



Prosjekt kosthold og ernæring



Prosjektleder og klinisk ernæringsfysiolog Thomas Gordeladze



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Vest-Agder

07 11.2016

Sammendrag

Prosjekt kosthold og ernæring i Kristiansand kommune pågikk fra oktober 2014 til oktober 2014.

Prosjektet skulle gi økt fokus på en helhetlig og forebyggende satsing på kosthold og ernæring innen ulike tjenester, samt anbefale hvordan helse - og sosialsektoren bør prioritere å jobbe mer systematisk og kunnskapsbasert med kosthold og ernæring etter prosjektslutt. Prosjektleder som ble ansatt hadde kompetanse som klinisk ernæringsfysiolog.

Prosjektet har i stor grad bestått av å kartlegge ernæringskompetanse blant ansatte i helse- og sosialsektoren, inkludert behov for opplæring og bruk av tilgjengelige verktøy og veiledningsmateriell. Kartleggingene avdekket behov for både opplæring, bedre rutiner og veiledning. Kommunen har hatt en parallell prosess med å utvikle modulbasert opplæring for å sikre basiskompetanse hos ansatte. Ernæring er definert som en av seks hovedmoduler, og prosjekterfaringene vil bli benyttet i videre utvikling av undervisningen i denne modulen. Den faste stillingen som kliniske ernæringsfysiolog vil ha ansvar for denne modulen, og vil ha rolle som fagkoordinator i «Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Vest-Agder» (USHT) med ansvar for ernæring. En viktig del av stillingen videre blir også å kunne gi systematisk klinisk veiledning til fagpersonell på tjenestesteder.

Det har vært en viktig del av prosjektet å samarbeide med kommunens produksjonsbedrift Kjøkkenservice for å utvikle næringsdrikker og dietter. Kjøkkenservice har hatt stor nytte av å utvikle sine produkter i samråd med en fagperson. Prosjektleder vil derfor etter prosjektslutt gå over i fast stilling som er organisatorisk tilknyttet Kjøkkenservice.

Thomas Gordeladze

07.11.2016

Innhold

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn og mål.....	4
1.2. Nasjonale føringer.....	4
1.3. Prosjektorganisering.....	5
2.0 Metoder i kartlegging.....	5
2.1. Litteratursøk og erfaringer fra andre kommuner.....	5
2.2. Kartlegging i Kristiansand kommune.....	6
3 Kompetanse – føringer og status i Kristiansand.....	7
3.1. Status ulike brukergrupper.....	7
3.1.1. Eldre.....	7
3.1.3. Rusmiddelbrukere.....	8
3.1.5. Psykisk helse og ernæring.....	9
3.1.7. Utviklingshemming.....	9
3.2. Oppsummering kompetansekartlegging.....	10
3.2.1 Kompetanse og fagutvikling.....	10
3.2.2. Kvalitetsrutiner.....	11
4. Frisklivsentralen – friskliv og mestring.....	11
4.1. Status ulike målgrupper.....	11
4.1.1. Personer med overvekt.....	11
4.1.2. Personer med kols.....	12
4.1.3. Personer med diabetes.....	12
4.1.4. Personer med nevrologiske helseutfordringer.....	12
4.2. Anbefalinger videre arbeid.....	13
5. Matproduksjon - Kjøkkenservice.....	13
5.1. Dietter og næringsdrikker.....	13
5.2. Medieoppslag og informasjon.....	14
6. Anbefalinger om videre arbeid.....	15
6.1. Ny stilling som klinisk ernæringsfysiolog.....	15
6.2. Undervisning, prosjekt- og utviklingsarbeid.....	15
6.3. Klinisk veiledning og kvalitetsrutiner.....	16
6.4. Kjøkkenservice.....	16
6.5. Videreutvikling.....	17
Referanser.....	18

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og mål

Prosjektet ble opprettet etter at helse- og sosialsektoren avdekket behov for økt og mer systematisk satsing på ernæring og kosthold i flere deler av tjenestene. Prosjektet var faglig forankret i Kristiansand kommunes helsefremmingsplan fra 2013¹). Prosjektet ble finansiert av kommunens egne midler, og forankret budsjettmessig i kommunens handlingsprogram for 2014-17.

Prosjektet har hatt følgende effektmål (ønskede effekter etter 3- 5 år)

- Innbyggere med helsesvikt har tilgang på råd og veiledning til sunnere livsstil
- Brukere av kommunale tjenester får reduserte tilleggsplager relatert til kosthold og ernæring
- Økt fokus på en helhetlig og forebyggende satsing på kosthold og ernæring innen alle sektorens tjenester

Oktober 2014 ansatte kommunen en prosjektleder med kompetanse som klinisk ernæringsfysiolog. Prosjektet hadde følgende resultatmål for den 2- årige prosjektperioden:

- Brukere av kommunale tjenester har økt kunnskap om kosthold og ernæring.
- Rutiner som sikrer ivaretagelse av brukernes ernærings situasjon er innarbeidet i kommunens kvalitetssystem og anvendes av fagpersonell både i tjenesteyting og matproduksjon.
- Ledere og fagpersonell i helse- og omsorgstjenesten har god kompetanse og økt bevissthet om betydning av kosthold og ernæring for aktuelle brukergrupper
- Utvikle matproduksjon, nye retter og dietter tilpasset behov blant aktuelle målgrupper
- Kommunen har kunnskap om behov for kosthold og levevaneendring for prioriterte innbyggergrupper, og tilbyr frisklivs- og mestringstiltak til disse innbyggerne.

I løpet av prosjektperioden skulle det gjennomføres ulike kartleggings- og utprøvingstiltak i samarbeid med kommunalt ansatte. Dette skulle danne grunnlag for prioriteringer, rutiner, kompetansetiltak og prioritering av oppgaver for ernæringsfysiolog etter prosjektslutt.

Det ble innledningsvis i prosjektet avklart at prosjektleder ikke skulle ha ansvar for individuell kostholdsveiledning for brukere, men i stedet prioritere fagpersonell.

Prosjektet har vært organisert og prioritert innenfor helse- og sosialsektorens tjenesteområder, og har dermed hatt voksne og eldre brukere som hovedmålgruppe.

