

Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten: Evaluering av tilskuddsordning på oppdrag for Helsedirektoratet

Først publisert: 28. april 2025

Siste faglige endring: 28. april 2025

Deloitte.

Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag	4
3. Innledning	9
4. Om tilskuddsordningen	16
5. Modellene som har mottatt tilskudd	20
6. Systematisk ernæringsarbeid og ernæringsfaglig kompetanse 27	
7. Rådgivning, pasientoppfølging og tverrfaglig samarbeid	40
8. Effekter, erfaringsdeling og videreføring av modellene	49
9. Utforming av tilskuddsordningen	59
10. Konklusjon	63
11. Referanser	65
12. PDF av rapporten	67

Forord

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Deloitte gjennomført en evaluering av tilskuddsordningen «Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten».

Oppdraget er gjennomført i tidsperioden august 2024 til mars 2025. Evalueringen har blitt gjennomført av et prosjektteam bestående av Line M. Johansen (prosjektleder), Ingrid Kalsnes, Helene Sletten Haraldsen og Amy McEwan-Strand. Stein Ove Songstad har vært ansvarlig partner.

Evalueringsteamet vil takke de som har stilt opp som informanter, og som gjennom intervju og spørreundersøkelse har delt sine erfaringer fra arbeidet med modellutviklingen.

Til slutt vil vi takke Helsedirektoratet for oppdraget, og vår kontaktperson Guro Berge Smedshaug for godt samarbeid og god dialog i gjennomføringen av prosjektet.

Stein Ove Songstad
Ansvarlig partner

Sammendrag

Om evalueringen

Staten etablerer tilskuddsordninger og gir tilskudd til utvalgte aktører for å skape resultater av samfunnsmessig verdi, som ikke kan forventes å bli realisert uten tilskuddet. Å evaluere tilskuddsordninger er viktig for å få informasjon om hvilke samfunnsmessige virkninger tilskuddene gir, og for å vurdere om det er grunnlag for å opprettholde tilskuddsordningen.

Tilskuddsordningen «modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten» har som formål å «(...) styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten, og bidra til å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger». Tilskuddsordningen ble opprettet i 2021, og i perioden fra opprettelsen og frem til 2024 har ti ulike prosjekter mottatt tilskudd.

Helsedirektoratet har gitt Deloitte i oppdrag å evaluere tilskuddsordningen. Det primære formålet med evalueringen er å undersøke måloppnåelse og effekter av tilskuddsordningen, jf. formålet som er gjengitt over. Det har blitt lagt særlig vekt på å undersøke hvilke modeller som er utviklet og i hvilken grad og eventuelt hvordan de ulike modellene bidrar til følgende:

- styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten.
- legge til rette for at klinisk ernæringsfysiolog inngår i tverrfaglig samarbeid og samhandling i oppfølging av brukere og pasienter
- legge til rette for at klinisk ernæringsfysiolog involveres som rådgiver i kartlegging og oppfølging av brukere/pasienter med sammensatte utfordringer og behov

I tillegg er det gjennom evalueringen blant annet undersøkt hvilke faktorer som bidrar til å fremme eller hemme ønskede effekter av tilskuddsordningen, og i hvilken grad tilskuddsordningen har bidratt til å synliggjøre ulike modeller for å sikre at klinisk ernæringsfysiolog fungerer som en ressurs for omsorgstjenesten. Videre omhandler evalueringen enkelte sider ved tilskuddsordningens utforming, herunder tilskuddsmottakernes erfaringer når det gjelder tydelighet i tilskuddsordningens målsetning og tilrettelegging for høy måloppnåelse.

Modellene som har mottatt tilskudd

Ved hjelp av tilskuddsordningen er det prøvd ut ulike modeller for bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. Prosjektene har i evalueringen blitt kategorisert under fire hovedmodeller:

- Modell 1: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i store deler av helse- og omsorgstjenesten
- Modell 2: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for hjemmeboende
- Modell 3: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter (i primærhelseteam)
- Modell 4: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i å utvikle en kompetanseenhet innenfor mat og ernæring

Et sentralt skille mellom de ulike modellene dreier seg om hvor «bred» tilnærmingen har vært, i den forstand at noen prosjekter primært har vært innrettet mot én eller noen få tjenester eller tjenesteenheter innenfor helse og omsorg, mens andre prosjekter har vært rettet mot flere tjenester og tjenesteenheter innenfor helse og omsorg.

Et annet viktig skille, er hvorvidt modellene primært har vektlagt systemarbeid og kompetanseheving, eller om de har vært mer rettet mot direkte pasientoppfølging. Innenfor den ene hovedmodellen, Modell 1, er det også et skille mellom kommuner som har jobbet alene med modellutviklingen, og kommuner som har samarbeidet.

Prosjektkommunene er også til dels svært ulike kommuner, blant annet med tanke på befolkningstall. Dette synes å påvirke valg av modell og organisering av denne, og er en viktig årsak til at kommunene har valgt ulike tilnærminger til modellutviklingen. Blant annet har flere små kommuner valgt å samarbeide, og dele på en stilling som klinisk ernæringsfysiolog.

Deloitte mener det er hensiktsmessig at det som del av modellutviklingen er jobbet med til dels svært ulike modeller, da det er lite sannsynlig at en og samme modell vil kunne passe for alle kommuner uavhengig av størrelse og organisering. Med en viss bredde i modellene som er utviklet, øker sannsynligheten for overføringsverdi.

Systematisk ernæringsarbeid og ernæringsfaglig kompetanse

Evalueringen viser at representanter for samtlige prosjekter og modeller opplever at modellutviklingen har bidratt både til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet i kommunene samt øke den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig varierer det i hvilken grad prosjektene har hatt systemrettet arbeid og kompetanseheving som et hovedfokusområde, eller om dette har vært en mindre del av prosjektet. Særlig prosjekter i Modell 1 og Modell 4 har hatt systemarbeid og kompetanseheving som sine primære innsatsområder, mens prosjekter i Modell 3 i større grad har vært innrettet mot klinisk arbeid og pasientkonsultasjoner.

Innenfor Modell 1 har man jobbet med system og rutiner inn mot flere tjenester og tjenesteenheter innenfor helse- og omsorgstjenesten, og man har jobbet ut mot et betydelig antall ansatte med kompetansehevende tiltak. Det samme er tilfelle for Modell 4. Dersom man lykkes med dette arbeidet, vil det dermed kunne ha betydning for mange eldre mottakere av helse- og omsorgstjenester. På den annen side, hvis system og rutiner, eller ny kunnskap hos ansatte i tjenestene, ikke blir brukt i praksis, er det en risiko for at den enkeltes behov ikke blir ivaretatt i samsvar med tilskuddsordningens formål, og at arbeidet dermed har liten effekt for tjenestemottakerne. Fra flere av prosjektene blir det vist til at endringsarbeidet har vært utfordrende, og i flere prosjekter er det også gjort endringer underveis, for å følge tjenestene tettere opp med hensyn til implementering av system og rutiner samt kompetanseheving.

I prosjektene knyttet til Modell 3, vises det til både økt kompetanse og styrket systematisk ernæringsarbeid. Samtidig har systemarbeidet og kompetansehevingen i disse tilfellene vært rettet mot relativt få ansatte i helse- og omsorgstjenesten, og er dels avgrenset til leger og sykepleiere tilknyttet det aktuelle legesenteret. I tillegg er modellen primært innrettet mot at klinisk ernæringsfysiolog skal fungere som behandler og gjennomføre pasientkonsultasjoner. Pasientene som får oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog, vil kunne få betydelig bedre oppfølging enn før med hensyn til ernæring. Samtidig er det etter vår vurdering en risiko ved modellen at antall pasienter/brukere som kan få oppfølging er direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiolog sin kapasitet, noe som kan virke begrensende på hvor mange i målgruppen som vil kunne ha nytte av dette tilbudet.

Deloitte mener at det er viktig å vurdere hvordan en begrenset ressurs i form av en heltids- eller deltidstilling som klinisk ernæringsfysiolog best kan nå ut til flest mulig i målgruppen, og bidra til at flest mulig kan få en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger. Vi mener at det er ting som taler for at modeller som vektlegger systemarbeid og kompetanseheving, og når ut til mange ansatte i helse- og omsorgstjenestene, som i neste omgang møter pasientene/brukerne, er en hensiktsmessig tilnærming. Dette fremstår for oss som en mindre personavhengig tilnærming, enn en modell som primært legger opp til at klinisk ernæringsfysiolog skal fungere som behandler. Samtidig viser evalueringen

at en ren systemtilnærming ikke nødvendigvis er tilstrekkelig, og at det både kan være behov for veiledning i enkeltsaker og i en del tilfeller også direkte pasientkonsultasjoner.

Rådgivning, pasientoppfølging og tverrfaglig samarbeid

Innenfor alle modellene bidrar klinisk ernæringsfysiolog i større eller mindre grad med veiledning og rådgivning rettet mot ansatte i tjenestene. Behov for veiledning i pasientoppfølgingen har blitt vektlagt fra tjenestenes side, og flere av de systemrettede prosjektene har blitt justert underveis for å ivareta dette behovet. Veiledning i enkeltsaker kan være et viktig bidrag i det kompetansehevende arbeidet. Samtidig vises det til at omfanget av veiledning begrenses av kapasiteten klinisk ernæringsfysiolog har til rådighet.

Direkte pasientrettet arbeid er i hovedsak avgrenset til et fåtall prosjekter som tilhører Modell 2 og Modell 3. Nytteverdien av pasientkonsultasjoner fremheves av flere, samtidig som antall brukere/pasienter man når ut til med denne arbeidsformen er direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiologs kapasitet. Effektene for den enkelte bruker/pasient kan likevel være vesentlige, og klinisk ernæringsfysiolog sin innsats kan potensielt bidra til å frigjøre tid hos annet helsepersonell til å ivareta andre oppgaver.

Det er likevel Deloitte vurdering at tilnærmingen der klinisk ernæringsfysiolog veileder annet helsepersonell i konkrete pasientsaker, synes å ha størst potensiale når det gjelder målet om å øke den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, særlig når denne tilnærmingen kombineres med et systematisk arbeid med utvikling og videreutvikling av strategier, planer og rutiner som gjelder ernæring, samt andre kompetansehevende tiltak. Samtidig viser evalueringen at en rendyrket satsing på systemarbeid og kompetanseheving av øvrig personell i helse- og omsorgstjenesten ikke nødvendigvis er en tilstrekkelig tilnærming. Det å finne en god balanse mellom systemarbeid, veiledning og direkte pasientkonsultasjoner synes å være viktig for å lykkes med i størst mulig grad å bidra til å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger.

I alle prosjektene har de kliniske ernæringsfysiologene vært del av og/eller etablert ulike former for tverrfaglig samarbeid, men det varierer noe hvilke typer samarbeid og med hvem. Økt samhandling mellom ulike tjenester, samt med mat- og kjøkkenpersonell, fremheves av mange som viktig. Igjen er en vesentlig forskjell mellom de ulike modellene hvilken innretning det tverrfaglige samarbeidet har, og hvor mange aktører som er involvert. Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter samarbeider primært med annet helsepersonell ved de aktuelle legesentrene. Gjennom evalueringen fremheves dette samarbeidet som nyttig og viktig, samtidig som denne modellen inkluderer relativt få aktører i samarbeidet.

Modellene som primært har et systemrettet fokus, har et betydelig større nedslagsfelt når det gjelder samarbeidsparter, og Deloitte mener at potensialet for læring og utvikling er større når klinisk ernæringsfysiolog jobber bredt ut mot tjenestene, og samarbeider med en rekke ulike aktører og roller som på ulikt vis er involvert i arbeidet med mat og ernæring. Blant annet omfatter disse modellene også samarbeid med kjøkkenpersonell og/eller matverter, noe som er vektlagt både i tilskuddsordningens regelverk, i strategien *God og riktig mat hele livet* og i de årlige budsjettproposisjonene. Samtidig medfører et bredt samarbeid også en del risikoer, og for å lykkes og oppnå effekter for mange eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, forutsetter det at klinisk ernæringsfysiolog har tilstrekkelig kapasitet til å være til stede og følge opp alle samarbeid og relasjoner i den grad det er nødvendig. Det kan derfor være hensiktsmessig med visse avgrensinger, slik noen av prosjektene også har valgt å gjøre, slik at tilnærmingen når bredt ut men likevel er håndterbar innenfor begrensede ressurser.

Effekter, erfaringsdeling og videreføring av modellene

I all hovedsak viser evalueringen at de ulike modellene, av kommunene selv, oppleves å bidra til en hensiktsmessig bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. Respondenter i undersøkelsen mener også i all hovedsak at modellutviklingen enten i stor eller noen grad har bidratt til bedre tjenester for tilskuddsordningens endelige målgruppe. Samtidig pekes det også på en del forutsetninger for å lykkes med modellutviklingen og oppnå ønskede mål og effekter, samt noen viktige barrierer med hensyn til dette arbeidet. Kort oppsummert handler barrierene og forutsetningene om følgende forhold:

- **Ressurser** i form av tid og økonomi blir fremhevet både som forutsetninger for å lykkes med ernæringsarbeidet, og som barrierer. Dette henger også sammen med risikoen for manglende varige effekter etter prosjektslutt, dersom stillingen som klinisk ernæringsfysiolog ikke blir videreført i ordinær drift.
- Gjennomgående blir det i undersøkelsen fremhevet at en viktig forutsetning for å lykkes med både implementering av nye system og rutiner og kompetansehevende tiltak, har vært fysisk **tilstedeværelse** av klinisk ernæringsfysiolog i de ulike tjenestene som er omfattet av modellen. Det fremheves som viktig at noen må «drive» endringsarbeidet.
- Det fremheves at implementering av nye system og rutiner forutsetter god **lederforankring** og at den enkelte leder både ser viktigheten av arbeidet med ernæring, velger å prioritere dette arbeidet, og følger opp implementeringen.

Gjennomgående viser tilskuddsmottakerne til at modellene de har utviklet oppleves å ha stor overføringsverdi, og de ulike prosjektene har delt sine erfaringer både med de andre modellkommunene og med andre kommuner som *ikke* har mottatt tilskudd fra ordningen.

I gjennomgangen av hvilke prosjekter som planlegges videreført i ordinær drift, merker vi oss at det primært er prosjektene som har jobbet ut mot flere tjenester og/eller tjenesteenheter innenfor helse og omsorg som er besluttet videreført, dette gjelder både prosjekter innenfor Modell 1 og Modell 4. I noen prosjekter er ikke eventuell videreføring endelig besluttet, mens det i andre prosjekter, både innenfor Modell 2 og Modell 3, er besluttet at prosjektet ikke blir videreført i ordinær drift. I de tilfeller det er besluttet at prosjektene ikke videreføres i ordinær drift, vises det til at dette er en budsjettmessig prioritering.

Utforming av tilskuddsordningen

Tilskuddsmottakerne gir i all hovedsak uttrykk for både at målet med tilskuddsordningen er tydelig, og at tilskuddsordningen legger til rette for høy måloppnåelse. Samtidig er det også enkelte som peker på svakheter ved tilskuddsordningens utforming, blant annet ved at målgruppen oppfattes som for avgrenset. Fra 2025 er endelig målgruppe for tilskuddsordningen utvidet i samsvar med de ønskene som er formidlet fra noen av tilskuddsmottakere.

I perioden 2021 til 2024 har endelig målgruppe vært tydelig avgrenset til «Eldre (65 +) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres pårørende» i tilskuddsordningens regelverk. Med bakgrunn i denne avgrensingen av målgruppen, stiller Deloitte spørsmål ved at det i den aktuelle perioden er gitt tilskudd til enkelte prosjekter som i henhold til tilskuddssøknader og rapportering til Helsedirektoratet har en målgruppe som er videre enn målgruppen som er definert for tilskuddsordningen. Deloitte mener dette er uheldig forvaltningspraksis, og medfører manglende forutsigbarhet for søkere, med hensyn til hvilke prosjekter som vil

kunne innvilges, og hva som blir vektlagt i vurderingen. Dersom avgrensingene av målgruppe for en tilskuddsordning ikke vurderes som hensiktsmessig, bør dette legges til grunn for å vurdere behov for endringer i tilskuddsordningens regelverk.

Deloitte stiller også spørsmål ved at det er tildelt tilskudd til et interkommunalt selskap, samtidig som tilskuddsordningens regelverk ikke åpner for at interkommunale selskaper kan søke om tilskudd. Det fremgår imidlertid av tilskuddsordningens regelverk at kommuner som samarbeider med andre kommuner vil bli prioritert, og det kan dermed fremstå som et paradoks at allerede etablerte samarbeid mellom kommuner på helse- og omsorgsområdet, i form av interkommunale selskaper, ikke kan stå som tilskuddssøker. Dette kan dermed synes å være en svakhet ved regelverket, og eventuelle behov for å utvide angivelsen av hvem som kan få tilskudd til også å gjelde interkommunale selskaper bør eventuelt tas opp i forbindelse med revisjon av regelverket.

Konklusjon

Et sentralt spørsmål i evalueringen er hvorvidt de ulike modellene bidrar til hensiktsmessig bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs, slik at effektene og nytteverdien er størst mulig for den endelige målgruppen. Evalueringen viser at alle prosjektene har bidratt til økt systematisering av ernæringsarbeidet, og økt ernæringsfaglig kompetanse. Alle prosjektene har også vektlagt tverrfaglig samarbeid, og de ulike modellene oppleves alle å bidra til bedre tjenester for den endelige målgruppen.

Det er samtidig Deloitte's vurdering at det er noen viktige forskjeller mellom modellene, når det gjelder potensialet for effekter og nytteverdi for den endelige målgruppen. I kommuner der man fra før ikke har tilgang til klinisk ernæringsfysiolog, mener Deloitte at prosjekter med bredt nedslagsfelt med tanke på hvilke tjenester og tjenesteeenheter som involveres, og stor grad av systemrettet arbeid, har størst potensiale. Gjennom systemrettet arbeid og kompetanseheving av øvrig helsepersonell, vil man kunne nå ut til mange brukere/pasienter som er omfattet av tilskuddsordningens målgruppe, uten å være direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiolog sin kapasitet til å ta imot pasienter. Imidlertid er det en rekke forutsetninger som må være på plass for at denne tilnærmingen skal «virke», og det vil være nødvendig å nå flere delmål før man kan oppnå konkrete effekter på brukernivå, noe som betyr at det kan ta noe tid før man ser tydelige effekter av arbeidet. I tillegg har modellutviklingen vist at det ikke nødvendigvis er hensiktsmessig å «rendyrke» en systemrettet modell, og at det tidvis kan være behov for at klinisk ernæringsfysiolog involveres også i direkte pasientbehandling når man står overfor kompliserte enkeltsaker.

En modell der klinisk ernæringsfysiolog i stor grad arbeider direkte pasientrettet, vil kunne bidra direkte til ønskede effekter for den endelige målgruppen. Samtidig er det slik Deloitte vurderer det en risiko ved modellen at antall pasienter/brukere som kan få oppfølging er direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiolog sin kapasitet, noe som kan virke begrensende på hvor mange i målgruppen som vil kunne ha nytte av dette tilbudet. En tilnærming der klinisk ernæringsfysiolog primært bidrar med direkte pasientrettet arbeid, vil likevel kunne ha stor verdi som et supplement til en mer systemrettet tilnærming.

Deloitte mener det er hensiktsmessig at det har vært lagt vekt på å utvikle ulike modeller, da de ulike modellene bidrar til å belyse både styrker og svakheter ved ulike tilnærminger til bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er variasjonen i modellene hensiktsmessig med tanke på overførbarhet til andre kommuner. Kommune-Norge består av svært ulike kommuner, som vil kunne ha nytte av erfaringer fra ulike modeller, avhengig av blant annet størrelse, organisering og hvor langt kommunen har kommet når det gjelder systematisk ernæringsarbeid.

Innledning

Staten etablerer tilskuddsordninger og gir tilskudd til utvalgte aktører for å skape resultater av samfunnsmessig verdi, som ikke kan forventes å bli realisert uten tilskuddet. I denne evalueringen undersøker vi i hvilken grad målene med tilskuddsordningen «modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten» nås.

Bakgrunn for oppdraget

Mat og ernæring til eldre har over tid fått økt oppmerksomhet, og i 2021 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester; *God og riktig mat hele livet* [1]. Strategien ble utviklet som følge av to anmodningsvedtak i Stortinget under behandlingen av Stortingsmeldingen *Leve hele livet* [2].

Etablering av et modellutviklingsprogram for klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten er et av flere tiltak som fremkommer av strategien *God og riktig mat hele livet* [3]. Tilskuddsordningen ble følgelig etablert fra og med 2021, og har som formål å «(...) styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten og bidra til å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger» (Helsedirektoratet, 2021). Modellutviklingen skal blant annet vektlegge hvordan klinisk ernæringsfysiolog (KEF) kan bidra til mer systematisk fag- og kvalitetsutvikling, bidra til økt kunnskap og kompetanse om ernæring og ernæringsarbeid, samt inngå i tverrfaglig samarbeid og samhandling i oppfølging av brukere og pasienter [4].

[1] Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a.

[2] Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Helse- og omsorgskomiteen, 2018.

[3] Innholdet i strategien, og bakgrunn for utarbeidelse av strategien, er nærmere omtalt i kapittel 2 i rapporten.

[4] Beskrivelsene er hentet fra regelverk fra tilskuddsordningen som ble godkjent av HOD i 2021, samt utlysning av tilskudd i 2024. Fra 2025 er regelverket for tilskuddsordningen noe endret. Disse endringene er nærmere omtalt i kapittel 7 i rapporten.

Evaluering av statlige tilskuddsordninger

Vurderinger av en tilskuddsordnings effekt er viktig for å sikre effektiv bruk av offentlige midler. I *Veileder for evaluering av statlige tilskuddsordninger* vises det til at formålet med evalueringer blant annet er å etterprøve om tilskuddsordningen oppnår de mål som tilskuddet er ment å bidra til å realisere, og det presiseres at «Et tilskudd har ingen verdi i seg selv, men er et virkemiddel som skal bidra til å nå et mål» (DFØ, 2007).

En statlig tilskuddsordning opprettes for å bidra til å nå prioriterte mål for samfunnet, som ikke forventes å kunne nås uten tilskuddet. Det er derfor viktig å kunne si noe om hvorvidt tilskuddsordningen «virker» som

forventet, og hvilke samfunnsmessige virkninger tilskuddene gir, for å vurdere om det er grunnlag for å opprettholde en tilskuddsordning over tid. Hvis man ved hjelp av tilskudd ikke når målene som lå til grunn for opprettelsen av tilskuddsordningen, bør det ifølge veileder fra DFØ (2007) vurderes om tilskuddsordningen enten skal legges ned eller endres.

Formålet med evalueringen og problemstillinger

Et primært formål med denne evalueringen er å undersøke måloppnåelse og effekter av tilskuddsordningen «modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten», sett opp mot formålet med ordningen som er «(...) å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten og bidra til å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger» (Helsedirektoratet, 2021). I tabellen under presenteres viktige tema som blir undersøkt gjennom evalueringen, med tilhørende hovedproblemstillinger og eksempler på operasjonaliseringer.

Tabell 1: Problemstillinger med tilhørende underproblemstillinger

Tema	Hovedproblemstilling	Operasjonaliseringer
Systematisk ernæringsarbeid	Har tilskuddsordningen bidratt til mer systematisk ernæringsarbeid, herunder fag- og kvalitetsutvikling i kommunen/på tjenestestedet og eventuelt hvordan?	• Er ernæringsarbeidet i større grad politisk forankret? • Er det i større grad utarbeidet planer/strategier knyttet til ernæringsarbeidet i kommunen? • Er det utviklet nye system og rutiner og/eller gjort forbedringer i eksisterende system og rutiner for ernæringsarbeidet? • Er det forbedringer i dokumentasjon av ernæringsarbeidet? • Er det systemer for å måle/monitorere ernæringsarbeidet og endringer i dette?
Kompetanseutvikling	Har tilskuddsordningen styrket den ernæringsfaglige kompetansen og/eller bidratt til økt kunnskap og kompetanse blant ansatte som yter tjenester og eventuelt på hvilke måter?	• Er den samlede kompetansen på ernæring blitt styrket? • Har ansatte i tjenestene fått bedre kompetanse om ernæring? • Har ansatte fått bedre tilgang til støtte/veiledning i ernæringsarbeidet?

Samarbeid og samhandling	Har tilskuddsordningen bidratt til at klinisk ernæringsfysiolog inngår i tverrfaglig samarbeid og samhandling?	• Hva slags tverrfaglig samarbeid og samhandling deltar klinisk ernæringsfysiolog i? • Hva er nytteverdien av eventuelle samarbeid?
Rådgivning og involvering i brukeroppfølgning	Har tilskuddsordningen bidratt til at klinisk ernæringsfysiolog involveres som rådgiver i kartlegging og oppfølging av brukere/pasienter med sammensatte utfordringer og behov?	• Er ernæringsfysiolog i større grad involvert som rådgiver i kartlegging og oppfølging av brukere/pasienter? • Bidrar ernæringsfysiolog i å sikre brukermedvirkning når det gjelder ernæringsarbeidet? • Er ernæringsfysiolog i større grad enn før involvert i ernæringsarbeidet til brukere/pasienter?
Hemmende og fremmende faktorer	Hvilke faktorer fremmer og hemmer ønskede effekter av tilskuddsordningen?	• Hvilke faktorer fremmer effekter av tilskuddsordningen/prosjektet? • Hvilke faktorer hemmer effekter av tilskuddsordningen/prosjektet?
Utvikling av organisatoriske modeller og erfaringsdeling	Har tilskuddsordningen bidratt til å synliggjøre organisatoriske modeller for å sikre at klinisk ernæringsfysiolog fungerer som en ressurs for omsorgstjenesten?	• Støtter modellene opp under målene for tilskuddsordningen? • Hvilke ulike modeller er utviklet, og hvilke styrker og svakheter har de? • I hvilken grad har kommunene delt sine erfaringer med andre, og har modellene overføringsverdi til andre?
Videreføring av modeller	Har tilskuddsordningen bidratt til at kommunen planlegger å videreføre modellen i daglig drift?	• Hvilke kommuner planlegger å videreføre prosjektet i daglig drift? • Hvilke faktorer er medvirkende til at prosjektet planlegges videreført, og hvilke faktorer er medvirkende til at prosjektet ev. ikke planlegges videreført?

