



Oslo kommune

Sluttrapport

Løft for bedre ernæring, delprosjekt 1:  
frie midler til lokalt ernæringsarbeid



April 2014

Et delprosjekt gjennomført ved  
hjemmetjenestene i Oslo kommune utført av  
Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo.  
Prosjektleder Anne Marthe Sedlak.



## Forord

Ernæring har i flere år vært en viktig satsing for Oslo kommune. I 2012 lanserte Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester satsingen ”De fire fellene”, der **feilernæring** var et av de fire temaene.

Utviklingscenter for hjemmetjenester (UHT) i Oslo har siden oppstarten i 2009 hatt ulike ernæringsprosjekter. Fra vi i 2010 startet arbeidet med å få Oslo kommune til å bli enige om et felles kartleggingskjema, via kursserier og videre til dette samarbeidsprosjektet ”Løft for bedre ernæring”.

UHT opplever ingen uenighet i Oslos hjemmetjenester i forhold til kartlegging av ernæring hos brukerne. Vi opplever også et genuint ønske i tjenestene om å utarbeide gode, individuelle ernæringsplaner for brukere med bekymringsfull ernæringsstatus. Samtidig ser vi at det er ekstremt krevende for bydelenes hjemmetjenester å komme skikkelig i gang med det målrettede ernæringsarbeidet. Veien er for lang mellom nå-situasjon, og dit vi skal.

”Det er mange veier til Rom” – er et kjent ordtak. Utviklingscenteret ser også at veien som bydelene må gå for å komme opp på et nivå innen ernæringsfeltet som er i tråd med nasjonale retningslinjer for forebygging av feil- og underernæring (IS-1580), er ulik fra bydel til bydel. Avhengig av bl.a. tidligere satsinger, kompetansenivå hos ansatte i tjenestene og demografi, vil veien til en ny praksis med systematisk ernæringsarbeid er etablert, være ulik. Gjennom prosjekt ”frie midler til lokalt ernæringsarbeid” har bydelene fått anledning til å tilpasse ernæringssatsingen til sin bydel, og de har hatt anledning til å støtte opp rundt lokale ildsjeler der de har vært så heldige å ha slike.

Alle bydelene har arbeidet med ernæring tidligere, det er vår påstand at alle ser dette som et grunnleggende område av hjemmetjenestens arbeid. Det er imidlertid store variasjoner mellom bydelene i forhold til hvor langt man er kommet med systematisk ernæringsarbeid i forhold til de nasjonale anbefalingene. Det som i en bydel velges som hovedsatsing, kan for en annen bydel være så godt innarbeidet at det ikke engang nevnes – eller det kan være et område man foreløpig ikke har tatt skikkelig tak i. Denne rapporten må derfor ses som en oppsummering av delprosjekt 1, men ikke som en helhetsbeskrivelse eller sannhet om nivået på det systematiske ernæringsarbeidet i den enkelte bydel.

Vi i Utviklingscenter for hjemmetjenester som har hatt det privilegium å følge alle de flotte prosjektene på nært hold, ser at alle har gjort seg noen verdifulle erfaringer. Vi håper dere som leser denne rapporten blir inspirert, og motivert til å arbeide videre med satsingen ”ernæring”. Vi ser at vi går i riktig retning når det gjelder oppfølging av ernæringsarbeidet overfor hjemmeboende med bistand fra hjemmetjenestene i Oslo.

Oslo, 10. april 2014

Line Orlund

Leder ved Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo

## Sammendrag

”Løft for bedre ernæring” har vært et samarbeidsprosjekt mellom Helseetaten ved ernæringsgruppen og Geriatrisk ressurscenter, og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo. Prosjektet ble etablert som et svar på et initiativ fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (EST) i 2012. EST har finansiert prosjektet.

Målet med ”Løft for bedre ernæring” har vært å styrke det systematiske ernæringsarbeidet i pleie- og omsorgstjenesten, og gi ”mer mat i magen” til brukerne. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo har hatt ansvar for delprosjekt 1, *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. Hensikten med *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har vært å skape interesse og gi økt forståelse for nødvendighet av systematisk ernæringsarbeid blant ansatte i hjemmetjenestene i Oslo kommune. Det var ønskelig at bydelene gjennom delprosjekt 1 ville synliggjøre gode ernæringstiltak som etter prosjektperioden kunne videreføres i egen bydel, samt være til inspirasjon for de andre bydelene i Oslo.

Det var 11 av 15 bydeler som søkte om *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*, og det ble utdelt fra 70 000 til 180 000 kroner basert på den enkelte bydels søknad. I tillegg ble delprosjekt 2 – *fellesmåltid ved eldrecenter*, etablert i en bydel. Dermed var 12 av 15 bydeler involvert i satsingen «Løft for bedre ernæring». De lokale prosjektene ble gjennomført over en periode fra mai 2013 til januar/februar 2014. Det var et stort lokalt engasjement i prosjektperioden. De ansatte rapporterte perioden som krevende, men beskrev den samtidig som viktig. Den var viktig for å kunne ha fokus og en satsing på fagområdet ernæring. Bydelene ga også tilbakemeldinger på at brukere og pårørende beskrev prosjektene som verdifulle.

*«Spesielt har vi fått tilbakemeldinger fra en del pårørende som har takket for at vi grep tak i utfordringene på en så seriøs måte» (Nordre Aker)*

Sluttrapportene og tilbakemeldingene viste at *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* ga et godt grunnlag for videre ernæringsarbeid. Når brukerne har en god og tilfredsstillende ernæringsstatus kan det føre til en opprettholdelse av funksjon, færre sykehusinnleggelses og et mer stabilt behov for tjenester.

Det er et ønske at denne sluttrapporten synliggjør det gode ernæringsarbeidet som er blitt gjort i prosjektperioden, og at innholdet i rapporten kan være med på å styrke det videre ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten fremover. Det var etterlengtet fra mange bydeler å ha en satsing på ernæring. Bydelene har beskrevet at de har opplevd et løft i ernæringsarbeidet og at de nå, etter en systematisk tiltaksutprøving, har verktøy på hva som kan fungere i ernæringsarbeidet i sin bydel. Det er et ønske fra bydelene at nye prosjektmidler innen ernæring lyses ut.

*«Det er lite rom for å drive med store kompetansehevende tiltak innenfor fastsatte budsjettammer. Det er derfor desto viktigere at det bevilges midler utenfor bydelenes rammer, og prosjekter som dette initieres, slik at gode fagutviklingsprosjekter blir realisert og kommer tjenestene til gode» (Nordstrand)*

## Resultat

Ved *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har ansatte i hjemmetjenestene ervervet ny kompetanse, og ressurspersoner er utpekt. Alle involverte bydeler har tatt i bruk MNA<sup>1</sup> screening. Mange brukere har opplevd å bli tatt bedre vare på, fått bedret sin ernæringsstatus og hatt vektøkning. Brukere har økt kompetanse og forståelse for betydningen av mat og drikke. Brukermedvirkning har vært viktig. Flere bydeler har gitt tilbakemelding på at både brukere og ansatte ser at ernæring har noe å si for opprettholdelse av funksjonsnivå.

Det har vært et tett samarbeid mellom hovedprosjektet og delprosjekt 1, *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. Klinisk ernæringsfysiolog fra hovedprosjektet har bidratt med undervisning i kompetansehevende tiltak i de fleste av bydelene som har hatt lokale ernæringsprosjekt.

Tabellen er satt opp av Utviklingssenter for hjemmetjenester og viser en scoring basert på sluttrapporteringene fra bydelene knyttet opp mot kriteriene som særlig ble vektlagt ved vurdering av søknadene. Hensikten med tabellen er å vise om bydelene i stor / liten grad har oppfylt kriteriene, og for å få frem resultat av måloppnåelse, bredde og variasjon samlet sett, og også variasjoner mellom bydelene.

### Kriterier som særlig ble vektlagt ved vurdering av søknadene

- A. Tiltak som er tydelige på hvordan oppnå matglede og mer mat i magen til eldre som er i faresonen for underernæring
- B. Tiltak som tar sikte på å inngå som varige etablerte tilbud i bydelen
- C. Tiltak med stor grad av samarbeid mellom faggrupper
- D. Tiltak som er tydelige på dokumentasjon i GERICA
- E. Tiltak som viser til brukerinvolvering
- F. Tiltakene skal referere til eksisterende kunnskap i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) og Kosthåndboken

Tabellen er scoret fra 1 til 6, der 1 = i liten grad og 6 = i stor grad

	A	B	C	D	E	F
Bjerke	3	4	3	4	4	2
Gamle Oslo	2	3	2	3	2	2
Grorud	4	4	3	4	4	5
Grünerløkka	3	4	2	3	4	2
Nordstrand	6	4	5	5	6	6
Nordre Aker	6	6	5	5	6	6
Sagene	4	4	4	5	5	4
Stovner	6	5	3	3	6	0
Søndre Nordstrand	6	6	4	5	6	6
*Vestre Aker DR	6	6	3	3	6	3
**Vestre Aker HS	2	3	3	3	2	3
Østsjø	4	4	4	5	4	5

\*DR – dagrehabiliteringen

\*\*HS – hjemmesykepleien

<sup>1</sup> MNA, mini nutritional assessment, er et verktøy for screening og vurdering som kan brukes til å identifisere eldre pasienter som er i faresonen for underernæring.

A. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har bidratt til tiltak som er tydelige på hvordan oppnå matglede og mer mat i magen til eldre som er i faresonen for underernæring. Dette har blitt gjort gjennom blant annet ernæringskartlegging, samarbeid med pårørende, undervisning til ansatte, iverksettelse av tiltak og medspising. Mange brukere som har vært involvert i de lokale prosjektene har opplevd å få bedret ernæringsstatus og vektoppgang, noe som har ført til styrket helse. Styrket helse kan gi positive effekter for opprettholdelse av funksjonsnivå, noe som kan bidra til at brukeren ikke blir innlagt og/eller flyttet til institusjon.

B. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har bidratt til tiltak som tar sikte på å inngå som varige etablerte tilbud i bydelene.

C. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har bidratt til stor grad av samarbeid mellom faggrupper, særlig mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand.

D. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har bidratt til tydeligere dokumentasjon i GERICA<sup>2</sup> i forhold til ernæring.

E. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har bidratt til sterk grad av brukerinvolvering ved at bruker har vært mer involvert og delaktig i sin egen hverdag i forhold til inntak av mat og drikke.

F. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har i gjennomføringen henvist til og benyttet eksisterende kunnskap i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling (IS1580) og Kosthåndboken.

*«Det har vært et givende engasjement fra hjemmetjenestene i prosjektperioden, og de skal berømmes for den daglige innsatsen de legger ned i sitt arbeid»  
(prosjektleder, frie midler til lokalt ernæringsarbeid)*

---

<sup>2</sup> GERICA er elektronisk pasientjournal til bruk i kommunal pleie- og omsorg

## Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
Innholdsfortegnelse	7
Innledning	8
Gjennomføring	11
Resultater	19
Oppsummering	33
Erfaringer	34
Kilder	36
Referanser	36
Vedlegg	36

## Innledning

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* delprosjekt 1 i satsingen ”Løft for bedre ernæring” har vært et samarbeid mellom Helseetaten ved ernæringsgruppen og Geriatrisk ressurscenter, og Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo. «Løft for bedre ernæring» har bestått av et hovedprosjekt med to delprosjekter, og har hatt som hovedmål å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og «gi mer mat i magen» til brukerne i hjemmetjenestene i Oslo. Helseetaten har hatt en koordinerende rolle for satsingen som har bestått av et hovedprosjekt med to delprosjekter -

- Hovedprosjekt: *Kosthåndboken*<sup>3</sup> – *samhandling og kompetanseheving* i regi av Geriatrisk ressurscenter
- Delprosjekt 1: *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* i regi av Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo
- Delprosjekt 2: *Fellesmåltid ved eldrecenter* i regi av Helseetaten

Satsingen har vært finansiert av Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og har hatt en total ramme på 3 millioner kroner. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid*, som denne rapporten omhandler, har hatt en totalramme på 1,8 millioner kroner.

De lokale ernæringsarbeidene i *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*, hadde i utgangspunktet en prosjektperiode fra mai 2013 til desember 2013, men enkelte bydeler fikk utsatt perioden til januar / februar 2014.

### Avklaring

Det som er beskrevet i denne sluttrapporten er basert på, og skal gjenspeile, hva bydelene har sendt inn i sine sluttrapporteringer, samt de observasjoner som er gjort i prosjektoppfølgingsmøtene underveis i bydelene. Tildelingssum og tidligere satsinger på ernæring i hver bydel kan påvirke konkrete resultat og omfang på prosjektene. Kjennskap og kunnskap om hva bydelene har igangsatt og oppnådd i ernæringsarbeid fra tidligere er ikke inkludert i denne sluttrapporten.

Resultatene er skrevet som et sammendrag under hvert spørsmål der detaljer fra hver enkelt bydel i liten grad er beskrevet. Noe av grunnlaget for dette er at lengden på denne sluttrapporteringen skal være leservennlig.

### Bakgrunn

Hjemmetjenesten har vært et lovpålagt tilbud i kommunene siden 1984. I løpet av denne tiden har tjenesten utviklet seg til å bli en avansert tjeneste med stadig større ansvarsoppgaver som tidligere ble ivaretatt av staten eller fylkeskommunen.

