å fange opp vansker og symptomer tidlig. Tiltak må iverksettes i samarbeid med barn/foresatte. Det kan være behov for samarbeid med fastlege, klinisk ernæringsfysiolog, psykologtjeneste eller andre fagpersoner for videre utredning og oppfølging ved spise- og ernæringsvansker hos barn og unge (9).

Frisklivssentraler

Frisklivssentralen er et kommunalt oppfølgingstilbud for personer med behov for å endre helseatferd (9). Personer kan bli henvist av helsepersonell eller kontakte frisklivssentralen på eget initiativ, og man trenger ikke å være syk eller ha en diagnose. Frisklivssentralene er forankret i kommunehelsetjenesten og kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for

Eksempel på ernæringsarbeid i frisklivssentralene:

- Kartlegging av kostholdsvaner og individuelle mål
- Tilbud om kurs (BRA MAT) og gruppebasert oppfølging
- Individuell samtale etter gjennomført kurs

andre helsefremmende tiltak i kommunen. Helsedirektoratet anbefaler etablering av frisklivssentraler i alle landets kommuner, alternativt gjennom interkommunalt samarbeid. Omtrent en tredjedel av landets kommuner har etablert frisklivssentral, men det er svært få frisklivssentraler som har knyttet til seg ernæringskompetanse.

Kurset "BRA MAT for bedre helse" er et kurstilbud som egner seg godt i regi av frisklivssentralene.

Kurstilbudet formidler kunnskap om de nasjonale kostrådene og gir veiledning gjennom endringsfokusert rådgivning. Det er anbefalt at frisklivssentralene knytter til seg kompetanse innen alle helseatferdsområdene. Ernæringsfaglig personell som er uten autorisasjon, bør ha tilgang på veiledning av personer med spesialkompetanse, f.eks. klinisk ernæringsfysiolog (lov om helsepersonell, kap 2. § 4 Forsvarlighet). Det bør også være muligheter for å henvise pasient/bruker videre der det er nødvendig.

Les mer om frisklivssentraler og BRA MAT kurset på www.helsedirektoratet/folkehelse/frisklivssentraler/bra-mat.

Hjemmebaserte tjenester i egen bolig/omsorgsbolig

Formålet med hjemmebaserte tjenester er at pasientene skal få praktisk hjelp, medisinsk og ernæringsmessig behandling og oppfølging, slik at de kan bo i eget hjem/omsorgsbolig. Ernæringsarbeid i hjemmetjenesten ivaretas av henholdsvis hjemmesykepleie og praktisk bistand/hjemmehjelp. Det er viktig med godt samarbeid mellom ansatte innen de to områdene.

Det fattes vedtak om hjemmebaserte tjenester til personer i alle aldergrupper og med ulike hjelpebehov. Personer som mottar hjemmesykepleie, skal få vurdert ernæringsstatus ved innskri-ving/vedtak og deretter månedlig, eller

etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (1). For personer som har behov for ernærings tiltak og tilrettelegging av måltider, må vedtaket være konkret og entydig formulert slik at personen får nødvendig hjelp (11). Det er også nødvendig at tilstrekkelig tid settes av til ernærings tiltak. For noen er den viktigste hjelpen å ha noen å spise sammen med (medspising). Andre kan ha behov for tilrettelegging av sittestilling eller å få tilpassede hjelpemidler i forbindelse med spising. Tilrettelegging av måltider for å unngå for lang nattfaste kan også være aktuelt.

Kompetanse om ernæring er nødvendig både hos de fagpersonene som fatter vedtak om hjemmetjenester (bestillere) og hos dem som i praksis utfører ernæringsarbeidet (utførere). Hjemmetjenesten må også ha kompetanse til å følge opp ernæringsbehandling som spesialsjokost, sondeernæring og intravenøs ernæring. Det kan være behov for tilsyn av klinisk ernæringsfysiolog. I hjemmetjenesten bør det være en tverrfaglig ressursgruppe som sørger for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet. Gruppen bør inkludere både representanter fra bestillere og utførere (sykepleier, omsorgsarbeidere). Pasienter/pårørende bør også være representert. Brukerundersøkelser anbefales gjennomført jevnlig.