Som en del av evalueringen er det også undersøkt hvorvidt noen av tilskuddsmottakerne har erfart at det er uønskede effekter av tilskuddet, og hva disse eventuelt handler om. En sentral del av evalueringen er også, basert på vurderinger av problemstillingene som er gjengitt i tabellen over, å vurdere om det er behov for justeringer og forbedringer i tilskuddsordningen.

Evalueringen er avgrenset til prosjekter som har mottatt tilskudd til modellutvikling i årene 2021, 2022 og 2023. Enkelte av disse prosjektene har også mottatt tilskudd i 2024, men nye prosjekter som har kommet til fra 2024 er ikke omfattet av evalueringen.

Metode og datagrunnlag

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet juni 2024 til mars 2025. For å kunne gjøre en grundig vurdering av tilskuddsordningens måloppnåelse og effekter, er det innhentet data gjennom en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. De ulike metodene som er benyttet, er nærmere beskrevet under.

1.4.1 Dokumentanalyse

Det har blitt gjennomført en dokumentanalyse av sentrale dokumenter for å få en dypere forståelse av feltet, tilskuddsordningen og prosjektene i hver enkelt kommune. I den innledende dokumentanalysen gjennomgikk vi sentrale overordnede dokumenter på feltet, slik som stortingsmeldinger, strategier, kompetanseplaner mv.

Videre har Deloitte gjennomgått dokumenter knyttet til selve tilskuddsordningen, slik som utlysning og regelverk, samt omtaler i budsjettproposisjoner. Vi har også fått tilgang til materiell fra erfaringssamlinger arrangert av Helsedirektoratet, som presentasjoner av de ulike prosjektene. Søknader, tilskuddsbrev og rapportering fra tilskuddsmottakere har blitt gjennomgått for å få nærmere innsikt i modellutviklingen/prosjektet i hver enkelt kommune.

1.4.2 Intervju og observasjon

For å få dybdekunnskap om erfaringer med tilskuddsordningen, og modellutviklingen i den enkelte kommune, er det gjennomført intervjuer med sentrale ledere, kliniske ernæringsfysiologer og/eller andre nøkkelpersoner i de ti kommunene som inngår i evalueringen [5]. Videre har Deloitte gjennomført intervjuer med helse-, pleie- og/eller kjøkkenpersonell i tre av kommunene. Dette for å få mer dybdekunnskap om ulike rollers/yrkesgruppers opplevelse av ernæringsarbeidet og erfaringer fra prosjektet. De tre kommunen ble valgt på bakgrunn av at de hadde jobbet med tre ganske ulike modeller.

Intervjuene har blitt gjennomført som enten individuelle intervju eller gruppeintervjuer. Mange av intervjuene er gjennomført fysisk i forbindelse med en erfaringssamling høsten 2024, mens øvrige intervjuer er gjennomført digitalt ved bruk av Teams. Deloitte deltok som observatør på erfaringssamlingen for tilskuddsordningen i november 2024, for å få ytterligere informasjon om kommunenes erfaringer med tilskuddsordningen. På erfaringssamlingen gjennomførte Deloitte intervjuer med representanter fra åtte av de ti søkerkommunene. Deloitte har totalt gjennomført 11 intervjuer med til sammen 24 personer i forbindelse med evalueringen.

Det ble tatt kontakt med flere av kommunene med spørsmål om eventuelle bruker- eller pårørenderepresentanter som kunne kontaktes med forespørsel om intervju. I flere tilfeller var imidlertid tilbakemeldingen at det ikke var noen bruker- eller pårørenderepresentanter som hadde innsikt i prosjektet og som det ble ansett som relevant å kontakte. I de tilfellene evaluatør fikk kontaklinformasjon til bruker-

eller pårørenderepresentanter i kommunen, ble disse kontaktet med forespørsel om å stille til et intervju. Det var imidlertid ingen av disse som responderte positivt på forespørselen.

1.4.3 Spørreundersøkelse

I forbindelse med evalueringen er det utviklet og gjennomført en digital spørreundersøkelse rettet mot de ti kommunene som er omfattet av evalueringen [6]. Formålet med spørreundersøkelsen var blant annet å få innsikt i ulike rollers erfaringer med modellen som er utviklet, og hvorvidt klinisk ernæringsfysiolog for eksempel har bidratt til økt kompetanse om ernæring i helse- og omsorgstjenesten, og om det systematiske arbeidet på området er utviklet som følge av modellutviklingen.

Spørreundersøkelsen har blitt sendt til kommunale ledere med ansvar for helse- og omsorgstjenester, virksomhets- og avdelingsledere, ansatte i helse- og omsorgstjenesten, kliniske ernæringsfysiologer og kjøkkenpersonell i kommunene. Det er imidlertid stor forskjell mellom de ulike kommunene når det gjelder hvem som er invitert til å svare på spørreundersøkelsen, avhengig av den enkelte modell og hvilke tjenester i de ulike kommunene som har vært involvert i/er kjent med modellutviklingen. Deloitte hadde dialog med kontaktperson for modellutviklingen i hver av kommunene for å vurdere aktuelle respondenter. I utgangspunktet var det ønskelig å sende spørreundersøkelsen til fire utvalgte avdelinger/tjenester i hver av kommunene, med tilknyttet personell, for å få en relativt bred informasjonsinnhenting i alle modellkommunene. Flere av kommunene valgte imidlertid å kun inkludere personell med særskilte funksjoner som ernæringskontakt, fagsykepleier mv. i oversikten over aktuelle respondenter som ble sendt til evaluator, i tillegg til utvalgte ledere i kommunen og klinisk ernæringsfysiolog.

I tillegg ga kontaktpersonene i flere kommuner tilbakemelding om at klinisk ernæringsfysiolog kun hadde jobbet inn mot en relativt liten del av organisasjonen, og at det ikke ble vurdert som relevant å sende spørreundersøkelsen så bredt ut som intensjonen opprinnelig var. Dette har medført at ulikheter når det gjelder modellene, gjenspeiles i ulikheter mellom kommunene når det gjelder både antallet respondenter, og hvilke roller som har vært aktuelle som respondenter. Noen eksempler:

- I Ringsaker kommune har klinisk ernæringsfysiolog vært tilknyttet et legesenter, og har i tillegg arbeidet ut mot en ressursgruppe for boliger til utviklingshemmede. Fra kommunen ble det opplyst at det ut over disse ikke hadde vært noe regelmessig samarbeid med andre i kommunen som det var relevant å sende spørreundersøkelsen til.
- I prosjektet i Oslo kommune (Sagene bydel) har klinisk ernæringsfysiolog i prosjektperioden kun vært tilknyttet et legesenter. Evaluator fikk tilbakemelding fra kommunen om at det ikke var aktuelle respondenter til spørreundersøkelsen utenfor legesenteret og bydelsdirektør.
- Prosjektet i Nordhordland, som ledes av Masfjorden kommune, omfatter syv kommuner i regionen. Prosjektet ble høsten 2024 satt på vent grunnet sykdom, og spørreundersøkelsen ble derfor kun distribuert til medlemmene av styringsgruppen for prosjektet (kommunalsjef eller tilsvarende fra hver av kommunene) [7].

Til sammen ble spørreundersøkelsen sendt ut til 227 personer, og ble besvart av 104 personer. Det gir en svarprosent på 46 prosent. En oversikt over respondenter og svarprosent per kommune fremgår av tabellen under.

Tabell 2: Oversikt over respondenter i spørreundersøkelsen

Kommune	Roller som ble invitert til å svare [8]	Antall inviterte	Antall svar	Svarprosent
	Virksomhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere, husverter, kjøkkenpersonell, tilsynslege, innsatsteam,			

Alta	KEF, kommunalleder helse og omsorg og kontaktperson for prosjektet.	40	17	43 %
Bærum	Tjenesteledere i utvalgte enheter i kommunen, avdelingsledere, sykepleiere, kjøkkenpersonell, matverter, KEF og Direktør aldring og mestring.	25	5	20 %
Fosen	Enhetsledere i utvalgte enheter i kommunen, avdelingsledere, sykepleiere, ernæringskontakter, kjøkkenpersonell, KEF, kommunalsjef helse og omsorg og kontaktperson for prosjektet.	30	18	60 %
Kvam og Voss	Gruppeledere i utvalgte enheter, avdelingsledere, ernæringskontakt, matverter, kjøkkenpersonell, KEF og kommunalsjef helse og omsorg.	15	9	60 %
Nes	KEF, kommunalsjef helse og omsorg, kommunelege og kontaktperson for prosjektet, samt enkelte fagledere, enhetsledere og øvrig nøkkelpersonell.	12	8	67 %
Nordre Follo	Virksomhetsledere i utvalgte enheter, avdelingsledere, fagsykepleiere, seniorkontakter, kreftkoordinatorer, Direktør helse og mestring, prosjektleder, tidligere prosjektleder, tidligere områdeleder i Nordre Follo, KEF.	33	20	61 %
Nordhordland (Masfjorden)	Da prosjektet er satt på vent, ble kun kommunalsjef/tilsvarende ledernivå i vertskommune og øvrige deltakerkommuner invitert til å svare.	7	3	43 %
Oslo (Sagene bydel)	Assisterende bydelsdirektør, prosjektleder og KEF.	3	3	100 %
Ringsaker	Utvalgte leger på legesenteret KEF var tilknyttet, samt representanter for en ressursgruppe innenfor tilrettelagte tjenester, i tillegg til KEF, kommunalsjef helse og omsorg og kontaktperson for prosjektet.	9	6	67 %
Tromsø	Enhetsledere i utvalgte enheter i kommunen, avdelingsledere, fagsykepleiere, ernæringskontakter, kjøkkenpersonell, KEF og avdelingsdirektør for avdeling helse og omsorg.	53	15	28 %
SUM		227	104	46 %

Variasjonene i hvem som har mottatt og besvart spørreundersøkelsen i de ulike kommunene, medfører at det i enkelte kommuner kun er respondenter som er godt kjent med prosjektet/modellutviklingen, mens det i andre kommuner også er en del respondenter som ikke har vært direkte involvert i prosjektet/modellutviklingen og som i varierende grad har kjennskap til prosjektet. Dette kan påvirke svarene på en del av spørsmålene, og gjør at svar på tvers av ulike prosjekter og modeller ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare.

[5] Når vi i rapporten henviser til ti deltakerkommuner, henviser dette til ti separate prosjekter som har mottatt tilskudd. I noen tilfeller er imidlertid prosjektene interkommunale, og omfatter derfor i realiteten mer enn ti kommuner.

[6] Som nevnt over omfatter evalueringen ti prosjekter. I noen tilfeller er prosjektene interkommunale, og omfatter derfor i realiteten mer enn ti kommuner.

[7] Prosjektet ble startet opp i 2022, med ansettelse av prosjektleder fra september 2022. Prosjektet ble derfor inkludert i spørreundersøkelsen. Det er likevel risiko for at det at prosjektet ble satt på vent fra høsten 2024 kan prege enkelte av svarene i undersøkelsen.

[8] I flere tilfeller er det vist til «kontaktperson for prosjektet» blant de som er invitert til å svare. Det varierer hvem som er kommunens kontaktperson for prosjektet. I flere tilfeller er dette klinisk ernæringsfysiolog (for eksempel i Kvam og Voss). I andre tilfeller er dette ansvaret lagt til en annen rolle i kommunen. For eksempel en lege ved legesenteret i Oslo kommune, FoU-koordinator i Fosen Helse IKS, og rådgiver helse og omsorg i Ringsaker.

Leserveiledning

Rapporten er bygd opp av følgende hovedkapitler:

- [Kapittel 1](#) gir en introduksjon til evalueringen, gjennom å presentere bakgrunnen for evalueringen og problemstillinger som er undersøkt. Videre beskrives den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for evalueringen, og datakilder som benyttes for å belyse problemstillingene.
- I [kapittel 2](#) gjør vi kort greie for bakgrunnen for tilskuddsordningen, samt hvilke aktører som har mottatt tilskudd hvert av årene fra tilskuddsordningen ble opprettet.
- I [kapittel 3](#) beskrives de ulike modellene som er utviklet gjennom prosjektene som har mottatt tilskudd fra tilskuddsordningen.
- I [kapittel 4](#) beskriver vi hvordan det innenfor de ulike modellene er arbeidet med systematisk ernæringsarbeid og kompetanseheving, og hvorvidt mål for dette arbeidet er nådd.
- I [kapittel 5](#) går vi nærmere inn på hvorvidt og hvordan klinisk ernæringsfysiolog innenfor de ulike modellene har arbeidet med rådgivning og direkte pasientoppfølging, og i hvilken grad de ulike modellene har lagt til rette for at klinisk ernæringsfysiolog inngår i tverrfaglig samarbeid.
- I [kapittel 6](#) beskriver vi tilskuddsmottakernes egne erfaringer når det gjelder effekter av prosjektene og modellene som er utviklet, hvilke forutsetninger som må være til stede for å lykkes, samt modellenes overføringsverdi og hvordan det er jobbet med erfaringsdeling i de ulike prosjektene.
- I [kapittel 7](#) går vi nærmere inn på enkelte sider ved tilskuddsordningens utforming, herunder målgruppe for tilskuddsordningen, og i hvilken grad utformingen av ordningen oppleves som hensiktsmessig.
- [Kapittel 8](#) er det siste kapittelet i rapporten, der vi gir en samlet vurdering og konklusjon knyttet til tilskuddsordningens måloppnåelse og effekter, og modellenes hensiktsmessighet.

Om tilskuddsordningen

Tilskuddsordningen ble opprettet i 2021, og i perioden fra opprettelsen og frem til 2024 har ti ulike prosjekter mottatt tilskudd og jobbet med utvikling av modeller for hvordan klinisk ernæringsfysiolog kan brukes som ressurs i helse- og omsorgstjenesten.

Bakgrunnen for og formålet med tilskuddsordningen

Som omtalt i [kapittel 1](#), er tilskuddsordningen «modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten» en oppfølging både av strategien *God og riktig mat hele livet* og Stortingsmeldingen *Leve hele livet*. I tillegg er modellutviklingsprogrammet omtalt som et tiltak i handlingsplanen *Kompetanseløft 2025* (HOD, u.d.). Målene med strategien *God og riktig mat hele livet* var å bidra til å skape gode måltidsopplevelser, samt redusere feil- og underernæring blant eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. I strategien fremheves fire hovedutfordringer knyttet til mat- og ernæringsoppfølging hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester (HOD, 2021a):

- Flere eldre med ernæringsutfordringer, herunder feil- og underernæring
- Manglende systematisk ernæringsoppfølging
- For lite kunnskap og kompetanse
- Manglende individuell tilpasning

På bakgrunn av utfordringsbildet som blir beskrevet i strategien, blir det løftet frem tre innsatsområder:

- Systematisk ernæringsarbeid
- Tilstrekkelig og riktig kompetanse
- En mat- og ernæringsoppfølging som er tilpasset brukernes individuelle behov og ønsker

Det blir videre trukket frem i strategien at det frem mot 2040 vil bli flere eldre i Norge, og behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke. I den forbindelse vil det også være behov for økt oppmerksomhet rettet mot ernæring i tjenestene. Dette kan ses i sammenheng med Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer for underernæring (Helsedirektoratet, u.d.), som viser at 57 % av beboere på langtidsopphold i institusjon, som er over 67 år, er vurdert for risiko for underernæring i 2023. Indikatoren viser videre store forskjeller mellom fylkene, hvor det eksempelvis i Oslo var 83,2 % som ble vurdert for risiko for underernæring, mens 41,9 % ble risikovurdert i Vestland.

Av strategien *God og riktig mat hele livet* fremgår følgende ambisjoner for modellutviklingen:

For å styrke ernæringskompetansen og det systematiske ernæringsarbeidet i kommunen vil regjeringen gjennomføre et modellutviklingsprogram for klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. Modellutviklingsprogrammet skal blant annet inkludere fag- og kvalitetsutviklingsarbeid, kvalitetssikring av mattilbudet og ernæringsoppfølgingen, bistand i læringsnettverk, tverrfaglige team, samarbeid med matfaglig/kokkefaglig kompetanse samt bidrag i strategi- og planarbeid. Modellutviklingsprogrammet skal også 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 brukernes egne ønsker og behov og nasjonale anbefalinger. Modellene som utvikles, skal ha overføringsverdi til andre kommuner.

Klinisk ernæringsfysiolog kan være organisert sentralt i en kommune, gjennom interkommunalt samarbeid eller regionalt, for eksempel tilknyttet utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Helsedirektoratet skal samle og spre løsningene fra de kommunale prosjektene, blant annet basert på erfaringene fra tidligere modellutviklingsprogram i demensplanarbeidet. (HOD, 2021a; avsnitt 4.1 4.1)

Gjennom Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon for budsjettåret 2021 ble det første gang foreslått å bevilge midler til ordningen. Det ble da foreslått bevilget NOK 5 millioner, og det ble pekt på at bevilgningen gjaldt et nytt tilskudd til et treårig modellutviklingsprogram. Formålet med tilskuddet ble beskrevet som å «(...) styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten» (HOD, 2020). I regelverket for tilskuddsordningen, ble slutt målgruppen for tilskuddsordningen beskrevet som «Eldre (65 +) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres pårørende», mens formålet med tilskuddet er «(...) å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten og bidra til å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger» (Helsedirektoratet, 2021).

Som det går frem over, var planen opprinnelig at modellutviklingen skulle være et treårig program. I 2023 anmodet imidlertid Stortinget regjeringen om å videreføre og utvikle tilskuddet [9]. Tilskuddsordningen ble dermed videreført først i 2024, og senere også i 2025 [10]. I innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2025, går det frem at komiteens medlemmer fra Høyre mener at tilskuddsordningen bør utvides til også å gjelde andre deler av helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgskomiteen, 2024).

I desember 2024 ble regelverket for tilskuddsordningen revidert, og endelig målgruppe ble med dette utvidet til «eldre (65+) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres pårørende, barn og unge, pasienter med flere kroniske lidelser, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med ruslidelser» (Helsedirektoratet, 2024a) [11].

[1] Følgende vedtak ble gjort i forbindelse med Stortingets behandling av Folkehelsemeldingen, Meld. St. 15 (2022–2023): «Stortinget ber regjeringen om å videreføre og utvikle modellutviklingsprogrammet for klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten.» Vedtak 743, 2. juni 2023.

[2] Helse- og omsorgsdepartementet, 2023; Helse og omsorgsdepartementet, 2024.

[3] Endringer i tilskuddsordningens regelverk er nærmere omtalt i kapittel 7 i rapporten.

Tildeling av tilskudd til modellutvikling

Et eget regelverk for tilskuddsordningen ble utarbeidet første halvår 2021, og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet 22. april 2021. Første utlysning var våren 2021, med søknadsfrist 1. august 2021. Påfølgende år har søknadsfristen vært tidligere på året.

Som det går frem av figuren under, har rammen for tilskuddsordningen vært relativt stabil i hele perioden fra 2021, med en bevilgning på 5,1 millioner i 2021 og 5,8 millioner i 2025 [12].

I 2021 mottok Helsedirektoratet 21 søknader om tilskudd fra tilskuddsordningen om modellutvikling, og syv kommuner fikk innvilget sin søknad om tilskudd. I 2022 mottok Helsedirektoratet 28 søknader, og åtte kommuner mottok tilskudd, mens det i 2023 var ni av 22 søknader som ble innvilget [13].

Av kommunene som er inkludert i evalueringen, har de fleste fått tilskudd i hele treårsperioden fra 2021 til 2023. Unntakene er Alta og Masfjorden [14] som har mottatt tilskudd fra 2022 og Ringsaker som første gang fikk tilskudd i 2023. Enkelte kommuner har fått tilskudd også i 2024, og har dermed fått innvilget tilskudd over fire år. Flere kommuner fikk overført midler fra 2021 til 2022 grunnet sen tildeling i 2021, og to av kommunene fikk overført hele tilskuddsbeløpet grunnet forsinket oppstart.

Tabellen nedenfor viser en oversikt over kommuner som har fått tilskudd, og i hvilke år de har mottatt tilskudd [15]. Som det går frem av tabellen, har det blitt innvilget tilskudd til ganske ulike modeller, som har hatt fokus på ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. De ulike modellene blir nærmere beskrevet i [kapittel 3](#).

Tabell 3: Oversikt over kommuner og tildelt tilskudd per år

Kommune/region	Modell/prosjekttittel	Tildelt tilskudd
Tromsø	Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten Tromsø	2021: NOK 1 250 000,- 2022: Alle midler fra 2021 ble overført til 2022 2023: NOK 1 266 750,- (inkludert overførte midler fra 2022. Utbetalt NOK 701 409,-) 2024: NOK 1 250 000,- (inkludert overførte midler fra 2023. Utbetalt NOK 780 032,-)
Fosen Helse IKS (Ørland, Indre Fosen og Åfjord)	Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten på Fosen	2021: NOK 700 000,- 2022: NOK 1 300 000,- 2023: NOK 1 024 400,-
Alta	ALT(a)ErNæring – Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i vår omsorgstjeneste	2022: NOK 1 130 000,- 2023: NOK 1 559 100,- (inkludert overførte midler fra 2022. Utbetalt NOK 717 100,-) 2024: NOK 1 900 000,- (Inkludert overførte midler fra 2023. Utbetalt NOK 1 387 343,-)
Masfjorden (sammen med Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Modalen og Osterøy).	Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten i Region Nordhordland	2022: NOK 350 000,- 2023: NOK 1 187 050,- (inkludert overførte midler fra 2022. Utbetalt NOK 1 009 237,-) 2024: NOK 1 472 586 (inkludert overførte midler fra 2023. Utbetalt NOK 900 000,-)
Kvam (sammen med Voss)	Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i omsorgssektoren i Kvam og Voss	2021: NOK 810 000,- 2022: Alle midler fra 2021 ble overført til 2022 2023: NOK 807 350,- (inkludert overførte midler fra 2022. Utbetalt NOK 341 100,-)
Oslo, Sagene bydel	Underernæring ved fastlegekontor –styrking av primærhelseteam med klinisk ernæringsfysiolog	2021: NOK 300 000,- 2022: NOK 800 000,- (inkludert overførte midler fra 2021. Utbetalt NOK 500 000,-)

Ringsaker	Underernæring ved fastlegekontor styrking av primærhelseteam med klinisk ernæringsfysiolog (kef)	2023: NOK 662 954,- 2024: NOK 674 013,- (inkludert overførte midler fra 2023. Utbetalt NOK 200 000,-)
Nes	Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i hjemmetjenesten	2021: NOK 781 000,- 2022: Alle midler fra 2021 ble overført til 2022. 2023: NOK 449 054,- (inkludert overførte midler fra 2022. Utbetalt NOK 204 900,-)
Nordre Follo	Kompetansesenter i klinisk ernæring i Nordre Follo kommune, trinn 1: Styrke tilbudet til hjemmeboende	2021: NOK 500 000,- 2022: NOK 1 200 000,- (inkludert overførte midler fra 2021. Utbetalt NOK 700 000,-) 2023: NOK 956 100,- (inkludert overførte midler fra 2022. Utbetalt NOK 256 100,-) 2024: NOK 663 725,- (inkludert overførte midler fra 2023. Utbetalt NOK 327 625,-)
Bærum	Utvikling av kompetanseenhet innen mat og ernæring i Bærum kommune	2021: NOK 650 000,- 2022: NOK 1 200 000,- (inkludert overførte midler fra 2021. Utbetalt NOK 731 000,-) 2023: NOK 1 109 800,- (inkludert utbetalte midler fra 2022. Utbetalt NOK 409 800,-) 2024: NOK 700 000,- (inkludert overførte midler fra 2023. Utbetalt NOK 300 000,-)

I regelverket for tilskuddsordningen (Helsedirektoratet, 2021) fremgår det at primærmålgruppe for tilskuddsordningen har vært kommuneledere, tjenestelede, helsepersonell og ansatte i omsorgstjenestene. Sekundærmålgruppe for tilskuddsordningen har vært eldre (65 +) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres pårørende. Regelverket angir videre at den samlede rammen i utgangspunktet var tenkt fordelt på minst 3-5 ulike modeller. Kommuner som samarbeider med andre kommuner skulle prioriteres, i tillegg til at «en hensiktsmessig modellulikheter samt geografisk og demografisk spredning i fordelingen» kunne vektlegges. Tilrettelegging for erfaringsdeling både internt og eksternt er også vektlagt, og i budsjettproposisjonene fremgår det at modellene som utvikles skal ha overføringsverdi til andre kommuner (HOD, 2021b; HOD, 2022; HOD, 2023).

[12] Kilde: Budsjettproposisjoner for årene 2021-2025.

[13] Oversikt over søknader og tildelinger for det enkelte år er å finne på Helsedirektoratets nettsider: [Tilskudd innvilget](#)

[14] Masfjorden kommune er tilskuddssøker, men prosjektet omfatter syv kommuner i Nordhordland.

[15] Nye kommuner som har mottatt tilskudd i 2024 inngår ikke i oversikten, da disse ikke er omfattet av evalueringen.

Modellene som har mottatt tilskudd

Evalueringen omfatter ti prosjekter som har mottatt tilskudd til modellutvikling. Flertallet av prosjektene er knyttet til søkerkommunen, mens andre dreier seg om samarbeid mellom flere kommuner. Modellene som er utviklet kan deles inn i fire hovedkategorier.

Innledning

Er formål med tilskuddsordningen har vært å prøve ut ulike modeller for bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. Målet er at man gjennom et mer systematisk ernæringsarbeid og økt ernæringsfaglig kompetanse, skal bidra til å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukernes egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger. Blant annet i strategien *God og riktig mat hele livet* pekes det på at målene kan nås gjennom ulike måter å bruke klinisk ernæringsfysiolog på, og ulike måter å organisere arbeidet på. I tilskuddsordningens regelverk har det derfor vært vektlagt at tilskuddet burde fordeles på 3-5 ulike modeller.

Gjennom prosjektene som mottar tilskudd ønsker man ifølge regelverket for tilskuddsordningen (Helsedirektoratet, 2021) å prøve ut ulike modeller for hvordan klinisk ernæringsfysiolog blant annet kan:

- Bidra til en mer systematisk fag- og kvalitetsutvikling
- Bidra til økt kunnskap og kompetanse om ernæring og ernæringsarbeid i tjenesten
- Inngå i tverrfaglig samarbeid og samhandling i oppfølging av brukere og pasienter

Erfaringsdeling har vært vektlagt i forbindelse med tilskuddsordningen, og gjennom de årlige budsjettproposisjonene har det blitt presisert at modellene skal ha overføringsverdi til andre kommuner. Også gjennom strategien *God og riktig mat hele livet* fremheves viktigheten av å spre gode eksempler på hvordan man kan jobbe godt og systematisk med mat og ernæring for brukere i helse- og omsorgstjenesten. Tilskuddsordningen til modellutvikling fremheves i denne forbindelse, og viktigheten av at modellene som utvikles har overføringsverdi til andre kommuner, poengteres også her (HOD, 2021a).