1.2. Nasjonale føringer

Samhandlingsreformen har understreket behov for kompetansebygging hvor ernæring var en del av kommunenes forbedringsområder . I sammenheng med kommunenes rolle på helsefremmende arbeid, forebygging og rehabilitering må dette vises frem. Et målrettet arbeid kan finne brukere med underernæring, og behandlingen av underernæring i primærhelsetjenesten vil kunne gi enda større helse- og økonomiske gevinster da flere kan unngå dyrere behandlinger og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjenester ².

¹ <https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/politikk-og-administrasjon/samfunnsutvikling/planer/helsefremmingsplan-2013.pdf>

² St. meld. Nr. 47. 2008 - 2009 Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Den nye folkehelsemeldingen peker også på den viktige rollen helse- og omsorgspersonell har i ernæringsarbeidet da ernæring er viktig i forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering (St. meld nr.34 2012-2013 Folkehelsemeldingen).

Det er et økende fokus på sammenhenger mellom kronisk sykdom og ernæring. Sykdom påvirker matlyst, og dårlig kosthold gir dårligere helse. I tillegg er det mange medisiner som blir påvirket av kosthold. Det er behov for kunnskap både blant fagpersonell og brukere om aktuelle sammenhenger, og hvordan kostholdet kan påvirke sykdommen³

Det er gjort mye forskning og dokumentasjon på at kosthold og ernæring har stor innvirkning på fysisk og kognitiv funksjon, særlig for eldre. Tilstrekkelig ernæring er et grunnleggende behov på lik linje med behovet for væske og søvn. For lite inntak av mat over tid fører til sykdom og død. Det blir antatt på nasjonalt nivå at mellom 10 og 60 % av pasienter på institusjoner har en underernæringstilstand avhengig av hvilke metoder som ble brukt for kartlegging⁴. Blant syke hjemmeboende eldre antas det også å være mange som rammes av underernæring. Underernæring øker risikoen for medisinske komplikasjoner, reduserer immunforsvaret og øker tiden for rehabilitering fra andre sykdommer eller skader. Underernæring kan også redusere fysisk og psykisk funksjonsevne, og gi redusert livskvalitet og økt dødelighet⁵.

1.3. Prosjektorganisering

Prosjektets styringsgruppe har bestått av virksomhetsledere og hovedtillitsvalgte, med helse- og sosialdirektøren som leder.

Prosjektleder har vært organisert i virksomhet for helsefremming og innovasjon, og har hatt virksomhetsleder som nærmeste leder, samt prosjektfaglig veiledning fra rådgivere i stab.

Det har ikke vært etablert egen prosjektgruppe for prosjektet. Det har i stedet blitt opprettet ressurspersoner og arbeidsgrupper med deltakere fra de ulike virksomhetene etter behov.

Prosjektleder har i hele prosjektperioden vært en del av fagstaben til Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (UHST) i Vest- Agder, sammen med fagkoordinatorer for andre prioriterte utviklingsområder.

Prosjektleder har hatt matproduksjon som eget fokusområde, og har jobbet tett med ansatte og ledere i den kommunalt eide produksjonsbedriften Kjøkkenservice.

2.0 Metoder i kartlegging

2.1. Litteratursøk og erfaringer fra andre kommuner

Det ble gjennomført litteratursøk for å få en oversikt over tilgjengelig litteratur på fagfeltet. Litteratursøkene ble gjort gjennom helsebiblioteket, fagprosedyrer.no og søkemotorer som Best Medical Journal best practice (BMJ best practice) og public medline (PubMed).

Hjemmesiden til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester ble benyttet for å lete opp pågående eller tidligere gjennomførte prosjekter for de ulike brukergruppene⁶. Det finnes

³ Kosthåndboka – Veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2012

⁴ Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2010

⁵ Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, 2010. Helsedirektoratet.

⁶ <http://www.utviklingssenter.no/>

flere prosjekter med hovedfokus på underernæring og eldre. Kommunene har hatt en økende satsing på eldre og ernæring de siste årene. Kosthold nevnes i liten grad i nasjonale veiledere for brukergruppene rusmiddelbrukere, utviklingshemmede og psykiatri. Samtidig finnes det noe norsk forskning på hvordan kosthold påvirker helsen til rusmiddelbrukere⁷

2.2. Kartlegging i Kristiansand kommune

Erfaringsinnhenting fra ansatte og rådgivere som jobbet innenfor rus, psykiatri, utviklingshemmede og geriatri, ble gjennomført gjennom samtaler og intervju. Tanken bak samtalene og intervjuene var å samle informasjon rundt spesifikke problemstillinger sammenhengende med ernæring.

Det ble gjennomført fem fagdager i Kristiansand kommune i begynnelsen av 2015 med deltakeren fra ulike tjenesteområder. Målet med fagdagene var både kartlegging av kompetansenivå og flaskehals for godt ernæringsarbeid, samt å spre kunnskap innenfor ernæring. Før hver fagdag ble de aktuelle stedene kontaktet og en representant utnevnt for å drøfte innhold og aktuelle problemstillinger for gruppearbeid. Datoene for fagdagene var:

- 19 Feb. Sykehjem, oppfølgingstjenesten i bolig, kjøkkenservice, rus/psykiatri
- 11 mars. Hjemmetjenesten
- 12 mars. Korttid og rehabilitering
- 26 mars. Frisklivssentral og eldresenter
- 23 april. Service og forvaltning

Det kom totalt 161 deltakere på de fem fagdager fordelt slik på tjenesteområder:

- Rus/psykisk helse: 11
- Kjøkkenservice: 7
- Tjenester for barn og unge med funksjonshemming: 4
- Omsorgssentre og omsorgsboliger: 44
- Helsefremming og innovasjon: 4
- Hjemmetjenesten: 56
- Service og forvaltning: 19
- Frisklivssentral: 11
- Eldresenter: 5

Kartlegging i form av fagdager har gitt en viss innsikt i utfordringer, holdninger og kompetanse, hva som mangler og hvilke utfordringer kommunen har. Andre metoder ble vurdert, for eksempel spørreundersøkelse blant ansatte. Det ble også vurdert om man skulle prioritere en eller noen få brukergrupper, og gjøre en mer grundig kartlegging av deres behov.