I 2004 ga SINTEF helse ut en rapport (3) som tok for seg utviklingstrekk i blant annet kommunehelsetjenesten. Denne slår fast at utviklingen går i retning av en fortsatt sterk vekst i hjemmesykepleien som tilbys i kommunene. Det er også en kjensgjerning at økt krav til effektivitet i somatiske sykehus og nedbygging av psykiatriske institusjoner har gjort at kravet til ansatte i hjemmesykepleien har økt (6). Samhandlingsreformen slår fast at det blir en kraftig økning i antall eldre fra 2020. Nødvendigheten av et godt kosthold og tilstrekkelig bistand innen ernæringsområdet vil kunne forebygge svikt og underernæring hos sårbare grupper som er avhengige av tilgjengelige tjenester og omsorg fra bydelene (7).

---

<sup>3</sup> Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, utgitt av Helsedirektoratet i 2012.



Ernæring kan defineres som sammenhengen mellom kosthold og helse. I det ligger at man må ha et godt kosthold for å oppnå så god helse som mulig. Dette gjelder selvfølgelig også for hjemmeboende som får hjelp fra hjemmetjenesten. Ernæring har lenge vært et fokus i Oslo kommune, og i fire år har det vært et hovedsatsingsområde ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo. Utviklingssenteret startet sin ernærings-satsing med opplysning om retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580), med særskilt fokus på MNA kartleggingsskjemaet. Retningslinjene beskriver at det er et krav til kartlegging av ernæringsstatus i kommunehelsetjenesten. I Oslo er MNA valgt som metode.

***Frie midler til lokalt ernæringsarbeid har gitt mange bydeler muligheten til å få tatt i bruk og startet implementeringen av MNA, fire år etter det ble valgt som metode. Tidsperspektivet viser hvor komplekst ernæringsarbeidet er i hjemmetjenestene. De ansatte trenger kompetanse for å kunne utøve sin praksis på en faglig og forsvarlig måte, tjenestene trenger verktøy og målinger for å kunne se om arbeidet som utføres er riktig og kostnadseffektivt, mens brukeren trenger gode tiltak som fører til mer mat i magen og som opprettholder funksjonsstatus.***

Forekomsten av underernæring blant hjemmeboende eldre er lite undersøkt og forsket på. En studie (5) blant hjemmeboende eldre i Finland viste at ca. 15 % av deltakerne var i risiko for underernæring vurdert med kortversjonen av MNA. En prevalensstudie (1) fra Oslo og Bærum viste at 46 % av 340 hjemmeboende eldre som mottok hjemmesykepleie var underernært eller var i ernæringsmessig risiko. Eldre personer er i en risikogruppe for å utvikle underernæring (1). Sykdom er den viktigste årsaken til underernæring i utviklede land, men eldre har generelt økt risiko grunnet fysiologiske og biologiske forandringer (2). Forekomsten av underernæring kan knyttes opp mot bl.a. medikamentbruk, psykososiale forhold og tap av matlyst. Redusert lukt- og smaksans, nedsatt syn og tyggeproblemer kan påvirke matvarevalg - og inntak, mens endringer i sosial status kan ytterligere påvirke matlysten. Betydningen av en god ernæringsstatus er spesielt viktig dersom den eldre rammes av akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom. Lav vekt og vekttap er en viktig markør på sårbarheten i eldre år, og indikerer økt risiko for en rekke sykdommer og skade. Vekttap og underernæring hos gamle har ofte sammensatte årsaker, og man må forsøke å korrigere så mange som mulig hvis man skal bremse vekttapet (4).

Veksten i antall eldre som vil komme til å trenge tilpasset hjelp i forhold til kosthold og matsituasjon utfordrer hjemmetjenestene til å ha tilstrekkelig kunnskap og gode verktøy for å kunne yte god hjelp. *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har ønsket å være med og bidra til dette. Tilbakemeldingene og erfaringene bydelene har gitt i prosjektperioden, viser tydelig at det ekstra fokuset ett prosjekt gir på ett spesifikt område, er viktig for å oppnå både kortsiktige og mer langvarige resultater.

### **Organisering og rammebetingelser**

Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo oppnevnte Anne Marthe Sedlak som prosjektleder for delprosjekt 1 i april 2013. Sedlak er ansatt som fagutviklingssykepleier i Utviklingssenteret, og har gjennom sitt arbeid god kjennskap til bydelene. Hovedoppgaven til prosjektleder var å bistå de lokale prosjektlederne i bydelene med prosjektstøtte, holde oversikt, gi informasjon og være et ledd mellom det lokale arbeidet og styringsgruppen, samt skrive sluttrapport. Leder av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, Line Orlund, hadde, i tillegg til en veiledende og støttende funksjon til prosjektleder for *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*, undervisning i MNA kartlegging i flere bydeler ved oppstart av de lokale prosjektene.

Styringsgruppen for satsingen «Løft for bedre ernæring» har bestått av

- **Bente Riis**, Helseetaten (leder)
- **Carl-Fredrik Sandkroken-Olafsen**, Bydel Alna
- **Ellen Andersen**, Geriatrisk Ressurssenter
- **Line Orlund**, Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo
- **Vigdis Brit Skulberg**, Helseetaten (sekretær)

Prosjektledere i «Løft for bedre ernæring» var

- **Kristine Stray Aurdal**, klinisk ernæringsfysiolog ved Geriatrisk ressurscenter – *Kosthåndboken – samhandling og kompetanseheving*
- **Anne Marthe Sedlak**, fagutviklingssykepleier ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo - *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*
- **Martine Post**, master i folkehelsevitenskap ved Helseetaten - *fellesmåltid ved eldresenter*

Det var et tett samarbeid mellom hovedprosjektet og delprosjekt 1, *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. Klinisk ernæringsfysiolog fra hovedprosjektet bidro med undervisning og opplæring i kompetansehevende tiltak i de fleste av bydelene som hadde lokale ernæringsprosjekt.

### **Mål for delprosjekt 1; frie midler til lokalt ernæringsarbeid**

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, hadde et ønske om at *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* skulle bidra til ”mer mat i magen” til eldre som var i faresonen for underernæring.

#### *Langsiktig mål*

Oslo kommune har hjemmetjenester med stort lokalt engasjement i forhold til ernæring. Ulike metoder for godt ernæringsarbeid er dokumentert og spredt med tanke på inspirasjon på tvers av bydeler.

#### *Kortsiktige mål*

- Lokalt engasjement for ernæringsarbeid stimuleres.
- Gode ideer for ernæringsarbeid er prøvd ut og dokumentert med tanke på spredning og eventuell fremtidig forskning.
- Det er synliggjort gode tiltak som kan settes inn ved avdekking av bekymringsfull ernæringstilstand.
- Brukere i hjemmetjenesten er sikret god oppfølging i forhold til ernæring i tråd Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580).

Følgende sto i utlysningsteksten til bydelene:

«Det kan søkes om midler til prosjekt som omfatter **utvikling og/eller utprøving av metoder og/eller verktøy** innen praktisk ernæringsarbeid. Prosjektene kan bestå av nye tiltak som skal iverksettes eller en videreføring -/omstilling av allerede eksisterende tiltak. Det oppfordres til å lage prosjekter med tiltak som fremmer matinntak, som medspising. Tiltakene skal føre til økt kvalitet på tjenestetilbudet til brukerne. Det er viktig at iverksatte tiltak kan videreføres etter prosjektets slutt med de ressurser som tjenestestedet har til rådighet».

## Gjennomføring

Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, har ved flere anledninger fått tilbakemelding fra hjemmetjenestene i bydelene om at de opplever et høyt arbeidstempo, tidspress, samt flere og mer omfattende pasientutfordringer. Bydelene har beskrevet at det er krevende med mange og omfattende driftsoppgaver som skal utføres daglig. Utviklingssenteret ønsket at *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* skulle oppleves positivt, læringsrikt og givende for ansatte i hjemmetjenestene. Før utlysningsteksten ble sendt ut inviterte derfor Utviklingssenteret alle bydelene til et heldags oppstartseminar der 12 av 15 bydeler deltok. På seminaret ble prosjektbeskrivelsen gjennomgått, bydelene fremla prosjektidéer de hadde utarbeidet på forhånd, samt at det ble en grunnopplæring i prosjekt som arbeidsform.

*«Oppstartseminaret var en fin arena for å få informasjon om hvor og hvordan vi starter lokalt prosjekt» (Gamle Oslo)*

Etter oppstartseminaret ble utlysningstekst med vedlegg (vedlegg 1) sendt ut fra Helseetaten til bydelsdirektørene i bydel 1 – 15. Utlysningsteksten ble også sendt ut til de som deltok på oppstartseminaret.

I alt 11 av 15 bydeler sendte inn søknad om tildeling av *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. En arbeidsgruppe bestående av Vigdis Britt Skulberg (Helseetaten), Solfrid Lyngroth (Geriatrisk ressurscenter), Line Orlund og Anne Marthe Sedlak (Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo) vurderte søknadene. Kriterier som særlig ble vektlagt ved vurdering av de innkomne søknadene var:

- Tiltak som er tydelige på hvordan oppnå matglede og mer mat i magen til eldre som er i faresonen for underernæring
- Tiltak som tar sikte på å inngå som varige etablerte tilbud i bydelen
- Tiltak med stor grad av samarbeid mellom faggrupper <sup>4</sup>
- Tiltak som er tydelige på dokumentasjon i Geric
- Tiltak som viser til brukerinvolvering
- Tiltakene som refererer til eksisterende kunnskap i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) og Kosthåndboken

Basert på en individuell vurdering, fikk den enkelte bydel tildelt fra 70 000 til 180 000 kroner.

Tilskuddsbrev ble sendt fra Helseetaten til bydelene i månedsskifte april/mai 2013. Prosjektleder ved *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* ga i tillegg en individuell tilbakemelding til den enkelte bydel med blant annet råd for hva som burde være hovedfokus i prosjektperioden. I bydeler der det var tydelig for ambisiøse mål i forhold til de midlene de fikk tildelt og/eller prosjektperiodens lengde, ble det gitt konkrete tilbakemeldinger om dette.

Oppstartdato varierte i de lokale prosjektene. Hovedårsaken var at flere av bydelene ikke ønsket/hadde kapasitet til å starte sine prosjekt før etter sommeren grunnet ferieavvikling. De tidligste bydelene kom i gang i mai, de siste i månedsskifte august/september.

---

<sup>4</sup> I hjemmetjenestene vil samarbeid mellom faggrupper ofte dreie seg om samarbeid mellom ansatte i praktisk bistand, helsefagarbeidere og sykepleiere.

Prosjektleder for delprosjekt 1 hadde jevnlig kontakt med de lokale prosjektlederne i prosjektperioden. I oktober ble det gjennomført oppfølgingsmøter i alle bydelene. Lokal prosjektleder var representert ved disse møtene, samt at det i noen bydeler også var representanter fra prosjektgruppen- og/eller arbeidsgruppen. I bydeler der fremdriften i prosjektet ikke gikk som planlagt ble opprinnelige prosjektplaner endret / tiltak revurdert etter oppfølgingsmøtet.

*«Det tar ofte flere måneder fra idéfasen til gjennomføringsfasen» (Nordstrand)*

**Bydelene – prosjektleder, tildelingssum og tittel på prosjektet**  
(Bydelene er nevnt i alfabetisk rekkefølge)

Bydel	Prosjektleder	Tildelings- sum	Prosjekttittel og prosjektperiode
Bjerke	Solveig Lunde	150.000,-	Glad og mett i Bydel Bjerke
Gamle Oslo	Rebaz Dlear	70.000,-	Økt kompetanse blant alle ansatte om ernæring/medspising for å kunne arbeide målrettet mot å redusere fare for underernæring/dehydrering hos brukere i hjemmetjenesten
Grorud	Benedicte Østen	110.000,-	Riktig mat for bedre helse
Grünerløkka	Ulf Ottar Karlsen	125.000,-	Nok mat i magen
Nordstrand	Karla Robles Larsen	180.000,-	Implementering av ernæringsprosedyre i enhet for hjemmetjenester, Bydel Nordstrand og utprøving av medspisegruppe ved Skovheim Allsenter
Nordre Aker	Bente Tveit	140.000,-	Matglede
Sagene	Nina Lühr	100.000,-	Tiltak som bedrer kostholdet for brukere med kognitiv svikt
Stovner	Ann-Kristin Knudsen	180.000,-	Samlokalisert medspising
Søndre Nordstrand	Cecilie Lindberg	165.000,-	Fremme matglede og matinntak i hverdagen hos eldre, hjemmeboende personer med kognitiv svikt/demens – med fokus på tilrettelegging av måltider og medspising
Vestre Aker	Ragnhild Lorentzen	150.000,-	Rett mat – på rett sted til rett tid
Østsjø	Anne Lunde	130.000,-	Ernæringsprosjekt

**Bydelene – beskrivelse av prosjekt, iverksatte tiltak, prosjektperiode og resultat**

Oppsummeringen av den enkelte bydel har tatt utgangspunkt i den enkelte bydels sluttrapportering. Måloppnåelse og gjennomføring kan avvike fra det som i utgangspunktet var beskrevet og planlagt i søknadene. Avvikene og de opprinnelige planene er ikke beskrevet i denne sluttrapporteringen da resultatene er det viktigste å belyse. Det har vært variasjon i hva bydelene har oppgitt som resultat, og det som er benevnt er innhentet fra hver enkelte bydel. Den enkelte bydels sluttrapport ligger som elektroniske vedlegg på nettsidene til Utviklingscenter for hjemmetjenestene i Oslo ([www.oslo.kommune.no/uht](http://www.oslo.kommune.no/uht)).