Fire hovedkategorier av modeller

De ti prosjektene som inngår i evalueringen kan deles inn i fire hovedkategorier av modeller, basert på organisering og hvordan klinisk ernæringsfysiolog blir brukt inn mot helse- og omsorgstjenestene:

- Fem prosjekter har brukt klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for store deler [16] av helse- og omsorgstjenesten (tre av disse prosjektene er interkommunale)
- To prosjekter har brukt klinisk ernæringsfysiolog som ressurs inn mot hjemmeboende eldre
- To prosjekter har brukt klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter som også var piloter i forsøk med primærhelseteam
- Ett prosjekt har jobbet med å utvikle kjøkkentjenesten i kommunen til en kompetanseenhet innen mat og ernæring

De ulike hovedmodellene og prosjektene er nærmere beskrevet under.

3.2.1 Modell 1: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i store deler av helse- og omsorgstjenesten

I fem av prosjektene ble det utviklet modeller som legger opp til å bruke klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for store deler av helse- og omsorgstjenesten, men avgrenset til eldre tjenestemottakere. I praksis rettes det i enkelte tilfeller primært oppmerksomhet mot sykehjem og hjemmetjenester, altså tilsvarende tjenester som er omfattet av Helse- og omsorgsdepartementets strategi *God og riktig mat hele livet* der modellutviklingen lanseres som et av flere tiltak. De fleste prosjektene er imidlertid ikke eksplisitt avgrenset til kun disse tjenestene. Kommunene har organisert stillingen på ulike måter, og noen av prosjektene legger opp til å dele ressursen på flere kommuner. Likevel har vi valgt å knytte disse prosjektene til samme hovedmodell, med bakgrunn i beskrivelser av prosjektenes mål og klinisk ernæringsfysiologs viktigste oppgaver. Generelt for alle de fem prosjektene er at de har prioritert at klinisk ernæringsfysiolog skal arbeide med følgende oppgaver:

- Systemarbeid med utarbeidelse av rutiner, prosedyrer, ernæringsplaner og vurdering av risiko for underernæring med verktøyet Malnutrition Screening Tool (MST).
- Kompetansearbeid som omfatter undervisning og fagdager for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene.
- Arbeid med å utvikle et felles nettverk for ernæringskontakter og andre ressurspersoner innen ernæring i kommunen.

Enkelte av modellene har blitt noe justert og tilpasset underveis i prosjektperioden, basert på erfaringer man fortløpende har gjort seg.

Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av de fem prosjektene som kommer inn under denne hovedmodellen, med vekt på hvordan man har valgt å organisere prosjektet og bruke klinisk ernæringsfysiolog som ressurs. Nærmere omtale av blant annet det systematiske ernæringsarbeidet, kompetanseheving og arbeid med ernæringsnettverk går frem av senere kapitler i rapporten.

Tromsø kommune

Tromsø kommune har utviklet en modell hvor klinisk ernæringsfysiolog skal fungere som en ressurs i helse- og omsorgstjenesten. Av søknad og rapportering går det ikke frem noen avgrensinger ut over henvisning til tjenestene innenfor helse og omsorg. Klinisk ernæringsfysiolog startet i fast stilling som fagrådgiver i staben for avdeling for helse og omsorg i april 2022. I prosjektets startfase gjennomførte klinisk ernæringsfysiolog en kartlegging av ernæringskompetansen i kommunen. Klinisk ernæringsfysiolog har som utgangspunkt arbeidet på et overordnet nivå og vært en tilgjengelig ressurs for alle helse- og omsorgstjenestene. Etter hvert så man imidlertid behov for å være mer fysisk til stede i tjenestene. Det ble identifisert et behov for mer oppfølging knyttet til implementering av nye rutiner og prosedyrer i forbindelse med ernæringsarbeidet i tjenestene, hvor klinisk ernæringsfysiolog for eksempel registrerte at ansatte var gode til å oppdage ernæringsutfordringer hos en pasient (risikovurdering og kartlegging) men at det var økt behov for kompetanse og råd i prosessen med å følge opp pasienten videre med riktige tiltak (ernæringsplan). Klinisk ernæringsfysiolog har derfor vært engasjert på en av avdelingene i hjemmetjenesten i kommunen en dag i uka. Klinisk ernæringsfysiolog i Tromsø opplyser i intervju at det ble vurdert som mest hensiktsmessig å starte i et fåtall tjenester for best implementering, og at det ble besluttet å begynne med hjemmetjenesten.

Fosenregionen (kommunene Indre Fosen, Ørland og Åfjord)

Fosen Helse IKS står som søker av tilskuddet, mens Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner, samt regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon står som samarbeidspartnere i prosjektet og modellutviklingen. Forskere fra regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe) på St. Olavs hospital gjennomførte en spørreundersøkelse og fokusgruppeintervjuer for å kartlegge dagens praksis og kompetanse innen ernæring i kommunene. Målgruppen for prosjektet (det som i søknadene beskrives som Arbeidspakke 1) opplyses å være eldre brukere (65+) av helse- og omsorgstjenester og deres pårørende. Prosjektet er rettet mot alle enheter innenfor helse og omsorg som yter tjenester til overnevnte målgruppe, og i søknader og rapportering vises det ikke til noen eksplisitt avgrensning til visse tjenester eller tjenesteenheter. Klinisk ernæringsfysiolog ble ansatt i en 100 % stilling på systemnivå, som er organisert under Fosen Helse IKS. Stillingen er delt på tre kommuner, Indre Fosen 40 %, Ørland 40 %, og Åfjord 20 %. Klinisk ernæringsfysiolog har vært fysisk til stede i de forskjellige kommunene etter en fastsatt timeplan. Det var som et utgangspunkt tenkt at klinisk ernæringsfysiolog skulle arbeide på systemnivå og med kompetanseheving og rådgivning for ansatte, men underveis i prosessen ble det tydelig at det også var behov for direkte pasientkonsultasjoner. Derfor har klinisk ernæringsfysiolog også åpnet opp for enkelte pasientkonsultasjoner i kommunene.

Alta kommune

I Alta ble en klinisk ernæringsfysiolog ansatt i en 100 % stilling høsten 2022 på et systematisk og overordnet nivå. Etter søknad om flere midler ble det ansatt ytterligere en klinisk ernæringsfysiolog i prosjektet. Begge de to kliniske ernæringsfysiologene har vært fagansvarlige i prosjektet, mens kommunalleder i Alta kommune har ledet prosjektet. Av rapportering for 2022 fremgår det at arbeidet er forankret hos alle virksomhetsledere og avdelingsledere i helse og omsorg. Prosjektet er også rettet mot alle ansatte innenfor omsorgssektoren, ifølge søknad for 2022, samt brukere, pårørende og frivillige. Søknader og rapportering angir ingen avgrensning til visse enheter eller tjenester innenfor helse og omsorg i kommunen. Målgruppen for prosjektet er heller ikke spesifikt avgrenset til eldre, og i søknadene henvises det mer generelt til brukere og pasienter. Hovedmålet til den utviklede modellen har vært å utvikle en helhetlig modell og metode for ernæringsarbeid i Alta kommune, hvor det hovedsakelig har blitt arbeidet systematisk med kartlegging av ernæringskompetanse, implementering av rutiner og prosedyrer og kompetanseheving. Underveis i prosjektet har klinisk ernæringsfysiolog fått flere forespørsler om veiledning av pasienter, blant annet fra fastleger. I intervju blir det vist til at det på intervjudtidspunktet ikke var åpnet opp for direkte konsultasjoner, selv om klinisk ernæringsfysiolog har forståelse for behovet for dette. Det blir bemerket at prosjektet i sin nåværende fase er systemrettet, men at det er mulig at konsultasjoner kan inngå i en senere fase av prosjektet. Det blir også opplyst at klinisk ernæringsfysiolog kan veilede teamet rundt pasienten, og at det er laget en veileder for når tjenestene og ansatte kan ta kontakt.

Masfjorden kommune og øvrige kommuner i Region Nordhordland

Klinisk ernæringsfysiolog ble ansatt i en 80 % stilling med kommunalsjef som nærmeste leder. Stillingen ble opprettet i Masfjorden kommune (søkerkommune), men klinisk ernæringsfysiolog skulle fungere som en ressurs for hele omsorgstjenesten i et interkommunalt samarbeid i Region Nordhordland (Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy). Den overordnede målgruppen ble i søknad for 2022 beskrevet som eldre brukere av tjenestene (+65) og deres pårørende, samtidig som det vises til at målgruppen i modelleringsfasen er ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten i de syv kommunene. Det er i søknaden ikke gjort noen ytterligere avgrensning til visse tjenester eller tjenesteenheter, men det fremgår av søknad for 2023 at en kartlegging av ernæringsarbeidet knyttet til eldre brukere i kommunene ble gjennomført i samarbeid med tjenesteledere i hjemmetjenesten og sykehjem i kommunene. I rapportering for 2023 vises det videre til at fokusområdene for det videre arbeidet samsvarer med innsatsområdene som er skissert i strategien *God og riktig mat hele livet*. Styringsgruppen som består av kommunalsjefene i de syv kommunene, bestemte etter den gjennomførte kartleggingen at man i det videre arbeidet skulle prøve ut en modell for bruk av klinisk ernæringsfysiolog i tre av de syv kommunene, der utvalget skulle ta hensyn til variasjon i befolkningstall og organisering av tjenestene. Masfjorden, Modalen

og Osterøy ble valgt ut som pilotkommuner, med fokus på ulike enheter i form av sykehjem, hjemmetjeneste eller felles pleie- og omsorgstjeneste i hver av kommunene. Videre har man arbeidet systematisk med kompetanseheving og implementering av rutiner og prosedyrer i de nevnte tjenestene. Valget av en interkommunal modell ble i søknaden om tilskudd begrunnet med at kommunene er små, og ikke har stor nok befolkning til å kunne opprette egne hele stillinger for klinisk ernæringsfysiolog. Det blir videre påpekt at det er vanskelig å rekruttere til deltidsstillinger, og at små distriktskommuner derfor må samarbeide om denne ressursen for å få realisert slik kompetanse.

Kvam herad sammen med Voss herad

Kvam og Voss søkte om tilskudd gjennom et interkommunalt samarbeid, hvor Kvam står som søkerkommune. Klinisk ernæringsfysiolog ble ansatt som prosjektleder, med kommunalsjef helse og omsorg i Kvam herad som nærmeste leder. Klinisk ernæringsfysiolog har fungert som en ressurs i både Kvam og Voss. Det ble etablert en styringsgruppe med kommunalsjefer for helse- og omsorg fra Kvam og Voss, kommuneleger, brukerrepresentanter, folkehelsekoordinator og klinisk ernæringsfysiolog. Modellen har vært utviklet for at klinisk ernæringsfysiolog skal fungere som en ressurs på systemnivå, med hovedvekt på arbeid med å sikre rutiner knyttet til vurdering av risiko for underernæring, kartlegging av risikopasienter og utarbeidelse av individuell ernæringsplan samt rutiner for matservering og måltidsrytme, og tilhørende ansvars- og oppgavefordeling. I tillegg har det blitt lagt vekt på kompetanseheving rettet mot nøkkelressurser i tjenestene. Det har etter hvert også blitt åpnet opp for at klinisk ernæringsfysiolog kan bli kontaktet for pasientkonsultasjoner, men i begrenset omfang grunnet kapasitet. Det har derfor kun blitt åpnet opp for å bistå i det som anses å være kompliserte pasientkonsultasjoner.

Av tilskuddssøknad for 2021 går det frem at ledere for hjemmetjenesten og leder for heldøgns omsorg, samt sykehjemsansvarlige, har deltatt i prosjektgruppene i hver av kommunene. Av tilskuddssøknad for 2023 går det videre frem at prosjektet i første omgang har hatt fokus på eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. Samtidig vises det til at det i løpet av prosjektperioden har vært forespørsler både fra tjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne, avdeling for rus og psykiatri og fra oppvekstenheten, og at det vurderes som naturlig at arbeidet etter hvert også vil omfatte disse gruppene i større grad.

I prosjektet har det vært en tilnærming der man har lagt til grunn småskalatesting. Dette innebærer ifølge rapporteringen for 2022 at to avdelinger med heldøgns bemanning i Kvam herad, og Område Vest (med både sykehjemsavdeling, korttidsavdeling og hjemmetjeneste) i Voss herad, ble valgt ut som piloter før man senere gikk bredere ut i tjenestene med prosjektet.

3.2.2 Modell 2: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for hjemmeboende

I to av prosjektkommunene ønsket man å utvikle modeller som var rettet spesifikt mot hjemmeboende eldre i kommunen. I Nes kommune ble klinisk ernæringsfysiolog brukt som direkte ressurs i hjemmetjenesten. I Nordre Follo har ikke klinisk ernæringsfysiolog vært ansatt i hjemmetjenesten, men fokuset var likevel å gi tilbud til eldre hjemmeboende.

Nes kommune

Klinisk ernæringsfysiolog ble ansatt i 2022 og var organisert under hjemmetjenesten med direkte rapportering til virksomhetsleder i hjemmetjenesten. Klinisk ernæringsfysiolog arbeidet tett med teamkoordinator og ansatte i hjemmetjenesten. Klinisk ernæringsfysiolog arbeidet både systematisk med innføring av rutiner og planer, samt innføring av verktøy for vurdering av risiko for underernæring, og var involvert i brukerrettet ernæringsoppfølging i komplekse ernæringsssituasjoner. Ifølge sluttrapport gjaldt dette både veiledning av ansatte i ernæringsoppfølgingen og individuelle pasientsamtaler.

Målgruppen for prosjektet er i tilskuddssøknad beskrevet som eldre innbyggere som bor hjemme og har tjenester fra hjemmetjenesten, og de ansatte i disse tjenestene. I søknad for 2023 fremgår det at det er ønsket om å utvide prosjektet også til eldre som ikke mottar tjenester fra kommunen.

Nordre Follo kommune

I tilskuddssøknad for 2021 fremgår det at Nordre Follo allerede hadde en stilling for klinisk ernæringsfysiolog, med hovedfokus på voksne og eldre, samt arbeid på systemnivå. Kommunen ønsket imidlertid å videreutvikle tjenestene knyttet til klinisk ernæring gjennom utvikling av et kompetansesenter for klinisk ernæring. Målgruppen for *prosjektet* blir i søknaden beskrevet som hjemmeboende eldre, samtidig som det fremgår at kompetansesenterets målgruppe skal være alle innbyggergrupper.

Kommunens kliniske ernæringsfysiolog hadde rollen som prosjektleder, og i 2022 ble det ansatt ytterligere en klinisk ernæringsfysiolog i en deltidsstilling knyttet til dette prosjektet. Sistnevnte har utført det meste av det kliniske arbeidet relatert til prosjektet. Hovedmålet i modellen utviklet i Nordre Follo har vært å tidlig og effektivt oppdage ernæringsmessig risiko hos hjemmeboende eldre, for å opprettholde god helse og forebygge skrøpelig sykdom. Det har blitt arbeidet mot flere tjenester i kommunen, samt andre samarbeidsparter, blant annet fastlegene, sykehuset, korttidsavdelinger for eldre og hjemmetjenesten. Klinisk ernæringsfysiolog har arbeidet systematisk med å utvikle informasjonsbrosjyrer og undervisning til eldre i kommunen, internundervisning i tjenestene og innføring av systematisk ernæringskartlegging, men klinisk ernæringsfysiolog har også hatt direkte pasientkonsultasjoner og vært på hjemmebesøk hos eldre etter henvisning fra ulike tjenester i kommunen.

3.2.3 Modell 3: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter (i primærhelseteam)

To prosjekter har valgt å prøve ut klinisk ernæringsfysiolog på legesenter. Prosjektet som har utviklet modellen i Ringsaker kommune bygger på modellen fra Sagene Lokalmedisinske senter.

Oslo kommune, Sagene bydel

Klinisk ernæringsfysiolog ble ansatt i en 40 % stilling tilknyttet primærhelseteam på Sagene Lokalmedisinske senter i 2022. Modellen hadde som mål å forebygge og behandle underernæring hos skrøpelige eldre, og målgruppen beskrives i tilskuddssøknad fra 2021 som eldre pasienter (>60 år). Søknaden viser videre til at alle pasienter over 60 år skulle kartlegges for underernæring når de kom til vanlig legetime. I søknad for 2022 er målgruppen justert til pasienter over 65 år, samtidig som det også går frem at pasienter med kroniske sykdommer (KOLS, diabetes, kreft etc.), psykiske helseproblemer og utviklingshemming inkluderes i målgruppen. Det henvises til at dette gjøres som følge av at de eldste pasientene nå har fått et tilbud om kartlegging med påfølgende ernæringsbehandling og veiledning. Etter hvert åpnet dermed klinisk ernæringsfysiolog for at legene på legesenteret kunne henvise pasienter med ernæringsutfordringer, uavhengig av alder. Klinisk ernæringsfysiolog utførte konsultasjoner med pasienter med ernæringsutfordringer og gjennomførte noe internundervisning rettet mot ansatte på legesenteret. Av tilskuddssøknad for 2021 fremgår det videre at det i flere år har vært klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet bydelen, men ikke rettet spesifikt mot denne pasientgruppen i primærhelseteam, eller aktivt inn mot legekontorene.

Ringsaker kommune

Etter erfaringsdeling fra klinisk ernæringsfysiolog i primærhelseteam på Sagene Lokalmedisinske senter, søkte Ringsaker kommune midler for å bygge videre på Sagene sin modell med klinisk ernæringsfysiolog på legesenter. Klinisk ernæringsfysiolog ble ansatt i en 40 % stilling i to år ved Brumunddal legesenter, hvor klinisk ernæringsfysiolog er til stede på legekontoret to dager i uka. I motsetning til Bydel Sagene, hadde ikke Ringsaker kommune en kommunalt ansatt klinisk ernæringsfysiolog fra før. Klinisk ernæringsfysiolog har fungert som behandler, og legene og sykepleierne på legesenteret har henvist pasienter med behov for ernæringsoppfølging til oppfølging hos klinisk ernæringsfysiolog. I modellen som har blitt utviklet i Ringsaker kommune har klinisk ernæringsfysiolog hatt oppfølging av alle pasienter som blir henvist, både på tvers av alder og ernæringsutfordringer. Det fremgår av tilskuddssøknad for 2023 at målgruppen er sammenfallende med pilotprosjektet Primærhelseteam, og i rapportering til Helsedirektoratet vises det til følgende pasientgrupper:

- Skrøpelige eldre (frailty) med begynnende vekttap
- Lav vekt/underernæring; I hovedsak for pasienter med underliggende sykdommer som KOLS, kreft, diabetes, hjertesvikt, nyresvikt, mage/tarm-problematikk
- Pasienter med sammensatt problematikk (multimorbide) med diabetes eller overvekt i kombinasjon med andre utfordringer som psykisk utviklingshemming, eller psykisk sykdom
- Noen barn med lav vekt, fedme eller ulike syndrom
- Andre sykdommer som Mb Parkinson og Sjøgrens syndrom, samt tidligere spiseforstyrrelser, i spesielle tilfeller mage-tarmproblematikk

Underveis i prosjektet ble det på initiativ fra legesenteret opprettet en ressursgruppe som arbeider med ernæring knyttet opp mot personer med utviklingshemming og personer som bor i boliger. Klinisk ernæringsfysiolog er del av denne ressursgruppen, og i dette arbeidet har det blant annet blitt utviklet rutiner og prosedyrer, og etablert ernæringskontakter i boligene.

3.2.4 Modell 4: Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i å utvikle en kompetanseenhet innenfor mat og ernæring

Prosjektet som Bærum kommune har mottatt tilskudd til, skiller seg fra de øvrige ved å være koblet spesifikt til kjøkkentjenesten i kommunen. I 2022 ble det ansatt en klinisk ernæringsfysiolog i en 80 % prosjektstilling med midler fra tilskuddsordningen. Et av hovedmålene i modellen til Bærum kommune var å utvikle det tradisjonelle storkjøkkenet i kommunen til en kompetanseenhet innenfor mat og ernæring, hvor den nye kjøkkentjenesten ble delt inn i to avdelinger; En avdeling for produksjon og matfaglig kompetanse, og en avdeling for matomsorg og ernæring. Det fremgår av tilskuddssøknad for 2021 at den overordnede målgruppen for prosjektet er alle innbyggere i kommunen, men at man ønsker å starte med konkrete prosjekter med hjemmeboende eldre som målgruppe, samt eldre som er inntatt korttidsinstitusjoner. I tilskuddssøknad for 2022 henvises det også konkret til opplæring, tiltak og rutiner for risikovurdering, kartlegging og ernæringsoppfølging på kommunens korttidsinstitusjoner.

I starten av prosjektet ble det arbeidet med politisk forankring og synliggjøring av behovet for klinisk ernæringsfysiolog i kommunen. Dette har ført til at det i løpet av prosjektperioden ble politisk besluttet at kommunen skulle ansette ytterligere fire kliniske ernæringsfysiologer. Disse er organisert under forebygging og mestring som er et eget kommunalsjefområde, men de jobber også ut mot andre kommunalsjefområder slik som sykehjem som er ett kommunalsjefområde og hjemmetjenesten som er et annet. Videre ble det etablert et prosjekt for å innføre matverter i tjenestene og opplæring og oppfølging av matvertene. Ordningen med matverter har i hovedsak har vært rettet mot helsehusene i kommunen. Det har også vært lagt vekt på systematisk ernæringsarbeid med utvikling av rutiner og prosedyrer.

[16] I «store deler» ligger det at ulike tjenester og tjenesteenheter innenfor helse og omsorg er omfattet av prosjektet, i motsetning til prosjekter som er eksplisitt avgrenset til én eller få tjenester eller tjenesteenheter. Enkelte av prosjektene innenfor Modell 1 retter seg ifølge tilskuddssøknad mot *helse- og omsorgstjenesten*, uten noen avgrensinger til visse typer tjenester eller enheter. Hvilke avgrensinger som eventuelt er gjort fremgår av beskrivelsen av det enkelte prosjekt under avsnitt 3.2.1.

Oppsummering og vurdering

Ved hjelp av tilskuddsordningen er det prøvd ut fire hovedmodeller for bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. Innenfor den ene hovedmodellen, Modell 1, er det også et skille mellom kommuner som har jobbet alene med modellutviklingen, og kommuner som har inngått i et samarbeid med andre. Under videre omtale av prosjektene vil vi der det er relevant, også omtale denne typen ulikheter innenfor modellene, og hvordan ulik organisering innenfor en hovedmodell eventuelt har påvirket måloppnåelsen. Selv om prosjektene er kategorisert inn under visse modeller, ser vi også at det basert på erfaringer underveis er gjort enkelte endringer i tilnærming. Dette er forhold vi vil gå nærmere inn på i de kommende kapitlene i rapporten. Særlig fremgår det at modeller som primært har rettet oppmerksomhet mot systemarbeid, underveis i arbeidet har sett behov for å jobbe noe mer individrettet.

Et sentralt skille mellom de ulike modellene dreier seg om hvor «bred» tilnærmingen har vært, i den forstand at noen prosjekter primært har vært innrettet mot én eller noen få tjenester eller tjenesteenheter innenfor helse og omsorg, mens andre prosjekter har vært rettet mot mange tjenester eller tjenesteenheter innenfor helse og omsorg. Et annet viktig skille, er hvorvidt modellene primært har vektlagt systemarbeid og kompetanseheving, eller om de har vært mer rettet mot direkte pasientoppfølging. Vi merker oss at prosjektene som kommer inn under Modell 3 – klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter, har vært ganske «smale» i den forstand at de har vært knyttet til ett legekontor. Samtidig har det i begge disse prosjektene vært en mindre stillingsressurs klinisk ernæringsfysiolog enn i øvrige prosjekter.

Det er også til dels svært ulike kommuner, blant annet med tanke på befolkningstall, som har vært involvert i arbeidet med de ulike modellene. Dette synes å påvirke valg av modell og organisering av denne, og er en viktig årsak til at kommunene har valgt ulike tilnærminger til modellutviklingen. Blant annet har flere små kommuner valgt å samarbeide, og dele på en stilling som klinisk ernæringsfysiolog. Erfaringer fra slike samarbeid vil med stor sannsynlighet være relevant også for mange andre små kommuner.

Kommunens størrelse vil i mange tilfeller også ha stor betydning for hvordan tjenester er organisert i kommunen, og hvilke spesialiserte funksjoner man har tilgang til innenfor egen organisasjon. For eksempel har Bærum kommune, som en stor kommune, hatt et tradisjonelt storkjøkken. Bærum's modell er konkret tilpasset kommunens organisering, og vil primært ha overføringsverdi for andre kommuner med tilsvarende organisering, der man har en egen kjøkkenenhet. Deloitte mener det er hensiktsmessig at det som del av modellutviklingen er jobbet med til dels svært ulike modeller, da det er lite sannsynlig at en og samme modell vil kunne passe for alle kommuner uavhengig av størrelse og organisering. Med en viss bredde i modellene som er utviklet, øker sannsynligheten for overføringsverdi. Samtidig er det viktig at modellene sikrer at klinisk ernæringsfysiolog som ressurs benyttes på en måte som bidrar til størst mulig effekter og nytteverdi for målgruppen. Hvorvidt de ulike modellene bidrar til måloppnåelse og ønskede effekter, og hvilken overføringsverdi de oppleves å ha til andre kommuner, er tema for de neste kapitlene i rapporten.

Systematisk ernæringsarbeid og ernæringsfaglig kompetanse

Alle prosjektene har bidratt til økt systematisering av ernæringsarbeidet, og økt ernæringsfaglig kompetanse. Samtidig er det til dels stor variasjon mellom de ulike modellene når det gjelder hvilke deler av helse- og omsorgstjenestene prosjektene er rettet mot, og dermed også hvor mange ansatte som deltar i kompetansehevende tiltak og som påvirkes av endringer i system og rutiner. De ulike tilnærmingene påvirker også hvilke brukergrupper og hvor mange brukere i målgruppen man når gjennom modellene.

Innledning

Et sentralt formål med tilskuddsordningen har vært å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten.