Styringsgruppa mente kartlegging i form av fagdager og enkeltintervju var tilstrekkelig for å kunne iverksette sentrale forbedringstiltak, og samtidig var fagdagene i seg selv en viktig arena for både bevisstgjøring og kompetanseheving blant deltakerne.

Informasjonen som kom fram fra fagdager og intervju ble satt inn i en egen matrise som beskriver problemstillingene i mer detalj. Matrisen ble lagt fram for styringsgruppa for å kunne prioritere tiltak og deltakelse fra virksomhetene.

Det er kun fagpersonell og ledere som er kartlagt. Det er i liten grad innhentet informasjon fra brukerne selv. I ettertid vurderes det som en svakhet ved prosjektet, og medvirkning fra både brukere og pårørende vil tas med i videre utviklingen av arbeidet.

⁷ Mone. Eli Sæland, Eating on the edge, avdeling for ernæringsvitenskap, institutt for medisinske basalfag, 2014

3 Kompetanse – føringer og status i Kristiansand

3.1. Status ulike brukergrupper

3.1.1. Eldre

Forskning og litteratur:

- Mange står i fare for å bli underernærte⁸. Dette gjelder spesielt eldre kvinner som står i større fare for å miste muskelstyrke hvis proteinbehovet ikke blir dekket.
- Eldre med hukommelsessvikt er spesielt utsatt for vekttap og problemer relatert til måltider, ved at de kan glemme at de ikke har spist eller drukket⁹.
- Forskning viser at eldre på institusjon har et lavere inntak av mat enn behovet. Dette gjelder selv om de eldre er fornøyd med maten de får servert¹⁰.
- I faglitteraturen anbefales det å bruke MNA (mini nutritional assessment) for å kartlegge ernæringsstatus¹¹

Nasjonale retningslinjer:

- «Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring»
- Kosthåndboken: «Veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten»¹².

Erfaringer fra Kristiansand:

- Ansatte i tjenesten beskriver at det er utfordrende å få småspiste brukere til å spise. De ansatte bruker tid på å lage mat, men er usikre på om maten blir spist eller om den blir kastet.
- Ansatte i hjemmetjenesten beskriver et ønske om å kunne bruke mer tid hos bruker når det kommer til kosthold. Det å spise sammen med bruker er ønskelig, men en del brukere kan bruke lang tid på et måltid.
- Ansatte i omsorgssentre beskriver at det kan se ut som det kan gå for lang tid mellom hver gang bruker veies og kartlegges.
- På enkelte omsorgssentre sier de ansatte at nattfasten blir for lang (over 10 timer fra siste måltidet om kvelden til første måltid dagen etter). Flere omsorgssentre i kommunen har begynt å flytte middagen frem 2 timer og ansatte rapporterer at brukerne spiser bedre, har begynt å legge på seg og sover bedre om natten¹³.
- I begynnelsen av prosjektperioden så kunne det se ut som tilgjengelige verktøy som f.eks. kosthåndboken, ikke ble brukt så ofte. Etter fagdage som ble holdt hvor nettopp kosthåndboken ble delt ut, ser det ut som flere ansatte har tatt denne i bruk.
- I behandlingen av underernæring hos institusjonsbeboere har fagpersonell ofte tatt i bruk næringsdrikker. Midlene for næringsdrikkene kommer fra et annet budsjett enn

⁸ <http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=2269>

⁹ <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/underernaering-hos-eldre-hjemmeboende-personer-med-demens>

¹⁰ *Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie* Kjersti Sortland, førstelektor – Grete Skjægstad, høgskolelektor – Lisbeth Jansen, kjøkkensjef – Anna-Lena Berglund, professor.

¹¹ Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2010

¹² <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernæring>

¹³ Disse observasjonene støttes av artikkel i tidsskriftet Sykepleien <https://sykepleien.no/2015/10/her-serveres-middagen-sent-men-godt>.

maten. Dermed mener noen ansatte at det kan være lettere og rimeligere å få tak i næringsdrikke enn å bestille flere matvarer.

3.1.3. Rusmiddelbrukere

Forskning og litteratur og nasjonale retningslinjer:

- For brukergruppen rusmiddelbrukere finnes det ingen nasjonal veileder som fokuserer på kosthold og ernæring.
- I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling (2012) refereres det til at kosthold er viktig, men viser ikke til noen konkrete råd.
- En doktorgradsavhandling av klinisk ernæringsfysiolog Mone Eli Sæland har¹⁴ fulgt rusmiddelbrukere i Oslo og forsket på ernæring blant brukere i aktiv rus. Resultatene fra forskningen viser at brukerne kan ha en større risiko for underernæring og feilernæring siden valget av matvarer på høyt sukkerinnhold, eller liten tilgang til mat, er en stor faktor. Matvarer med stor mengde sukker ser også ut til å påvirke brukerens evne til å tåle rusmidler og kan forsterke avhengigheten av rusmidler. Anbefalingen fra denne studien er å se på om det er mulig å redusere inntaket av sukker hos brukerne som kanskje kan ha et bedre utgangspunkt for rehabilitering og behandling for denne brukergruppen.