Det er viktig å merke seg at vektøkning hos brukere som har vært med i prosjektet, i stor grad kan være et resultat av økt fokus på ernæring i prosjektene. Vektreduksjon hos brukere gir imidlertid ikke den konklusjon at det har vært dårlig oppfølging av brukerne i prosjektet. En vektnedgang kan være et resultat av at de lokale prosjektene har fulgt opp utsatte og sårbare brukergrupper der innleggelse i sykehus og institusjon har påvirket oppfølging og resultat.

*«I mange tilfeller vil ikke eldre pasienter som har tapt vekt, greie å nå tilbake til sitt tidligere vekt nivå, ambisjonen må være å stoppe vekttapet eller bremse hastigheten»  
(Wyller TB)*

## Bjerke

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Det ble arrangert «kick off» for 40 ansatte i hjemmetjenesten med foredrag om berikning og andre nyttige tips i forhold til ernæringstiltak i hverdagen. Det ble tilberedt visualiserte eksempler for de ansatte på hvordan snitter bør serveres hos bruker. Det ble valgt ut 24 brukere som spiste lite, hadde dårlig matlyst eller lite ork, og som stod i faresonen for underernæring. Disse brukerne ble MNA kartlagt, og ut i fra resultatet ble det iverksatt individuelle tiltak som økt tid på vedtakene og medspising hos de som ble vurdert til å ha behov for det. Tiltakene førte til mer ro rundt spisesituasjonen og selskap. Det var fokus på at oppfølgingen av de utvalgte brukerne skulle være TA<sup>5</sup> eller PK<sup>6</sup>. Det var en bevisstgjøring ved praktisk bistand<sup>7</sup> i forhold til innkjøp av mat, blant annet garnityr, samt å unngå innkjøp av lettprodukter.

**Prosjektperiode:** 01. mai 2013 – 31. desember 2013

**Resultat:** I gjennomsnitt gikk 8 brukere opp 2,7 kg i vekt. Én bruker nektet å veie seg, mens én bruker ble innlagt. Resterende 6 brukere gikk ned i vekt under prosjektet. Bydelen initierer at de iverksatte tiltakene også har hatt en effekt hos brukerne som har hatt vektnedgang da de tror vekttapet hadde vært ytterligere hvis tiltak ikke var iverksatt.

## Gamle Oslo

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

I prosjektet var det fokus på å implementere og ta i bruk MNA kartleggingsverktøy hos de ansatte for å fange opp brukere som var i faresonen eller som allerede hadde utviklet underernæring, samt brukere med kognitiv svikt. Alle brukere med vedtak på ernæring ble MNA kartlagt og registrert i Geric. Brukernes mat- og væskeinntak ble fulgt opp gjennom observasjoner og systematisk dokumentasjon. Det ble det lagt vekt på at ansatte skulle ha kjennskap til brukerens behov og ønsker, gjerne i samråd med pårørende. Det ble gjennomført en fotokonkurranse i avdelingene om hvem som lagde mest delikat mat.

---

<sup>5</sup> TA, tjenesteanvarlig: sykepleier og brukers hovedkontaktperson i hjemmesykepleien. TA har faglig beslutningsmyndighet for de brukere denne har ansvar for og sørger for at tjenesten som ytes treffer brukers behov og ytes i henhold til lovverk, kommunale retningslinjer og rammer. TA vurderer brukers behov jevnlig gjennom direkte tjenesteyting og samarbeider med PK om faglig god praksis (Helseetaten, 2014).

<sup>6</sup> PK, primærkontakt: brukere med omfattende behov skal i tillegg til TA få oppnevnt en PK. PK er en hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider som har en utfyllende rolle til TA. PK sikrer kvalitet og kontinuitet for bruker gjennom hyppig direkte tjenesteyting (Helseetaten, 2014).

<sup>7</sup> Praktisk bistand hjelper til med dagliglivets gjøremål for eksempelpersonlig hygiene, ernæring, renhold og klesvask. En ansatte i praktisk bistand omtales som hjemmehjelp.

Tanken bak konkurransen var å motivere ansatte til å ha delikate serveringer, samt ha fokus på mer mat glede og mer mat i magen. Mattilbudet skulle holde en god ernæringsmessig kvalitet og serveres på en appetittvekkende måte. Da tjenesten har mange ansatte med forskjellig matkultur er det ikke alle som er kjent med hvordan blant annet brødmat pyntes.

**Prosjektperiode:** 01. juni 2013 – 31. januar 2014

**Resultat:** MNA kartleggingsverktøy ble implementert hos de ansatte. Det ble et sterkere fokus på ernæring og hva slags mat som serveres, samt hvordan den serveres.

## Grorud

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Det ble utført undervisning hos 20 ansatte i MNA kartlegging, om risikogrupper i forhold til underernæring, måltidsmiljøfaktorer og ernæringstrappen<sup>8</sup>. Det ble også gjennomført undervisning fra tema i Kosthåndboken. Hjemmetjenesten samarbeidet med både praktisk bistand og pårørende i forhold til innkjøp. Fokus på ernæringsarbeid og iverksetting av individuelle tiltak gjorde ansatte mere oppmerksomme på brukernes ernæringstilstand. 15 brukere ble MNA kartlagt og fikk iverksatt individuell oppfølging. Ansatte gjennomførte også samtaler med brukerne med vekt på brukers kostvaner og ønsker, samt muligheten for å tilpasse dette med målrettede tiltak til den enkelte. Iverksatte tiltak var blant annet veiledning av brukere i forhold til kosthold, motivering til å spise annerledes, medspising én til én og berikning. Det var fokus på ernæringstrappen, og å sette inn tiltak så tidlig som mulig. Det ble også utført en gjennomgang av måltidstider og nattfaste hos brukere. Prosjektet hadde også fokus på brukere med overvekts problematikk. Alle brukerne som var involvert i prosjektet fikk tilbud om medspising ved et av dagens måltider 5 dager i uken.

**Prosjektperiode:** 15. september 2013 – 31. desember 2013

**Resultat:** I gjennomsnitt gikk syv brukere opp 2,3 kg. Tre brukere med KMI<sup>9</sup> over 23 gikk i gjennomsnitt ned 3 kg. Fem brukere hadde frafall i løpet av prosjektperioden grunnet blant annet innleggelser, korttidsopphold, langtidsopphold og dødsfall.

## Grünerløkka

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Prosjektet «Nok mat i magen» omfattet 14 eldre personer med rus og psykiatriproblematikk. Prosjektet hadde som mål å gi bedre og tydeligere fokus på riktig og nok ernæring til beboerne. Deler av personalgruppen deltok på internundervisninger i forhold til Kosthåndboken. Det ble innført mellommåltider, som for eksempel suppe, frukt og kjeks på møterommet der alle beboerne fikk tilbud om å delta. Dette møtepunktet hadde som hensikt å øke det sosiale samværet rundt måltidet, øke trivselsfaktoren i forbindelse med måltidet og tilby forskjellige serveringsalternativer for å øke appetitten, samt «reklamere» for matvarer. Det ble arrangert pepperkakebaking i desember. Ansatte utførte innkjøp av mat sammen med enkelte beboere.

**Prosjektperiode:** 15. mai 2013 – 31. desember 2013

**Resultater:** Bydelen beskrev at dette er en utfordrende brukergruppe å veie / ernærings kartlegge, og at denne prosjektperioden var for kort for å kunne gi denne type resultat. De ansatte opplevde at flere beboere fikk økt matlyst, noe som var en viktig målsetting for denne brukergruppen.

---

<sup>8</sup> Ernæringstrappen er en modell for prioritering av ernæringstiltak. Hensikten er å forsinke eller forhindre fordyrende behandling ved å forbygge eller behandle underernæring («trå lekkert», Helsetaten 2014)

<sup>9</sup> KMI (kroppsmasseindeks) beregnes ut i fra en persons høyde og vekt, og gir et godt mål for mengde kroppsfett.

## Nordstrand

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Prosjektet var todelt, der en del var kompetansehevende tiltak rettet mot ansatte og en del som var direkte brukerrettet. Den direkte brukerrettede var oppfølging og gjennomføring av en medspisegruppe bestående av 8 brukere. Brukerne som deltok fikk, i tillegg til deltagelse i spisegruppe ved middagsmåltidet mellom klokken 13 og 14 hver ukedag, en individuell oppfølging med vedtak om medspising én til én morgen og kveld. Medspisegruppen var lokalisert på Skovheim Allsenter, der deltagerne i gruppen bodde. Deltagerne ble satt sammen på bakgrunn av MNA kartlegging av 45 brukere, samt en faglig individuell vurdering. De ansatte som fulgte opp medspisegruppen fikk, i tillegg til informasjon og veiledning om ernæring av klinisk ernæringsfysiolog, veiledning i miljøterapeutiske tiltak. I tillegg til sosialt samvær, var det fokus på at måltidene skulle være hyggelige og lystbetonte. Det ble arrangert et informasjonsmøte om prosjektet for brukere og pårørende i medspisegruppen, samt undervisning / veiledning av klinisk ernæringsfysiolog i ernæring, og hvordan man selv ivaretar eget kosthold på best mulig måte. Hjemmetjenesten ønsket å implementere retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580), samt å gjøre en tidligere utarbeidet prosedyre laget på bakgrunn av retningslinjene kjent for de ansatte. Det ble gjennomført kurs, undervisning og opplæring, både med formål å ha fokus på temaet, og øke kompetanse og bevissthet innen ernæring.

**Prosjektperiode:** august 2013 – januar 2014

**Resultat:** Syv av deltagerne i medspisegruppen gikk i gjennomsnitt gått opp 1,4 kg. En bruker fikk institusjonsplass halvveis i prosjektperioden, vektresultat ble derfor ikke oppgitt. For brukerne skapte medspisegruppen gode og trygge rammer, og mange ytret at det var et positivt tiltak som de hadde stor glede av.

## Nordre Aker

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Det ble valgt ut fire ansatte fra hjemmetjenesten som fungerte som ressurspersoner i prosjekt «Matglede». Ressurspersonene hadde som oppgave å være daglige ernæringspådrivere i prosjektperioden, og ble frikjøpt en dag i uken med målet å gå ut til den enkelte bruker som var valgt ut for å finne ut hva som fremmer deres matglede. I alt 85 brukere var inkludert i prosjektet. Det ble lagt vekt på kartlegging av ernæringsstatus, vaner, behov, ressurser og begrensninger hos brukerne, i samarbeid med bruker og pårørende / andre relevante samarbeidspartnere. Samarbeid mellom ansatte i praktisk bistand, innsatsteam, dagsentrene, korttidspostene, tannhelsetjenesten og internt i egen personalgruppe var i fokus. Målrettet kommunikasjon omkring ernæring var sentralt. Det ble gitt hjelp til bruk av huskeliste / handleliste for bruker, pårørende eller praktisk bistand. Individuelle tiltak som ble iverksatt i prosjektperioden var blant annet servering av «god mat», det lille ekstra og små delikate måltider. Ernæringsdrikk ble initiert i perioder hvor utfordringene var store. Det var fokus på berikning og regelmessige måltider. Det ble servert mer pålegg, rapsolje, fløte, egg og smør. En halv porsjon middag ble beriket. Medspising én til én ble iverksatt, samt økt frekvens i besøk. Bruker var med å lage måltider, dekke bord og tilrettelegge rundt måltidet. Bruker var alltid til stede på kjøkkenet når maten ble tilberedt. Det var stor oppmerksomhet på tannhelse.



**Prosjektperiode:** 01. juni 2013 - 15. desember 2013

**Resultat:** Vekt ble stabilisert eller gikk opp hos 75 % av deltagerne. Hos en pasient gikk vekten opp med 6,5 kg i løpet av prosjektperioden. I prosjektperioden erfarte bydelen at somatiske<sup>10</sup> brukere opplevdes å ha mer behov for å se resultat av forandringene, blant annet veiing for å kunne være med å ta et større ansvar. Oppfølging av personer med demens var utfordrende, og utfordret tjenesten i prosjektperioden. Bydelen så at hvis de klarer å hjelpe personer med demens så inntak er i samsvar med behov, da bedres almenntilstanden.

## Sagene

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Målgruppen i prosjektet var i hovedsak brukere med alvorlig demens. Brukere som hjemme-tjenesten vanligvis hadde problemer med, både med å komme inn i boligen til og å hjelpe. Det ble valgt ut 8 brukere ut i fra kriteriet over 67 år med kognitiv svikt. Flere hadde tilleggs diagnoser som depresjon og alkoholisme. Brukerne ble, i tillegg til MNA skjema, helhetlig kartlagt med fokus på blant annet tann- og munnhule, kvalme, fordøyelse, gripe-/bevegelsesproblemer, økonomi, måltidsrytme, psykiske eller fysiske årsaker. Det ble startet et tilretteleggings- og motiveringsarbeid for å få brukerne til å benytte dagsenter plass, men bydelen besluttet i løpet av høsten 2013 å legge ned dagsenteret. Det ble igangsatt medspising hos noen brukere for å kunne observere atferd i spisesituasjonen, kartlegge matinntak under måltidet og for å hjelpe brukerne gjennom måltidet. Det var økt samarbeid med praktisk bistand med fokus på å ha gode og varierte matvarer i hjemmet. Innkjøpslister ble utarbeidet. Samarbeid med pårørende var spesielt nødvendig. Pårørende bidro til motivering og oppfølging, hjelp til handling av riktig kost og veiledning i tillagning som for eksempel berikning. Det var fokus på endring av kosthold, berikning av maten og introduksjon av næringsdrikker. Det ble også opprettet andre individuelle tiltak ut i fra den enkeltes behov. Alle ansatte fikk undervisning i kartlegging av ernærings situasjonen, dokumentasjon i Gerica, kosthold og ernæring, samt undervisning med vekt på miljø-behandling med en foreleser fra Geriatrikksressurssenter.