Dagtilbud

Tilbudet ved dagsentrene varierer, men er ofte rettet mot eldre, personer med demens eller psykisk utviklingshemming. For mange innebærer dagopphold utenfor hjemmet en mulighet for å spise sammen med andre. Måltider ved dagsentra kan gi verdifulle fellesmåltider med sosialt samvær, og dessuten ernæringsmessig betydning for den enkelte (12).

Ved dagsentra bør informasjon om mattilbudet og eventuelle valgmuligheter være lett tilgjengelig.

Godt samarbeid mellom dagsenteret og hjemmebaserte tjenester/andre helse-tjenester kan gjøre det mulig å gi mattilbud som passer ut fra den enkelte brukers helsetilstand og behov. De fleste setter stor pris på å få matretter som de er kjent med. Kjøkken som lager mat til hjemmeboende eldre og sykehjem, bør ha brukerrepresentant med i planlegging av menyen. Brukerundersøkelser anbefales gjennomført jevnlig.

Eksempler på ernæringsarbeid i hjemmebaserte tjenester:

- Vurdering av ernæringsstatus
- Kartlegging av matvaner og måltider
- Praktisk hjelp for planlegging, innkjøp og matlaging
- Kartlegging av måltidssituasjonen
- Tilrettelegging for et godt mattilbud og trivelige måltider utifra helsetilstand og funksjonsevne
- Samarbeid med andre instanser og faggrupper (for eksempel dagtilbud)
- Dialog og samarbeid med pasient/bruker og pårørende

Eksempler på ernæringsarbeid i dagtilbud:

- Fleksibelt mat- og måltidstilbud
- Skape matglede og fremme matlyst for dem som spiser lite
- Samarbeid med hjemmetjenesten

Helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunen, herunder sykehjem

Sykehjem og bo- og rehabiliteringssentre er heldøgnsinstitusjoner som gir tjenester til personer med forskjellige diagnoser og ulike helse- og omsorgsbehov. Personer som er innlagt i sykehjem kan ha opphold for kortere eller lengre tid.

Alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (1). Heldøgnsinstitusjoner stiller særlige krav til ernæringsarbeidet. Individuelle behov må styre tilretteleggingen. Tiltakene må tilrettelegges utifra individuelle behov, avhengig av om personen er i aktiv rehabilitering, er eldre med ulike funksjonsnedsettelse, har alvorlig grad av demens, eller er alvorlig syk eller døende. Nært samarbeid med pasient/pårørende er verdifullt for å optimalisere mattilbudet og ernæringsbehandlingen (13).

Et godt mattilbud og et hyggelig måltidsmiljø bidrar til matglede, matlyst og trivsel. Menyen bør være energi- og næringsberegnet og inkludere standard- og spesialkost.

Institusjonene må ha nødvendig kompetanse til å igangsette og følge opp ernæringsbehandling som spesialkost, sondeernæring og intravenøs ernæring

Eksempler på ernæringsarbeid i helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunen:

- Vurdering av ernæringsstatus
- Kartlegging av matvaner og måltider
- Identifisering av personer med sykdom/avvik og iverksetting av tiltak
- Tilrettelegging av mat (evt. spesialkost) og måltider utifra helsetilstand og funksjonsevne
- Dialog og samarbeid med pasient/bruker og pårørende
- Samarbeide med andre instanser (som hjemmetjeneste og sykehus)

for de som har behov for det. Kjøkken som lager mat til hjemmeboende eldre og sykehjem, bør ha brukerrepresentanter med i planlegging av menyen for å sikre at tradisjonelle retter er med i menyen.

Alle institusjoner bør ha en ressursgruppe som kvalitetssikrer ernæringsarbeidet. Gruppen bør inkludere både ledelse, helse-/kjøkkenpersonell og pasienter/pårørende. Gruppen skal utvikle prosedyrer som sørger for kvalitetssikring av ernæringsarbeidet, samt drøfte mattilbudet/menyen samt og rutiner for å forebygge for lang nattfaste (3).