Erfaringer fra Kristiansand:

- Brukergruppen har i følge ansatte en sammensatt problemstilling som inkluderer kunnskap, forståelse for økonomi og ofte tannstatus når det kommer til kosthold. Ansatte forteller om brukere som har vokst opp i et hjem hvor foreldrene har ruset seg, kan ha gått glipp av kunnskap om hvordan man lager mat. Selv om brukeren har tilgang til et kjøkken så kan det se ut som en del ikke vet hvordan dette skal brukes, eller ikke innehar nødvendig hygiene for at det kan brukes.
- Erfaringer i prosjektperioden har vist at tannstatus hos denne brukergruppen kan være en utfordring. Hos brukere med dårlig tannstatus har det blitt observert at enkelte matvarer som ferske grønnsaker og frukt er en utfordring å spise. Ofte blir andre matvarer som er lettere å tygge (gjærbakst, sjokolade) og sukkerholdig drikke som brus.
- Ansatte sier at det ikke alltid er like lett å tolke problemstillingene som legges frem av bruker. Når en bruker kommer til en ansatt og legger frem et problem så kan det være en mulighet for at frustrasjonen stammer fra et dårlig kosthold eller lite inntak av mat, uten at brukeren selv klarer å formidle dette, eller at ansatte klarer å forstå det fra informasjonen som blir gitt fra brukeren.
- Brukerne selv var selv veldig opptatt av kosthold. De hadde et ønske om å lære mer om hvordan mat påvirker kroppen. Flere var forvirret over hva de har hørt fra helsepersonell som f.eks. leger og sykepleiere, og hva som kommer frem i media.
- Rapporter fra Feltsykepleien viser at det ikke har vært mange som har en BMI under 20 og at disse tallene har vært stabile over flere år. Det er flere private aktører hvor brukerne kan skaffe seg mat, noe som er viktig for at de får dekket energibehovet sitt. Medisinsk helsepersonell i kommunene kan fortelle at de har sett lave blodverdier av blant annet jern og protein, som kan tyde på et for lavt inntak av næringsrike

¹⁴ Mone. Eli Sæland, Eating on the edge, avdeling for ernæringsvitenskap, institutt for medisinske basalfag, 2014

matvarer. Tidligere har feltsykepleien i Kristiansand levert ut multivitaminer til denne gruppen, men dette har ikke blitt gjort i den siste tiden.

- De ansatte opplever det vanskelig å tolke brukernes atferd. For eksempel kan utagerende atferd kanskje komme av at brukeren ikke har spist på en lengre periode. Dette kan tolkes av brukeren at de trenger rusmidler i stedet for mat. Ansatte kan også tolke symptomene til bruker at de har fått i seg «dårlig stoff», hvorav det kan relateres til somatisk helse som f.eks. diabetes, eller utmattelse av langvarig lavt inntak av mat.

3.1.5. Psykisk helse og ernæring

Forskning og litteratur og nasjonale retningslinjer:

- Forskningen på feltet viser en del sprikende resultater med sammenhengen mellom usunt kosthold og utviklingen av psykisk sykdom.
- Bruken av psykofarmaka (medisiner) kan ha en påvirkning på inntaket av mat. Den vanligste bivirkningen av disse medisinene er mageproblemer som forstoppelse eller diare, noe som igjen direkte kan påvirke inntaket av mat.
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser *Sammensatte tjenester – samtidig behandling (2012)*. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten Utgitt: 01.12.2009. Det blir ikke nevnt i disse veilederne om hvordan kosthold kan påvirke denne brukergruppen eller råd om hvordan man bør prøve å sikre et sunt kosthold.
- For personer med tyngre psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse finnes Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser¹⁵

Erfaringer fra Kristiansand:

- Prosjektet har avdekket at flere brukere antagelig spiser ensformig og vil kunne ha nytte av å spise mer variert.
- Personer med psykoser kan ha utfordringer rundt mat som en del av sykdomsbildet. En problemstilling kan være paranoide vrangforestillinger rundt måltidene, hvor brukeren får servert mat, men brukeren kan se andre ting på tallerkenen. Dette kan gjøre inntaket av mat til en stor utfordring. Men ansatte har erfart at samspising (spise sammen med brukeren) kan hjelpe å redusere paranoide vrangforestillinger rundt måltidene.
- Mange brukere kan ha dårlig tannhelse som gjør det utfordrende å spise mat uten å oppleve smerte, eller kan gjøre det vanskelig å tygge enkelte matvarer.
- Andre utfordringer kan være tolkning av oppførsel. Det kan reises spørsmål ved om en utagering har bakgrunn i selve diagnosen, eller annen somatisk helse som diabetes, mageplager, eller er grunnen at brukeren ikke har spist på lenge.

3.1.7. Utviklingshemming

Forskning og litteratur og nasjonale retningslinjer:

¹⁵ *Sammensatte tjenester – samtidig behandling (2012)*.

- Studier gjort på denne brukergruppen viser at menn med nedsatt funksjonsevne har 7 ganger så høy risiko for dårlig helse, og kvinner med nedsatt funksjonsevne, 9 ganger så høy¹⁶
- Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser har forsket på utviklingshemmede med diagnosen Downs syndrom, Prader Willis syndrom og Williams syndrom, som bor i egen bolig viser at 78 % er overvektige eller svært overvektige¹⁷.
- Det har ikke vært mulig å finne noen nasjonal veileder, heller ikke fagprosedyrer.

Erfaringer fra Kristiansand:

- Ansatte kan fortelle at mange brukerne spiser usunt, som for eksempel potetgull, store mengder Nugatti og annet usunt pålegg på brødkivene. Forståelsen for egen helse hos brukerne er svært mangelfull.
- Det kan se ut som at brukerne spiser og drikker de usunt når de er ute på aktiviteter, og når de kommer hjem kan det være vanskelig å la være å spise f.eks. kveldsmat i tillegg.
- For noen kan usunne matvaner komme av «tvangsatferd». Det betyr at rutiner og det de pleier å gjøre må gjennomføres selv om det ikke er nødvendig.
- Det kan være utfordrende å følge med på hva brukerne bruker penger på, og at brukere som disponerer penger selv ofte kjøper energitett mat.
- Inaktivitet ser ut til å være et problem. Brukerne sitter mye i leiligheten med tv-spill, filmer, iPad o.l. og ønsker ofte selv ikke å delta på aktivitet når ansatte spør dem.

3.2. Oppsummering kompetansekartlegging

3.2.1 Kompetanse og fagutvikling

Prosjektet har avdekket at mange ansatte ikke har vært klar over at det finnes gode verktøy som f.eks. Kosthåndboken, eller sykepleiehåndboka.no. Som et tiltak for å spre informasjon rundt de verktøyene som allerede fantes, ble det delt ut eksemplarer av kosthåndboken og Oslo kommunes hefte «Det lille ekstra» (som viser hvordan man kan berike maten og gjøre den mer næringstett¹⁸) til alle deltakere på fagdage holdt for ansatte i helse og omsorg. Dette gjaldt i hovedsak ansatte som jobber med eldre. I tillegg har prosjektleder jevnlig bestilt kosthåndboka og delt ut når det ble holdt internundervisninger. I større forsamlinger som f.eks. ved undervisning for sykepleierstudenter som skal ut i praksis, har kosthåndboken blitt nevnt ofte, spesielt med bruk av ernæringstrappen som et verktøy under undervisningen.