**Prosjektperiode:** 05. mai 2013 – februar 2014

**Resultat:** Evalueringen av opplevd, endret og varig matglede som følge av prosjektet var noe vanskelig å kartlegge. Brukernes diagnose tilsier at de hadde problemer med å gi et realistisk bilde av situasjonen sin. Generelt så prosjektet at større fokus, bedre kunnskap og holdninger hos ansatte, omfattende kartlegging og mer tilrettelagte tiltak gir mer mat i magen. Vekttapet stoppet opp eller det skjedde en vektøkning. I løpet av prosjektperioden var det fire brukere som falt fra, samt at to var innlagt flere ganger på sykehus og med korttidsopphold.

## Stovner

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Fokuset for prosjektet «Samlokalisert medspising» var å bedre ernærings situasjonen til hjemmeboende personer med demens i bydel Stovner. Det ble valgt ut 12 brukere som i helger og på helligdager ble tilbydd samlokalisert medspising. Tilbudet eksisterte allerede i ukedagene. Utvalget av brukere som ble vurdert var brukere med kjent demensdiagnose eller brukere med udiagnostisert kognitiv svikt, samt brukere som hadde medspising som tiltak. Antallet som fremkom oversteg antallet som var tenkt inn tilbudet, så det ble gjort en prioritering der MNA resultat ble lagt til grunn. Brukerne tilhørte to distrikt i hjemmetjenesten, der den ene gruppen bodde på samme adresse som tilbudet skulle gis, mens den andre gruppen ble hentet. Det var avgjørende med et godt transporttilbud, og at tilbudet fungerte i samarbeid med hjemmetjenesten, der utvalgte brukere fikk bistand fra.

---

<sup>10</sup> Somatikk referer til den fysiske delen av kroppen.



Denne gruppen bodde i umiddelbar nærhet av sine pårørende slik at tilbudet i prosjektet også innebar avlastning for pårørende. Ansatte spiste sammen med brukerne i grupper. Det ble gjennomført i egne lokaler, som gjorde det enklere å få brukere til å spise. Mange av brukerne var svært delaktige i tilbudet, og bidro med borddekking, servering, oppvask og rydding. Det ble gjennomført opplæring i utfylling og bruk av MNA skjema hos seks ansatte med kompetanse på demens i hjemmetjenesten.

**Prosjektperiode:** 04. juni 2013 – 30. juni 2014<sup>11</sup>

**Resultat:** Én bruker hadde vektøkning på 7,3 kg. To brukere beholdt/ økte litt i vekt, noe som var gunstig. En bruker ble overflyttet institusjon, vektresultat kan derfor ikke oppgis.

Prosjektet avlastet pårørende, og aktiviserte og bedret funksjonsnivå hos den enkelte bruker.

## Søndre Nordstrand

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

I prosjektet «Fremme matglede og matinntak i hverdagen hos eldre, hjemmeboende personer med kognitiv svikt /demens – med fokus på tilrettelegging av måltider og medspising» ble det satt sammen en arbeidsgruppe med 11 engasjerte ansatte. De fikk økt kompetanse innen basiskunnskap ved ernæringsarbeid, demens og dokumentasjon. 16 brukere som scoret 3 eller mer på IPLOS under variabelen hukommelse<sup>12</sup> ble MNA kartlagt av arbeidsgruppen. Et observasjonsskjema utviklet av prosjektet «trå lekkert» i regi av Helseetaten ble også benyttet. Av brukerne som ble kartlagt ble syv valgt ut videre. De fikk iverksatt individrettede tiltak i forhold til tilrettelegging av måltider og medspising i 6 uker. Fokuset ved ernæringsarbeidet hos disse brukerne var berikning av måltider, brukermedvirkning, samarbeid og informasjon til pårørende og kartlegging av tann- og munnhule. Det ble utarbeidet handlelister, og det var fokus på tettere samarbeid med praktisk bistand.

**Prosjektperiode:** 01. mai 2013 – 31. januar 2014

**Resultat:** Fem brukere gikk i gjennomsnitt opp 2,5 kilo. En bruker gikk ned 0,4 kg begrunnet stor smerteproblematikk. En bruker ble overflyttet institusjon, vektresultat kan derfor ikke oppgis. Brukere og pårørende gav positive tilbakemeldinger på at de opplevde en trygghet og god ivaretagelse. Arbeidsgruppen opplevde at noen brukere var mer deltakende, så frem til besøk, og deltok i istandgjøring og samtaler rundt måltidet. Arbeidsgruppen opplevde en faglig utvikling.

## Vestre Aker

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

I prosjektet «Rett mat – på rett sted til rett tid» var fokuset på systematisering av ernæringsarbeidet, og at dette måtte ligge til grunn for bydelens ernæringspraksis. Prosjektet hadde fokus på ernæringstrappens fire første trinn, og særskilt energiberikning. Det ble gjennomført opplæring og undervisning i det å ha økt fokus, bevissthet og kompetanse innen ernæring, og viktigheten av dette. De ansatte fikk forståelse av MNA kartlegging og ernæringssamtale som nyttige verktøy for å kunne bestemme hvilke praktiske ernæringstiltak som burde igangsettes hos bruker. Det var fokus på å bruke Gerica<sup>13</sup> til å systematisere og kvalitetssikre arbeidet som ble gjort. Bydelen delte sitt lokale ernæringsprosjekt mellom hjemmetjenesten (HS) og dagrehabiliteringen (DR).

<sup>11</sup> Bydelen viderefører prosjekt med egenfinansiering fra desember 2013 til juni 2014, men kun som ernæringstilbud i helger. Tiltaket på helligdager blir ikke videreført, da dette krever ytterligere koordinering på tvers av enhetene og uforholdsmessig store utgifter til lønn og transport. Sluttrapportering og regnskapsrapportering er sendt inn til tidsfristen.

<sup>12</sup> Iplos er et standardisert helseregister med standardiserte data med opplysninger av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov (Helsedirektoratet, 2011)

<sup>13</sup> Gerica er det elektroniske pasientjournalsystemet som brukes i kommunehelsetjenesten i Oslo (Tieto 2014)

I hjemmetjenesten var det oppfølging av 29 brukere med aktive tiltak på ernæring. Det var fokus på tilberedning av mat og drikke, samt energiberikning. Det ble gjennomført kostsamtale med alle brukerne involvert i prosjektet. De fikk også informasjon om hvor viktig næringsrikt kosthold er. Det var økt bevissthet i praktisk bistand på handling av mat, og utfylling av handleliste sammen med bruker. Det ble utviklet en ernæringsressursperm til bruk for ansatte i hjemmetjenesten.

Ved dagrehabiliteringen var fokuset på en felles lunsjgruppe med syv deltagere som var etablert i bydelen fra tidligere. Det ble gjennomført systematisk MNA kartlegging, vektkontroll og oppfølging av alle deltagerne i lunsjgruppen. Alle deltagerne fikk et individuelt kostforslag basert på en ernæringsamtale og kostregistrering. Beriking var sentralt. I lunsjgruppen ble det lagt vekt på hva brukere likte / ønsket ved nedsatt appetitt. Deltagerne var med på å tilberede måltidene.

**Prosjektperiode:** 15. april 2013 – 31. desember 2013

**Resultat:** Hjemmetjenesten: I gjennomsnitt gikk seks brukere opp 2,9 kg. Tre brukere opplevde vektnedgang, mens det på 20 brukere ikke ble registrert vekt eller MNA.

Dagrehabiliteringen: MNA poengscore økte hos tre brukere, mens tre brukere lå stabilt i vekt under prosjektperioden. En deltager falt fra før siste MNA kartlegging ble registrert.

## Østensjø

### Beskrivelse av prosjektet og iverksatte tiltak i prosjektperioden

Bydelen så sammenheng i flere faktorer i «Ernæringsprosjektet». Bydelen beskrev at engasjerte ansatte med tilstrekkelig fagkompetanse til å fange opp og se behov for MNA kartlegging hos brukere var helt nødvendig. Prosjektet hadde fokus på hjemmetjenesten, men koblet på treffsentrene (eldresenter) som er lokalisert i bydelen. På denne måten var det mulig for flere brukere å få informasjon om ernæring, kartlegging, samt få oppfølging. Prosjektet ønsket å fange opp de som nødvendigvis ikke tok så mye initiativ selv og som heller ikke var så mye ute - ensomme eldre som «slurvet» med matinntaket. Det var fokus på å gi ansatte i hjemmetjenesten, sykepleiestudenter, lærlinger og elever opplæring i generell ernæringslære, Kosthåndboken, MNA kartlegging, dokumentasjon i Gericca, samt berikningskurs, berikningstiltak og hvordan gjøre maten mer «innbydende». Praktisk bistand hadde i tillegg hatt fokus på handlelisten. Det ble gjennomført MNA kartlegginger hos 30 brukere. Det ble iverksatt individuelle tiltak hos utvalgte brukere som kartlegging av mat og drikke, vektkontroll, medspising og berikning av eksisterende måltider. Brukerne fikk også veiledning og opplæring i ernæring, og hjelp til å velge andre matvarer med mer næring.

**Prosjektperiode:** 01. mai 2013 – 31. desember 2013

### Resultat:

	Antall brukere – august 2013	Antall brukere – desember 2013
Vekt tiltak i Gericca	81	144
*MNA kartlegging	0	17
Medspising	1	12
Tilberede mat og drikke	265	330

\*Bydelen rapporterer at det ble utført 30 MNA kartlegginger, og at kun 17 av disse er registrert i Gericca.

## Resultater

### Systematisk oversikt over punkter i sluttrapporteringskjema

Mal for sluttrapportering (vedlegg 6) bydelene ble tilsendt var inndelt i tre kategorier. Innen hver kategori var det flere spørsmål som skulle besvares. Svarene og tilbakemeldingene fra bydelene er sammenfattet under punktene som følger. Hvert enkelt bydels svar kan leses i den selvstendige sluttrapporteringen.

Kategoriene var som følger

1. *kriterier for vektlegging ved tildeling av midler*
2. *evaluering*
3. *organisering*

### Kategori 1 - Kriterier for vektlegging ved tildeling av midler

#### Spørsmål 1:

#### **På hvilken måte har prosjektet oppnådd matglede og mer mat i magen til eldre som er i faresonen for underernæring?**

Det var særlig fire områder som skilte seg ut ved oppsummeringen av sluttrapporteringene til bydelene i forhold til hvordan de arbeidet for å oppnå matglede og mer mat i magen til brukerne av hjemmetjenesten:

- Ansatte
- Tilrettelegging
- Samarbeid
- Medspising

**Ansatte:** Det var et stort behov for kompetanseheving, økt fokus og bevisstgjøring av ansatte, særskilt i forhold til MNA-kartleggingsverktøyet. Bydelene beskrev at første steg i en ernæringssatsing var at de ansatte hadde tilstrekkelig kompetanse innen faget for å kunne utøve en god praksis. Det var et stort fokus på hvilke ernæringstiltak som kunne iverksettes etter en kartlegging. Til dette ble kurs og undervisning i regi av klinisk ernæringsfysiolog Kristine S. Aurdal fra hovedprosjektet mye brukt. Kompetansehevende tiltak har i mange bydeler vært tidskrevende, og gjennomføringen har strukket seg over tid for å omfatte alle ansatte.

*«Kompetansehevningstiltak må porsjoneres ut, slik at det må gjennomføres i mindre grupper og heller gjentas for å sikre at flest mulig ansatte får deltatt, uten at driften rammes i stor grad» (Nordstrand)*

**Tilrettelegging:** Tilrettelegging har omfattet alt fra tilrettelegging av brukers hjem til kommunikasjonsmetoder. Målet med tilretteleggingen var å møte brukeren i den situasjonen han/hun befant seg i, og tilpasse omgivelsene rundt for å kunne yte god hjelp. Eksempler på tilrettelegging var tilpassing av spisesituasjonen, måltidskonsistens, omgivelser, og kartlegging av underliggende faktorer som kunne være årsak til redusert matinntak. Tilrettelegging har også handlet om tilrettelegging for de ansatte. Noen bydeler som hadde særskilt fokus på personer med kognitiv svikt, tilrettelagte for sine ansatte med kompetansehevende tiltak, særlig med fokus på målrettet kommunikasjon og tillitsbygging. De kompetansehevende tiltakene har bydelene sett som nødvendig for å kunne tilrettelegge for brukerne.

**Samarbeid:** Det var et stort fokus på tettere kommunikasjon og samarbeid med pårørende i prosjektperioden. I prosjektene var dette viktig da det i mange tilfeller var pårørende som stod for handling av matvarer. Flere bydeler så at de hadde en veiledende rolle i forhold til hva som ble handlet inn. Ansatte opplevde å se «light produkter» hos eldre med underernæring. Det var fokus i mange bydeler på å bedre samarbeidet mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand, med særskilt fokus på handling av matvarer.