Systematisk ernæringsarbeid innebærer at arbeidet på området er satt i system, slik at det i minst mulig grad er tilfeldig eller avhengig av enkeltpersoner/nøkkelressurser. I en rapport fra Helsedirektoratet (2024b) fremheves det at 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.» Videre fremheves det at det å utarbeide og iverksette lokale ernæringsstrategier og -planer kan være et godt virkemiddel for å sikre at ernæringsarbeidet settes i system. Det legges også vekt på ansattes forståelse og kompetanse når det gjelder ernæring, både med hensyn til forståelse for at mat og ernæringsarbeid er viktig, og kompetanse til å yte forsvarlige tjenester i praksis. For å ha oversikt over status for ernæringsarbeidet, og vurdere om iverksatte tiltak fungerer eller ikke, er også monitorering og evaluering en sentral del av det systematiske ernæringsarbeidet.

I dette kapittelet ser vi nærmere på hvorvidt og eventuelt hvordan prosjektene som har mottatt tilskudd for å utvikle modeller for bruk av klinisk ernæringsfysiolog, har bidratt til økt grad av systematisk ernæringsarbeid i kommunene som har mottatt tilskudd. Herunder legger vi både vekt på politisk forankring av arbeidet, utarbeidelse av strategier og planer, samt hvorvidt det gjennom prosjektet har vært fokusert på prosedyrer og rutiner for arbeidet med ernæring. Videre har vi undersøkt hvorvidt og eventuelt hvordan det gjennom prosjektet er rettet oppmerksomhet mot ansattes kompetanse, og iverksatt tiltak for å øke kompetansen på ernæring. I tillegg omtaler vi kort kommunenes tilnærming til monitorering av ernæringsarbeidet.

Styrking av det systematiske ernæringsarbeidet

I spørreundersøkelsen som er gjennomført, ble det stilt flere spørsmål for å belyse hvorvidt modellutviklingen har bidratt til en styrking av det systematiske ernæringsarbeidet. Disse spørsmålene ble stilt til respondenter som har opplyst at de har en lederrolle knyttet til kommunens helse- og omsorgstjenester og/eller at de har en spesifikk rolle i prosjektet som har mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet. Som det går frem av figuren under, er et klart flertall av respondentene *helt enige* i at modellen har bidratt til en mer systematisk fag- og kvalitetsutvikling knyttet til ernæringsarbeid. Ingen av respondentene er uenige i denne påstanden.

Respondentene ble også bedt om å beskrive hvilken betydning det å få tilskudd til modellutvikling har hatt for kommunens systematiske ernæringsarbeid, og for fag- og kvalitetsutviklingen relatert til dette arbeidet. 68 respondenter svarte på dette spørsmålet, og disse inkluderer representanter for alle de ti prosjektene. Mange av disse viser til at tilskuddet har hatt stor betydning for det systematiske ernæringsarbeidet, og at tilgangen til klinisk ernæringsfysiolog har vært svært viktig for å øke kompetansen og rette oppmerksomhet mot viktigheten av ernæring:

- Respondenter fra flere av kommunene viser til at **ansettelse av klinisk ernæringsfysiolog** har vært avhengig av tilskuddsmidler, og viser til at det å ha tilgang til klinisk ernæringsfysiolog har hatt svært stor betydning for både utvikling av **system og rutiner**, **kompetanseutvikling** samt det at det har blitt rettet **oppmerksomhet** mot viktigheten av ernæring i tjenestene.
- Flere viser til at prosjektet har bidratt til å **synliggjøre verdien** av å ha tilgang til klinisk ernæringsfysiolog, og den kompetansen denne faggruppen har.
- Tilgang til **ernæringsfaglig kunnskap** fremheves av flere som viktig for å kunne arbeide systematisk med ernæring.
- Flere viser til at prosjektet har ført til tettere **samhandling** mellom ulike tjenester, og felles **møtearenaer** der ernæring er tema.
- Prosjektmidler/tilskudd fremheves av flere som en forutsetning for å sette i gang **utviklingsarbeid** og prøve ut nye måter å jobbe på.
- En respondent fra Fosenregionen viser konkret til at det er utarbeidet en regional **ernæringsstrategi** for de tre kommunene, og at denne ligger i grunn for et godt ernæringsarbeid.
- En respondent fra en av kommunene som har jobbet med klinisk ernæringsfysiolog som ressurs som hjemmeboende, peker på at det primært har vært fokus på **individuell ernæringsoppfølging**, og i mindre grad systemarbeid. Samtidig bemerkes det at **samarbeid med, og undervisning** for, hjemmesykepleien har bidratt til et økende fokus på ernæring/systematisk ernæringsarbeid.

Mange av respondentene viser til viktigheten av nettopp det å ha klinisk ernæringsfysiolog tilgjengelig, for å rette oppmerksomhet mot ernæring og jobbe systematisk med temaet. Dette kommer også til syne i flere av kommentarene fra respondenter i Nes kommune, der prosjektet er avsluttet og det opplyses at kommunen ikke lenger har tilgang på klinisk ernæringsfysiolog. Flere viser til at det ble jobbet godt, også med systemarbeid, så lenge kommunen hadde tilgang på klinisk ernæringsfysiolog, men at man allerede etter kort tid uten tilgang på denne ressursen ser at man har «falt tilbake til gamle mønstre og mindre oppfølging.» Det systematiske ernæringsarbeidet synes med andre ord å være avhengig av tilstedeværelsen av klinisk ernæringsfysiolog.

«Uten tilskudd ville ikke kommunen kunne tatt seg råd til å engasjere klinisk ernæringsfysiolog.»

(Kommunalsjef i en kommune som har jobbet med Modell 1)

I avsnittene under er ulike sider ved det systematiske ernæringsarbeidet nærmere omtalt.

4.2.1 Politisk forankring og utvikling av planer og strategier for arbeidet med ernæring

Enkelte av kommunene viser i rapportering til Helsedirektoratet spesifikt til involvering av politisk nivå i kommunen i forbindelse med utviklingsarbeidet. Dette gjelder blant annet Bærum kommune, der behovet for ressurser og kompetanse, samt viktigheten av en egen ernæringsstrategi, opplyses å ha blitt vektlagt

overfor hovedutvalg for bistand og omsorg. Det har i forlengelsen av dette, i november 2022, blitt besluttet fra politisk nivå å ansette flere kliniske ernæringsfysiologer i kommunen. Også fra Fosenregionen fremheves det at prosjektet er godt forankret både på administrativt og politisk nivå.

I spørreundersøkelsen som er gjennomført, ble det stilt spørsmål om hvorvidt modellutviklingen har bidratt til at ernæringsarbeidet i større grad enn før er politisk forankret i kommunens folkevalgte organer [17]. Som figuren under viser, svarer litt over halvparten av respondentene at dette helt eller delvis er tilfelle, mens det også er en betydelig andel som enten svarer «nei» eller «vet ikke».

Det er grunn til å presisere at det kan være flere årsaker til at respondentene svarer «nei» på dette spørsmålet. I enkelte tilfeller vil dette kunne være fordi ernæringsarbeidet allerede er tydelig forankret i kommunens folkevalgte organer, og prosjektet ikke har bidratt til noen endring. Vi ser imidlertid at respondentene i enkelte kommuner gjennomgående svarer «ja» eller «delvis» på dette spørsmålet. Dette gjelder Bærum kommune og Kvam/Voss [18]. I andre kommuner er det større variasjon i svarene.

De samme respondentene fikk også spørsmål om hvorvidt modellutviklingsprosjektet har bidratt til at kommunen i større grad enn før har planer og/eller strategier for arbeidet med ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Et klart flertall av respondentene (til sammen 85 %) svarer at dette helt eller delvis er tilfelle. Kun seks prosent svarer at prosjektet ikke har bidratt til økt grad av planer eller strategier.

Det var fire respondenter som svarte «nei» på spørsmålet. Disse er fordelt på fire ulike kommuner der andre respondenter svarer «ja» på det samme spørsmålet. Dette kan indikere at det er ulikt hvor godt respondentene er kjent med prosesser knyttet til utvikling av planer og strategier, heller enn at det er enkeltkommuner der modellutviklingen ikke har bidratt til utvikling av planer og strategier på området.

Fra to av kommunene som har arbeidet med prosjekter innenfor Modell 1, vises det gjennom intervju og svar i spørreundersøkelsen spesifikt til arbeid med utarbeidelse av ernæringsplaner eller -strategier.

I Fosen opplyses det gjennom intervju at det er utarbeidet en regional ernæringsplan som legges frem på månedlige møter i tjenestene. I Alta har det også blitt utarbeidet en overordnet plan for ernæringsarbeid som skal gjelde alle helse- og omsorgstjenestene. I intervju blir det opplyst at denne skal ut på høring og deretter forankres politisk. Det blir videre vist til at man i Alta har fått tilbakemelding fra fagansvarlige i de ulike tjenestene om at det også er behov for en egen strategi for hvordan ulike tjenester spesifikt skal jobbe med ernæring. Med bakgrunn i disse innspillene skal det gjennomføres en workshop med virksomhetslederne for å kartlegge de ulike tjenestenes behov.

Også fra Bærum kommune, som har utviklet det vi i [kapittel 3](#) omtaler som «Modell 4», går det frem av rapportering til Helsedirektoratet og intervjuer at det skal utarbeides en langsiktig strategi for hvordan det kan jobbes systematisk og målrettet med ernæring i årene som kommer.

4.2.2 Prosedyrer og rutiner på ernæringsområdet

Innenfor flere av modellene har det vært prioritert å utarbeide og oppdatere eksisterende rutiner og prosedyrer knyttet til ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Dette har vært en sentral del av nesten alle de utviklede modellene. Modellen som skiller seg ut fra de andre, er klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter. I disse prosjektene har det i mindre grad vært vektlagt som en del av modellen å utarbeide prosedyrer og rutiner knyttet til ernæringsarbeidet. Fokuset i disse modellene har vært å fungere som rådgiver og gjennomføre direkte pasientkonsultasjoner. Fra Ringsaker

kommune blir det imidlertid opplyst i rapportering til Helsedirektoratet at det etter initiativ fra legesenteret og klinisk ernæringsfysiolog er satt ned en ressursgruppe i Ringsaker kommune som jobber med å forebygge overvekt hos personer med utviklingshemming og de som bor i boliger. Klinisk ernæringsfysiolog er en del av denne gruppen, som har jobbet med å lage nye rutiner og skjema i EQS (Extend Quality System) [19]. En respondent fra Ringsaker kommune fremhever gjennom spørreundersøkelsen at utarbeidelse av nye systemer og skjemaer innen feltet har vært et viktig resultat av prosjektet.

Det er også viktig å presisere at det gjennom evalueringen ikke er undersøkt spesifikt hvorvidt disse kommunene allerede har rutiner og prosedyrer på ernæringsområdet, som benyttes aktivt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I Oslo kommune, Sagene bydel, har det vært ansatt klinisk ernæringsfysiolog også før tildelingen av prosjektmidler til modellutvikling. Dette i motsetning til flere av de andre kommunene, der klinisk ernæringsfysiolog har blitt ansatt som en del av modellutviklingen, og kommunene ikke tidligere har hatt tilgang til denne fagkompetansen.

Det har vært noe ulik tilnærming i utarbeidelse av rutiner og prosedyrer i de ulike modellene. I noen prosjekter er det utarbeidet generelle prosedyrer og rutiner for ernæringsarbeidet i flere av tjenestene i kommunene, mens det i andre prosjekter har blitt utarbeidet mer spesifikke rutiner som er rettet mot en spesifikk tjeneste eller oppgave. I intervjuer i Bærum kommune blir det for eksempel vist til at det er utarbeidet ulike rutiner for vurdering av risiko for underernæring for helsehusene og sykehjemmene, ut ifra hva som fungerer best med hensyn til måten de arbeider på. Det vises til at på Helsehusene er det ikke lagt opp til at det er primærkontakt/sykepleier som gjennomfører denne risikovurderingen, men derimot den som er ansvarlig for innkomst av pasienten. I innkomstrutinene er det derfor lagt inn spørsmål om ernæring (MST-skjema). På sykehjem er det derimot primærsykepleieren sitt ansvar å gjennomføre vurderingen.

I modellene som har hjemmeboende eldre som sin primære målgruppe, har man sett fordeler med å utarbeide prosedyrer som er spesifikt tilpasset hjemmetjenesten. I Nordre Follo kommer det frem i intervju med representanter for en utvalgt enhet at de tidligere hadde en generell prosedyre for ernæring på tvers av helse- og omsorgstjenestene, men at de ser fordelene med at det nå har blitt utarbeidet en rutine som er mer tilpasset arbeidet som utføres i hjemmetjenesten. Selv om det har vært noe ulik tilnærming til utarbeidelse av planer og rutiner, har alle modellene utenom de som har vært knyttet til legesenter (Modell 3), arbeidet med implementering av Malnutrition Screening Tool (MST) i tjenestene [20].

I spørreundersøkelsen skriver en respondent fra Alta kommune følgende om arbeidet med utvikling av system og rutiner:

«En arbeidsgruppe i prosjektet har jobbet med utbedring av rutiner, prosedyrer iht. systematisk ernæringsarbeid samt verktøy og struktur i journalsystem for å sikre at kommunen jobber i tråd med nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelser for ansattgrupper som skal sikre en fornuftig arbeidsfordeling av kartlegging, tiltak og vurdering ved ernæringsutfordringer. Dette skal inn i en lokal ernæringsstrategi for Alta kommune. Vi ser på mulighetene for hvordan fagansvarlige og etterhvert ernæringskontakter kan bruke Profil mer aktivt for å kvalitetssikre at pasienter blir risikovurdert og eventuelle ernæringsplaner følges opp. Kef har vært i kontakt med andre kommunale kefer for innspill til hvordan dette kan gjøres i praksis.»

I intervjuer med kliniske ernæringsfysiologer i de ulike modellene opplyser flere at det var varierende hvor gode ernæringsrutiner det var i de ulike helse- og omsorgstjenestene fra før. De kliniske ernæringsfysiologene forteller videre at de har laget rutiner for å implementere MST i tjenestene, men at det varierer i hvor stor grad de opplever at tjenestene har tatt i bruk verktøyet. Noen peker på at det er personavhengig hvor godt det blir implementert, samt avhengig av engasjementet for ernæringsarbeidet blant lederne og de ansatte. Det blir vist til at klinisk ernæringsfysiolog er avhengig av at det er etablert en

ordning med fagsykepleiere eller andre nøkkelpersoner som tar ansvar for å videreføre rutinene blant alle ansatte. I Nordre Follo opplyses det for eksempel at MST raskt ble lagt inn i rutinene, men at det har vært observert en viss mangel på systematikk når det gjelder bruk av verktøyet i tjenestene.

Respondentene i spørreundersøkelsen fikk spørsmål om modellutviklingsprosjektet har bidratt til at kommunen i større grad enn før har skriftlige system og rutiner for arbeidet med ernæring i helse- og omsorgstjenesten [21]. Figuren under viser at et flertall (66 prosent) svarer «ja» på dette spørsmålet. I tillegg svarer mer enn en fjerdedel av respondentene at dette *delvis* er tilfelle. Kun en svært liten andel på én prosent [22] svarer at modellutviklingen ikke har bidratt til at kommunen i større grad enn før har skriftlige system og rutiner på området.

Respondentene i spørreundersøkelsen [23] fikk også spørsmål om modellutviklingen har bidratt til at kommunens arbeid med ernæring blir bedre dokumentert enn tidligere. Som det går frem av figuren under, svarer et flertall (64 prosent) «ja» også på dette spørsmålet, i tillegg til at 29 prosent svarer at dette *delvis* er tilfelle. Ingen svarer «nei» på spørsmålet.

4.2.3 Monitorering av ernæringsarbeidet og måling av endring

Gjennom spørreundersøkelsen som er gjennomført, kommer det frem at de fleste prosjektene har fulgt med på IPLOS (Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk) og KPR registreringer [24] for å monitorere arbeidet med ernæring og vurdere måloppnåelse.

Fra Alta blir det for eksempel vist til at det blir gjennomført halvårlig monitorering av MST-screening og andre tiltak knyttet til ernæringscreeningen i tjenestene. Det opplyses at klinisk ernæringsfysiolog henter ut relevant rapportering og presenterer dette for ledelsen.

I rapportering til Helsedirektoratet fra Nes kommune [25] beskriver de at kvalitetsindikatoren «Oppfølging av risiko for underernæring hos hjemmeboende» basert på Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser at kommunen har hatt god utvikling på å gjennomføre og dokumentere risikovurderinger. De viser til at andelen registrerte vurderinger i kommunen økte fra 4,5 % i 2020 til 42,3 % i 2022.

Også fra Tromsø vises det til at det er etablert systemer for måling av utvikling på området. Klinisk ernæringsfysiolog har etablert en rutine som innebærer at alle ledere i helse- og omsorgstjenestene skal rapportere årlig på kvalitetsindikatorer og sende inn tall på antall kartlegginger. Det bemerkes i intervju at dette initiativet har ført til at flere ledere nå fokuserer på å skape en kultur for ernæringskartlegging i tjenestene. Selv om sykehjemmene tidligere har hatt internrapportering, har det ikke vært like systematisk, og det har vært etterspurt blant ledere i andre tjenester også. Klinisk ernæringsfysiolog opplyser at det er planer om å lage en rapport og oppsummering av resultatene i de ulike tjenestene, som de kan bruke videre.

I prosjektene som har prøvd ut klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter vises det ikke til spesifikke metoder for monitorering, ut over dokumentasjon i pasientjournal. Fra et av prosjektene vises det likevel til at det er gjennomført flere ernæringskonsultasjoner ved legekontoret enn før prosjektet.

I enkelte prosjekter er det også gjennomført spørreundersøkelser rettet mot ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene, for å kartlegge kunnskap, holdninger og barrierer knyttet til ernæringsarbeidet. Det kommer frem av fritekstsvaret i spørreundersøkelsen som er gjennomført at det i Alta er planlagt at det

samme spørreskjemaer vil bli sendt ut våren 2025, og at resultatene skal brukes for å måle resultater av prosjektet. I andre tilfeller, for eksempel Bærum, er ikke evaluator kjent med om tilsvarende undersøkelse planlegges gjennomført på nytt for å måle endring.

[17] Spørsmålet ble kun stilt til respondenter som svarte at de har en lederstilling i kommunen, som innebærer ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester, eller at de har hatt en spesifikk rolle i modellutviklingsprosjektet.

[18] Heller ikke i Nes kommune eller Oslo (Sagene bydel) er det noen som svarer «nei», men her er det også enkelte som svarer «vet ikke».

[19] EQS er kommunens kvalitetssystem.

[20] Helsedirektoratet anbefaler bruk av verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool) for vurdering av risiko for underernæring i norsk helse- og omsorgstjeneste. Verktøyet MST består av to spørsmål, ett om endring i vekt og ett om endring i matinntak. [For å vurdere risiko for underernæring anbefales verktøyet MST \(Malnutrition Screening Tool\) - Helsedirektoratet](#)

[21] Spørsmålet ble kun stilt til respondenter som svarte at de har en lederstilling i kommunen, som innebærer ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester, eller at de har hatt en spesifikk rolle i modellutviklingsprosjektet.

[22] Tilsvarende én respondent.

[23] Spørsmålet ble kun stilt til respondenter som svarte at de har en lederstilling i kommunen, som innebærer ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester, eller at de har hatt en spesifikk rolle i modellutviklingsprosjektet.

[24] KPR står for kommunalt pasient- og brukerregister, og inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Kilde: Folkehelseinstituttet (FHI)

[25] Nes kommune: Rapportering til Helsedirektoratet 2023

Styrking av ernæringsfaglig kompetanse

Et sentralt formål med tilskuddsordningen har vært å bidra til økt kunnskap og kompetanse om ernæring og ernæringsarbeid i kommunen. I spørreundersøkelsen fikk derfor alle respondentene spørsmål om hvorvidt prosjektet har bidratt til økt kompetanse om ernæring blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene generelt. Som det går frem av figuren under, mener et klart flertall av respondentene (til sammen 90 %) at dette enten «i stor grad» eller «i noen grad» er tilfelle.

Som omtalt i [kapittel 1.4.3](#) er det stor variasjon mellom de ulike prosjektene både når det gjelder hvem som har svart på spørreundersøkelsen, og hvor mange som har svart. Vi merker oss også at tre av fire av de som har svart «i liten grad» på spørsmålet over [26], representerer en kommune der spørreundersøkelsen har blitt distribuert relativt bredt, og de aktuelle respondentene har ingen rolle inn mot selve prosjektet med modellutvikling, og er heller ikke kjent med prosjektet. Ut over dette er det ikke mulig å se systematiske forskjeller i svarene mellom de ulike prosjektene. Alle prosjektene er representert både blant respondenter som har svart «i stor grad» og «i noen grad», og respondenter med og uten spesifikke roller i prosjektet er

relativt jevnt fordelt på disse to svaralternativene. Svarene indikerer med andre ord at modellutviklingen generelt har bidratt til økt kompetanse om ernæring, selv om det – som vi kommer nærmere inn på under- i ulik grad og på ulikt vis er jobbet konkret med kompetansehevende tiltak i prosjektene.

I spørreundersøkelsen ble i tillegg de som hadde svart at de var for eksempel helsepersonell, kjøkkenpersonell, mellomledere eller leger spurt i hvilken grad de selv opplever å ha fått økt kompetanse om ernæring som følge av prosjektet. Som det går frem av figuren under, svarer til sammen 81 prosent av respondentene at dette enten «i stor grad» eller «i noen grad» er tilfelle.

Svarfordelingen skiller seg noe fra spørsmålet som omhandlet økt kompetanse i tjenestene generelt, ved at en noe mindre andel svarer «i stor grad» og en noe større andel opplever at kompetansen ikke er bedret. Respondentene som svarte enten «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt» er fordelt på fire av prosjektene som enten har jobbet med «Modell 1» eller «Modell 2» i henhold til kategoriseringen i kapittel 3 [27]. Med unntak av en person som oppgir å være helsepersonell med spesifikt ansvar for ernæring, er alle som har valgt disse svaralternativene enten enhetsledere eller avdelingsledere innenfor helse og omsorg, og de oppgir i all hovedsak at de verken har noen rolle i prosjektet eller er kjent med kommunens arbeid med modellutvikling [28]. Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å slå fast om disse respondentene opplever å ha god kompetanse om ernæring fra før, og om dette eventuelt er en årsak til at de mener prosjektet ikke har bidratt til bedre kompetanse på området. Det er ikke noe systematisk skille mellom hvilke respondenter som har svart «i stor grad» og hvilke som har svart «i noen grad».

Respondentene som svarte at de enten «i stor grad» eller «i noen grad» opplever at de selv har fått økt kompetanse om ernæring, fikk et oppfølgingsspørsmål om å utdype hvilke tiltak som har bidratt til økt kompetanse. De 62 respondentene dette gjelder peker i hovedsak på følgende typer tiltak:

- Tilgang på klinisk ernæringsfysiolog for **rådgivning, henvisning og konferering**
- **Ernæringsgrupper og ernæringskontakter** på avdelingen
- **Tilpasning av eksisterende rutiner** for å passe bedre til de spesifikke tjenestene
- Regelmessige **tverrfaglige møter** for å diskutere pasientsituasjoner og ernæringsarbeid
- **Opplæring i spesifikke prosedyrer**, som IPLOS tall for ernæring og MST kartleggingsskjema
- Undervisning fra KEF på **fagmøter og internundervisning**

«1. Hatt klinisk ernæringsfysiolog på undervisning på alle avdelinger i hjemmesykepleien.

2. Utarbeidet en ny spesifisert prosedyre rettet mot hjemmeboende.

3. Hatt gjennomgang av hvordan vi skal fylle ut IPLOS tall for ernæring.

4. Opprettet eget team med alle ansatte i hjemmesykepleien og KEF som gjør at tilgangen til KEF er lettere.»

(Helsepersonell i Nes kommune om hvilke tiltak som har bidratt til økt kompetanse om ernæring)

En respondent fra Nes kommune, som ikke har noen spesifikk rolle i prosjektet, peker på flere konkrete tiltak som har bidratt til økt kompetanse. Herunder både undervisning på alle avdelinger i hjemmesykepleien, ny spesifisert prosedyre, opplæring i IPLOS-registrering og etablering av et team der klinisk ernæringsfysiolog deltar og er tilgjengelig.

I spørreundersøkelsen ble det også stilt et mer overordnet spørsmål om hvorvidt modellen som er utviklet har bidratt til økt kompetanse om ernæring og ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten i kommunen [29]. Respondentene ble bedt om å ta stilling til en påstand, og som det går fram av figuren under, er et klart flertall «helt enig» i at modellen har bidratt til økt kunnskap og kompetanse om ernæring og

ernæringsarbeid. Innenfor de ulike prosjektene varierer det hvorvidt respondentene har svart at de er «helt enig» eller «litt enig» i påstanden. Unntakene er Kvam/Voss og Nes, der samtlige respondenter har svart at de er helt enige [30].

4.3.1 Kartlegging av ernæringskompetansen i tjenestene

Som en del av oppstarten i flere av prosjektene som har utviklet modeller for bruk av klinisk ernæringsfysiolog som kommer inn under Modell 1 eller Modell 2, ble det gjennomført en kartlegging av den eksisterende ernæringskompetansen og kunnskapen i pleie- og omsorgstjenestene. I alle prosjektkommunene hvor det ble gjennomført en kartlegging så man at det var et stort behov for mer kompetanse knyttet til ernæringsarbeidet, og behov for systematisering av arbeidet rundt ernæring (opplæring, rutiner m.m.). I noen av prosjektene la resultatene fra kartleggingen grunnlaget for prioritering av arbeidsoppgaver i prosjektets fremdriftsplan. På evalueringstidspunktet har ikke prosjektkommunene som gjennomførte kartlegging i oppstarten gjennomført nye kartlegginger, og kan dermed ikke dokumentere eventuelle endringer i kompetansen. Som det går frem over, er det imidlertid en generell oppfatning av at modellutviklingen har bidratt til økt ernæringsfaglig kompetanse. Også i intervju gir flere av de kliniske ernæringsfysiologene som har gjennomført kompetansehevende tiltak uttrykk for en oppfatning av at den generelle ernæringskompetansen har økt i prosjektkommunene.

4.3.2 Kompetansehevende tiltak

Nedenfor følger en beskrivelse av ulike kompetansehevende tiltak som er gjennomført i prosjektene som har mottatt tilskudd.