Ansatte forteller at kunnskapsnivået er på vei opp, men mange synes at det gjenstår mye før de synes at de er på et tilfredsstillende nivå. Andre synes det kan være utfordrende med mange nye som ikke er ferdig opplært, samt ansatte med mindre stillingsprosent som ikke er tilstede så ofte. En mindre del av deltakerne har gitt svar som kan tyde på at de ikke mener det er viktig å ha fokus på kosthold, og at det dermed er mer en holdningsmessig utfordring.

Etter oppstart av prosjektet har fokuset på kosthold og ernæring økt ved at ansatte har fått internundervisning med fokus på underernæring og tiltak som bør settes i gang, samt at de har fått kosthåndbøker de kan slå opp i hvis de ønsker å lære mer om ernæring.

¹⁶ Eknes, J. (2000) *Utviklingshemming og psykisk helse* Oslo: Universitetsforlaget.

¹⁷ <http://forskning.no/funksjonshemming-overvekt-politikk/2014/04/utviklingshemmede-spiser-seg-syke>

¹⁸ <http://www.nb.no/nbsok/nb/8100af629dfd52553cc1b8444b03c59?index=1#0>

Eldre og underernæring er et felt som mange har et forhold til og som gjentatte ganger er i medias søkelys. Men ernæringsfokus i forhold til andre brukergrupper som utviklingshemmede, rusmiddelbrukere og personer med psykiske lidelser, har sjelden fått mye oppmerksomhet. På disse feltene finnes det også veldig lite forskning eller veiledere som spesifikt retter seg mot kosthold. Disse brukergruppene har et sterkt behov for riktig ernæring for å forebygge helseplager og livsstilssykdommer.

3.2.2. Kvalitetsrutiner

For å kunne sikre godt ernæringsarbeid er det viktig med gode kvalitetsrutiner. Kvalitetsrutiner for ernæring kan sikre at det jobbes systematisk for å forebygge og behandle under- og feilernæring hos brukerne. Disse rutinene skal kunne veilede ansatte i hvordan man skal bruke kartleggingsverktøy, tolke resultatene og implementere dette i en ernæringsplan tilpasset brukeren.

Prosjektet avdekket at sektoren ikke brukte noe standard kartleggingsverktøy i tjenestene. På nasjonalt nivå anbefales det å bruke MNA (mini nutritional assessment) skjema.

Prosjektleder har oppdatert og skrevet egne rutiner for ernæringskartlegging og anbefalt bruken av kartleggingsverktøyet MNA (mini nutritional assessment) som standard i kommunen. Bruken av MNA-skjema har blitt anbefalt av prosjektleder siden fordelene med dette skjemaet er mange. Motargumentene har vært at MUST (mini underernærings screeningsverktøy) er enklere å fylle ut siden dette skjemaet kun har tre spørsmål å fylle ut, sammenlignet med MNA som har 19 spørsmål. Men etterarbeidet med MUST-skjemaet er betydelig større siden det er en større andel kartlagte som vil havne i kategorien underernært, og ernæringstiltak som ernæringsplan må settes i gang. MNA-skjemaet er mer sensitivt for å plukke matinntaket og fokuserer ikke bare på vekttap og BMI slik MUST-skjemaet gjør.

Den foreslåtte rutinen består av to deler. Den første går på bruken av MNA (mini nutritional assessment) og hvor ofte man skal kartlegge. Den andre delen er en rutine for hvordan man bør skrive en ernæringsplan når man har en bruker som kommer i kategorien underernært.

Kvalitetsrutinene er ferdig skrevet og venter på godkjenning. I tillegg jobbes det med å få MNA (mini nutritional assessment)-skjemaet scannet inn i kommunens fagsystem Profil så de ansatte skal slippe å lagre disse i egne permer. På sikt anbefales det at ernæringsplanen kan skrives direkte inn i Profil.

4. Frisklivsentralen – friskliv og mestring

4.1. Status ulike målgrupper

4.1.1. Personer med overvekt

Forskning og litteratur:

- For denne brukergruppen finnes Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne utgitt: 01. 1.2011 og Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn utgitt 01. 7.2010.
- Faglitteratur anbefaler tverrfaglig samarbeid mellom flere faggrupper¹⁹. For brukergruppen «barn med overvekt» anbefaler litteraturen et samarbeid med familien

¹⁹ Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, 2011

for å se på kostholdsvaner, spesielt i samarbeid med helsesøster. Videre nevnes det i litteraturen at faggruppen kliniske ernæringsfysiologer kan kontaktes ved behov, men at undervisning i generelt kosthold kan gjøres av andre faggrupper.

Erfaringer fra Kristiansand:

- Kristiansand har gjennom flere drevet «frisklivsresept» med individuelle samtaler og gruppebaserte treningstilbud for personer med levevaneutfordringer. Blant annet gjennomføres jevnlig «Bra matkurs». I prosjektperioden har prosjektleder vært involvert i noen av kursene.
- Prosjektleder har i samarbeid med Frisklivssentralen laget et eget kursmateriale for frisklivsresepten i Kristiansand kommune. Prosjektleder har ikke hatt overordnet ansvar, men har fungert som en ressursperson og kvalitetssikret arbeidet materialet for dette arbeidet.
- Kommunen har gjennomført prosjekt Friskus for familier med overvektige barn, og er i ferd med å implementere prosjektet over i drift.