**Medspising:** Bydelene ble oppfordret til å lage prosjekter som omhandlet medspising. Alle bydelene hadde medspising som tiltak for å fremme matinntaket hos eldre hjemmeboende, enten som medspising én til én eller medspising i gruppe.

*«Matglede. Bruker er mer deltagende og engasjert, gleder seg til å få besøk og viser hva som spises, samtaler om ernæring og deltar i istandgjøring av måltidene»  
(Søndre Nordstrand)*

### Spørsmål 2:

#### Hvilke tiltak som er iverksatt i prosjektperioden har fungert best for å fremme matglede og mer mat i magen?

Det ble rapportert inn over 30 ulike iverksatte tiltak som bydelene mente fungerte best for å fremme matglede og oppnå mer mat i magen. Det var variasjon i hvor mange av disse tiltakene som ble prøvd ut i hver enkelte bydel, noen testet ut et begrenset antall tiltak, mens andre iverksatte flere. Oversikten viser de seks tiltakene som bydelene anså som mest betydningsfulle.

Tiltak	Antall bydeler
Medspising (én til én eller i gruppe)	10
Kompetanseheving av ansatte	7
Berikning	7
MNA kartlegging *	5
Brukermedvirkning **	5
Kompetanseheving / veiledning av brukere	4

\*MNA-kartlegging ble gjennomført i alle bydelene i løpet av prosjektperioden, men kun fem bydeler rapporterte dette til å være en viktig faktor for måloppnåelse i prosjektene.

\*\*I oversikten innebærer brukermedvirkning at bruker selv er delaktig i matsituasjonen ved å være med å lage maten, dekke på, rydde opp etc.

*«Økt fokus på berikning har vært positivt. Tidligere har det vært snakk om ernæringsdrikker. Dette er noe ikke alle får vedtak på. Enkelte synes det er dyrt. Veldig mange blir raskt lei de og orker ikke smakene. Ved fokus på berikning kan man som regel benytte det folk har hjemme hos seg og finne frem til hva som kan friste den enkelte» (Vestre Aker)*

### **Spørsmål 3:**

#### **På hvilken måte valgte dere ut de tiltakene som er blitt gjort i prosjektperioden?**

Det ble rapportert inn over 20 måter de iverksatte tiltakene (under spørsmål 2) ble valgt ut fra i bydelene. Sett disse 20 måtene under ett var det to punkter som særlig skilte seg ut

- Individuell tilpasning av brukers ernæringsbehov etter MNA kartlegging og kostholdsamtale. Tiltakene ble iverksatt ut i fra funnene.
- Tiltak basert på brukers ressurser, dette omfatter blant annet kognitiv funksjon, ernæringsbehov, vaner og mestring.

*«Finne veien til hva som skal til, er skjedd via prosjektmedarbeidere, og derfor drikker personalet nå eksempelvis te hos en bruker, mens hun spiser mat» (Nordre Aker)*

### **Spørsmål 4:**

#### **Hva legger bydelen i tiltaket medspising?**

Alle bydelene beskrev hvordan de utførte tiltaket medspising. Mange beskrev bydelens begrepsavklaring. Generelt gjaldt det å være tilstede hos bruker, tilpasse måltidsituasjonen, og tilføre ro og samvær rundt måltidet. Ingen bydeler hadde en egen definisjon av tiltaket som var forankret i bydelen. Arbeidsgruppen til bydel Søndre Nordstrand utarbeidet en «definisjon» som de prøvde ut i prosjektet; «Sitt sammen med bruker under måltidet og tilpass etter definerte tiltak. Eksempel på definerte tiltak menes blant annet: plassering rundt bordet, samtale under måltidet, samhandling / kroppsspråk, bakgrunnsstøy».

### **Spørsmål 5:**

#### **Har medspising vært et av tiltakene som er utprøvd?**

I de lokale prosjektene ble det testet ut medspising i gruppe og medspising én til én. I ni bydeler ble det utført medspising én til én, mens det i fire bydeler var medspising i gruppe. To bydeler utførte ut begge variasjoner. Flere bydeler brukte medspising aktivt tidligere, men rapporterer at de i prosjektperioden fikk mulighet til å prøve ut medspisingen mer systematisk. De fikk også mulighet til å evaluere tiltaket i etterkant for å se effekten, enten i form av vektmåling eller i dokumentasjonssystemet.

Bydelene beskrev at en forutsetning for å få gode erfaringer med medspising én til én, er nok kunnskap hos de ansatte, både i forhold til ernæring, men spesielt i forhold til tilnæringsmetoder. Bydelen må se nytten av tiltaket over en lengre periode, selv om det i en startfase kan føre til økt vedtakstid, noe som fører til økte kostnader.

Ut i fra rapporteringene i bydelene som utførte medspising i gruppe, fikk tiltaket en svært god evaluering. Tiltaket ga en god effekt, ikke bare vektmessig, men også i stor grad psykososialt for brukerne. Bydelene ga tilbakemeldinger på at tiltaket i en oppstartsfasen krevde flere ressurser, tilrettelegging og en koordinator, men fremhevet imidlertid den positive effekten ved at medspising i gruppe over tid, kunne være kostnadseffektivt for bydelene. En bydel presiserte at etablering av medspisegruppen fungerte bedre enn å iverksette medspising som et individuelt tiltak. De opplevde at det er ressursbesparende å samle flere brukere med behov for tilrettelegging og motivasjon sammen under måltidet. I denne bydelen bodde brukerne i boligen der mattilbudet ble gitt, og det var ikke kjørekostnader med henting og levering av deltagerne.

*«Maten smaker bedre i fellesskap med andre» (Nordstrand)*

Flere bydeler rapporterte at enkeltbrukere ikke ønsket medspising eller avsluttet det etter en periode. Brukerne ønsket selv i disse tilfellene å bestemme når måltidet skulle inntas eller opplevde det ukomfortabelt at en person satt ved bordet under måltidet og «så på at man spiste». Det kom ikke frem i rapportene hvordan de ansatte tilnærmet seg brukeren eller hvor mange ganger tiltaket ble forsøkt ut hos den samme brukeren i disse situasjonene. Flere bydeler beskrev at medspising én til én var mer utfordrende enn antatt.

*«Brukerne er forskjellige, reagerer ulikt på medspising og individuell tilpasning er nødvendig. Noen føler seg distraheret og observert med de ansatte sittende ved bordet, andre kan bli opptatt av vertsrollen» (Sagene)*

En bydel som utførte medspising én til én besøkte «Almas hus» ved Geriatrik ressurscenter som et kompetansehevende tiltak til sine ansatte som var involvert i det lokale prosjektet. På «Almas hus» var det foredrag om samhandling og kommunikasjon, miljøvennlige omgivelser og tilrettelegging av måltidsituasjoner i forhold til personer med kognitiv svikt. Dette var brukergruppen i prosjektet. Denne bydelen evaluerte medspising én til én positivt.

*«Å sitte sammen én til én, krever opparbeidet tillit og en god relasjon» (Stovner)*

Seks bydeler rapporterte at de skulle videreføre bruk av tiltaket medspising én til én i tjenesten, mens tre bydeler tok sikte på å videreføre medspising i gruppe. Den fjerde bydelen som testet ut medspising i gruppe måtte ta stilling til økonomi før de kunne videreføre tiltaket, selv om de rapporterte om gode resultater.

- Medspising én til én ble utprøvd i bydel Sagene, Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø, Grorud, Bjerke, Søndre Nordstrand, Vestre Aker og Gamle Oslo
- Medspising i gruppe ble utprøvd i bydel Vestre Aker, Grünerløkka, Stovner og Nordstrand

For øvrig kan det henvises til delprosjekt 2; *fellesmåltid ved eldresenter* i «Løft for bedre ernæring» der det ble gjennomført arrangerte måltider i fellesskap.



### Spørsmål 6:

#### Hvilke tiltak som fremmer matglede og mer mat i magen skal etter prosjektperioden videreføres til vanlig drift?

Oversikten viser de tiltakene som flest bydeler rapporterte skal videreføres i tjenestene etter prosjektslutt. Bydelene var tydelige på at tiltak som ble iverksatt, og som skulle videreføres måtte være realistiske både i forhold til kostnader og effektivitet. Sluttrapportene sett under ett, henviser til at alle bydelene har sett det som viktig å videreføre fokuset på det generelle ernæringsarbeidet. Hos noen bydeler ble ernæring beskrevet som en av de store satsingene etter at *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* var avsluttet.

Videreføring av	Antall bydeler
MNA kartlegging <sup>14</sup>	9
Medspising, én til én / gruppe	9
Faggruppe / ressursgruppe / ressurspersoner - ernæring	5
Tverrfaglig samarbeid – pårørende, mellom tjenester og bruker	4
Regelmessig vektkontroll	4

*«Det er svært viktig å sette av nok tid til både å gi ny kompetanse, ta den i bruk og høste resultater av det... denne perioden har vært for kort til å få med det siste leddet» (Østensjø)*

### Spørsmål 7:

#### Er det utprøvede tiltak som ikke skal videreføres til vanlig drift etter prosjektperioden?

Det var ingen av bydelene som beskrev konkrete tiltak som de ikke skulle videreføre i tjenesten etter at *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* var avsluttet.

Det ble generelt rapportert at prosjektperioden med *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* var for kort. Dette førte til at iverksatte tiltak i noen bydeler ikke ble evaluert som planlagt innenfor tidsrammen. Bydelene beskrev at varighet på et prosjekt er en viktig faktor for å oppnå gode resultater innen det systematiske ernæringsarbeidet.

Flere bydeler brukte tid på å igangsette de lokale prosjektene. Det kan diskuteres om bydelene kom raskt nok i gang med prosjektene i forhold til varigheten av prosjektperioden. Flere bydeler kom først i gang med den praktiske gjennomføringen mot slutten av august, og opplevde at prosjektene måtte avsluttes før de i særlig grad hadde fått resultater av de iverksatte tiltakene.

*«Når fokus og ekstra ressurser er borte så kan det være at tiltak videreføres på en annen måte, innenfor et annet tidsperspektiv» (Sagene)*

Før prosjektene ble igangsatt, særlig den praktiske utførelsen, måtte planene forankres både hos ledelsen og de utøvende ansatte i tjenestene. Bydelene rapporterer at dette var tidskrevende. I mange tilfeller måtte det også gjennomføres kompetansehevede tiltak av ansatte, før praktiske tiltak ble iverksatt. Som nevnt under spørsmål 5, viser det seg at kompetansen hos de ansatte har stor betydning for resultatene av et prosjekt.

<sup>14</sup> De nasjonale retningslinjene beskriver at alle brukere i hjemmetjenesten skal kartlegges etter en individuell vurdering. UHT opplever at samtlige bydeler nå er innforståtte med dette og det antas at det er en mangel i rapporteringen – og ikke et tegn på at noen vil slutte å bruke MNA, når kun 9 av de 11 rapporterer at de har MNA som en satsing etter prosjektslutt.

**Spørsmål 8:****Er det etablerte ”faggruppe ernæring” i tjenesten deres tidligere, eller er det opprettet i forbindelse med dette prosjektet?**

Ett av kriteriene ved tildelingen av *frie midler til lokalernæringsarbeid* var at det skulle opprettes og prøves ut tiltak med stor grad av samarbeid mellom faggrupper. Ved oppstartsseminaret i forkant av utlysningen til *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* ble det oppfordret til etablering og utprøving av «faggruppe ernæring» / ressurspersoner. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo så i et tidligere prosjekt, ”Faggruppeprosjektet”, at det var en stor fordel at det var en pådriver, i form av en gruppe eller ressursperson, som særlig hadde fokus på et emne. Over tid kan dette føre til at kompetansen og fokuset på emnet øker.

Det var fem bydeler som i prosjektene opprettet en faggruppe ernæring / utnevnte ressurspersoner. Bydelene beskriver at disse personene vil videreføres med fokus på personene i gruppene. Personene skal være pådrivere innen ernæringsarbeidet. De skal gi veiledning og opplæring til andre ansatte, og spre og overføre kunnskap videre til personalgruppene. I tillegg til de fire bydelene var det i to bydeler fra tidligere oppnevnt ressurspersoner i ernæring ved hjemmetjenesten.

*«Hovedmålet for faggruppe ernæring er å styrke medlemmenes fagkunnskap om ernæring slik at de kan videreføre dette til kollegaer, og være ressurs i sin gruppe» (Østensjø)*

Tabellen viser status i bydelene i forhold til «faggruppe ernæring» / ressurspersoner etablert i forkant av *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* eller under prosjektperioden, evt. om det ikke er opprettet.

	Faggruppe / ressurspersoner opprettet i prosjektet → videreføres	Faggruppe / ressurspersoner opprettet tidligere	Ikke faggruppe / ressurs – personer
Bjerke		x	
Gamle Oslo			x
Grorud			x
Grünerløkka			x
Nordstrand	x		
Nordre Aker	x		
Sagene	x		
Stovner			x
Søndre Nordstrand	x		
Vestre Aker		x	
Østensjø	x		



### Spørsmål 9:

#### På hvilken måte har det vært tverrfaglig<sup>15</sup> samarbeid om prosjektet i bydelen?

Alle bydelene rapporterte å ha hatt et stort fokus på tverrfaglig samarbeid, og aller størst var fokuset på samarbeidet mellom praktisk bistand og hjemmesykepleien. Praktisk bistand og hjemmesykepleien er to enheter som i hovedsak er administrert under samme tjeneste, likevel viser rapporteringene at prosjektene førte til et bedre samarbeid mellom disse to gruppene av ansatte. Bydelene viste til at det er kompleksiteten og tidspresset i tjenesten som gjorde det vanskelig å sikre god tverrfaglighet når det ikke er spesielt fokus på det. Praktisk bistand har mye å si for ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten, særlig med tanke på handling samt at de følger opp brukere i forhold til blant annet tilberedelse av mat og drikke. Et godt tverrfaglig samarbeid kan være avgjørende i forhold til hvordan brukeren fungerer i hjemmet, særskilt for personer med kognitiv svikt da dette er en sårbar brukergruppe.