Fagdager

I de fleste kommunene som jobber med prosjekter som kommer inn under Modell 1, Modell 2 samt Modell 4 opplyses det at klinisk ernæringsfysiolog har arrangert fagdag om ernæring og ernæringsarbeid for å skape diskusjoner og engasjement rundt ernæringsarbeidet. Flere opplyser om at de har prøvd å arrangere fagdage på tidspunkter hvor tjenestene allerede har satt av tid til kompetanseheving. Flere av de kliniske ernæringsfysiologene peker samtidig på at det er utfordrende å samle mange ansatte samtidig, da dette går ut over bemanningen i tjenestene i tillegg til at ansatte har ulik turnus og dermed er tilgjengelig på ulike tider. I Kvam og Voss opplyses det at det ble brukt tilskuddsmidler til å frikjøpe ernæringskontakter og matverter for å få tid til fagdagen. Det blir vist til at det er ønskelig å arrangere fagdagen jevnlig, men at det er vanskelig å finansiere dette uten prosjektmidler.

I intervjuer med utvalgte enheter i tre av prosjektkommunene, blir det pekt på at fagdag har vært et positivt kompetansehevende tiltak, men samtidig påpekes viktigheten av å følge opp ernæringsarbeidet i etterkant av fagdage. Fra ansatte i tjenestene blir det vist til at endret praksis og implementering av nye system og rutiner krever kontinuerlig arbeid over tid, for at de ansatte skal bli trygge på nye prosedyrer og kartleggingsrutiner.

Internundervisning til ansatte i helse- og omsorgstjenestene

Det har blitt gjennomført internundervisning i ulik grad i alle prosjektkommunene. I prosjektkommunene som har arbeidet systematisk i store deler av helse- og omsorgstjenesten (Modell 1) begynte man med et systematisk arbeid for å gjennomføre internundervisning i alle de ulike tjenestene. Modell 2 har primært

hatt undervisning for ansatte i hjemmetjenesten, Modell 3 har hatt internundervisning på legesenteret, og i Modell 4 har de hatt undervisning primært på helsehusene, men også vært noe på sykehjemmene i kommunen.

I flere prosjekter har det også vært lagt inn kompetanseheving i turnusplanene for å arrangere faglunsjer og internundervisning. I starten ble det rettet oppmerksomhet mot implementering av nye oppdaterte rutiner, og mange kliniske ernæringsfysiologer beskriver at de fokuserte på MST-kartlegging i de ulike tjenestene. Etter hvert ble strukturen på kompetansehevingen mer pasientrettet i de ulike prosjektene, med fokus på konkrete pasienter og deres ernæringsbehov, ettersom klinisk ernæringsfysiolog så at ansatte fikk godt utbytte av å ta opp reelle pasientsituasjoner.

Flere av de kliniske ernæringsfysiologene bemerker i intervju at de har erfart at ernæringsarbeidet er veldig personavhengig, og peker på at de har vært avhengig av personlig engasjement fra leder og de ansatte i tjenestene, for å få gjennomført kompetanseheving i tjenestene. Flere viser til at de har hatt internundervisning i tjenester hvor det har blitt etterspurt, og at de derfor har vært mer til stede i enkelte tjenester enn i andre. Det blir påpekt at de kliniske ernæringsfysiologene i modellene som har arbeidet overordnet og systematisk ut mot store deler av helse- og omsorgstjenesten, har tilstrebet å være innom de fleste tjenestene i kommunen, men at tjenestene i ulik grad har prioritert kompetanseheving på dette området.

I modellene hvor klinisk ernæringsfysiolog har vært ressurs på legesenter har klinisk ernæringsfysiolog som nevnt over gjennomført internundervisning for ansatte på legesenteret, i tillegg har klinisk ernæringsfysiolog i Ringsaker gjennomført undervisning rettet mot ansatte som arbeider i tilrettelagte boliger i kommunen.

Kompetansepakker

Enkelte av prosjektene har utviklet kompetansepakker for ulike roller og stillinger innenfor ernæringsarbeidet. Dette blir spesifikt nevnt i Alta, Kvam/Voss og Bærum. En klinisk ernæringsfysiolog kommenterer i intervju at de har erfart i arbeidet med kompetansepakkene at det hadde vært nyttig med tydeligere føringer fra Helsedirektoratet om hva slags kompetansepakker en skal gjennom i kommunene. De opplever at det er uheldig at hver kommune skal lage sine egne kompetansepakker.

I Alta har man startet et arbeid med å utvikle kompetansepakker for alle ansatte i pleie og omsorgstjenestene i kommunen og for de ulike funksjonene inn i ernæringsarbeidet. Målet er at alle ansatte skal ha en basiskompetanse på ernæring. Helsepersonell som jobber pasientrettet, skal ha kunnskap om hvordan fange opp behov og gi målrettet ernæringsbehandling. Ernæringskontakter og fagansvarlige vil få utdypende ernæringskunnskap med eksempelvis simulering som holdes av klinisk ernæringsfysiolog.

Et eksempel på utviklede kompetansepakker, hvor også funksjonsbeskrivelser blir definert:

- Kompetansepakke 1: For alle ansatte uansett funksjon (basisopplæring i ernæring).
- Kompetansepakke 2 er utviklet for de som jobber pasientrettet.
- Kompetansepakke 3 er utviklet for fagansvarlige og ernæringspersonell.

I Bærum har det blitt utarbeidet en kompetansepakke for matvertene der matvertene kommer til de kliniske ernæringsfysiologene for opplæring med faste intervall. Klinisk ernæringsfysiolog holder oversikt over hvem som bør på kurs, kaller inn, osv. I Bærum har man også laget et hefte som kan brukes som et oppslagsverk. I forbindelse med utarbeidelsen av kompetansepakker kommenteres det at klinisk ernæringsfysiolog har sett hen til relevant pensum som benyttes av en fagskole.

Undervisning rettet mot eldre i kommunen

Modellen som er blitt utviklet i Nordre Follo har hatt fokus på forebyggende arbeid rettet mot eldre i kommunen. Som et ledd i det forebyggende arbeidet har klinisk ernæringsfysiolog reist ut i kommunen og holdt foredrag for eldre på eksempelvis arenaer som seniormessen, frokostgrupper osv. Her har klinisk ernæringsfysiolog blant annet informert om hvordan man kan bedre sin egen ernæringsstatus hjemme, før det er behov for andre tjenester. Klinisk ernæringsfysiolog har også laget en brosjyre som inneholder informasjon om kommunens mattilbud, som eksempelvis hjemlevering av mat, og ulike ernæringsråd. Denne brosjyren har blitt delt ut på flere arenaer, som eksempelvis seniorsenteret, seniormesse og korttidsavdelinger. Klinisk ernæringsfysiolog er også i gang med et arbeid om å etablere en ernæringsseksjon på kommunens hjemmesider hvor det blir samlet informasjon om hjembestilling av mat, seniorsentrene, klinisk ernæringsfysiolog og generelle kostholdsråd.

I Alta har det blitt gjennomført undervisning gjennom pårørendeskolen, i regi av demensorganisasjonen. I tilknytning til disse undervisningsøkterne har det blitt tatt opp ulike tema. Det har også blitt holdt undervisning for pårørende til personer som bor i tilrettelagt bolig. I Kvam og Voss har også klinisk ernæringsfysiolog deltatt på seniorsamlinger, pårørendeskolen og kaffetreff for pårørende, samt andre frivillige tiltak. De peker på at dette er viktige arenaer for å treffe eldre og pårørende med tanke på å arbeide forebyggende. Også i i Kvam og Voss er det utviklet en brosjyre som har blitt delt ut.

Veiledning i enkeltsaker som kompetansehevende tiltak

I spørreundersøkelsen peker flere respondenter på nytten av veiledning i enkeltsaker, som et ledd i arbeidet med å øke kompetansen. En enhetsleder innenfor helse og omsorg i en kommune som har jobbet med et prosjekt innenfor Modell 1, fremhever at en viktig styrke med den valgte modellen er at den inkluderer en stor del av personellet som til daglig er rundt pasientene. Dette personellet får opplæring sånn at de kan følge opp pasientene med hensyn til ernæring. Samtidig kommenterer vedkommende at en svakhet kan være at man tidvis står i situasjoner der man trenger mer enn den grunnleggende opplæringen for å følge opp pasienten på en god måte. Da kan man trenge direkte veiledning i den konkrete saken, og respondenter er usikker på om modellen kommunen har valgt legger opp til at klinisk ernæringsfysiolog kan benyttes som veileder i forhold til ernæringsarbeid i enkeltsaker.

«Usikker på om ernæringsfysiologen nyttes i pasientnært arbeid, det jobbes mest strategisk. Noen ganger trenger man veiledning i forhold til ernæringsarbeid helt ned på enkeltpasienter. Det er jeg usikker på om modellen bidrar til.»

(Enhetsleder innenfor pleie og omsorg i en kommune som har jobbet med Modell 1)

I andre prosjekter vises det til at klinisk ernæringsfysiolog i tillegg til systemarbeidet og de felles kompetansehevende tiltakene, har vært tilgjengelig for råd og veiledning ved behov. Dette fremheves av flere som et viktig bidrag for å heve kompetansen hos ansatte i tjenestene.

Det har i flere av prosjektene blitt identifisert et behov for å arbeide mer rådgivende og veiledende i konkrete pasientsaker enn det man egentlig hadde planlagt i prosjektet. Flere av de kliniske ernæringsfysiologene viser i intervju til at det var flere grunner til dette, blant annet:

- Flere av tjenestene henvendte seg til klinisk ernæringsfysiolog med pasienter med kompliserte ernæringsutfordringer, hvor ansatte hadde behov for konkrete råd i oppfølgingen av pasienten.
- Det ble identifisert et behov for å hjelpe ansatte med å tilpasse ernæringsplaner og tiltak til pasientene i etterkant av at det var blitt gjennomført en ernæringscreening. Dette kunne eksempelvis være råd om måter å berike maten på, til pasienter som hadde risiko for underernæring.

- Tjenestene og ansatte har opplyst å ha stort læringsutbytte av å få konkrete råd og veiledning, men også av å ha diskusjoner om behandlingen av enkeltpasienter.
- Veiledning i enkeltsaker, og i noen tilfeller også behandling av enkeltpasienter, gjorde klinisk ernæringsfysiolog oppmerksom på hvilke problemstillinger man stod overfor i tjenesten, noe som ble brukt videre i det systematiske arbeidet.

4.3.3 Ernæringskontakter på ulike avdelinger

Alle prosjektene som har brukt klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for store deler av helse- og omsorgstjenesten, har arbeidet med å etablere ernæringskontakter i de ulike tjenestene i kommunen. Ernæringskontaktene har hatt et ekstra ansvar for ernæringsarbeidet og oppfølgingen på sin egen avdeling eller tjeneste. I noen av prosjektene har klinisk ernæringsfysiolog også lagt til rette for at ernæringskontaktene kan møtes på tvers av avdelinger og tjenester for å dele erfaringer og diskutere pasientcaser. Det har vært ønskelig at ernæringskontaktene skal ta et ekstra ansvar for at prosedyrer og rutiner blir fulgt i avdelingene, og de har et ekstra ansvar for å opprettholde fokus på ernæringsarbeidet på avdelingen. Flere kliniske ernæringsfysiologer peker samtidig på at det er varierende om det har blitt etablert ernæringskontakter i alle avdelinger eller tjenester, og peker på at det blant annet skyldtes at det ikke alltid har vært tilgjengelig ressurser for det, og at det blant ledere ikke alltid har vært et tilstrekkelig engasjement for å opprette denne rollen.

Også i modellen hvor klinisk ernæringsfysiolog er brukt som ressurs mot hjemmeboende eldre i Nes kommune, opprettet og ledet klinisk ernæringsfysiolog et ernæringsnettverk bestående av ernæringskontakter fra alle avdelinger. Ernæringskontaktene fikk et spesielt ansvar for ernæringsarbeidet på sin avdeling.

I Ringsaker kommune ble det, etter initiativ fra legesenteret og klinisk ernæringsfysiolog, opprettet en ressursgruppe som jobber med å forebygge overvekt hos personer med utviklingshemming og de som bor i tilrettelagte boliger. I dette arbeidet er det blitt utnevnt ernæringskontakter i boligene, og det har blitt arrangert en felles samling for disse.

[26] Det er til sammen fire respondenter som har valgt dette svaralternativet.

[27] Det er i denne forbindelse viktig å være oppmerksom på at det i tilknytning til øvrige modeller er til dels svært få respondenter, og at disse dels har roller som har medført at de ikke har fått dette spørsmålet.

[28] Det er til sammen ti personer som har svart enten «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt».

[29] Spørsmålet ble stilt til respondenter som opplyste å ha en spesifikk rolle i prosjektet, eller som hadde en lederfunksjon og var kjent med modellutviklingen.

[30] Med unntak av én respondent fra Nes kommune som svarer «nøytral».

Matvertordning

I de fem modellene hvor klinisk ernæringsfysiolog har blitt brukt som ressurs i store deler av helse- og omsorgssektoren, samt i Bærum kommune, har en del av modellutviklingen gått ut på å etablere eller videreutvikle en rolle som har blitt kalt for enten matverter, husverter eller kostverter i helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Rollen som matvert/kostvert/husvert har ansvar for blant annet det å lage, bestille og servere mat i de ulike tjenestene. De lager tilpassede måltider til brukere og pasienter, og serverer maten på en appetittlig måte for å oppmuntre pasient og brukere til å spise. Ved etablering av disse rollene har det i de ulike prosjektene blitt arbeidet med å utarbeide eller forbedre rutiner rundt mat og måltider, gjennomført praktisk opplæring og kursing, og klinisk ernæringsfysiolog har hatt regelmessig oppfølging av matverter/kostverter/husverter.

I Alta blir det for eksempel opplyst i intervju at det allerede var etablert husverter i kommunen før oppstart av modellutviklingsprosjektet. Imidlertid hadde ikke husvertene en tydelig definert rolle, og de fikk ikke systematisk kompetanseheving. Klinisk ernæringsfysiolog har arbeidet med å systematisere husvertenes rolle og har hatt tett oppfølging av husvertene med faste møter hver måned. I intervju blir det kommentert at husvertene har gitt tilbakemelding på at dette arbeidet har ført til at de blir mer inkludert i ernæringsarbeidet på avdelingene der de arbeider.

Matvertene/husvertene/kostvertene jobber hovedsakelig på dagtid i ukedagene, og det blir opplyst i intervjuer med representanter for de aktuelle prosjektkommunene at denne rollen frigir ressurser i tjenesten, skaper rolige og appetittlige måltider og at kvaliteten på maten og matbestillingene har økt. En annen positiv effekt av å ha etablert matverter i tjenesten er at det i flere av tjenestene har ført til redusert matsvinn.

Oppsummering og vurdering

Evalueringen viser at representanter for samtlige prosjekter og modeller opplever at modellutviklingen har bidratt både til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet i kommunene samt øke den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig varierer det i hvilken grad prosjektene har hatt systemrettet arbeid og kompetanseheving som et hovedfokusområde, eller om dette har vært en mindre del av prosjektet. Særlig prosjekter i Modell 1 og Modell 4 har hatt systemarbeid og kompetanseheving som sine primære innsatsområder, mens prosjekter i Modell 3 i større grad har vært innrettet mot klinisk arbeid og pasientkonsultasjoner.

Selv om de fleste opplever at modellen de selv har jobbet med har bidratt til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet, og har bidratt til økt kompetanse, er det også til dels stor variasjon når det gjelder hvilke deler av helse- og omsorgstjenesten man har innrettet arbeidet mot, og hvor mange tjenesteområder og/eller tjenesteenheter som har vært omfattet av prosjektene. Innenfor Modell 1 har man jobbet med system og rutiner inn mot flere tjenester og tjenesteenheter innenfor helse- og omsorgstjenesten, og man har jobbet ut mot et betydelig antall ansatte med kompetansehevende tiltak. Det samme er tilfelle for Modell 4. Dersom man lykkes med dette arbeidet, vil det dermed kunne ha betydning for mange eldre mottakere av helse- og omsorgstjenester. På den annen side, hvis system og rutiner, eller ny kunnskap hos ansatte i tjenestene, ikke blir brukt i praksis, er det en risiko for at den enkeltes behov ikke blir ivarettatt i samsvar med tilskuddsordningens formål, og at arbeidet dermed har liten effekt for tjenestemottakerne. Det er derfor positivt at flere av kommunene har etablert systemer for monitorering av endringsarbeidet, slik at det er mulig å identifisere eventuelle tjenester der det er behov for ekstra oppfølging. I flere prosjekter er det også gjort endringer underveis, for å følge tjenestene tettere opp med hensyn til implementering av system og rutiner, kompetanseheving og involvering i oppfølging av enkeltpasienter. Samtidig merker vi oss også at det fra Nes kommune, der det blir opplyst at det har vært jobbet med tiltak for å styrke det systematiske ernæringsarbeidet, blir vist til at effektene av gjennomførte tiltak uteblir når man ikke lengre har tilgang til en klinisk ernæringsfysiolog som kan følge opp arbeidet. Dette er uheldig, og viser at endringsarbeid er utfordrende og krever innsats over tid, og også kan være sårbart og avhengig av den kliniske ernæringsfysiologens fortsatte tilstedeværelse.

I prosjektene knyttet til Modell 3 vises det til både økt kompetanse og styrket systematisk ernæringsarbeid. Samtidig har systemarbeidet og kompetansehevingen i disse tilfellene vært rettet mot relativt få ansatte i

helse- og omsorgstjenesten, og er dels avgrenset til leger og sykepleiere tilknyttet det aktuelle legesenteret. I tillegg er modellen primært innrettet mot at klinisk ernæringsfysiolog skal fungere som behandler og gjennomføre pasientkonsultasjoner. Pasientene på legesenteret, som får oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog, vil kunne få betydelig bedre oppfølging enn før med hensyn til ernæring. Samtidig er det etter vår vurdering en risiko ved modellen at antall pasienter/brukere som kan få oppfølging er direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiolog sin kapasitet, noe som kan virke begrensende på hvor mange i målgruppen som vil kunne ha nytte av dette tilbudet.

Deloitte mener at det er viktig å vurdere hvordan en begrenset ressurs i form av en heltids- eller deltidsstilling som klinisk ernæringsfysiolog best kan nå ut til flest mulig i målgruppen, og bidra til at flest mulig kan få en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger. I tilskuddsordningen er nettopp systemarbeid og kompetanseheving vektlagt som viktige innsatsområder for å lykkes med dette, i tråd med blant annet strategien *God og riktig mat hele livet* og omtalen av tilskuddsordningen i de årlige budsjettproposisjonene. Vi mener derfor at det er ting som taler for at modeller som vektlegger denne typen arbeid, og når ut til mange ansatte i helse- og omsorgstjenestene, som i neste omgang møter pasientene/brukerne, er en hensiktsmessig tilnærming. Samtidig ser vi at også klinisk ernæringsfysiolog på legesenter kan ha en stor verdi, og bidra direkte til at flere pasienter/brukere får en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger. I denne tilnærmingen kan man se mer umiddelbare effekter for brukerne/pasientene, men samtidig er man avhengig av tilstedeværelsen av klinisk ernæringsfysiolog, og kapasiteten til pasientkonsultasjoner avgrenses av stillingsressursen. Det å jobbe med å øke den ernæringsfaglige kompetansen hos mange ansatte, og etablere system og rutiner som legger til rette for at flere ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan bidra i risikovurderinger og oppfølging av brukere med ernæringsutfordringer, synes å være en tilnærming som er mindre personavhengig, og som dermed kan bidra til effekter over tid, uten å være avhengig av hvor stor ressurs klinisk ernæringsfysiolog som til enhver tid er tilgjengelig. Samtidig viser evalueringen at en ren systemtilnærming ikke nødvendigvis er tilstrekkelig, og at det både kan være behov for veiledning i enkeltsaker og i noen tilfeller også pasientkonsultasjoner.

Rådgivning, pasientoppfølging og tverrfaglig samarbeid

Flere av de systemrettede prosjektene har i løpet av prosjektperioden sett behov for å legge til rette for økt grad av veiledning av ansatte i tjenestene i pasientsaker. Alle prosjektene vektlegger tverrfaglig samarbeid, og mange viser til positive erfaringer med tverrfaglige samarbeidsfora der ernæring er tema. Samtidig er det tverrfaglige samarbeidet noe ulikt innrettet avhengig av hvilken modell det er snakk om.

Innledning

I tillegg til å bidra til å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og kompetansen i helse- og omsorgstjenesten, er det et sentralt formål med tilskuddsordningen og modellutviklingen å identifisere gode modeller for hvordan klinisk ernæringsfysiolog kan inngå i tverrfaglig samarbeid og samhandling i oppfølging av brukere og pasienter (Helsedirektoratet, 2021).

Under kriterier for måloppnåelse som er listet opp i regelverket for tilskuddsordningen, er det vist både til involvering av klinisk ernæringsfysiolog i kartlegging og behandling av brukere og pasienter, og tverrfaglig samarbeid og samhandling i oppfølging av brukere og pasienter. Også brukermedvirkning er vektlagt i regelverket for tilskuddsordningen, blant annet er det i forbindelse med en opplisting av eksempler på hva modellutviklingen skal bidra til/sikre, vist til «At brukere deltar i utforming av sine tjenester og involvering av pårørende styrkes».

I strategien *God og riktig mat hele livet* (HOD, 2021a), er både tverrfaglig samarbeid og klinisk ernæringsfysiologs rolle som veileder og samarbeidspartner fremhevet som viktig med hensyn til å fremme kunnskap og kompetanse om ernæring, i tillegg til at også bidrag i klinisk praksis nevnes blant aktuelle oppgaver for en klinisk ernæringsfysiolog. Som vist i [kapittel 4](#), er det også flere som i denne undersøkelsen påpeker viktigheten av det at klinisk ernæringsfysiolog er tilgjengelig som rådgiver og veileder, for å sikre god implementering av system og rutiner, for å bidra til kompetanseheving i tjenestene og i direkte oppfølging av pasient eller bruker.

I dette kapittelet går vi nærmere inn på klinisk ernæringsfysiolog sin rolle innenfor de ulike modellene som er utviklet, med fokus på rollen som rådgiver og veileder, involvering i direkte bruker- eller pasientkontakt, samt deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Vi kommer i denne forbindelse også nærmere inn på hvorvidt og hvordan det innenfor de ulike modellene har blitt jobbet med brukermedvirkning.

Klinisk ernæringsfysiolog i rollen som rådgiver og i direkte brukeroppfølging

5.2.1 Rollen som rådgiver og veileder overfor ansatte i tjenestene

Det har vært noe ulik tilnærming i modellene når det gjelder i hvilken grad det er tenkt at klinisk ernæringsfysiolog skal fungere som en rådgiver eller veileder for ansatte i pasient- og brukeroppfølgningen ute i tjenestene. I fem av prosjektene, som alle kommer inn under Modell 1, har det som et utgangspunkt vært tenkt at klinisk ernæringsfysiolog primært skal fungere som en ressurs med fokus på systematisk ernæringsarbeid. Men i alle de fem prosjektene har man sett og fått tilbakemeldinger fra tjenestene om behovet for å åpne for mer pasientrettet veiledning.

Alle respondentene i spørreundersøkelsen fikk spørsmål om i hvilken grad prosjektet har bidratt til at klinisk ernæringsfysiolog i større grad enn før er involvert som *rådgiver* i kartlegging og oppfølging av brukere/pasienter med sammensatte utfordringer og behov. Figuren under viser at litt over halvparten opplever at dette i stor grad er tilfelle, og at ytterligere nesten en tredjedel mener at det i noen grad er tilfelle.

Respondentene som svarer «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt» er fordelt på prosjekter som har jobbet med Modell 1 og Modell 2 [31], og de fleste av disse respondentene opplyser at de verken har noen spesifikk rolle i prosjektet, eller er kjent med modellutviklingen.

Blant de som svarer at de «i stor grad» opplever at prosjektet har bidratt til at klinisk ernæringsfysiolog i større grad enn før er involvert som rådgiver, er det derimot respondenter fra alle prosjektene.

Videre har respondentene blitt spurt i hvilken grad ansatte i helse- og omsorgstjenesten i større grad enn før har tilgang på støtte og/eller veiledning i ernæringsarbeidet. Svarfordelingen er relativt lik den som er presentert over, men med en noe større andel som svarer positivt. To respondenter svarer «i liten grad», hvorav den ene opplyser å ikke være kjent med prosjektet, mens den andre viser til manglende kontinuitet i prosjektet som en forklaring.

Det er noe ulikt hvordan den økte graden av pasientrettet veiledning er organisert innenfor de ulike prosjektene. I enkelte av prosjektene som har åpnet opp for pasientrettet rådgivning har det ikke vært noe spesifikt system for hvordan man kontakter klinisk ernæringsfysiolog dersom man har behov for veiledning i en konkret sak. I to av prosjektene har det imidlertid blitt utarbeidet en prosedyre for når tjenestene eventuelt kan kontakte klinisk ernæringsfysiolog for rådgivning. I de andre prosjektene tar tjenestene direkte kontakt med klinisk ernæringsfysiolog på e-post eller telefon. I alle prosjektene har klinisk ernæringsfysiolog fungert som er rådgiver for ansatte i tjenestene, og i enkelte modeller har klinisk ernæringsfysiolog i tillegg hatt direkte pasient-/brukeroppfølgning. Dette blir nærmere omtalt nedenfor.

«Klinisk ernæringsfysiolog har gitt veiledning til ansatte som har bidratt til å kvalitetssikre eller forbedre oppfølgingen av enkeltbrukere. Klinisk ernæringsfysiolog har i enkelte tilfeller gitt direkte veiledning til enkeltbrukere.»

(Klinisk ernæringsfysiolog i prosjekt som har jobbet med Modell 1)

Flere av de kliniske ernæringsfysiologene i modellene som i hovedsak arbeider systemrettet, forklarer at det har vært noe utfordrende med forventningsavklaring og rolleavklaring ut mot tjenestene. Det har vært et ønske fra tjenestene om at klinisk ernæringsfysiolog i større grad bidrar i ulike pasientsituasjoner, men muligheten til dette begrenses av hvor mye tid klinisk ernæringsfysiolog har tilgjengelig. Det opplyses i flere tilfeller at klinisk ernæringsfysiolog ikke har hatt nok ressurser til å fungere som rådgiver knyttet til pasienter med enkle ernæringsutfordringer, ettersom det meste av tiden og ressursene har blitt brukt på systemarbeidet.