4.1.2. Personer med kols

Forskning og nasjonale retningslinjer

- Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging Utgitt: November 2012. Ernæring er en viktig del av både behandling og rehabilitering av diagnosen kols og brukerne er sårbare for undervekt med langkommet diagnose fordi de bruker ekstra energi på å puste.
- På grunn av tung pust blir pasienter med kols ofte sosialt isolert. Mange beveger seg mindre, og utvikler overvekt i tidlige faser av sykdommen. Bruk av medisiner kan øke appetitten som igjen øker kroppsvekten. Dette gjelder spesielt kortikosterioder som Prednisolon. Ved alvorlig sykdom er ofte underernæring et problem, og kolspasienter befinner seg sjelden innenfor normal BMI, ofte er de i øvre del eller nedre del av skala.

Erfaringer fra Kristiansand

- Frisklivssentralen tilbyr gruppebaserte lærings- og mestringstilbud, samt treningstilbud, for personer med kols. Prosjektleder har vært involvert i kursene når ernæring og kosthold har vært på dagsorden.

4.1.3. Personer med diabetes

Forskning og nasjonale retningslinjer

- Nasjonale faglige retningslinjer Diabetes Forebygging, diagnostikk og behandling utgitt: Vår 2009. Anbefalingene fra denne veilederen er at en klinisk ernæringsfysiolog kurser brukergruppen etter diagnose.

Erfaringer fra Kristiansand

- Frisklivssentralen tilbyr gruppebaserte lærings- og mestringstilbud for personer med diabetes. Prosjektleder har flere ganger deltatt på kursene og forelest om kosthold. Ansatte på frisklivssentralen opplever det nyttig med spesialistkompetanse på disse kursene. Det finnes flere matprodukter i markedet som krever god ernæringskunnskap for å analysere om de kan anbefales eller ikke.

4.1.4. Personer med neurologiske helseutfordringer

Forskning og nasjonale retningslinjer

- Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag utgitt: 04/2010.
-

- Kosthold og trening er en viktig bestanddel av behandlingen for å redusere sannsynligheten for å utvikle nytt hjerneslag.

Erfaringer fra Kristiansand

- Frisklivsentralen har tidsavgrensede grupperettede treningstilbud og mestringskurs for personer med hjerneslag og parkinson. Prosjektleder har undervist i kostholdsdelen og det brukes anbefalinger for et sunt kosthold fra statens råd for ernæring.

4.2. Anbefalinger videre arbeid

Frisklivsentralen i Kristiansand har mange ansatte med kompetanse innen kosthold, gruppebaserte kurs og veiledning. Under prosjektperioden ble det diskutert om det var et behov for prosjektleder å ha en fast tilstedeværelse på Frisklivsentralen. Erfaringer fra Stavanger som ansatte en klinisk ernæringsfysiolog som jobbet på Frisklivsentralen i et prosjekt, viste at brukerne var fornøyde med å ha tilgang til ernæringskompetanse. Det ble gjennomført over 350 individuelle kostholdssamtaler²⁰.

Det ble etter hvert avklart at i Kristiansand skulle prosjektleder kun i begrenset grad være en del av frisklivsentralen. Kurslederne på Frisklivsentralen skal kontakte ernæringsfysiolog hvis det dukker opp kostholdsspørsmål som er vanskelige å svare på, eller for oppdatering av egen kostholdskunnskap.

Når det gjelder tilbud for personer med diabetes kan det være behov for at ernæringsfysiolog holder kostholdsdelen av kursene, siden det ofte kommer mer kompliserte kostholdsspørsmål på disse kursene. Det er også kommet mange forespørsler fra andre nabokommuner som ønsker at det skal være en ernæringsfysiolog som holder kostholdsdelen for deres diabeteskurs. Dette var det ikke mulig å prioritere i prosjektperioden.

Frisklivsentralen har planlagt å lage en film hvor ernæringsfysiologen holder en undervisning om kosthold og ernæring for brukere med diabetes. Denne filmen kan da blant annet benyttes til å belyse kosthold ved gjennomføring av diabeteskurs. Det er ikke satt noen dato for iverksetting av arbeidet med filmen, men oppdraget er lagt ut på anbud.

5. Matproduksjon - Kjøkkenservice

I Kristiansand er det den kommunalt eide bedriften Kjøkkenservice som er leverandør av mat til institusjoner, og hjemmeboende brukere, samt til kantiner og kafeer tilknyttet omsorgssentre. I tillegg leveres catering og mat til møter i kommunal regi. Dette inkluderer varm mat i enkelt porsjon eller større porsjoner. Tørrvarer kan også bestilles. Maten produseres etter kok/kjøl prinsippet hvor den varmes opp til 80 grader og kjøles raskt ned til 4 grader for å øke holdbarheten.

5.1. Dietter og næringsdrikker

Etterspørselen etter diettmat har økt og arbeidsmengden for diettkokkene hos Kjøkkenservice har blitt større. Noen av kokkene som jobber på Kjøkkenservice er diettkokker som lager diettmat som f.eks. glutenfri, saltreduert, fettreduert mat.

Når helsepersonell kontakter Kjøkkenservice på vegne av en bruker kan det være vanskelig å vite om det virkelig er behov for en diett. Erfaringer fra andre kommuner viser også at det

²⁰ <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Helsehuset-Stavanger/Frisklivsentralen/Livsstilskurs-for-voksne/>.

er en økende tendens blant brukere om å ha matintoleranser og matallergier. Det er vanskelig å si om denne økningen er virkelig eller om brukerne også på feil grunnlag påberoper seg at de ikke tåler enkelte matvarer.

I et forsøk på å komme denne utfordringen i forkjøpet, har prosjektleder undersøkt hvor stort behovet har vært ved å gå gjennom bestillinger av diettmat og snakke direkte med brukere eller kommunalt helsepersonell. Det har vært flere tilfeller hvor det ikke har vært behov for diett etter telefonsamtaler hvor det viser seg at enten ansatte er usikre på hva diettene skal brukes til (dette gjelder spesielt fettredusert mat), eller at brukeren selv mener de er allergiske mot matvarer og en spørsmålsrunde med prosjektleder viser at det ikke er tilfelle. Etter at prosjektleder har tatt samtalene ved bestilling av diettmat har arbeidsmengden hos diettkockene blitt redusert, samt at det rapporteres at det kastes mindre mat.