Flere bydeler oppnevnte også prosjekt- /arbeidsgruppene som et tverrfaglig samarbeid med deltagere fra blant annet fysio- og ergo tjenestene og søknadskontor.

### Spørsmål 10:

#### Howdan har de lokale tiltakene i prosjektperioden blitt dokumentert i Geric?

De aller fleste bydelene rapporterte at det var et konstant fokus på dokumentasjon, og at det ble etterstrebet for at den stadig skulle bli bedre. Bydelene beskrev at det drives kontinuerlig opplæring på dokumentasjon i hjemmetjenestene. I prosjektperioden var det særskilt fokus på tiltaksplan, samt prosedyreteksten som vises på arbeidslistene. Arbeidslistene er arbeidsverktøyet til de utøvende ansatte og skal være helt i tråd med oppdraget som skal utøves.

Tabellen viser et utvalg av dokumentasjonstiltak bydelene rapporterte om. Det er sannsynlig at bydelene brukte flere dokumentasjonsmetoder enn de opplyste om.

	M N A	Laboratorie- journal (vekt)	Tiltaks- plan	Iplos	Sykepleie- journal	Arbeids- liste / prosedyre – beskrivelse	Fag journal	P L O
Bjerke		x					x	
Gamle Oslo	x							
Grorud		x	x		x		x	
Grünerløkka	x		x					
Nordstrand	x		x	x	x			
Nordre Aker	x	x	x		x			
Sagene	x	x	x			x		
Stovner								
Søndre Nordstrand	x	x			x		x	x
Vestre Aker			x					
Østensjø	x		x			x		

<sup>15</sup> Når bydelene har besvart dette spørsmålet, ser vi at flere legger til grunn at tverrfaglighet er et samarbeid mellom praktisk bistand, helsefagarbeidere, sykepleiere, ledere og fagansvarlige.

PLO meldinger, pleie- og omsorgsmeldinger, er en viktig kommunikasjonskanal med fastlegen. Det er få bydeler som har nevnt det som dokumentasjon i prosjektet, men det er sannsynlig at flere har hatt kontakt med fastlegen gjennom PLO meldinger.

*«Prosedyrebeskrivelsen endres slik at den er tilpasset individuelle utfordringer og kan følges av alle som går til bruker» (Sagene)*

### Sammenfatning av spørsmål 11 – 15<sup>16</sup>

Oversikten viser hver bydel med antall brukere som var inkludert i prosjektet, eventuelt frafall, gjennom snittalder og kjønn.

	Antall involverte brukere	Frafall av brukere	Gjennomsnittsalder	Antall kvinner	Antall menn
Bjerke	18	6	86	13	5
Gamle Oslo	117	-	79	76	41
Grorud	15	8	76	9	6
Grünerløkka	14	0	70	10	4
Nordstrand	8*	1	82	7	0
Nordre Aker	85	24	93	71	14
Sagene	8	4	81	4	4
Stovner	12	0	86	10	2
Søndre Nordstrand	7	1	88	6	1
Vestre Aker	50**	15***	78	39	11
Østsjø	30	0	82	24	6
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>64</b>	<b>82</b>	<b>269</b>	<b>94</b>

\* Nordstrand: 45 brukere ble MNA-kartlagt, ut fra disse ble 8 valgt ut i medspisegruppen.

\*\* Det var 43 brukere fra hjemmetjenesten og 7 brukere fra dagrehabiliteringen.

\*\*\*Det var frafall av 14 brukere i hjemmetjenesten og 1 bruker fra dagrehabiliteringen.

Antall brukere som var med i den enkelte bydel varierte. Faktorer som sum tildelte midler og prosjektplanene kan ha påvirket dette. Det var også variasjon i hvilken brukergruppe bydelene valgte å ha fokus på. Bydeler som særlig hadde fokus på personer med demens valgte ut et antall færre brukere sammenlignet hvis fokuset kun lå på MNA – kartlegging av x antall brukere i løpet av prosjektperioden. Den overstående oversikten viser at frafallet av deltagere varier. Flere bydeler beskrev at brukergruppen som ble valgt ut var en sårbar og utsatt gruppe i utgangspunktet. Bydel Sagene rapporterte at de i etterkant av prosjektet så at de valgte litt for dårligere brukere. Flere bydeler beskrev prosjektperioden for kort til at ansatte kunne rekruttere nye brukere inn i prosjektet ved frafall. Bydelene som hadde medspising i gruppe har et totalt lavere frafall sammenlignet med andre bydeler.

16

Spørsmål 11: Totalt hvor mange brukere har vært med i prosjektet?

Spørsmål 12: Har det oppstått frafall? Angi antall og årsak

Spørsmål 13: Hva er gjennomsnittsalder på brukerne som har vært med?

Spørsmål 14: Hvor mange kvinner har deltatt?

Spørsmål 15: Hvor mange menn har deltatt?

### Spørsmål 16:

#### Har dere eksempel på – og kan vise til tiltak som omfatter brukerinvolvering i prosjektperioden?

Bydelene beskrev at de hadde ett stort fokus på brukermedvirkning i de lokale prosjektene. Flere bydeler beskrev at alt som ble gjennomført i løpet av prosjektperioden var indirekte brukerrettet. Brukers medbestemmelse var sterkt forankret i arbeidet som ble utført i prosjektperioden. Brukernes personlige forhold til mat og drikke ble tatt hensyn til ved iverksetting av individuelle tiltak. Under følger noen sitat fra bydelene på brukerinvolvering:

Bydel Stovner «Vi har brukere som deltar svært aktivt i den praktiske gjennomføringen av måltidene. De dekker bord, bidrar i servering og bistand til den enkelte deltager, rydder av bordene og bistår ved oppvask og bort rydding. Dette har gjort disse personene bedre i stand til å mestre andre aktiviteter også».

Bydel Nordre Aker «Hele prosjektet har gått ut på å involvere brukerne i forhold til egen ernærings situasjon og aktivitet».

Bydel Østensjø «Brukerne blir involvert i all kartlegging og alle tiltak».

Bydel Gamle Oslo «Vi har hatt brukerinvolvering ved å ha gått og spurt brukerne om hva slags mat de liker og hvordan de vil at maten skal serveres til dem».

Bydel Søndre Nordstrand «Arbeidsgruppen har erfart at for å oppnå et vellykket resultat, er viktig at bruker er delaktig i sin egen behandling og at pårørende er inkludert, da pårørende også er en viktig del av behandlingen».

Bydel Sagene «Mer brukerinvolvering er en konsekvens av at det ble lagt inn mer tid til kartlegging, observasjon og kommunikasjon med bruker og pårørende i forhold til problemstillingen. Tiltakene som ble iverksatt er tiltak bruker ønsket».

### Spørsmål 17:

#### På hvilken måte i prosjektet har dere brukt Kosthåndboken og/eller Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring?

Tallene er antall bydeler	Utdelt til ansatte	Brukt ved kompetanseheving og i undervisning	Brukt som faglitteratur i prosjektperioden	Grunnlag for ernærings Arbeid i bydelen ( prosedyrer og retningslinjer)
<b>Kosthåndboken</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>Nasjonale retningslinjer - IS1580</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

Kosthåndboken og de nasjonale føringene ble vektlagt under oppstartseminaret for *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. Det var et ønske at bydelene skulle ha fokus på disse når de skrev sine prosjektplaner. Kursene som ble holdt for bydelene i regi av både Utviklingssenteret, Geriatrik ressurs senter og Helseetaten bygget på Kosthåndboken og de nasjonale føringene. Hovedprosjektet i Løft for bedre ernæring hadde som formål å nå ut til alle bydelene 1 – 15 med kompetansehevende tiltak i tema fra Kosthåndboken.

Bydel Østensjø, Grorud, Grünerløkka, Gamle Oslo, Nordstrand, Søndre Nordstrand og Bjerke benyttet seg av dette tilbudet i prosjektperioden. Bydelene evaluerte undervisningen og oppfølgingen med klinisk ernæringsfysiolog fra hovedprosjektet som svært nyttig. De opplevde undervisningen som fleksibel der prosjektleder tilpasset opplegget til hver enkelte bydel.

#### **Spørsmål 18:**

##### **På hvilken måte har de iverksatte tiltakene blitt kvalitetssikret?**

Det var store variasjoner på hvilken måte bydelene kvalitetssikret de iverksatte tiltakene i prosjektene. Fire bydeler henviste til undervisning og oppfølging fra klinisk ernæringsfysiolog fra hovedprosjektet som kvalitetssikring. Andre måter var dokumentasjonen i Geric, de regelmessige vektkontrollene, samt at ansatte fulgte rutiner og prosedyrer. Oppfølging av prosjektleder og jevnlig statusmøter ble også rapportert som kvalitetssikring i noen bydeler. Det var et fokus på tjenesteansvarlig og primærkontaktens rolle i arbeidet som daglig ble utført i tjenestene, og da særlig tjenesteansvarlig som har et ansvar å følge opp sine brukere. Dette ansvaret innebærer også ernæringsstatus, tiltaksplan, samt målene som er definert for den enkelte bruker.

## **Kategori 2 - Evaluering**

#### **Spørsmål 19:**

##### **Beskriv hvordan det er å drive prosjekt som frie midler til lokalt ernæringsarbeid.**

Det var variasjon i hvordan de lokale prosjektlederne opplevde det å drive prosjekt som *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. De fleste syntes det var en spennende og nyttig utfordring, og at det satte ytterligere fokus på et prioritert område. De opplevde samtidig at prosjektledelse var tidskrevende, og at det var mye å holde oversikt over og koordinere. Noen beskrev at for å lykkes var det en forutsetning med god planlegging og forankring i tjenesten.

*«Hektisk, lærerikt og utviklende – motiverende når arbeidsgruppen lar seg engasjere, gjør en i herdig jobb hos bruker og gjennomfører arbeidsoppgaver med iver» (Søndre Nordstrand)*

Flere prosjektledere mente utdeling av ferdige dokument med guide til søknad gjorde søknadsprosessen enklere. Mange opplevde det som nyttig med milepælsplan. Flere ga tilbakemelding på at det var vanskelig og krevende å føre budsjett og regnskap.

Bydel Sagene beskrev det å drive prosjekt som *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* slik; Prosjektet ble valgt ut fra spesiell interesse og opplevde behov. Vi har tidligere hatt et prosjekt som viser at et stort antall brukere i denne brukergruppen (eldre med kognitiv svikt) enten er underernært eller står i fare for underernæring. Det var behov for å gå videre: bedre kompetanse, tenke nye tanker og endre tiltak slik de faktisk får met mat i magen. Selv om prosjektideen opplevdes konkret og gjennomførbar ved søknad så har det vist seg at den faktiske gjennomføring er noe annet. Det er vanskelig i forkant å beregne hva et prosjekt vil koste særlig når prosjektet også inkluderer arbeid som uansett skal utføres i hjemmetjenesten.

Milepæler har vært vanskelig å holde, ting tar lenger tid enn forventet. Hjemmetjenesten er sårbar med stadige driftsendringer, stort sykefravær og pålagte andre oppgaver som til dels tar prosjektid. Det har vært stor forskjell i hvilken grad deltakerne i prosjektgruppa har maktet å følge opp egne oppgaver. Resultater har vært avhengig av at alle ansatte som går til bestemte brukere følger opp tiltakene slik de er bestemt når det gjelder holdninger, kartlegging, tidsbruk og kunnskap om den enkelte bruker.

#### **Spørsmål 20:**

##### **Hva synes dere om oppstartsseminaret?**

Oppstartsseminaret i regi av Utviklingssenter for hjemmetjenester ble evaluert som svært nyttig med gode erfaringsutvekslinger mellom bydelene. Seminaret ga inspirasjon og motivasjon til å søke *frie midler til lokalt næringsarbeid*, samt at det var en fin arena for å få informasjon og kunnskap om prosjektarbeid. Seminaret gjorde bydelene i stand til å beskrive mål og lage konkrete milepælsplaner, i tillegg til at det ble enklere å konkretisere prosjektidé.

I bydelene Grünerløkka og Bjerke ble ikke oppstartsseminaret evaluert da prosjektledere ble byttet underveis i prosjektperioden.

#### **Spørsmål 21:**

##### **Har dere noen råd til oss, dersom frie midler til lokalt næringsarbeid utlyses en annen gang?**

De aller fleste bydelene ga tilbakemelding på at det krever god tid for å lykkes med å nå målene i et prosjekt. Det å utvikle et prosjekt tar tid, i tillegg skal mange i en tjeneste involveres når prosjektet skal settes i gang. De beskrev at tjenestene var avhengig av at de riktige ansatte fulgte opp og deltok i opplæring, og at de som fordelte oppdrag og ressurser, var tilstede. Bydelene var tydelige på at for å implementere retningslinjer, prosedyrer og rutiner så trengs det lengre prosjektperioder. Alternativt kan kunnskapen og evalueringen etter prosjektperiodene bli borte fra tjenestene.