I Nes kommune hvor klinisk ernæringsfysiolog har vært ansatt i hjemmetjenesten, fremgår det av rapportering til Helsedirektoratet [32] at klinisk ernæringsfysiolog har vært involvert i det daglige

ernæringsarbeidet og hatt kontinuerlig dialog med avdelingene i hjemmetjenesten. Klinisk ernæringsfysiolog har vært involvert i konkrete pasientkasuistikker gjennom å veilede ansatte i ernæringsoppfølgingen, men ved komplekse ernæringsutfordringer og alvorlig sykdom har klinisk ernæringsfysiolog også hatt individuelle pasientsamtaler.

5.2.2 Direkte involvering i oppfølging av brukere/pasienter

I prosjektet som har arbeidet mot hjemmeboende eldre i Nordre Follo, har det vært mulig å henvise pasienter og brukere til klinisk ernæringsfysiolog fra blant annet fastleger, korttidsavdelingen, hjemmesykepleie og kreft- og demenskoordinatorer. I noen tilfeller har også eldre eller deres pårørende selv tatt kontakt med klinisk ernæringsfysiolog. Klinisk ernæringsfysiolog opplyser om at det er brukt mye tid på å opplyse tjenestene i kommunen om anledningen til å henvise pasienter, og at det er tydelig at det er de tjenestene der klinisk ernæringsfysiolog har vært mest, som også er de det kommer flest henvisninger fra. Klinisk ernæringsfysiolog har hatt pasientkonsultasjoner poliklinisk, men har og reist hjem til enkelte eldre i kommunen.

I modellene hvor klinisk ernæringsfysiolog er benyttet som ressurs på legesenter, har det som et utgangspunkt vært tenkt at klinisk ernæringsfysiolog skal ha direkte pasientkonsultasjoner og følge opp pasienter som har risiko for underernæring. I starten av prosjektet i Sagene bydel ble det utført kartlegging av alle pasienter over 65 år som var tilknyttet legesenteret, med tanke på om de hadde risiko for undervekt. De med behov for det, fikk videre oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog.

I modellen utviklet i Ringsaker kommune, er det blitt organisert slik at fastlegene og sykepleierne henviser og setter opp timer hos klinisk ernæringsfysiolog. Målgruppen har hovedsakelig vært pasienter innenfor gruppen svake og sårbare pasienter, og klinisk ernæringsfysiolog har tatt imot alle pasienter med ernæringsutfordringer, både unge og eldre. Det som skiller modellen i Ringsaker kommune fra Sagene bydel, er at klinisk ernæringsfysiolog også her har hatt egne pasientkonsultasjoner, men alltid etterfulgt av konsultasjon med fastlegen hvor kartlegging, tiltak og veien videre har blitt diskutert. I Sagene-modellen var det ikke et krav om at fastlegen kom inn på slutten av konsultasjonen. Gjennom intervju blir det kommentert at det har vært en utfordring i modellen utviklet i Ringsaker at klinisk ernæringsfysiolog ikke kan ta profesjonsnøytrale takster, og at legen derfor må komme inn på slutten av konsultasjonen for å få finansiert arbeidet.

Klinisk ernæringsfysiolog i Tromsø forklarer i intervju at det har vært nyttig å åpne opp for noen direkte pasientkonsultasjoner for å forstå hvilke problemstillinger man står overfor ute i tjenestene, og å bruke denne kunnskapen i det systematiske arbeidet rettet mot tjenestene.

I øvrige modeller har det, som omtalt over, blitt lagt til rette for veiledning av ansatte i tilknytning til enkeltsaker, men det har stort sett kun unntaksvis forekommet at klinisk ernæringsfysiolog har vært involvert i direkte bruker- eller pasientoppfølging. I en av kommunene som har jobbet med en modell rettet mot store deler av helse- og omsorgstjenesten, viser en kommunalsjef til at det er en svakhet ved modellen at det har vært for lite ressurser til direkte pasientoppfølging, samtidig som vedkommende fremhever at det ut fra tilgjengelige ressurser er en styrke ved modellen at de har valgt å satse på systemarbeid.

«Ut fra ressurser er styrken at vi har valgt bare å satse på systemarbeid. En svakhet er for lite ressurser til det kliniske/direkte pasientoppfølging.»

(Kommunalsjef i en kommune som har jobbet med Modell 1)

Gjennom spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om i hvilken grad klinisk ernæringsfysiolog i større grad enn før er *direkte* involvert i kartlegging og oppfølging av brukere eller pasienter. Som det går frem av figuren under, varierer svarene på dette spørsmålet. Ca. 40 prosent svarer at dette «i stor grad» er tilfelle, mens det også er til sammen 21 prosent som svarer at det enten «i liten grad» eller «ikke i det hele tatt» er tilfelle.

Samtlige respondenter fra Ringsaker, nesten alle fra Oslo, samt et klart flertall av respondentene fra Nordre Follo, svarer «i stor grad» på spørsmålet over. Fra andre prosjekter varierer det hvilket svaralternativ respondentene har valgt.

[31] Det er til sammen syv respondenter som har valgt disse svaralternativene.

[32] Nes kommune, rapportering til Helsedirektoratet 2023

Klinisk ernæringsfysiologs involvering i tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid og samhandling er vektlagt i tilskuddsordningens formål. I spørreundersøkelsen ble respondenter som enten opplyste å ha en spesifikk rolle i prosjektet og/eller en lederfunksjon i kommunen, bedt om å ta stilling til en generell påstand om modellens effekter på klinisk ernæringsfysiolog sin deltakelse i tverrfaglig samarbeid og samhandling. Som det går frem av figuren under, svarer et klart flertall av respondentene at de er *helt enige* i påstanden om at modellen har bidratt til at klinisk ernæringsfysiolog i større grad enn før inngår i tverrfaglig samarbeid og samhandling knyttet til oppfølging av brukere og pasienter.

Blant respondentene som svarer at de er *litt enige* i påstanden [33] er det respondenter fra fire av de fem prosjektene som har jobbet med klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for store deler av helse- og omsorgstjenesten (Modell 1), samt en av kommunene som har jobbet med klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for hjemmeboende eldre (Modell 2). Respondenter fra alle prosjektene er representert blant de som er *helt enige* i påstanden.

I tillegg ble alle respondentene i spørreundersøkelsen bedt om å ta stilling til flere påstander knyttet til klinisk ernæringsfysiolog sin rolle i det tverrfaglige samarbeidet og hvordan dette er endret som følge av prosjektet. Som det går frem av figuren under, er et flertall av respondentene enige i at klinisk ernæringsfysiolog i større grad enn tidligere inngår i tverrfaglig samarbeid generelt. Det er imidlertid mer variasjon i svarene når det gjelder samhandling mellom ulike tjenestenivå (for eksempel ved inn- og utskriving av pasienter) og samhandling når en bruker/pasient flytter mellom ulike tjenester i kommunen. Her er det også en betydelig andel som svarer «vet ikke». Blant de som svarer «vet ikke» er det en overvekt av respondenter som ikke har en spesifikk rolle i prosjektet. Det er ellers stor variasjon i svarene også internt i det enkelte prosjekt.

Gjennom både intervju, spørreundersøkelsen og tilgjengelig dokumentasjon fremkommer informasjon om hvordan de ulike prosjektene og modellene har lagt til rette for at klinisk ernæringsfysiolog skal være involvert i tverrfaglig samarbeid og samhandling. Ulike tilnærminger til dette arbeidet er nærmere beskrevet i avsnittene under.

5.3.1 Ernæringsnettverk og ernæringsgrupper i kommunen

I de fleste prosjektene har det blitt etablert ulike former for ernæringsnettverk eller ernæringsgrupper i kommunene. Flere viser til at det er etablert et tverrfaglige samarbeidet mellom sykehjem, hjemmesykepleie og kjøkkenet i kommunen. Flere av de kliniske ernæringsfysiologene peker på at de opplever at kommunikasjonen mellom faggrupper og tjenester er forbedret som følge av denne typen samarbeid. Eksempelvis har kommunikasjonen med kjøkkenet blitt bedre, hvor det blant annet vises til at informasjon om tilpasset mat er blitt mer spisset, slik at kjøkkenet enklere kan tilpasse maten, og at tjenestene dermed får mer tilpasset mat som både fører til at pasientene får bedre tilpassede måltider, men også at mindre mat blir kastet.

Arbeidet skjer i tett samarbeid med blant annet fag- og kvalitetskoordinatorer fra de ulike tjenestene, representanter fra USHT, tverrfaglige team og kjøkkenpersonell i form av et fagnettverk for ernæring.

(Tromsø kommune, rapportering til Hdir for 2022)

I et av prosjektene innenfor Modell 1 arrangerer klinisk ernæringsfysiolog månedlige ernæringsrefleksjonsmøter for ansatte i ulike tjenester i kommunen. Her deltar blant annet kjøkkenpersonell og fagsykepleiere, og av og til deltar også kokk fra kjøkkenet. I møtet tar klinisk ernæringsfysiolog opp enkelttemaer og deltakerne reflekterer over spørsmål knyttet til ernæring. Klinisk ernæringsfysiolog opplever imidlertid at det er ulik interesse i tjenestene for disse møtene, og det er ikke alle tjenester som deltar.

5.3.2 Samarbeid ved flytting av pasient mellom tjenestenivåer eller ulike tjenester internt i kommunen

I noen tilfeller vises det i årlig rapportering til Helsedirektoratet spesifikt til samarbeid som skal bidra til god samhandling ved overflytting av pasient enten internt i kommunen eller mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Alta kommune viser for eksempel i rapportering for 2023 til at fagansvarlig klinisk ernæringsfysiolog og koordinerende enhet samarbeider for å sikre god systematikk om oppfølging av pasienter. Blant annet ved overflytting av pasienter fra spesialisthelsetjeneste til kommune og overflytting internt i kommunen.

Kvam og Voss viser også i rapportering for 2022 til at klinisk ernæringsfysiolog deltar i en arbeidsgruppe som skal utarbeide felles retningslinjer for samhandling om ernæringsstatus og -oppfølgingsarbeid mellom kommuner og sykehus i Helse Bergens foretaksområde. Fra Nes kommune blir det i rapportering til Helsedirektoratet vist til at klinisk ernæringsfysiolog ble involvert i et allerede etablert samarbeid mellom Ahus og tilhørende kommuner. I intervju blir dette beskrevet som et godt samarbeid for å ivareta og følge opp pasienter som blir skrevet ut fra sykehuset.

Også fra Bærum fremheves en rekke ulike samarbeid som klinisk ernæringsfysiolog inngår i, både tverrfaglige møter på helsehus, samarbeid med kvalitetsrådgivere i ulike kommunale tjenester, samarbeid med kokker, tjenesteledere samt noe økt samarbeid både med ansatte på sykehuset og mellom primær- og sekundærhelsetjenesten.

«Tverrfaglige møter på helsehus med leger, fysio, ergo, sykepleiere og helsefagarbeidere. Samarbeid med kvalitetsrådgivere på helsehus, sykehjem og hjemmetjenesten. Samarbeid med kokker som lager maten til beboere i kommunen. Økt samarbeid med tjenesteledere. Noe økt samarbeid med ansatte på sykehuset og samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten.»

(KEF i Bærum kommune om deltakelse i tverrfaglige samarbeid)

5.3.3 Andre tverrfaglige samarbeid og samhandlingsfora

I de to prosjektene som har jobbet med en modell for bruk av klinisk ernæringsfysiolog på legesenter, har det vært et tett samarbeid mellom klinisk ernæringsfysiolog og leger, sykepleiere og annet personell ved aktuelt legesenter. Klinisk ernæringsfysiolog har hatt egne pasientkonsultasjoner, men det vært tett samarbeid med øvrig personell ved legesenteret. I Ringsaker har det i tilknytning til alle konsultasjoner vært et møte med pasientens fastlege for oppsummering og vurdering av videre oppfølging. I spørreundersøkelsen viser flere representanter for de to legesentrene (leger og sykepleiere) til at samarbeidet omkring pasientene har vært verdifullt, og bidrar til at andre yrkesgrupper tilknyttet legesenteret får økt kompetanse om ernæring. Fra en lege blir det også vist til at kapasiteten og kvaliteten i oppfølgingen av utsatte pasientgrupper bedres. I tillegg pekes det på effekter som man ikke så for seg på forhånd, i form av spredning til andre pasientgrupper der også klinisk ernæringsfysiologs fagkompetanse kommer til stor nytte.

«Samarbeid på tvers på legekontolet mellom lege, sykepleier og ernæringsfysiolog omkring ulike pasienter. Legen står mindre alene, vi er et team rundt de mest sårbare og komplekse pasientene.»

(Sykepleier ved legekontolet om tverrfaglig samarbeid)

Gjennom både spørreundersøkelsen og intervjuer fremheves også den mer uformelle, tverrfaglige samhandlingen som viktig. Enkelte viser til at det å ha tilgang til en klinisk ernæringsfysiolog i kommunen er nytt, og at en stor endring når det gjelder det tverrfaglige samarbeidet rett og slett består i å ha en klinisk ernæringsfysiolog som kan kobles på ved behov, noe man ikke har hatt tidligere. En klinisk ernæringsfysiolog som er del av et prosjekt innenfor Modell 1, vises til at dette samarbeidet kan være med mange ulike aktører, som ansatte innenfor psykisk helse, leger, fysioterapeuter, krefteam og andre, og at det også kan dreie seg om å bistå konkret med ernæringsplan for pasienter.

«Nå har kommunene en kef å koble på ved utfordringer, det har de ikke hatt tidligere. Tverrfaglige samarbeid kan være alt fra de lavterskelmøtene med ansatte og evt. kjøkken. Til ansatte i psykisk helse, fysioterapeuter, krefteam, forvaltning som etterspør, leger som tar kontakt eller morgenmøte med fastlegene. Hjelp i ernæringsplan for pasienter på sykehjem/hjemmetjenester. Bistand ved sonde/intravenøs ernæring. Møte med pasient, primærkontakt (sykepleier/helsefagarbeider) og kef (+ evt. kjøkken).»

(Klinisk ernæringsfysiolog om hvordan det tverrfaglige samarbeidet er endret)

I Bærum kommune har det blitt opprettet et ambulerende team som kalles «matomsorgsteamet», som består av en kokk og en klinisk ernæringsfysiolog. Dette teamet kan reise rundt til tjenestestedene og hjelpe til med både praktiske ting og rutiner. Kokken har blant annet hjulpet til med opplæring av matvertene på tjenestestedene. Også i andre kommuner fremheves viktigheten av klinisk

ernæringsfysiolog sitt samarbeid med kommunens kjøkkenenhet. En leder av et kommunalt sentralkjøkken viser til stor nytte av samarbeidet med klinisk ernæringsfysiolog, og kommenterer blant annet at det er lettere å bli hørt når man er to, og at samarbeidet gir faglige råd og uttalelser mer tyngde.

Det har også i noen av prosjektene blitt etablert tverrfaglige møter og samarbeid med rollene som matvert/husvert/kostvert og kokk/matansvarlig og klinisk ernæringsfysiolog. Det har blant annet i Alta blitt arrangert månedlige møter med husvertene og kjøkkensjefen i kommunen. Klinisk ernæringsfysiolog opplyser i intervju at de på disse møtene blant annet har tatt for seg ulike faglige temaer innen ernæring. I Fosenregionen opplyser klinisk ernæringsfysiolog i intervju at det har blitt arrangert månedlige møter for ansatte i ulike tjenester i kommunen. På disse møtene har det blant annet vært deltakelse av kjøkkenpersonell og fagsykepleiere, og av og til har også kokk fra kjøkkenet deltatt. Den kliniske ernæringsfysiologen har på møtene blant annet tatt opp enkelttemaer og de ansatte har reflektert over spørsmål knyttet til ernæring.

Enkelte av prosjektene viser i søknader og årsrapporteringer til Helsedirektoratet til tett samarbeid med regionalt Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, blant annet gjennom deltakelse i styringsgruppe og/eller prosjektgruppe. Også Frisklivssentralen og Frivillighetssentralen nevnes som samarbeidspartnere i enkelte prosjekter.

[33] Til sammen tretten respondenter.

Brukermedvirkning i modellene

Det varierer noe i hvilken grad de ulike prosjektene gjennom søknader og rapportering har beskrevet hvordan de har arbeidet med brukermedvirkning i modellutviklingen. Noen av aktivitetene som beskrives fokuserer primært på å formidle informasjon, mens andre har fokus rettet mot kunnskapsinnhenting og innspill om behov. Fra flere av prosjektene vises det i årsrapportering til Helsedirektoratet til gjennomførte møter med og presentasjoner for Eldrerådet. I tillegg viser enkelte til deltakelse på pårørendekvelder. Nedenfor følger noen eksempler på hvordan de ulike prosjektene omtaler brukermedvirkning:

- I Alta har prosjektet blitt presentert for Eldrerådet og Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne. I rapportering til Helsedirektoratet vises det til at det er planlagt at representanter fra brukergrupper (pensjonistforening, eldreråd) vil inviteres inn til prosjektgruppemøte når modellen er klar. Prosjektet er også blitt presentert for pårørendegrupper, og det har blitt gjennomført arrangementer for hjemmeboende eldre som målgruppe (infocafe for seniorer og torgsamling). Etter gjennomføring av dette har det blitt benyttet spørreskjema som evaluering og verktøy for brukermedvirkning.
- Kvam og Voss herad opplyser i rapportering til Helsedirektoratet at det har blitt gjennomført en brukerundersøkelse blant ansatte, beboere og pårørende ved to institusjoner som har handlet om mat og måltid, og i hvor stor grad de opplever at maten er tilpasset beboers behov og ønsker. Planen var å gjennomføre tilsvarende undersøkelse igjen, for å kunne identifisere endringer, men evaluator er ikke kjent med om dette er gjort per 1. mars 2025.
- I Fosenområdet har prosjektleder og klinisk ernæringsfysiolog jevnlig møtt opp på møtene til Eldrerådet og Rådet til mennesker med nedsatt funksjon i alle tre kommunene. I rapporteringen til Helsedirektoratet opplyser de at deltakere har visst stor interesse for prosjektutviklingen og har bidratt med viktig innspill og forslag, hvor brukererfaringer, både fra brukere selv og fra pårørende, har vært svært nyttige for videre utvikling av funksjonen.
- Nes kommune viser i rapportering for 2022 til at det er utarbeidet en egen brosjyre til pasientgruppen, som også eldrerådet har vært med på å utarbeide. Det pekes videre på at klinisk ernæringsfysiolog har deltatt på møter i eldrerådet og på den internasjonale eldredagen.
- Som omtalt i [kapittel 4.3.2](#) har Nordre Follo hatt undervisning på ulike arenaer rettet mot eldre i kommunen. I intervjuer opplyses det om at for å ta hensyn til brukermedvirkning har klinisk

ernæringsfysiolog spurt om hvilke temaer det er ønskelig at klinisk ernæringsfysiolog skal snakke om under undervisningen, slik at det er relevant for de eldre som deltar.

Respondentene i spørreundersøkelsen ble bedt om å ta stilling til en påstand om at prosjektet har bidratt til at enkeltbrukere/-pasienter i større grad enn før har anledning til å medvirke i vurdering av behov og ev. tiltak knyttet til ernæring. Som det går frem av figuren under, varierer det noe hvor enige respondentene er i påstanden, men et flertall er enten helt eller litt enig (til sammen 63 prosent).

Respondentene som svarer at de er «helt enig» eller «litt enig» i påstanden om at prosjektet har bidratt til større medvirkning for pasienter og brukere, fordeler seg på alle de ulike prosjektene. Respondentene som svarte «litt uenig» eller «helt uenig» [34], er respondenter fra Alta, Tromsø og Nordre Follo. Alle disse respondentene opplyser at de ikke har noen spesifikk rolle i prosjektet, og flertallet er heller ikke kjent med modellutviklingen.

[34] Til sammen seks respondenter.

Oppsummering og vurdering

Innenfor alle modellene bidrar klinisk ernæringsfysiolog i større eller mindre grad med veiledning og rådgivning rettet mot ansatte i tjenestene. Behov for veiledning i pasientoppfølgingen har blitt vektlagt fra tjenestenes side, og flere av de systemrettede prosjektene har blitt justert underveis for å ivareta dette behovet. Samtidig vises det til at omfanget av veiledning begrenses av kapasiteten klinisk ernæringsfysiolog har til rådighet. Som omtalt i [kapittel 4](#), kan veiledning i konkrete saker være et viktig bidrag i det kompetansehevende arbeidet.

Direkte pasientrettet arbeid er i hovedsak avgrenset til et fåtall prosjekter som tilhører Modell 2 og Modell 3. Nytteverdien av pasientkonsultasjoner fremheves av flere, samtidig som antall brukere/pasienter man når ut til med denne arbeidsformen er direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiologs kapasitet. Effektene for den enkelte bruker/pasient kan imidlertid være vesentlige, og klinisk ernæringsfysiolog sin innsats kan potensielt bidra til å frigjøre tid hos annet helsepersonell til å ivareta andre oppgaver. I den grad klinisk ernæringsfysiolog samarbeider med andre yrkesgrupper om pasientkonsultasjoner vil også denne arbeidsformen kunne ha et kompetansebyggende element, men avgrenset til det konkrete personellet man samarbeider med i saken.

Det er Deloitte's vurdering at tilnærmingen der klinisk ernæringsfysiolog veileder annet helsepersonell i konkrete pasientsaker synes å ha stort potensiale når det gjelder målet om å øke den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, særlig når denne tilnærmingen kombineres med et systematisk arbeid med utvikling og videreutvikling av strategier, planer og rutiner som gjelder ernæring, samt andre kompetansehevende tiltak som omtalt i [kapittel 4](#). En slik tilnærming har potensiale for å kunne nå ut til mange brukere/pasienter i målgruppen, uten å være direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiologs kapasitet til å ta imot pasienter. Samtidig er det viktig å erkjenne, som man har gjort i flere av de systemrettede prosjektene som har mottatt tilskudd, at det kan være tilfeller der det er behov for at klinisk ernæringsfysiolog også har direkte pasientkonsultasjoner, fordi man står overfor komplekse problemstillinger i enkeltsaker. En rendyrket satsing på systemarbeid og kompetanseheving av øvrig personell i helse- og omsorgstjenesten er med andre ord ikke nødvendigvis en tilstrekkelig tilnærming. Det å finne en god balanse mellom systemarbeid, veiledning og direkte pasientkonsultasjoner (gjørne i samarbeid med annet helsepersonell, slik at konsultasjonen bidrar til kompetanseoverføring) er med andre ord viktig for å lykkes med i størst mulig grad å bidra til å sikre en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukers egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger.

I alle prosjektene har de kliniske ernæringsfysiologene vært del av og/eller etablert ulike former for tverrfaglig samarbeid, men det varierer noe hvilke typer samarbeid og med hvem. Etablering av ernæringsnettverk er noe flere av prosjektene har satset på, og som av flere også oppleves som svært nyttig. Økt samhandling mellom ulike tjenester, samt med mat- og kjøkkenpersonell fremheves også som viktig av mange. Igjen er en vesentlig forskjell mellom de ulike modellene hvilken innretning det tverrfaglige samarbeidet har, og hvor mange aktører som er involvert. Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs på legesenter samarbeider primært med annet helsepersonell ved de aktuelle legesentrene [35]. Gjennom evalueringen fremheves dette samarbeidet som nyttig og viktig, samtidig som denne modellen inkluderer relativt få aktører i samarbeidet. Dette gjør det i mange tilfeller også enklere å etablere et tett og godt samarbeid.

Modellene som primært har et systemrettet fokus, har et betydelig større nedslagsfelt når det gjelder samarbeidsparter, og Deloitte mener at potensialet for læring og utvikling er større når klinisk ernæringsfysiolog jobber bredt ut mot tjenestene, og samarbeider med en rekke ulike aktører og roller som på ulikt vis er involvert i arbeidet med mat og ernæring. Blant annet omfatter disse modellene også samarbeid med kjøkkenpersonell og/eller matverter, noe som er vektlagt både i tilskuddsordningens regelverk, i strategien *God og riktig mat hele livet* og i de årlige budsjettproposisjonene. Samtidig medfører et bredt samarbeid også en del risikoer, og for å lykkes og oppnå effekter for mange eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, forutsetter det at klinisk ernæringsfysiolog har tilstrekkelig kapasitet til å være til stede og følge opp alle samarbeid og relasjoner i den grad det er nødvendig. Det kan derfor være hensiktsmessig med visse avgrensinger, slik noen av prosjektene også har valgt å gjøre, slik at tilnærmingen når bredt ut men likevel er håndterbar innenfor begrensede ressurser. I neste kapittel går vi nærmere inn på noen forutsetninger for å lykkes, og noen barrierer som kan hindre måloppnåelse for modellene.

[35] Et unntak er Ringsaker der klinisk ernæringsfysiolog også har vært del av en ressursgruppe som jobber med å forebygge overvekt hos personer med utviklingshemming og de som bor i tilrettelagte boliger. Dette arbeidet synes imidlertid ikke å være direkte rettet mot målgruppen for tilskuddsordningen, som er eldre over 65 år.

Effekter, erfaringsdeling og videreføring av modellene

De ulike modellene oppleves alle å bidra til bedre tjenester for den endelige målgruppen. Samtidig pekes det også på en del forutsetninger for å lykkes med modellutviklingen og oppnå ønskede mål og effekter, samt noen viktige barrierer med hensyn til dette arbeidet. Alle modellene oppleves å ha stor overføringsverdi, og flere av prosjektene er etter prosjektslutt videreført i ordinær drift.

Innledning

Tilskuddsordningen har, som omtalt i tidligere kapitler, mål om å styrke det systematiske arbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette anses som viktig for å sikre at det som i tilskuddsordningens regelverk omtales som «sekundærmålgruppe», skal få en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukernes egne ønsker og behov og nasjonale faglige anbefalinger. Sekundærmålgruppen er i tilskuddsordningen definert som «Eldre (65+) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres pårørende» (Helsedirektoratet, 2021) [36]. I omtalen av tilskuddsordningen i de årlige budsjettproposisjonene, er målformuleringen avgrenset til å omtale resultatmålene: «Formålet er å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i omsorgstjenesten.» Effektmål for sekundærmålgruppen er ikke nevnt i budsjettproposisjonene.