Det forventes økende behov for diettmat. Derfor vurderes det som god bruk av spisskompetanse som klinisk ernæringsfysiolog å kunne vurdere behovet for nye dietter både når det gjelder behov hos enkeltbrukere, samt sett i lys ny kunnskap og nye produkter som utvikles.

Gjennom prosjektet har det foregått innovasjonsarbeid i form av egenproduserte næringsdrikker på Kjøkkenservice. Flere av omsorgssentrene i kommunen bruker en del penger på næringsdrikker som et ledd i å behandle og forebygge underernæring. Disse næringsdrikkene er dyre og det er usikkert hvor mange av drikkene som kastes uten at de blir brukt, eller at brukeren ikke klarer å drikke dem.

I prosjektet er det utviklet næringsdrikker for å kunne redusere kostnadene til omsorgssentrene. I tillegg er næringsdrikkene et supplement i kostholdet til brukere som bidrar til å øke energi og proteininntak. Produksjonen av næringsdrikker hos Kjøkkenservice koster 75 % mindre enn de som kan kjøpes på apotek. Produktene fra Kjøkkenservice inneholder like mye energi og protein, men er ikke fullverdige som apotekenes produkter.

Etter flere tester med smak og konsistens er næringsdrikkene nå lagt ut på en tørrvareliste slik at ansatte i kommunen kan bestille. Dette utviklingsarbeidet vil videreføres.

5.2. **Medieoppslag og informasjon**

Media har stadig oppslag om kosthold, og særlig om eldre og ernæring. Maten som Kjøkkenservice produserer har blitt kritisert. For å komme i møte bekymringer hos brukere og publikum har Kjøkkenservice blant annet prøvd ut en ordning med smakspanel. Pårørende, lokalpolitikere, ansatte og tillitsvalgte, Mattilsynet og Pasient- og brukerombudet ble invitert til å prøve maten og å komme med synspunkter om smak, utseende og konsistens. Deltakerne var overveiende positive til maten, og en reportasje fra testingen ble sendt på radio og TV fra NRK Sørlandet. Testingen ble avsluttet med en enkel rapport til støtte for videre arbeid med kvalitetsheving av måltidene.

Prosjektleder har bistått helsepersonell og Kjøkkenservice med å besvare spørsmål fra media når det kommer til produksjon av mat og næringsinnhold. Maten har også blitt sendt inn for testing av næringsinnhold etter pasteurisering, og resultatene har vært gode og viser minimalt med tap av næringsstoffer.

Kompetanse som klinisk ernæringsfysiolog er etterspurt fra media når de ønsker uttalelser om kosthold og ernæring. NRK Sørlandet har gjennomført flere intervjuer med prosjektleder.

- [Rusmisbrukarar får kokkekurs](#), NRK Sørlandet 16.2 2016
- [Skal smake seg til betre eldremat](#), NRK Sørlandet 10.2.2016
- [Skal forhindre underernæring hos eldre](#), NRK Sørlandet 23.2.2015

Det er stor interesse blant innbyggere, pårørende og politikere om maten som produseres og serveres de eldre, noe som blant annet kommer til uttrykk i media. I slike tilfeller kan det være en fordel at kommunen har tilgang til ekspertise som kan bidra med både fagkunnskap og kunnskap om faktiske forhold.

6. Anbefalinger om videre arbeid

6.1. Ny stilling som klinisk ernæringsfysiolog

Kristiansand kommune avsluttet prosjektet i oktober 2016, og prosjektleder har gått over i nyetablert stilling som klinisk ernæringsfysiolog. Hovedfunksjonen for den nye stillingen er å sikre kompetanseheving og kvalitetsheving i arbeidet med kosthold og ernæring i helse- og sosialsektoren. Stillingen vil få 3 hovedoppgaver:

1. Klinisk veiledning, ca. 40 %
2. Matproduksjon, ca. 20 %
3. Undervisning, prosjekt- og utviklingsarbeid, ca. 40 %

Følgende forhold var førende for stillingsinnhold:

- Kompetansen innen ernæring og kosthold bør nå flest mulig.
- Viktig med klinisk erfaring og nærkontakt med tjenestene.
- Behov for internt opplæring i kosthold og ernæring
- Fortsatt spisskompetanse knyttet til matproduksjon og rådgivning i Kjøkkenservice
- Brukere av omsorgstjenester er hovedmålgruppe
- Opprettholde kunnskapen hos Frisklivssentralen ved å bidra med oppdatering og undervisning for ansatte

Arbeidet med ernæring i Kristiansand kommune har fått en del oppmerksomhet siden det er en stor mangel på kliniske ernæringsfysiologer i kommunene i Norge²¹. Kristiansand kommune er en av få kommuner i Norge som har en klinisk ernæringsfysiolog ansatt 100 % fast. Og kommunen er den eneste i Norge som har brukt denne kompetansen i hele helse- og sosialsektoren. I andre kommuner som har ansatt en klinisk ernæringsfysiolog, jobber disse ofte innen et avgrenset felt, for eksempel frisklivssentraler eller i eldreomsorgen.

Stillingen vil bli organisert under Kjøkkenservice, men vil samtidig fortsatt bruke det meste av tiden til å drive kompetanseheving og fagutvikling i andre virksomheter.

Kommunen skal gjennomføre en evaluering av stillingens innhold, funksjon og organisering i begynnelsen av 2018.

6.2. Undervisning, prosjekt- og utviklingsarbeid

Stillingen vil inngå som en av flere fagkoordinatorer i fagstaben til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Vest-Agder med følgende oppgaver:

- Undervisning i modul for kosthold og ernæring, som er definert som en av seks moduler i basiskompetansen for alle ansatte i sektoren
- Videreutvikling av innhold i modulene i basiskompetansen, både faglig og pedagogisk, som for eksempel utvikling av e-læringstiltak.
- Deltakelse i prosjekt- og utviklingsarbeid i sektoren – være rådgiver i ulike tjenester
- Bidra til utarbeiding og /eller oppdatering av rutiner i kvalitetssystemet

²¹ Det er om lag 352 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge. Om lag 60 prosent er sysselsatt i spesialisthelsetjenesten og kun om lag 2.5 prosent i kommune og fylkeskommune i 2014

- Bidra til veiledning og fagutvikling knyttet til Frisklivssentralens kostholdsundervisning
- Bidra med kostholdsundervisning på Frisklivssentralens diabeteskurs

Kristiansand kommune er i ferd med å planlegge å iverksette et systematisk arbeid med å bygge basiskompetanse²². Basiskompetansen skal kunne omfatte alle ansatte i helse og omsorg og skal inkludere observasjoner, vurderinger og dokumentasjon av ernærings situasjonen til brukere. Målet er at ledere for forskjellige avdelinger kan sende inn en bestilling for hvilke moduler de ønsker undervisning i ved bruk av årshjulet til kommunen.