Institusjoner i spesialisthelsetjeneste, herunder sykehus

Sykehusene tilbyr helsetjenester til hele befolkningen. Å sikre tilfredsstillende mat og måltider, og ernæringsbehandling ved behov, er en del av det helhetlige behandlingstilbudet ved sykehusene. Alle pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter annet faglig begrunnet opplegg (1).

Pasienter som er i kontakt med sykehus har ulike sykdommer/tilstander, og kan ha behov for en rekke ulike ernæringsmessige tiltak. Kroniske og sammensatte lidelser kan kreve individuelt tilpasset ernæringsbehandling. Det forutsetter ernæringsfaglig kompetanse hos de behandlingsansvarlige. Et godt mattilbud og et hyggelig måltidsmiljø bidrar til matglede og trivsel, og avleder tankene fra sykdommen.

Menyen bør være energi- og næringsberegnet, og inkludere standard- og spesialkost. Institusjonene i spesialisthelsetjenesten må ha nødvendig kompetanse til å igangsette og følge opp ernæringsbehandling som spesialkost, sondeernæring og intravenøs ernæring hos til dem som har behov for det.

Kjøkkenpersonell (matfaglig kompetanse) nær pasienten gjør det lettere å imøtekomme den enkeltes ønsker og behov.



Det er mange faggrupper som er involvert i ernæringsarbeidet på et sykehus. Tydelig ansvarsfordeling er nødvendig. Den enkelte aktørers ansvarsområde bør være definert i en overordnet ernæringsstrategi (kapittel 2).

Alle sykehus bør ha en ressursgruppe/ ernæringskomité som gjennomgår og kvalitetssikrer ernæringsarbeidet. Gruppen bør inkludere både ledelse, og helse-/kjøkkenpersonell og pasientrepresentant. Gruppen bør drøfte tverrfaglig samarbeid, mattilbudet/ menyen og måltidsmiljøet, samt utvikle prosedyrer som sørger for kvalitets-sikring av ernæringsarbeidet. Brukerundersøkelser anbefales gjennomført jevnlig.

Eksempler på ernæringsarbeid i sykehus og spesialisthelsetjeneste:

- Vurdering av ernæringsstatus
- Identifisering av personer med sykdom/avvik og iverksetting av tiltak
- Tiltrettelegging for et godt mattilbud og trivelige måltider
- Dialog og samarbeid med pasient/bruker og pårørende
- Samarbeid med andre instanser (som fastlege, hjemmetjeneste og sykehjem)

Habilitering

Habiliteringstiltak skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får mulighet til å delta i samfunnet på egne premisser. Habilitering retter seg mot barn og voksne som har medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse og/eller utviklingsforstyrrelse. Kommunen har et primæransvar for rehabiliterings- og habiliteringstilbudet mens spesialisthelsetjenesten skal fungere som et supplement, i tillegg til å yte spesialiserte tjenester (14;15).

Personer som har behov for habiliterings-tjenester er en mangeartet gruppe, men mange har omfattende hjelpebehov. Alle bør vurderes for ernæringsmessig risiko ved kontakt med habiliterings-tjenestene (1). Tiltak for forebygging og behandling av overvekt bør prioriteres for dem som har behov for det. Gruppen inkluderer personer med komplekse tilstander som nevrologiske og nevromuskulære sykdommer og dysfunksjoner, ulike syndromer og kromosomavvik. Spise- og ernæringsvansker er vanlig i mange av diagnose-gruppene, og flere har behov for spesial-kost eller sondeernæring. Deltakelse i måltidene må ivaretas på best mulig måte ut i fra utviklingsnivå og funksjon.

I utredning og oppfølging er det nødvendig med tett samarbeid mellom pasient/pårørende og fagpersoner. Ofte er det nødvendig med bred tverrfaglighet.