*«Stikkordet her er tid og ressursbruk! Tid til å frigjøre de ansatte slik at de får mulighet og motivasjon til å jobbe litt «ekstra» med et viktig tema» (Bjerke)*

#### **Spørsmål 22:**

##### **Ville din bydel søkt igjen hvis midlene ble utlyst på nytt?**

Ti av elleve bydeler rapporterte at de ville søkt *frie midler til lokalt næringsarbeid* igjen. Enkelte bydeler beskrev at det riktignok måtte vært avklaringer før ny søknadsprosess, blant annet at ansatte i tjenesten og prosjektlederne har opplevd det som svært hektisk når det pågår flere prosjekt samtidig. I den bydelen som ikke, per dagsdato, hadde søkt nye midler opplevde prosjektleder det som krevende og utfordrende å få med seg de ansatte til å gjennomføre prosjektet. Ledelsen fulgte ikke opp som de skulle, og dermed fikk ikke prosjektet fremdrift.

*«Ja takk, ville søkt frie midler igjen. Dette har vært med på å løfte tjenesten og næringsressurspersonene spesielt. Fordi vi ser at vi ikke er ferdige, men må jobbe i en kontinuerlig prosess med dette viktige emnet» (Nordre Aker)*

### Spørsmål 23

**Er det iverksatte tiltak, eller annen erfaring i løpet av prosjektperioden som dere ikke vil anbefale til de andre bydelene?**

Bydel Grorud anbefalte at MNA kartlegging ikke bør utføres av for mange ansatte. De mener dette kan føre til pulverisering av ansvar. Bydelens erfaring tilsier at det er viktigere at det velges «rett person på rett plass» for å utføre kartleggingen.

*«Det er viktigere at den som skal gjennomføre MNA – kartleggingen kjenner pasienten godt og har fått opplæring i kartleggingsmetoden enn at vedkommende har en spesiell fagbakgrunn» (Line Orlund, leder for Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo)*

### Spørsmål 24

**I prosjektsøknaden måtte det defineres måloppnåelse – er målene nådd i sin helhet eller ble de justert underveis? (Resultatmål – effektmål)**

Det var i noen bydeler sprik mellom planlagt måloppnåelse og hva som faktisk ble utført. Det var noen som hadde for mange og krevende mål, og årsaker som tid og ressursmangel påvirket resultatet. Det var noen prosjektledere som ikke hadde hatt denne type struktur på prosjektarbeid tidligere, og dermed kunne måldefinisjonene også være noe urealistiske. Både ved tildelingen av midler og ved de lokale møtene midtveis i prosjektperioden fikk prosjektlederne innspill og råd på nedjustering og endringer av mål og prosjektplaner. I mange tilfeller ble dette gjort, men det var prosjektledere som mente de kunne klare å komme igjennom målene tross forsinkelser og anbefalinger. Flere endret også milepælsplanene i større grad enn resultatmål og effektmål. Endringer i milepælene måtte ikke oppnevnes i denne sluttrapporten.

## Kategori 3 - Organisering

### Sammenfatning av spørsmål 25 – 32<sup>17</sup>

Det var spørsmål i sluttrapporteringen som ble knyttet til struktur av prosjektene ved blant annet rolleavklaringer i forhold til prosjektleder, prosjektgruppe og arbeidsgruppe.

I de lokale ernæringsprosjektene der planlagte mål og planer ikke ble oppnådd kunne det være interessant å se på hvordan organiseringen rundt prosjektene fungerte, og om dette kunne ha en innvirkning på resultat. I søknadsprosessen var det et krav til forankring, nettopp for å unngå at ledelsen ikke fulgte opp prosjektene det ble tildelt midler til.

---

<sup>17</sup> Spørsmål 25: Hvilket formål har prosjektgruppen hatt?

Spørsmål 26: Fra hvilke profesjoner, og hvor mange ansatte har vært representert i prosjektgruppen?

Spørsmål 27: Hvilken møtестruktur har det vært i prosjektgruppen?

Spørsmål 28: Hvilket formål har arbeidsgruppen hatt?

Spørsmål 29: Hvilke profesjoner og hvor mange ansatte har vært representert i arbeidsgruppen?

Spørsmål 30: Hvilken møtестruktur har det vært i arbeidsgruppen?

Spørsmål 31: Har det vært utskiftninger av deltagere i prosjekt- / arbeidsgruppen?

Spørsmål 32: På hvilken måte har rollen som prosjektleder fungert?

Det var gjennomgående i alle bydelene at det ble arbeidet med å forankre prosjektene hos ledelsen. Prosjektlederne beskrev at en ledelsesforankring bidro til den viktige kontinuiteten, fremdriften og fremtiden for satsingen. Bydelene opplyste at de er avhengig av støtte og forankring ved ledelsen, særlig siden det er så krevende å være prosjektleder.

*«En forutsetning for å lykkes i prosjektarbeid er god planlegging og god forankring i tjenesten» (Nordstrand)*

Sluttrapporteringene viste store variasjoner i oppbygging og profesjonsdeltagelse i både prosjekt- og arbeidsgruppene. I seks bydeler var fagutviklingsansvarlig prosjektleder. Dette ser ut til å ha blitt oppfattet som en styrke i prosjektene. Noen prosjektledere refererer til at en fagutviklingsansvarlig har større forutsetning for å avsette tid til å drive prosjekt. Samtidig har de god kjennskap til, og er tett opp til, utøvende ansatte. I bydeler der prosjektledere hadde prosjekterfaring fra tidligere, ble det rapportert at dette kan være en suksessfaktor. Flere fagansvarlige har etter hvert prosjekterfaring, og det ble beskrevet som en viktig faktor for å kunne vise til resultater. Det å ha en erfaren prosjektleder kan se ut til å ha en innvirkning på hvor vellykkede prosjektene er evaluert i den enkelte bydel, og det ble beskrevet at prosjektleder hadde mer å si for fremdrift og resultat av prosjektene enn det prosjekt- og arbeidsgruppen hadde. Prosjekt- og arbeidsgruppen må i utgangspunktet være en engasjert gruppe som ønsker å gjøre en forbedring i ernæringspraksisen, men prosjektleder trekkes frem som den viktigste enkeltfaktoren.

*«For å kunne lykkes må det være en person som har ansvar for å følge opp mål og tiltak, samt sjekke Gerica for framgang i dokumentasjon på ernæringsarbeid» (Østensjø)*

Prosjektlederne i de resterende fem bydelene hadde stillinger som demenskoordinator, folkehelsekoordinator, omsorgsarbeider, avdelingsleder og teamleder.

### **Spørsmål 33:**

**Hvem har hatt faglig oppfølgingsansvar i bydelen, og hvilken rolle har denne personen hatt i prosjektet?**

Bjerke – hadde ingen personer med faglig veiledningsansvar.

Gamle Oslo – hver teamleder hadde faglig veiledningsansvar.

Grorud – fagutviklingspsykeleier, som også var prosjektleder.

Grünerløkka – Fagkonsulent, som var deltagende i prosjekt- og arbeidsgruppen (gikk av med pensjon i løpet av prosjektperioden)

Nordstrand – klinisk ernæringsfysiolog ved hovedprosjektet Kristine S. Aurdal, fra idéfase til endt prosjektperiode.

Nordre Aker – prosjektleder med støtte fra Eva Rustad, klinisk ernæringsfysiolog i Helseetaten, samt tilsynsfarmasøyt.



Sagene – Klinisk ernæringsfysiolog (tilknyttet bydelen) når det gjaldt kosthold. Prosjektleder når det gjaldt tiltak.

Stovner – veiledning ble gjort fortløpende av demenskoordinator, seksjonsleder i hjemmetjenesten og leder av dagtilbudet.

Søndre Nordstrand – sykepleierkonsulent, som var prosjektleder.

Vestre Aker – ingen hadde veiledningsansvar, men de refererte til samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog Eva Rustad fra Helseetaten, prosjektleder for *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* Anne Marthe Sedlak og leder ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo Line Orlund.

Østensjø – klinisk ernæringsfysiolog ved hovedprosjektet Kristine S. Aurdal og klinisk ernæringsfysiolog Eva Rustad i Helseetaten.

*«Samarbeidet med ernæringsfysiologene i Helseetaten og Geriatrisk Ressurssenter har vært enestående. De har gjort en uvurderlig innsats» (Søndre Nordstrand)*

#### **Spørsmål 34:**

**Hva synes dere om oppfølgingen fra Utviklingssenteret? Kunne noe vært gjort annerledes?**

Bydelene var generelt godt fornøyd med oppfølgingen fra Utviklingssenteret for hjemmetjenester i Oslo. De beskrev at oppfølgingen har vært konstruktiv, god og tilpasset. Enkelte bydeler kom med konkrete tilbakemeldinger om at Utviklingssenteret burde stilt krav til en skriftlig oppsummering med resultater midtveis i prosjektperioden. Bydelene mener dette kunne ført til en bevisstgjøring og ansvarliggjøring i tilfeller der fremdriften i prosjektene ikke gikk som planlagt. Alle var fornøyd med oppfølgingsmøtene ute i bydelene, noen kunne midlertidig ønsket seg flere. Enkelte bydeler beskrev at de kunne ønsket seg en fellessamling med alle prosjektlederne midtveis i prosjektperioden med fokus på inspirasjon og erfaringsutveksling.



## Oppsummering

I fire år har ernæring vært et hovedsatsingsområde – og i stor grad vært i fokus, både i Oslo kommune og ved Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo. Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo startet sin ernæringsinnsats med opplysning om retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580), med særskilt fokus på MNA kartleggingsskjemaet. Retningslinjene beskriver at det er et krav til kartlegging av ernæringsstatus i kommunehelsetjenesten. I Oslo ble MNA screening valgt som metode. **Takket være frie midler til lokalt ernæringsarbeid har mange bydeler fått muligheten til å teste ut og starte implementeringen av MNA, fire år etter det ble valgt som metode. Tidsperspektivet viser hvor kompleks ernæringsarbeidet er i hjemmetjenestene – de ansatte trenger kompetanse for å kunne utøve sin praksis på en faglig og forsvarlig måte, tjenestene trenger verktøy og målinger for å kunne se om arbeidet som utføres er riktig og kostnadseffektivt, mens brukeren trenger gode tiltak som fører til mer mat i magen og som opprettholder funksjonsstatus.** *Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* ga rom for hele bildet – ansatte ervervet ny kompetanse, og ressurspersoner ble utpekt. Alle de involverte bydelene tok i bruk MNA kartleggingsverktøyet. Brukere opplevde å bli tatt bedre vare på, fikk bedret sin ernæringsstatus, hadde vektøkning, og mange økte sin kompetanse og fikk forståelse for betydningen av mat og drikke. Flere bydeler ga tilbakemelding på at både brukere og ansatte ser at ernæring har mye å si for funksjonsnivå.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* viste at pådrivere og ildsjeler var viktige for å oppnå gode resultater, og at personene måtte være konstante pådrivere for at nye metoder skulle tas i bruk.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* bidro til økt mat i magen hos mange brukere i hjemmetjenesten i Oslo. Midlene førte til et lokalt engasjement og en økt satsing på ernæring arbeid. Mange involverte brukere opplevde å få bedret ernæringsstatus og vektoppgang, noe som førte til styrket helse. Styrket helse kan gi positive effekter for opprettholdelse av funksjonsnivå. Opprettholdelse av funksjonsnivå kan bidra til at brukeren ikke blir innlagt og/eller flyttet til institusjon.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* bidro til tiltak som var tydelige på hvordan oppnå matglede og mer mat i magen til eldre som var i faresonen for underernæring. Dette ble oppnådd med blant annet ernæringskartlegging, samarbeid med pårørende, undervisning til ansatte, iverksettelse av tiltak og medspising.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* bidro til tiltak som tok sikte på å inngå som varige etablerte tilbud i bydelene.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* bidro til stor grad av samarbeid mellom faggrupper, særlig mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* bidro til tydeligere dokumentasjon i GERICA i forhold til ernæring.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* bidro til sterk grad av brukerinvolvering ved at brukere var mer involvert og delaktig i sin egen hverdag i forhold til inntak av mat og drikke.

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* henviste til og benyttet eksisterende kunnskap i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling (IS1580) og Kosthåndboken.

## Erfaringer

*Frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har gitt en rekke erfaringer, og det er ønskelig at erfaringene skal komme videre ernæringsarbeid til nytte. Erfaringene gjenspeiler tilbakemeldingene og refleksjonene som er gjort i bydelene.

### Frikjøp av ansatte

Bydelene bør i prosjekter som *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* frikjøpe ansatte for at aktivitetsnivået skal kunne holdes oppe igjennom hele prosjektperioden. De bydelene som systematisk har frikjøpt ansatte og leid inn ekstra bemanning har klart å holde prosjektene gående hele prosjektperioden, også selv om uforutsette hendelser i bydelene har oppstått.

*«Lederne har vært veldig bevisste på, at ressurspersonen ikke skulle inn i vanlig drift» (Nordre Aker)*

### Tydlig og tilstedeværende prosjektleder

Det er en viktig forutsetning å ha en prosjektleder som kan koordinere og samordne prosjektet fra start til slutt. Prosjektleders erfaring fra tidligere prosjektarbeid kan være en stor fordel i store prosjekt. En uerfaren prosjektleder bør få god og tett oppfølging fra ledelsen.