Det har ikke vært en del av evaluerings mandat å gjennomføre målinger av konkrete effekter for sekundærmålgruppen av tilskuddsordningen og modellene som er utviklet. Vi har likevel spurt de som er eller har vært involvert i prosjektene om deres vurderinger av effekter, for å få innsikt i tilskuddsordningens virkning. I en evaluering av en tilskuddsordning er det videre sentralt å vurdere ikke bare om ønskede mål nås, og om effektene inntreffer i samsvar med intensjonen. Det er også viktig å undersøke hvilke forhold som påvirker måloppnåelsen og effektene, i form av ulike barrierer som kan hindre måloppnåelse og ulike forutsetninger som må eller bør være til stede for å øke mulighetene for måloppnåelse. Dette er informasjon som blant annet er viktig dersom man ønsker å ta i bruk tilsvarende modeller i andre kommuner. Både vurderte effekter og hvilke barrierer og forutsetninger som er sentrale, kan også ha stor betydning for om prosjekter videreføres som en del av ordinær drift etter prosjektperioden. Videreføring er sentralt med tanke på hvorvidt tilskuddet har langsiktige virkninger på ernæringsarbeidet i deltakerkommunene, eller utelukkende blir benyttet til utprøving av modeller.

Som omtalt tidligere i rapporten (se [kapittel 3.1](#)) har overføringsverdi og erfaringsdeling vært vektlagt i forbindelse med tilskuddsordningen, og i tilskuddsordningens regelverk er «Spredning av erfaringer fra prosjektet innen og mellom kommuner» inkludert som en del av kriteriene for måloppnåelse (Helsedirektoratet, 2021). Som en del av evalueringen er det derfor viktig å undersøke i hvilken grad og hvordan det har blitt arbeidet med erfaringsdeling.

I dette kapittelet går vi nærmere inn på både effekter av arbeidet som er gjort, hvilke barrierer og forutsetninger som har gjort seg gjeldende i arbeidet med modellutviklingen, og vi ser nærmere på hvilke planer det er for å videreføre modellene som er utviklet i ordinær drift etter prosjektperioden. Videre omtaler vi arbeidet med erfaringsdeling og spredning.

[36] Primærmålgruppen for tilskuddsordningen er i tilskuddsordningens regelverk definert som «Kommuneledere, tjenesteledere, helsepersonell og ansatte i omsorgstjenestene.»

Erfaringer med modellene og opplevde effekter

Uavhengig av hvilken modell som er valgt, viser de ulike prosjektene mer eller mindre eksplisitt gjennom tilskuddssøknadene til at det er et mål å bidra til å sikre at risiko for underernæring skal bli vurdert for prosjektets sluttmålgroupe, og at de som har behov for det skal få en oppfølging av kosthold og ernæring som er i tråd med brukers individuelle behov og ønsker. I en del av prosjektene tilknyttet Modell 1 er samtidig målene som oppgis primært rettet mot resultatmål (utvikle en modell og metode for ernæringsarbeid, økt systematisering, økt kompetanse mv.) heller enn effektmål. Ønsket effekt for sluttbrukerne fremstår dels som mer implisitt.

Gjennom både intervjuer, spørreundersøkelse og skriftlig rapportering blir det likevel også vist til hvilke effekter de ulike modellene oppleves å ha for målgruppen. Alle respondentene i spørreundersøkelsen fikk spørsmål om i hvilken grad de opplever at prosjektet har bidratt til at eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene får bedre oppfølging med hensyn til mat og ernæring enn de fikk før. Figuren under viser at 39 prosent svarer «i stor grad», mens en noe større andel (46 prosent) svarer at dette «i noen grad» er tilfelle. Det er få respondenter som svarer at prosjektet «i liten grad» har bidratt til disse effektene.

Respondentene som svarer «i liten grad» [37] er fordelt på fire av de fem kommunene som har jobbet med prosjekter innenfor Modell 1. Respondentene har ikke hatt noen spesifikk rolle i prosjektet, og kjenner til dels heller ikke til modellutviklingen. På øvrige svaralternativer er det en jevn fordeling av respondenter fra alle prosjektene.

Respondentene som svarte «i stor grad» eller «i noen grad» på spørsmålet over, ble bedt om å utdype på hvilken måte prosjektet har bidratt til denne forbedringen i oppfølgingen. 88 respondenter svarte på dette spørsmålet, hvor det annet ble trukket frem at:

- Økt **kompetanse** hos ansatte bidrar til bedre oppfølging av pasienter og brukere
- Tilgang til kliniske ernæringsfysiologer har **gitt bedre oppfølging og veiledning** både til ansatte og direkte til brukere
- Bedre rutiner for **vurdering av ernæringsstatus**, inkludert bruk av verktøy som MST
- Bedre rutiner for å lage ernæringsplaner for brukere
- **Bedre samarbeid** mellom avdelinger, kjøkken og ernæringsfysiologer har ført til mer helhetlig oppfølging
- **Innføring av matverter** på institusjoner har bidratt til bedre oppfølging av ernæringstiltak og roligere måltider
- Arbeid med å innføre et digitalt system for matbestilling for å **forbedre kvaliteten på maten** og redusere matsvinn
- Økt **fokus og bevissthet** rundt ernæring blant helsepersonell og pårørende

Gjennom intervjuer og skriftlig rapportering fra de ulike prosjektene vises det også gjennomgående til en opplevelse av at prosjektene har hatt positive effekter på det bruker-/pasientrettede arbeidet i tjenestene som har vært omfattet av prosjektene. Som virkningsmekanismer, altså hvilke faktorer som bidrar til effektene, vises det til de samme forholdene som er fremhevet over. Samtidig er det noe ulikt hvor langt de ulike prosjektene har kommet, og fra enkelte prosjekter blir det derfor vist til noe usikkerhet knyttet til konkrete effekter [38].

«Gjennom tilskuddsmidler har ernæringsfysiologen jobbet tettere med seniortilbudene, hjemmesykepleien og de frivillige (pensjonistforeningene har vært aktive). Flere vet om tilbudet nå enn før og flere «riktige» henvises til ernæringskartlegging enn før. Det gjør at vi treffer bedre med tiltak. Også fastlegene har uttrykt at dette er et viktig tilbud for deres pasienter da de ofte ikke har nok kunnskap om ernæringsfeltet samt kommunens tilbud.»

(Kommunalsjef/prosjekteier i en kommune som har jobbet med KEF som ressurs for hjemmeboende eldre)

I all hovedsak vises det til at effektene av de ulike modellene samsvarer godt med målene. Imidlertid er det også enkelte som peker på andre positive effekter enn de man hadde sett for seg. Fra Bærum vises det for eksempel til at Helsehusene har spart mye penger på mat fordi det er etablert bedre systemer for matbestillinger og man har mindre matsvinn. Dette blir fremhevet som en positiv bieffekt av prosjektet.

Respondenter som enten har en lederfunksjon i kommunen, eller en spesifikk rolle i prosjektet, fikk gjennom spørreundersøkelsen spørsmål om hvorvidt de opplever at modellen som er utviklet har bidratt til en hensiktsmessig bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i helse- og omsorgstjenesten. Som det går frem av figuren under, svarer et klart flertall av respondentene «ja» på dette spørsmålet. Det var ingen respondenter som svare «nei».

Respondentene som svarte at modellen «delvis» har bidratt til hensiktsmessig bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs, er fordelt på tre ulike modeller, henholdsvis Modell 1, Modell 2 og Modell 3 (jf. kategoriseringen i [kapittel 3](#)) [39]. Når det gjelder Modell 4, som kun Bærum kommune jobber med, svarer samtlige respondenter at modellen oppleves som hensiktsmessig.

Respondentene som kun delvis opplever at modellen er hensiktsmessig, ble bedt om å utdype årsaken til dette. Blant respondentene tilknyttet prosjekter som har jobbet med Modell 1 blir det vist til følgende svakheter eller utfordringer knyttet til modellen [40]:

- Modellen er i utgangspunktet bra, men behovet er større enn det kommunen har ressurser til
- Behov for bedre lederforankring for å sikre at det som utvikles tas systematisk i bruk i avdelingene. Krevende å implementere nye system og rutiner
- Det er variasjon i virksomhetenes behov, og tilnærmingen burde kanskje vært mer spisset mot de med størst behov
- Modellen oppleves i for stor grad å være innrettet mot systemarbeid, og ivaretar ikke i tilstrekkelig grad behov for involvering av ernæringsfysiolog i pasientnært arbeid

Blant respondentene tilknyttet prosjekter som har jobbet med Modell 2 blir det vist til følgende utfordringer knyttet til modellen [41]:

- Tilgangen til klinisk ernæringsfysiolog er ikke tilstrekkelig for å dekke behovene
- Avdelingene har ikke tilstrekkelig med ressurser til å følge opp tiltak som initieres gjennom prosjektet

Det er kun én respondent tilknyttet et prosjekt som har jobbet med Modell 3 som har valgt dette svaralternativet. Vedkommende viser til at modellen er nyttig og bidrar til et godt tilbud for pasienter, men at det er ressurskrevende å ha denne typen tilbud på permanent basis. Videre kommenteres det at det kan være hensiktsmessig å ikke avgrense målgruppen til de over 65.

I flere av utdypningene vises det med andre ord til barrierer med hensyn til å lykkes med modellen og å videreføre den i ordinær drift, heller enn til mangler eller svakheter ved modellen i seg selv. Nedenfor omtales ulike barrierer og forutsetninger i ytterligere detalj.

[37] Til sammen seks respondenter.

[38] Prosjektet i Nordhordland har for eksempel måtte settes på vent over lengre tid.

[39] Totalt 14 respondenter valgte dette svaralternativet.

[40] Åtte respondenter fordelt på fire prosjekter. Samtlige respondenter oppgir å være ledere på ulikt nivå i kommunen.

[41] Totalt fem respondenter fordelt på begge prosjektene.

Barrierer og forutsetninger for å lykkes med modellutviklingen

Gjennom intervjuer og spørreundersøkelsen som er gjennomført, blir det vist både til ulike barrierer og forutsetninger for å lykkes med prosjektene. Barrierer og forutsetninger er i noen grad ulike og avhengige av den enkelte modell, men i stor grad vises det til både barrierer og forutsetninger som er relevante uavhengig av valgt modell. Barrierene og forutsetningene er ofte nært relaterte, da mangelen på noe omtales som en barriere, mens tilstedeværelsen av den samme faktoren blir vist til som en forutsetning.

6.3.1 Ressurser

Ressurser i form av tid og økonomi blir fremhevet både som en forutsetning for å lykkes med ernæringsarbeidet, og som en barriere. Som vist over, er det flere som gjennom spørreundersøkelsen viser til at behovene for tilgang til klinisk ernæringsfysiolog er langt større enn den ressursen man har tilgang til gjennom prosjektet. Enkelte peker på at det dermed er begrenset hvor store deler av tjenestene det er mulig å nå ut til på en god og effektiv måte. Dette blir særlig fremhevet som en utfordring i prosjektene som har jobbet bredt ut mot helse- og omsorgstjenestene (Modell 1). I flere av prosjektene som i utgangspunktet har vært primært systemrettet, vises det til at det har vært et tydelig ønske fra tjenestene om at klinisk ernæringsfysiolog i større grad burde være til stede i tjenestene, både for å kunne bidra med rådgivning og veiledning overfor ansatte, og for å bidra direkte i oppfølging av pasienter/brukere. Flere av de kliniske ernæringsfysiologene bekrefter nytten av en kombinasjon mellom systemarbeid og rådgivning, veiledning og/eller direkte pasientrettet oppfølging, samtidig som det blir påpekt at dette er ressurskrevende og at det er vanskelig å følge opp alle forespørsler og behov grunnet begrenset kapasitet. Enkelte fremhever viktigheten av at det er flere kliniske ernæringsfysiologer i kommunen, for både å kunne jobbe systemrettet og individrettet, samt bidra med rådgivning og veiledning i tilstrekkelig grad. Samtidig er dette i stor grad et ressurs spørsmål i den enkelte kommune.

I den forbindelse blir det også fremhevet at ressurser kan være en barriere med hensyn til videreføring av modellen etter prosjektperioden. Dette er relevant for samtlige modeller som er prøvd ut, og krever at rollen som klinisk ernæringsfysiolog blir prioritert av kommunene til tross for en presset økonomisk situasjon.

Også manglende ressurser internt i tjenestene blir fremhevet som en barriere. I prosjekter som har jobbet ut mot store deler av helse- og omsorgstjenesten, opplyses det at det har vært utfordrende å planlegge kompetanseheving i form av fysisk undervisning på grunn av ansattes travle arbeidsdager og varierende turnuser. Det blir derfor vist til at det har vært utfordrende å identifisere de mest hensiktsmessige tiltakene for kompetanseheving. Eksempelvis ble det laget e-læringsvideoer i en av prosjektkommunene, for å gjøre det fleksibelt for de ansatte å gjennomføre opplæring, men få ansatte har gjennomført disse kompetansemodulene. Det blir pekt på at fysisk læring og refleksjon anses som mer effektivt, men er vanskelig å gjennomføre på grunn av ansattes turnus og travle arbeidsdager. Det har i flere av prosjektene

blitt forsøkt ulike modeller for internundervisning, både for hele enheter og per avdeling. Flere kliniske ernæringsfysiologer erfarer at det er mer effektivt med mindre grupper, og at utbyttet for deltakerne er bedre, men samtidig er dette mer tidkrevende for klinisk ernæringsfysiolog, og dermed vanskelig gjennomførbart i praksis. Det blir og pekt på at det er varierende i hvor stor grad de ulike tjenestene setter av tid til kompetansehevende tiltak.

6.3.2 Tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog eller andre ressurspersoner

Gjennomgående blir det i undersøkelsen fremhevet at en viktig forutsetning for å lykkes med både implementering av nye system og rutiner og kompetansehevende tiltak, har vært fysisk tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog i de ulike tjenestene som er omfattet av modellen. Dette gjelder også for prosjektene som i hovedsak har hatt et systemrettet fokus.

Det blir vist til at fysisk tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog i de ulike tjenestene har vært viktig for å lykkes med kompetansehevende tiltak, og å følge opp formell kompetanseheving med veiledning og rådgivning. Det blir pekt på at det i mange tjenester er utskifting av personell, og at det derfor er viktig med et kontinuerlig fokus på ernæringsarbeidet. Det blir også vist til at utarbeidede prosedyrer og rutiner i varierende grad blir fulgt når klinisk ernæringsfysiolog ikke er tett på, noe som gjør det sårbart både dersom klinisk ernæringsfysiolog ikke har kapasitet til tett oppfølging av alle involverte enheter, og dersom stillingen som klinisk ernæringsfysiolog ikke videreføres eller er midlertidig ubesatt. I ett prosjekt opplyses det at stillingen som klinisk ernæringsfysiolog ikke er videreført etter prosjektperioden, grunnet økonomiske prioriteringer. Det blir vist til at dette har medført en merkbar nedgang i det systematiske arbeidet knyttet til ernæring, og at tjenestene i stor grad er tilbake til praksisen de hadde før prosjektet.

Det har også blitt pekt på viktigheten av å være til stede i tjenestene for at den kliniske ernæringsfysiologen skal kunne fungere som rådgiver og veileder overfor de ansatte. Det blir blant annet pekt på at tjenester hvor klinisk ernæringsfysiolog har vært mest til stede, også er de tjenestene som oftest kommer med henvendelser om behov for råd og veiledning knyttet til pasienter med kompliserte ernæringsutfordringer. I intervju med representanter for utvalgte enheter i kommunene, er det enkelte ansatte som peker på at de lett kan «glemme» rollen som klinisk ernæringsfysiolog hvis personen ikke er til stede i tjenesten.

Viktigheten av tilstedeværelse medfører en viss sårbarhet, da klinisk ernæringsfysiolog – særlig i modeller som omfatter mange tjenester eller flere kommuner – har begrenset kapasitet til tilstedeværelse i de ulike tjenestene. Dette har spesielt blitt påpekt som en utfordring i prosjektet i Fosenregionen, hvor klinisk ernæringsfysiolog har vært fysisk til stede i de tre kommunene etter en fastsatt timeplan. Det går mye tid til transport og mye bruk av ressurser ved at klinisk ernæringsfysiolog er fysisk til stede i de tre kommunene, men det blir samtidig poengtert at dette har vært viktig for god implementering av nye system og rutiner.

6.3.3 Manglende forankring og engasjement

I prosjektene som kommer inn under Modell 1 og Modell 2, samt Modell 4, påpekes viktigheten av god lederforankring både på overordnet nivå og i de ulike tjenestene og enhetene. Særlig fremheves det at implementering av nye system og rutiner forutsetter god lederforankring og at den enkelte leder både ser viktigheten av arbeidet med ernæring, velger å prioritere dette arbeidet, og følger opp implementeringen.

Flere kliniske ernæringsfysiologer peker i intervjuer på at det har vært viktig å etablere ernæringskontakter eller opprette kontakt med andre fagansvarlige i tjenesten, slik at disse ressursene kan videreføre arbeidet med ernæring i tjenestene når klinisk ernæringsfysiolog selv har begrenset mulighet til tilstedeværelse. I prosjekter der en funksjon som ernæringskontakt har blitt etablert i tjenester og avdelinger, er det likevel varierende hvor godt denne funksjonen har fungert. Kliniske ernæringsfysiologer i de ulike kommunene peker på at dette er avhengig av lederens tilrettelegging for at ernæringskontakten/fagansvarlig får satt av tid til ernæringsarbeidet, i tillegg til at dette avhenger av den enkeltes motivasjon og engasjement.

God forankring og engasjement for ernæringsarbeid fremheves som særlig viktig i prosjekter som jobber bredt ut mot flere tjenester, og der klinisk ernæringsfysiolog ikke har mulighet til å være mye til stede i tjenestene. Blant annet påvirker dette hvor godt rollen som ernæringskontakt fungerer (jf. punktet over). En av de kliniske ernæringsfysiologene kommenterer i intervju at det er ulik interesse blant ernæringskontakene for å møte opp på felles møter og samlinger for ernæringskontakter, og at klinisk ernæringsfysiolog er usikker på om dette skyldes turnus, egen motivasjon eller manglende tilrettelegging fra leder.

Risiko for manglende varige effekter

I forlengelsen av utfordringene som blir fremhevet over, særlig med hensyn til økonomiske ressurser, er det flere som viser til en risiko for manglende varige effekter. Denne risikoen henger sammen med en usikkerhet knyttet til om stillingen som klinisk ernæringsfysiolog blir videreført når prosjektmidlene tar slutt, eller ikke. Gjennomgående pekes det på viktigheten av at noen må «drive» ernæringsarbeidet videre, ellers vil lett arbeidet som er gjort ha en svært kortvarig effekt.

Gjennom spørreundersøkelsen fremhever en respondent som har hatt en sentral rolle i et av prosjektene som har utviklet en modell for bruk av klinisk ernæringsfysiolog på legesenter, at det er en svakhet at tilskuddsordningen bare bidrar med begrensede midler i tillegg til at disse er midlertidige. Det fremheves at tilskuddsordningen hadde hatt liten effekt dersom det ikke allerede hadde vært en klinisk ernæringsfysiolog med fast ansettelse i kommunen.

«Midlertidige midler får ofte midlertidig kapasitet. (...) Det kreves i dette tilfellet noen som «driver» ernæringsarbeid kontinuerlig (...)»

(Prosjekteier for prosjekt som har jobbet med Modell 3)

Som omtalt over, vises det fra en av prosjektkommunene til at stillingen som klinisk ernæringsfysiolog ikke er videreført etter prosjektslutt, og at dette har medført at praksisen i tjenestene i stor grad er tilbake der den var før oppstart av prosjektet.

Videreføring av prosjektet

Respondentene som svarte at de enten har en lederstilling i kommunen eller har en spesifikk rolle tilknyttet modellutviklingen, fikk spørsmål om hvorvidt kommunen planlegger å videreføre modellen for bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i helse- og omsorgstjenestene i daglig drift etter prosjektslutt. Som det går frem av figuren under, svarer litt over halvparten av respondentene ja, mens en femtedel svarer «vet ikke». Tretten prosent, tilsvarende to respondenter, svarer at modellen ikke blir videreført.

Fra flere av kommunene som opplyser at prosjektet og stillingen som klinisk ernæringsfysiolog blir videreført etter prosjektslutt, henvises det både til at prosjektet har synliggjort viktigheten av å jobbe med

ernæring, og det å ha tilgang til fagkompetanse på området. I tillegg viser flere til at de nasjonale føringene i *Leve hele livet* også er en medvirkende årsak til videre satsning og fokus på ernæring. Fra prosjektene som ikke blir videreført, henvises det til budsjettmessige prioriteringer.

Nedenfor er hvert enkelt prosjekt nærmere omtalt ut fra hvilken modell prosjektet hører inn under.

Modell 1

- I Kvam og Voss opplyses det om at det har blitt ansatt to kliniske ernæringsfysiologer i faste stillinger etter at prosjektet er avsluttet. Det er planlagt at arbeidet fra prosjektene skal videreføres i Kvam og Voss og at det i tillegg skal inkluderes tre nye kommuner i det interkommunale samarbeidet [42]. Det vises til gode erfaringer med å samarbeide på tvers av de to kommunene, og fordeler med å dele på utgifter og ressurser heller enn å satse hver for seg.
- Også i Alta opplyses det at stillingen som klinisk ernæringsfysiolog blir videreført, og at prosjektet har bidratt til å belyse viktigheten av fokus på ernæring. I løpet av prosjektperioden er det ansatt ytterligere en klinisk ernæringsfysiolog i kommunen.
- I Tromsø blir det også opplyst at det er planer om å videreføre stillingen som klinisk ernæringsfysiolog etter prosjektslutt, og at man tydelig ser nytten av forbedringsarbeidet innen ernæring.
- I prosjektet som omfatter kommunene i Fosenregionen, opplyses det at det er et ønske om videreføring etter prosjektslutt, men at det ikke er endelig avklart på hvilken måte dette blir gjort.
- Prosjektet som omfatter kommunene i Nordhordland har vært satt på vent grunnet sykdom, det er derfor ikke avklart hvorvidt og eventuelt hvordan stillingen skal videreføres etter prosjektslutt.

Modell 2

De to respondentene som svarte nei på spørsmålet om videreføring av modellen, er fra Nes kommune og Nordre Follo kommune.

- I Nordre Follo var det allerede er en fast stilling som klinisk ernæringsfysiolog før kommunen fikk modellutviklingsmidler fra Helsedirektoratet. Ved hjelp av tilskuddet ble det ansatt ytterligere en klinisk ernæringsfysiolog. Ved prosjektslutt er det kun den ene, faste stillingen som blir videreført. Denne stillingen er ikke spesifikt rettet mot hjemmeboende eldre på samme måte som i modellen som har blitt utviklet med tilskuddsmidlene. Det opplyses at enkelte av oppgavene planlegges ivaretatt gjennom den gjenværende stillingen, men at dette må gjøres uten ytterligere tilføring av ressurser. Det blir vist til at det er økonomiske årsaker til at prosjektstillingen ikke videreføres i ordinær drift.
- I Nes kommune er ikke stillingen som klinisk ernæringsfysiolog videreført etter prosjektslutt. Det opplyses at stillingen ble tatt ut i budsjettprosessen, og det blir vist til at det har vært vanskelig å selge inn viktigheten av å videreføre stillingen godt nok, og å klare å vise til konkrete gevinster av å videreføre stillingen.

Modell 3

- I Sagene bydel i Oslo vises det til at modellen og stillingen ble opplevd som nyttig, men at det krever for mye ressurser å rulle ut tilsvarende tilbud til alle legekantorene i bydelen. Prosjektstillingen er heller ikke direkte videreført, og klinisk ernæringsfysiolog er i hovedsak tilbake i sin ordinære stilling i bydelen. Samtidig opplyses det at klinisk ernæringsfysiolog fremdeles er noe til stede ved legekantoret, men i mindre omfang enn i prosjektperioden. Alle fastleger i bydelen har også mulighet til å henvise pasienter til klinisk ernæringsfysiolog ved behov.
- I Ringsaker kommune er det per februar 2025 ikke avklart hvorvidt prosjektet blir videreført i ordinær drift eller ikke.

Modell 4

- I Bærum kommune opplyses det at modellen vil videreføres, og at prosjektet har vist viktigheten og nytteverdien av denne måten å jobbe på, og det å ha tilgang til klinisk ernæringsfysiolog som ressurs. Det opplyses at kommunen har ansatt flere kliniske ernæringsfysiologer i løpet av prosjektperioden.

[42] Vaksdal, Eidfjord og Ulvik

Erfaringsdeling

I alle prosjektene, uavhengig av valgt modell, har det vært rettet oppmerksomhet mot erfaringsdeling. I spørreundersøkelsen fikk respondentene spørsmål om i hvilken grad kommunens erfaringer fra prosjektet og modellen som er utviklet kan være nyttig også for andre kommuner. Et flertall av respondentene (63 prosent) mener at erfaringene og modellen «i stor grad» kan være nyttig for andre kommuner, i tillegg til at 18 prosent mener at dette «i noen grad» er tilfelle. Ingen av respondentene mener at erfaringene og modellen ikke kan være nyttig for andre.

De som svarte enten «vet ikke» eller «i noen grad» er primært respondenter som ikke har eller har hatt en spesifikk rolle i prosjektet. Prosjekteiere, prosjektledere og kliniske ernæringsfysiologer mener i all hovedsak at erfaringene fra prosjektet «i stor grad» er nyttig for andre kommuner.

En viktig arena for erfaringsdeling mellom kommunene som har mottatt tilskudd, har vært den årlige erfaringssamlingen i regi av Helsedirektoratet. Alle prosjektkommunene fremhever denne som et positivt tiltak. De peker på at de både har fått bedre innsikt i hva de andre kommunene har arbeidet med, og fått inspirasjon til videre arbeid i eget prosjekt. Videre er det flere som opplyser om at de har delt ulikt materiale med hverandre gjennom disse samlingene, eksempelvis informasjonsbrosjyrer. I tillegg til erfaringssamlingen som arrangeres av Helsedirektoratet, har det blitt etablert en gruppe som kalles «Eldregruppen» der ulike kommuner som jobber med eldreomsorg og ernæring møtes en gang i året i Helsedirektoratet sine lokaler.

I tillegg er det etablert en teams-kanal hvor kliniske ernæringsfysiologer som arbeider over hele landet er inkludert. Denne kanalen er utenfor modellutviklingsprosjektet, men flere av de kliniske ernæringsfysiologene opplyser om at de har delt erfaringer fra prosjektene og modellutviklingen i dette forumet. Det blir blant annet trukket frem at kliniske ernæringsfysiologer som arbeider i andre kommuner som ikke har vært en del av modellutviklingen, har vært interessert i å opprette en ordning med matverter etter at erfaringer med bruk av matverter har blitt delt i teams-kanalen.