Rehabilitering

Gjennom rehabilitering skal pasienten oppnå best mulig funksjon og mestring, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Rehabilitering omfatter både tiltak med hensyn til medisinsk/fysikalsk behandling og deltakelse i arbeidsliv/utdanning. Rehabilitering er basert på en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler. Rehabiliterings-tjenester gis ofte etter operasjoner eller annen medisinsk behandling der det er behov for opptrening og veiledning. Personer som har behov for veiledning om livsstilsendringer (inkludert rusmiddelavvenning), får også rehabiliteringstjenester.

Alle pasienter skal rutinemessig vurderes for ernæringsmessig risiko, eller etter annet faglig begrunnet opplegg (1). God ernæringsstatus kan være avgjørende for at pasienten skal oppnå best mulig effekt av de øvrige rehabiliteringstiltakene. De fleste rehabiliterings-

oppholdene går over noen uker, og mange er knyttet til rehabiliteringsopphold ved en institusjon. Kostveiledning og motiverende hjelp til å gjennomføre livsstilsendringer, kan være en del av behandlingen. Noen trenger å innarbeide nye vaner, andre har behov for praktisk trening når det gjelder matlaging og spising, eller å prøve ut hjelpemidler.

Et godt mattilbud og et hyggelig måltidsmiljø bidrar til matglede, matlyst og trivsel. Menyen bør være energi- og næringsberegnet. Menyen bør være energi- og næringsberegnet og inkluderer standard- og spesial-koster. Brukerundersøkelser anbefales gjennomført jevnlig.

Eksempler på ernæringsarbeid i habiliteringstjenesten:

- Vurdering av ernæringsstatus, og eventuelt spisefunksjon
- Identifisering av personer med sykdom/avvik og iverksetting av tiltak
- Tilrettelegging for et godt mattilbud og trivelige måltider utidra helsetilstand og funksjonsevne
- Dialog og samarbeid med pasient/bruker og pårørende
- Samarbeid og koordinering av tiltak mellom ulike instanser som barnehage/skole og helse/omsorgstjeneste (ansvarsgruppe)
- Inkludering av ernæringstiltak i individuell plan

Eksempler på ernæringsarbeid i rehabiliteringstjenesten:

- Vurdering av ernæringsstatus og eventuelt spisefunksjon
- Identifisering av personer med sykdom/avvik og iverksetting av tiltak
- Tilrettelegging for et godt mattilbud og trivelige måltider utifra helsetilstand og funksjonsevne
- Dialog og samarbeid med pasient/bruker og pårørende
- Inkludering av ernæringstiltak i individuell plan

Referanser

1. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1580.
2. Helsedirektoratet. Veileder om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (IS-1201)
3. Garåsen H. The Trondheim model : improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients : short and long term effects. (Avhandling (dr.med.)). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Public Health and General Practice; 2008. Doktoravhandling ved NTNU 3432008:68.
4. Forskrift om fastlege i kommunene, lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 syvende ledd, § 1-3a, § 2-1a fjerde ledd og § 4-2 og i lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger § 28. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20000414-0328.html>.
5. Misvær N, Oftedal G, red. Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. 2 utg. Oslo: Kommuneforlaget; 2006.
6. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2010. IS 1798.
7. Sosial og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr 45. 2004. IS-11.
8. Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1736.
9. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1734.
10. Helsedirektoratet. Veileder for frisklivssentraller. IS- 1896. 2011.
11. Ernæring for hjemmetjenesten [nettdokument]. Oslo: Oslo Kommune, Helse- og velferdsetaten [oppdatert 2 Mar 2011; lest 21 Jul 2011]. Tilgjengelig fra: http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/helse/ernaring_og_kosthold/ernaring_for_pleie_og_omsorgstjenestene/ernaring_for_hjemmetjenestene/
12. Engelheart S, Lammes E, Akner G. Elderly peoples' meals. A comparative study between elderly living in a nursing home and frail, self-managing elderly. J Nutr Health Aging 2006;10(2):96-102.
13. Aagaard H. "Ærlig talt" : mat og måltider i sykehjem : en undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold. Halden: Høgskolen i Østfold; 2010. Oppdragsrapport 2010:1.
14. Handlingsplan for habilitering av barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1692.
15. Habiliteringstjenesten for voksne: i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1739.