### Ledelsesforankring

Et prosjekt som *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* har bedre forutsetning for å lykkes hvis ledelsen i bydelen er delaktig. Ledelsen kan bistå prosjektleder, samt følge tettere opp ved forsinket fremdrift og stans i prosjektene.

### Klinisk ernæringsfysiolog

Det bør i prosjekt som tar utgangspunkt i et fag, som ernæring i *frie midler til lokalt ernæringsarbeid*, være en fagperson tilknyttet prosjektet. En fagperson, som en klinisk ernæringsfysiolog, kan bidra til veiledning og undervisning, samt være tilstede i konkrete pasientsituasjoner. Bydelene har beskrevet at det er et stort behov for å ha en klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet hjemmetjenestene.

### Godt grunnlag til videre ernærings-satsing

Et prosjekt som *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* kan gi et godt grunnlag for en videre systematisk ernærings-satsing. Bydelene har hatt mulighet til å sitte igjen med gode og evaluerte erfaringer, og et grunnlag å bygge videre på. Planer, målsettinger og iverksatte tiltak og resultat i *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* gjenspeiler ønsket om å satse videre på faget.

### Brukergrupper

I *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* valgte bydelene selv brukerne de ønsket å involvere i prosjektene. Flere bydeler opplevde imidlertid frafall av brukere. Frafallet førte til endring i prosjektplanene og målantall. Mange brukere var i kategorien «en sårbar brukergruppe», dvs. vil si at brukerne i utgangspunktet er i større risiko for å bli innlagt / overflyttet institusjon. Bydelene beskrev at dette er en viktig brukergruppe å ha fokus på der ernæringsstatus kan være av stor betydning for den enkelte, men det kan i tidsavgrensede prosjekt som *frie midler til lokal ernæringsarbeid* være sårbart å ha fokus på denne brukergruppen da prosjektene helst skal henviser til resultat og måloppnåelse.

### **Endringer i prosjektplaner**

Det har vært viktig for bydelene at de har hatt mulighet til å endre prosjektplaner underveis i de lokale prosjektene grunnet uforutsette hendelser og fravær av prosjektleder og ansatte. Flere bydeler nedjusterte antall planlagt involverte brukere både før og underveis i prosjektene. Det bør i prosjekt som *frie midler til lokalt ernæringsarbeid* være muligheter til å endre prosjektplaner underveis i prosjektperioden.

## Referanser

1. **Karlseth B, Middtun L, Paulsen B. m.fl.** Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill. SINTEF rapport. STF78 2004.
2. **Birkeland A & Flovik AM.** Sykepleie i hjemmet. Akribe forlag 2011.
3. **Rognstad MK, Brekke I, Holm E, Lindberg C, Lühr N.** Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. Tidsskrift Sykepleien forskning nr. 4. 2013;8:298 – 307.
4. **Nykänen I, Lönnroos E, Kautianen H et al.** *Nutritional screening in a population-based cohort of community-dwelling older people.* Eur J Public Health 2012.
5. **Guttormsen AB.** *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.* Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling ernæring, 2009.
6. **Ha L, Iversen PO, Hauge T.** *Ernæring til eldre med akutt hjerneslag.* Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 2008;128:1946-50.
7. **Wyller TB.** *Geriatri, en medisinsk lærebok.* Gyldendal Norsk Forlag 2011

## Vedlegg

1. Utlysningstekst fra HEL/ UHT med vedlegg

## **Vedlegg 1: Utlysning av ”Frie midler til ernæringsprosjekt”**

Satsningen ”Løft for bedre ernæring” er et samarbeid mellom Helseetaten, Geriatrisk ressurscenter og Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo, og finansiert av Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. Satsningen er delt inn i:

- et hovedprosjekt ved Geriatrisk Ressurscenter: Samhandling om veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten – kompetanseheving
- *Delprosjekt 1 ved Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo: Lokalt ernæringsarbeid – Frie midler*
- Delprosjekt 2 ved Helseetaten: Fellesmåltid ved eldrecenter

I delprosjekt 1 ”Lokalt ernæringsarbeid – frie midler” kan bydelene søke om midler til tiltak for å **”fremme matglede og mer mat i magen til eldre som er i faresonen for underernæring”**.

### **Frie midler**

Erfaringene fra bruk av ”Frie midler” i Utviklingscenter for sykehjem (USH) har vært meget positive både i forhold til spredning av ideer og kvalitetsutvikling. Vi har stor tro på at frie midler kan støtte opp rundt lokale ”ildsjeler” og ”ildsjel-prosjekter” innen området ernæring.

”Frie midler” er penger som kan søkes om for å gjennomføre et utviklingsprosjekt i egen hjemmetjeneste.

Prosjekt ”Frie midler” skal skape interesse og øke forståelsen for viktigheten av ernæringsarbeid blant ansatte i hjemmetjenestene i Oslo kommune. Hensikten er å fremme matinntak og bidra til implementering av Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580). Frie midler skal stimulere lokalt engasjement og gi støtte til lokalt ernæringsarbeid ved på å synliggjøre gode ernæringsprosjekt som kan brukes som inspirasjon på tvers av bydeler.

Det er bevilget 1,5 millioner kroner til fordeling mellom bydelene fra Byrådsavdelingen.

**Formålet med de ”Frie midlene”** er å fremme matglede og mer mat i magen til eldre som er i faresonen for underernæring.

### **Krav til søknadsskjema og hvordan søke frie midler**

Vedlagte søknadsskjema skal benyttes med alle punkter utfylt. Søknaden skal beskrive en finansieringsplan og et budsjett må vedlegges. For å sikre at prosjektet har en forankring i ledelsen må signatur fra overordnet ansvarlig i søknadsskjema fylles ut.

Det må fremgå av søknaden hvordan prosjektet/erfaringene fra prosjektet skal videreføres etter prosjektperioden med hjemmetjenestenes egne midler og ressurser.

For å få godkjent søknaden må det være en faglig veileder knyttet til prosjektet. Faglig veileder skal være en fagperson som har erfaring med gjennomføring av prosjekter og/eller kjenner fagområdet ernæring godt. Dette kan for eksempel være leder for en faggruppe eller fagutviklingssykepleier i tjenesten.

### **Søknadsfrist er fredag 5. april**

Prosjektperioden skal avsluttes innen utgangen av 2013.

Søknadene sendes per mail til prosjektleder for "Frie midler"  
[anne.marthe.sedlak@bbj.oslo.kommune.no](mailto:anne.marthe.sedlak@bbj.oslo.kommune.no)

### **Hvem kan søke "Frie midler"?**

Hver bydel med hjemmetjenester i Oslo har anledning til å søke.

### **Hva kan det søkes midler til?**

Det kan søkes om midler til prosjekt som omfatter **utvikling og/eller utprøving av metoder og/eller verktøy** innen praktisk ernæringsarbeid. Prosjektene kan bestå av nye tiltak som skal iverksettes eller en videreføring -/omstilling av allerede eksisterende tiltak.

Det oppfordres til å lage prosjekter med tiltak som fremmer matinntak, som medspising.

Tiltakene skal føre til økt kvalitet på tjenestetilbudet til brukerne. Det er viktig at iverksatte tiltak kan videreføres etter prosjektets slutt med de ressurser som tjenestestedet har til rådighet.

### **Dette vil vektlegges ved vurdering av søknadene**

- Tiltak som er tydelige på hvordan oppnå matglede og mer mat i magen til eldre som er i faresonen for underernæring
- Tiltak som tar sikte på å inngå som varige etablerte tilbud i bydelen
- Tiltak med stor grad av samarbeid mellom faggrupper
- Tiltak som er tydelige på dokumentasjon i Gerica
- Tiltak som viser til brukerinvolvering
- Tiltakene skal referere til eksisterende kunnskap i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og Kosthåndboken fra Helsedirektoratet

### **Utfyllende informasjon og bestemmelser vedrørende "Frie midler - ernæring"**

1. Søknadene vil bli vurdert og prioritert av representanter fra Helseetaten, Geriatrisk ressurscenter og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo. Vedtak meldes søker skriftlig innen 30. april 2013. Den enkelte søker gir skriftlig tilbakemelding om han/hun aksepterer tilbudet senest 1 uke etter mottatt tildelingsbrev. Det er ingen klageadgang på vedtak om tildeling.
2. Tildelte prosjektmidler blir overført som en engangssum til de bydelene som blir tildelt "Frie midler". Summen overføres fra Helseetaten ved prosjektstart.
3. Hver bydel skal utarbeide en prosjektbeskrivelse. Disse skal publiseres sammen med øvrige prosjektplaner innen samme område på nettsidene til Utviklingssenter for hjemmetjenester. Målsettingen med dette er å legge til rette for at hjemmetjenestene kan lære av hverandre. Utviklingssenter for hjemmetjenester er behjelpelige med å utarbeide prosjektbeskrivelsen.  
Vi inviterer derfor alle hjemmetjenestene på et **Oppstartseminar 11.mars** før søknadsfristen går ut. Se vedlegg for informasjon og påmelding per e-post.
4. UHT tilbyr et **Dagskurs i praktisk prosjektledelse** i april/mai 2013. Hjemmetjenester som er tildelt "Frie midler" vil prioriteres til å delta på kurset. Invitasjon sendes ut i eget skriv.

5. Hver bydel skal skrive en selvstendig sluttrapport for sitt prosjekt som omfatter "Frie midler". Sluttrapporten sendes til UHT *innen en måned* etter at prosjektet er avsluttet. Mal for rapporten sendes prosjektansvarlig i bydelen når UHT har mottatt bekreftelse på at søker ønsker å gjennomføre prosjektet innenfor gitte rammer.
6. Det skal føres regnskap for prosjektmidlene som vedlegges sluttrapporten.
7. I oktober 2013 skal det gjennomføres et statusmøte mellom UHT og den lokale prosjektgruppen i bydelene. UHT reiser ut til hver bydel for dette møte.
8. Alle endringer som påvirker fremdriften i prosjektene må rapporteres fortløpende til prosjektleder fra UHT. Underveis i prosjektperioden skal bydelene oppleve god respons og prosjektstøtte fra prosjektleder i UHT per møte, mail eller telefon. Prosjektleder skal være tilgjengelig for bydelene.
9. De som mottar "Frie midler" forplikter seg til å formidle erfaringer og kunnskap fra prosjektet til det øvrige personalet på eget arbeidssted. Utviklingssentret vil arrangere en *erfaringskonferanse* våren 2014 der resultater fra noen av prosjektene skal presenteres. Det forutsettes at bydelen ved forespørsel presenterer prosjektet sitt på konferansen.
10. UHT vil til *erfaringskonferansen* utarbeide et idéhefte med forslag til gode ernæringstiltak ut i fra bydelenes prosjekter. Vellykkede prosjekter vil bli presentert i dette heftet som senere vil bli distribuert til alle hjemmetjenestene. Det forutsettes at bydelene bidrar til idéheftet.
11. Klinisk ernæringsfysiolog ved Geriatrisk Ressurssenter vil kunne bistå de lokale prosjektene i sammenheng med implementering av Kosthåndboken.

### **Uforutsette endringer**

Ved uforutsette endringer eller hvis forutsetningene for tildelingen av midlene endres underveis, må spørsmål om endring av bruken av midlene tas opp skriftlig med UHT. Dette gjelder også dersom tiltaket blir vesentlig utsatt i tid.

### **Ubenyttede midler**

Midlene skal som hovedregel benyttes det budsjettåret som tildelingen har skjedd. Dersom midlene ikke blir brukt opp, må det sendes en skriftlig søknad til HEL med forespørsel om å få overført midlene til året etter.

### **Tilbakeføring av midler**

Dersom mottaker ikke leverer rapport for bruk av midlene, kan midlene kreves tilbakebetalt. Tilsvarende gjelder dersom midlene ikke benyttes i samsvar med forutsetning for tildelingen, eller midlene ved regnskapsårets slutt er helt eller delvis ubenyttet.

## Søknadsskjema for ”Frie midler ernæringsarbeid”

**A: Overordnet ansvarlig** (for eksempel leder av hjemmetjenesten)

Bydel: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Funksjon: \_\_\_\_\_

Telefon: : \_\_\_\_\_

E-postadresse: \_\_\_\_\_

**B: Prosjektansvarlig**

Tjenestested (avdeling / distrikt): \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Funksjon: \_\_\_\_\_

Telefon: : \_\_\_\_\_

E-postadresse: \_\_\_\_\_

Hvem har faglig veiledningsansvar? Beskriv denne personens rolle:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**C: Prosjektets tittel**

**D: Beskriv prosjektets formål (med bakgrunn for formålet)**

**E: Prosjektbeskrivelse (metode/gjennomføring)**

Prosjektbeskrivelsen bør inneholde en beskrivelse av hvilke og hvor mange brukere som nås i prosjektet. Det bør fremkomme konkrete målsettinger.

**F: Tidsplan for prosjektet (fra dato – til dato)**

**G: Finansieringsplan**

Detaljert budsjett vedlegges

**H: Etiske vurderinger relatert til prosjektet**

**I: Beskriv hvordan det planlegges å dokumentere effekten av de lokale tiltakene**

**J: Ved gode resultater av prosjektet – hvordan tenkes tiltakene videreført i egen organisasjon?**

Sted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prosjektansvarlig

\_\_\_\_\_  
Overordnet ansvarlig

Antall vedlegg



**Løft  
for bedre  
ernæring**



**Helseetaten**



**Utviklingscenter  
for hjemmetjenester**  
Oslo