Ut over disse felles arenaene, har det blitt brukt ulike metoder og arenaer for å dele erfaringer både på tvers av modellene og med andre kommuner. Flere opplyser i tillegg om at de har delt erfaringer med og samarbeidet med blant annet sykehus og regionale utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Tromsø opplyser i rapportering til Helsedirektoratet at de gjennom samarbeidet med USHT har delt erfaringer fra prosjektet med andre kommuner [41]. Alta opplyser i rapportering til Helsedirektoratet at klinisk ernæringsfysiolog har bidratt med undervisning til USHT Finnmark sine nettverk på forespørsel [42].

På erfaringssamling arrangert av Helsedirektoratet forteller klinisk ernæringsfysiolog i Kvam og Voss at de vært en del av et ernæringsnettverk i Helsefelleskapet i Bergensregionen, som er på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten, hvor de har delt erfaringer med andre kommuner [43].

Fra Bærum kommune blir det også vist til eksempler på at de kliniske ernæringsfysiologene har delt sine erfaringer fra prosjektet på bakgrunn av konkrete forespørsler fra andre kommuner. De har blitt kontaktet

av andre kommuner via e-post med spørsmål om arbeidet med blant annet matverter. Det blir videre opplyst at de har skrevet en rapport om arbeidet i prosjektet, som de har delt med andre kommuner.

I 2022 kontaktet klinisk ernæringsfysiolog som arbeidet i primærhelseteam på legekontor i bydel Sagene alle primærhelseteamene i Norge, med forespørsel om å hospitere og vise hvordan en klinisk ernæringsfysiolog kan jobbe i primærhelseteam, samt hvilke pasienter som er aktuelle for oppfølging. Klinisk ernæringsfysiolog ble invitert til å hospitere på tre ulike legesentre. Denne erfaringsdelingen førte til at Brumunddal legesenter i Ringsaker kommune ønsket å videreføre prosjektet med klinisk ernæringsfysiolog på legesenter. I spørreundersøkelsen vises det også til at prosjektet i Ringsaker kommune kom i gang etter inspirasjon fra modellen som ble utviklet i Sagene bydel.

[43] Tromsø kommune, rapportering til Helsedirektoratet, 2023

[44] Alta kommune, rapportering til Helsedirektoratet, 2023

[45] Deloitte hadde representanter på erfaringssamlingen arrangert av Helsedirektoratet i november 2024.

Oppsummering og vurdering

I all hovedsak viser evalueringen at de ulike modellene oppleves å bidra til en hensiktsmessig bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. Respondenter i undersøkelsen mener også i all hovedsak at modellutviklingen enten i stor eller noen grad har bidratt til bedre tjenester for tilskuddsordningens endelige målgruppe. Samtidig er det naturlig at det kan variere mellom de ulike modellene hvor tydelig sammenheng det er mellom innsats og effekter for brukere/pasienter. Modeller der klinisk ernæringsfysiolog har stor grad av klientrettet arbeid vil gjerne ha en umiddelbar, og lett sporbar, effekt for pasienter/brukere. Modeller som legger opp til at klinisk ernæringsfysiolog primært arbeider systemrettet, vil på den annen side ha en mer indirekte og dermed til dels mindre åpenbar effekt. Vi merker oss også at enkelte av de systemrettede prosjektene i sine søknader i hovedsak fokuserer på delmål som økt kompetanse, bedre system og rutiner samt flere og bedre risikovurderinger, og mindre på endelige effekter for brukere/pasienter. Dette handler gjerne om at sluttmålet ligger lengre frem i tid, og er avhengig av at man først lykkes med de ulike delmålene.

Det pekes også på en del forutsetninger for å lykkes med modellutviklingen og oppnå ønskede mål og effekter, samt noen viktige barrierer med hensyn til dette arbeidet. Barrierene og forutsetningene er ofte nært relaterte, da mangelen på noe omtales som en barriere, mens tilstedeværelsen av den samme faktoren blir vist til som en forutsetning. Kort oppsummert handler barrierene og forutsetningene om følgende forhold:

- **Ressurser** i form av tid og økonomi blir fremhevet både som en forutsetning for å lykkes med ernæringsarbeidet, og som en barriere
- Gjennomgående blir det i undersøkelsen fremhevet at en viktig forutsetning for å lykkes med både implementering av nye system og rutiner og kompetansehevende tiltak, har vært fysisk **tilstedeværelse** av klinisk ernæringsfysiolog i de ulike tjenestene som er omfattet av modellen.
- Det fremheves at implementering av nye system og rutiner forutsetter god **lederforankring** og at den enkelte leder både ser viktigheten av arbeidet med ernæring, velger å prioritere dette arbeidet, og følger opp implementeringen.

I forlengelsen av forutsetningene og barrierene som blir fremhevet over, særlig med hensyn til økonomiske ressurser, er det flere som viser til en risiko for manglende varige effekter. Denne risikoen henger sammen med en usikkerhet knyttet til om stillingen som klinisk ernæringsfysiolog blir videreført når prosjektmidlene

tar slutt, eller ikke. Gjennomgående pekes det på viktigheten av at noen må «drive» ernæringsarbeidet videre, ellers vil lett arbeidet som er gjort ha en svært kortvarig effekt. Dette gjelder uavhengig av modell, og er også noe man allerede har sett eksempler på, ved at stillingen som klinisk ernæringsfysiolog ikke er videreført i alle kommunene som har jobbet med modellutvikling. Evalueringen viser samtidig at flere kommuner har videreført arbeidet, og i noen tilfeller også utvidet satsingen.

Gjennomgående viser tilskuddsmottakerne til at modellene de har utviklet oppleves å ha stor overføringsverdi, og de ulike prosjektene har delt sine erfaringer både med de andre modellkommunene og med andre kommuner som ikke har mottatt tilskudd fra ordningen.

I gjennomgangen av hvilke prosjekter som planlegges videreført i ordinær drift, merker vi oss at det primært er prosjektene som har jobbet «bredt» ut mot flere tjenester og/eller tjenesteenheter innenfor helse og omsorg som er besluttet videreført, dette gjelder både prosjekter innenfor Modell 1 og Modell 4. I noen prosjekter er ikke eventuell videreføring endelig besluttet, men så langt synes det i de kommunale budsjettdiskusjonene å ha vært lettere å synliggjøre verdien av modeller som primært legger vekt på systemrettet arbeid og kompetanseheving, enn av modeller med større vektlegging av direkte pasientrettet arbeid. Dette kan muligens ha sammenheng med at flere av de «systemrettede» prosjektene kan vise til en tydelig kobling til blant annet strategien *God og riktig mat hele livet*, ved å ha eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester som sluttmålggruppe, samt å satse på økt systematisering av ernæringsarbeidet og kompetanseheving av personell innenfor disse tjenestene. En slik kobling kan potensielt bidra til å underbygge viktigheten av å prioritere videreføringen av prosjektet i ordinær drift. Samtidig kan også en rekke andre forhold, og lokale prioriteringer, ligge til grunn for avgjørelsene om hvorvidt prosjektene blir videreført i ordinær drift eller ikke.

Utforming av tilskuddsordningen

Tilskuddsordningen anses i hovedsak å ha et tydelig mål, samtidig som enkelte viser til at endelig målgruppe oppleves som for avgrenset. Evalueringen viser også at enkelte av prosjektene som har mottatt tilskudd har rettet sin innsats mot en bredere slutt målgruppe enn den som er definert i tilskuddsordningens regelverk.

Innledning

Utformingen av en tilskuddsordning kan på ulikt vis påvirke en tilskuddsordnings måloppnåelse og effekter, både gjennom de avgrensinger og betingelser som er knyttet til tilskuddsordningen, og ved at mål, målgruppe og andre forhold knyttet til selve tilskuddsordning i ulik grad er tydelig for tilskuddssøkerne.

I dette kapitlet omtaler vi tilskuddsmottakernes erfaringer med tilskuddsordningen, blant annet når det gjelder tydelighet i tilskuddsordningens målsetning og tilrettelegging for høy måloppnåelse. Videre kommenterer vi kort enkelte forhold knyttet til krav/definisjoner i tilskuddsordningen opp mot prosjektene som er omfattet av denne evalueringen. Herunder hvem som er tilskuddsmottaker og hvilken målgruppe prosjektene som mottar tilskudd er rettet mot.

Erfaringer med tilskuddsordningens utforming

Respondenter som i spørreundersøkelsen svarte at de hadde vært med på utformingen av prosjektet med modellutvikling, og/eller var ansvarlig for søknad eller rapportering til Helsedirektoratet i forbindelse med modellutviklingen [46], ble stilt noen spørsmål om tilskuddsordningens utforming.

Som det går frem av figuren under, mener tilskuddsmottakerne at målet med tilskuddsordningen er tydelig. Et klart flertall av respondentene (71 prosent) mener at målet «i stor grad» er tydelig, mens øvrige respondenter (29 prosent) svarer at dette «i noen grad» er tilfelle.

Videre ble respondentene spurt i hvilken grad de opplever at den valgte modellen/arbeidsformen støtter målene for tilskuddsordningen. På dette spørsmålet svarer to av respondentene (som representerer to ulike prosjekter) at dette «i noen grad» er tilfelle, mens øvrige respondenter «i stor grad» opplever at modellen støtter målene for tilskuddsordningen. Respondentene ble også spurt i hvilken grad de opplever at måten tilskuddsordningen er utformet på, legger til rette for høy måloppnåelse. Som det går frem av figuren under, mener et klart flertall (79 prosent) at tilskuddsordningens utforming «i stor grad» legger til rette for høy måloppnåelse, mens øvrige respondenter svarer at dette «i noen grad» er tilfelle [47].

Respondentene som svarte «i noen grad» er fordelt på fem ulike prosjekter. Videre ble de samme respondentene spurt hvorvidt de ser noen svakheter ved måten tilskuddsordningen er utformet på, og eventuelle behov for endringer i tilskuddsordningen. Seks personer svarte ja på dette spørsmålet [48], og ble videre bedt om å utdype på hvilke områder de mener det er svakheter ved tilskuddsordningen og hvordan ordningen eventuelt kan innrettes bedre. Fem av respondentene svarte på dette, og viser blant annet til at de mener avgrensingen til å kun å gjelde eldre +65 ikke er hensiktsmessig. Det vises til at det er stort behov for å kunne benytte midlene til gode ernæringsprosjekter også innenfor rus og psykiatri, personer med utviklingshemming, barn og unge og eventuelle andre målgrupper. Videre blir det vist til at prosjektmidler som må søkes på for ett år om gangen er utfordrende, og at det kunne vært mer hensiktsmessig å fase inn krav til denne kompetansen slik det er gjort med psykologkompetanse.

Midlertidigheten med tilskuddsmidler fremheves som uheldig, i tillegg til at midlene er begrenset og at det er få kommuner som får støtte.

[46] Til sammen 24 respondenter svarte at de hadde hatt en slik rolle.

[47] 21 prosent tilsvarende i dette tilfellet fem respondenter.

[48] Disse respondentene er delvis, men ikke fullt ut, sammenfallende med de fem som svarte at tilskuddsordningen «i noen grad» legger til rette for høy måloppnåelse.

Målgruppe for tilskuddet og hvem som kan søke tilskudd

Som omtalt over, mener flere av de som har mottatt tilskudd fra ordningen at det er behov for å utvide målgruppen til ikke bare å gjelde eldre (+65) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I praksis har også enkelte av prosjektene som har mottatt støtte gitt tilbud til flere målgrupper enn den slutt målgruppen som regelverket for tilskuddsordningen i utgangspunktet har lagt opp til. Målgruppe for hvert av prosjektene innenfor de ulike modellene er beskrevet i [kapittel 3.2](#).

I spørreundersøkelsen fikk respondentene som enten har en lederfunksjon i kommunen eller en sentral rolle i modellutviklingen spørsmål om målgruppen for prosjektene. Som det går frem av figuren under, svarer et flertall (75 prosent) at målgruppen er eldre innbyggere (65+), men det er også 15 prosent som svarer at målgruppen er alle innbyggere med behov for oppfølging knyttet til mat og ernæring, samt åtte prosent som viser til en annen målgruppe.

De som svarte «annet», spesifiserte målgruppen slik:

- Eldre og andre voksne som er brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester
- Hovedmålgruppe eldre som mottar helsetjenester, men klinisk ernæringsfysiolog skal være tilgjengelig for andre grupper innenfor helse og omsorg også, heriblant rus/psykiatri og personer med utviklingshemming.
- Eldre innbyggere (65+) som *ikke* er brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, men som kan ha behov for ernæringsoppfølging
- Målgruppen er sammenfallen med pilotprosjektet Primærhelseteam, med svake etterspørrere. I tillegg er det inkludert barn med særskilt ernæringsbehov.

Fra Helsedirektoratet blir det opplyst at man har erfart at avgrensingen til kun å gjelde eldre (+65) brukere av omsorgstjenester kan oppfattes som en streng avgrensning. Det vises til at tilskuddet også er en del av Kompetanseløft 2025, som omfatter et bredt spekter av tjenester og målgrupper. Videre opplyses det at regelverket fra 2025 er justert for å tydeliggjøre at klinisk ernæringsfysiolog kan være en ressurs ut mot alle helse- og omsorgstjenester, og ikke bare ut mot eldre. I justert regelverk er endelig målgruppe beskrevet slik:

Endelig målgruppe er eldre (65+) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres pårørende, barn og unge, pasienter med flere kroniske lidelser, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med ruslidelser. (Helsedirektoratet, 2024a)

Når det gjelder hvilke tjenester som er omfattet av tilskuddsordningen, er modellutviklingen og tilskuddsordningen et tiltak i strategien *God og riktig mat hele livet*, som er avgrenset til å omfatte eldre over 65 år som mottar hjemmetjenester eller bor i sykehjem. Imidlertid er tilskuddsordningen, som omtalt over, også nevnt som et tiltak i *Kompetanseløft 2025*. I tilskuddsordningens regelverk vises det vekselvis kun til «omsorgstjenesten» og til «helse- og omsorgstjenesten», uten at det fremgår om denne variasjonen er bevisst for å skille mellom ulike tjenester.

Fra Helsedirektoratet vises det til at hva som inngår i begrepene omsorgstjenester vs. helsetjenester har fremkommet som noe utydelig, og at regelverket nok kunne ha vært mer tydelig på hva som ligger i disse begrepene. Det vises til at det i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står at «Helse- og omsorgstjenesteloven opphevet det tidligere juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. Det er nå en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Alle prosjektene med unntak av ett har en kommune som søker. I tilskuddsordningens regelverk går det frem at det kun er kommuner som kan søke om tilskudd. Interkommunale selskaper er for eksempel ikke oppgitt som aktører som kan søke tilskudd, ved at det i regelverket ikke er krysset av for alternativet «Interkommunale selskaper» under punktet om hvem som kan få tilskudd. For kommunene i Fosenregionen er det likevel Fosen helse IKS som står som tilskuddssøker og prosjekteier. Det fremgår ingen begrunnelse for dette unntaket fra regelverket av tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet. Fra forvalter opplyses det at dette tilfellet har vært drøftet internt, og at det er vurdert at søker i dette tilfellet understøtter målsettingen med tilskuddet.

Oppsummering og vurdering

Tilskuddsmottakerne gir i all hovedsak uttrykk for både at målet med tilskuddsordningen er tydelig, og at tilskuddsordningen legger til rette for høy måloppnåelse. Samtidig er det også enkelte som peker på svakheter ved tilskuddsordningens utforming, blant annet ved at målgruppen oppfattes som for avgrenset. I tillegg peker enkelte respondenter på mer generelle utfordringer knyttet til prosjektfinansiering, og etterlyser mer varige ordninger som kan legge til rette for at flere kommuner får tilgang til klinisk ernæringsfysiolog.

Når det gjelder endelig målgruppe for tilskuddsordningen, har denne fra 2025 blitt utvidet i tråd med de ønskene som blir formidlet fra enkelte av tilskuddsmottakerne. Deloitte tar ikke stilling til hensiktsmessigheten ved denne utvidelsen, da dette er en prioritering som ligger til tilskuddseier i samarbeid med tilskuddsforvalter. I perioden 2021 til 2024 har endelig målgruppe imidlertid vært tydelig avgrenset til «Eldre (65 +) brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og deres pårørende» i tilskuddsordningens regelverk. Med bakgrunn i denne avgrensingen av målgruppen, stiller Deloitte spørsmål ved at det i den aktuelle perioden er gitt tilskudd til enkelte prosjekter som i henhold til tilskuddssøknader og rapportering til Helsedirektoratet har en målgruppe som er videre enn målgruppen som er definert for tilskuddsordningen.

Deloitte mener det er uheldig forvaltningspraksis at tilskudd er tildelt til prosjekter med en videre målgruppe enn eldre 65+, selv om man kan vise til store behov også blant andre grupper av befolkningen, og regelverket for tilskuddsordningen i senere tid har blitt endret til å omfatte en bredere målgruppe. Det at enkelte søkere har mottatt tilskudd til prosjekter som har en videre målgruppe enn det tilskuddsordningens regelverk legger opp til, bidrar etter Deloitte vurdering til manglende forutsigbarhet for søkere, med hensyn til hvilke prosjekter som vil kunne innvilges, og hva som blir vektlagt i vurderingen. Deloitte vil i denne forbindelse vise til rapport fra Riksrevisjonen fra 2022 der det fremgår at «Når Stortinget bevilger midler som tilskudd er det et virkemiddel for å oppnå et mål, eller skape resultater for en bestemt målgruppe. For å ivareta formålet med tilskuddet må forvaltningen sikre at midlene brukes til riktig

formål/målgruppe og at de tiltenkte resultatene og målet med bevilgningen oppnås». Dersom forvalter får innspill om, eller selv vurderer at avgrensingene av målgruppe for en tilskuddsordning ikke er hensiktsmessig, bør dette legges til grunn for å vurdere behov for endringer i tilskuddsordningens regelverk. Før dette er gjort, er det imidlertid viktig at man forholder seg til de avgrensinger som følger av regelverket for tilskuddsordningen.

Deloitte stiller også spørsmål ved at det er tildelt tilskudd til et interkommunalt selskap, samtidig som tilskuddsordningens regelverk ikke åpner for at interkommunale selskaper kan søke om tilskudd. Deloitte har forståelse for at søker i dette tilfellet anses å understøtte formålet med tilskuddet, blant annet med bakgrunn i at det i tilskuddsordningens regelverk fremgår at kommuner som samarbeider med andre kommuner vil bli prioritert. Det at allerede etablerte samarbeid mellom kommuner på helse- og omsorgsområdet, i form av interkommunale selskaper, ikke kan stå som tilskuddssøker, kan dermed fremstå som et paradoks. Dette kan dermed synes å være en svakhet ved regelverket. Det er likevel Deloitte vurdering at det er uheldig at et interkommunalt selskap er tildelt tilskudd, så lenge interkommunale selskaper i henhold til tilskuddsordningens regelverk ikke har anledning til å motta tilskudd. Igjen medfører en slik praksis manglende forutsigbarhet i forvaltningen, og behov for å utvide angivelsen av hvem som kan få tilskudd til også å gjelde interkommunale selskaper burde eventuelt vært tatt opp i forbindelse med revisjon av regelverket.

Konklusjon

Ved hjelp av modellutviklingstilskuddet har det blitt utviklet fire hovedkategorier av modeller for bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. Modellene er til dels svært ulike, og noen hovedforskjeller består i hvilke deler av helse- og omsorgstjenesten modellene har vært innrettet mot, og om de primært er innrettet mot systemarbeid eller individrettet arbeid.

Et sentralt spørsmål i evalueringen er hvorvidt de ulike modellene bidrar til hensiktsmessig bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs, slik at effektene og nytteverdien er størst mulig for den endelige målgruppen. Evalueringen viser at alle prosjektene har bidratt til økt systematisering av ernæringsarbeidet, og økt ernæringsfaglig kompetanse. Alle prosjektene har også vektlagt tverrfaglig samarbeid, og de ulike modellene opplever alle å bidra til bedre tjenester for den endelige målgruppen.

Det er samtidig Deloitte's vurdering at det er noen viktige forskjeller mellom modellene, når det gjelder potensialet for effekter og nytteverdi for den endelige målgruppen. I kommuner der man fra før ikke har tilgang til klinisk ernæringsfysiolog, mener Deloitte at prosjekter med bredt nedslagsfelt med tanke på hvilke tjenester og tjenesteenheter som involveres, og stor grad av systemrettet arbeid, har størst potensiale. Gjennom systemrettet arbeid og kompetanseheving av øvrig helsepersonell, samt andre som er involvert i arbeidet med mat og ernæring, vil man kunne nå ut til mange brukere/pasienter som er omfattet av tilskuddsordningens målgruppe, uten å være direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiolog sin kapasitet til å ta imot pasienter. Imidlertid er det en rekke forutsetninger som må være på plass for at denne tilnærmingen skal «virke». Det er ikke tilstrekkelig å utarbeide planer, strategier og systemer og rutiner, samt holde kurs eller utarbeide e-læringer. Kompetansehevingen hos personalet ute i tjenestene må være reell, og dette krever tett oppfølging og at klinisk ernæringsfysiolog er tilgjengelig for veiledning ved behov. Da økes mulighetene for en reell endring og at systemer og rutiner blir implementert i tjenestene, slik at dette i neste omgang kan bidra til at eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene får en mat- og ernæringsoppfølging som er i tråd med egne ønsker og behov og nasjonale faglige retningslinjer. Det vil imidlertid være nødvendig å nå flere delmål før man kan oppnå konkrete effekter på brukernivå, noe som betyr at det kan ta noe tid før man ser tydelige effekter av arbeidet.

Endringsarbeid og kompetanseheving krever innsats over tid, og det forutsetter både forståelse og interesse for arbeidet, samt god lederforankring. I tillegg har modellutviklingen vist at det ikke nødvendigvis er tilstrekkelig å «rendyrke» en systemrettet modell, og at det tidvis kan være behov for at klinisk ernæringsfysiolog involveres også i direkte pasientbehandling når man står overfor kompliserte enkeltsaker. Det synes derfor viktig at det også åpnes for noe pasientrettet arbeid, samtidig som dette med fordel kan gjennomføres på en måte som bidrar til kompetanseheving hos annet helsepersonell.

Forutsatt at disse forutsetningene er på plass, er det Deloitte's vurdering at en modell som har en tilnærming der det primært legges vekt på å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og øke kompetansen innenfor ulike tjenester som inngår i helse- og omsorgstjenesten, er hensiktsmessig. Dette særlig med tanke på tilskuddsordningens målsetninger om å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten. Alle modellene som er utviklet kan sies å ha bidratt til å nå disse målsetningene, men i ulikt omfang.

En modell der klinisk ernæringsfysiolog i stor grad arbeider direkte pasientrettet, vil kunne bidra direkte til ønskede effekter for den endelige målgruppen. Samtidig er det slik Deloitte vurderer det en risiko ved modellen at antall pasienter/brukere som kan få oppfølging er direkte avhengig av klinisk ernæringsfysiolog sin kapasitet, noe som kan virke begrensende på hvor mange i målgruppen som vil kunne ha nytte av tilbudet. En tilnærming der klinisk ernæringsfysiolog primært bidrar med direkte pasientrettet arbeid, vil likevel kunne ha stor verdi som et supplement til en mer systemrettet tilnærming.

I forvaltningen av tilskuddsordningen har det vært lagt vekt på å bidra til at det blir utviklet ulike modeller. Dette mener Deloitte er hensiktsmessig, da de ulike modellene bidrar til å belyse både styrker og svakheter ved ulike tilnærminger til bruk av klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er variasjonen i modellene hensiktsmessig med tanke på overførbarhet til andre kommuner. Kommune-Norge består av svært ulike kommuner, som vil kunne ha nytte av erfaringer fra ulike modeller, avhengig av blant annet størrelse, organisering og hvor langt kommunen har kommet når det gjelder systematisk ernæringsarbeid. Vi merker oss også at flere av kommunene som har vært del av modellutviklingen har fortsatt arbeidet som en del av den ordinære driften etter prosjektperioden. Deloitte mener samtidig at det er viktig at Helsedirektoratet, i forvaltningen av tilskuddsordningen, til enhver tid forholder seg til de spesifikke avgrensinger som fremgår av tilskuddsordningens regelverk, slik at forvaltningen fremstår som forutsigbar for søkerne.

Referanser

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). 2007. Evaluering av statlige tilskuddsordninger. Veileder. Sist oppdatert 29. november 2022. Tilgjengelig fra:

<https://dfo.no/fagomrader/tilskuddsforvaltning/evaluering-av-statlige-tilskuddsordninger>

Helsedirektoratet. 2024a. Regelverk for tilskuddsordning. Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for helse- og omsorgstjenesten. Godkjent av HOD 03.12.2024.

Helsedirektoratet. 2024b. Matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Siste faglige endring 15. mars 2024. Lest 27.02.2025. Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/matfaglig-kompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. 2021. Modellutvikling Klinisk ernæringsfysiolog som ressurs for omsorgstjenesten. Regelverk for tilskuddsordning. Godkjent av HOD 22.04.2021

Helsedirektoratet. Uten dato. Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon. Lest 25.3.2025. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%99>

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Uten dato. Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2025. Handlingsplan.

Helse og omsorgsdepartementet (HOD). 2024. Prop. 1 S (2024-2025). For budsjettåret 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 20. september 2024, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Støre)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). 2023. Prop. 1 S (2023-2024). For budsjettåret 2024 under Helse- og omsorgsdepartementet. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2023, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Støre)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). 2022. Prop. 1 S (2022–2023). For budsjettåret 2023 under Helse- og omsorgsdepartementet. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. september 2022, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Støre)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). 2021a. God og riktig mat hele livet. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester. Rapport, 06.05.2021.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). 2021b. Prop. 1 S (2021–2022). For budsjettåret 2022 under Helse- og omsorgsdepartementet. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 24. september 2021, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). 2020. Prop. 1 S (2020–2021). For budsjettåret 2021 under Helse- og omsorgsdepartementet. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 21. september 2020, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). 2018. Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 4. mai 2018, godkjent i statsråd samme dag (Regjeringen Solberg)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Sist endret LOV-2024-05-03-20 fra 01.01.2025. Innledning «kort om loven».

Helse- og omsorgskomiteen. 2024. Innst. 11 S (2024–2025) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2025, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15).

Helse- og omsorgskomiteen. 2018. Innst. 43.S (2018-2019). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Komiteens tilråding.

Riksrevisjonen. 2022. Revisjonsrapport for 2022 om tilskudd til organisasjoner. Rapportert i Dokument 1 (2022–2023). Tilgjengelig fra:

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/NO-2022-2023/tilskudd-til-organisasjoner.pdf>

PDF av rapporten

[Last ned PDF av rapporten](#)