En av de seks prioriterte kompetanseområdene er ernæring, som prosjektleder har vært ansvarlig for å utvikle. Under satsingsområdet «ernæring» skal det utvikles en «basismodul» beregnet for alle ansatte innen helse og omsorg, mens de andre delmodulene fokuserer på geriatri, utviklingshemmede og rus/psykiatri. Tanken bak de sist nevnte modulene er at de blir en mer spesialisert type undervisning for ansatte som jobber med brukere i de nevnte kategoriene, og er basert på erfaringer hentet inn under prosjektperioden.

Kompetanse inkluderer først og fremst å gjøre de ansatte kjent med:

- Nasjonale faglige retningslinjer for behandling av underernæring
- Kosthåndboken
- Sykepleierhåndboka.no

E-læring har også vært vurdert som et verktøy for kompetanseheving innen ernæring. Det finnes flere eksempler f.eks. USHT (utviklings senter for sykehjem og hjemmetjenester) Hordaland har laget e-læringskurs for kommunale ansatte som jobber med eldre. Videre satsing på e-læring er under vurdering.

6.3. Klinisk veiledning og kvalitetsrutiner

Klinisk veiledning innebærer at ernæringsfysiolog systematisk besøker tjenestestedene for å sikre en praksisrettet læring for ansatte, samt videreutvikle sin kliniske praksiskunnskap - og erfaring med brukere av tjenestene. I praksis kan det gjøres ved planlagte besøk til tjenestesteder. Plan for besøk lages i samråd med hver virksomhet, og Virksomhet omsorgssentre og Virksomhet behandling og rehabilitering prioriteres. Første veiledningsrunde bør gjøres i Virksomhet omsorgssentre for å vurdere metodikk. Under veiledningsbesøkene kan følgende tema være aktuelle

- Bruk av rutine, kartleggingsskjema, vurdering og tiltak
- Gjennomgang av spørsmål som gjelder flere på avdelingen. For eksempel bruk av mellommåltid, innkjøp av mat til avdelingen
- Bruk av dietter som Kjøkkenservice lager og bruk av berikningsteknikker
- Måltidsmiljø
- Veiledning på brukerrettede tiltak etter henvendelse fra tjenestestedene
- Oppdrag fra tjenestesteder

Det er utarbeidet forslag til nye kvalitetsrutiner i prosjektperioden og dette arbeidet vil fortsette etter prosjektslutt (se pkt. 3.2.2).

6.4. Kjøkkenservice

Stillingen vil bli organisert under Kjøkkenservice, og vil dermed inngå i et fagmiljø som har ansvar for matproduksjon til mange av kommunens brukere av helse- og omsorgstjenester.

²² <https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/utvikling-og-prosjekter/utviklings-senter-for-sykehjem-og-hjemmetjeneste.-vest--agder/informasjon-om-basiskompetanse/>

Tilstedeværelsen av prosjektleder på Kjøkkenservice var nyttig for å kunne svare på spørsmål fra ansatte og gjennomføre internundervisning. Det vil videreføres ved at klinisk ernæringsfysiolog er tilstede på en fast dag hver uke. Klinisk ernæringsfysiolog vil særlig få ansvar for følgende oppgaver:

- Utvikle og kvalitetssikre nye produkter, særlig dietter og næringsdrikker.
- Fagperson innen kosthold og ernæring både overfor brukere av tjenesten og ansatte i Kjøkkenservice - rådgivning, veiledning og opplæring.
- Ansvar for å være Kjøkkenservice' fagperson i spørsmål fra innbyggere, samarbeidspartnere og kommunens ledelse vedrørende kosthold og ernæring.

6.5. Videreutvikling

Erfaringene fra prosjektet vil resultere en økt og mer systematisk satsing på kosthold og ernæring i kommunen, samt nye utviklingsprosjekt. Kristiansand har blant annet fått innovasjonsmidler fra fylkesmannen til et nytt prosjekt om kosthold og ernæring rus og psykisk helse. Det vil bli ansatt egen prosjektleder, og klinisk ernæringsfysiolog vil kunne fungere som en rådgiver i en prosjektgruppe for å sikre kompetanse i dette prosjektet.

Kommunen bør vurdere å igangsette evaluering og måling av systematisk satsing på kompetanse og kvalitetsrutiner. Det kan være aktuelt å utvikle indikatorer for å kunne følge med på effekter.

Framover er det ønskelig med et tettere samarbeid med Universitetet i Agder siden universitetet har personer med god kompetanse og kunnskap innen ernæring. Et systematisk samarbeid med universitetet vil kunne fremme innsikt i hva som finnes av verktøy, forskning og nyteknik innen feltet. En annen fordel med samarbeidet er tilgang til masterstudenter som kan skrive masteroppgaver om tema kommunen ønsker å belyse, samt gjøre kartleggingsoppgaver i kommunen.

Referanser

Avdeling for ernæringsvitenskap, institutt for medisinske basalfag. Eating on the Edge A study focusing on dietary habits and nutritional status among illicit drug addicts in Oslo, Norway Mone Eli Sæland
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/38902>

Demens & Alderspsykiatri. Ulrika Söderhamn, Screening – en hjelp til å identifisere eldre i fare for underernæring vol. 14. nr. 1. 2010
<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=2269>

Helsedirektoratet. Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten. 2013
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/erneringskompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer: Diabetes Forebygging, diagnostikk og behandling 2009.
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/diabetes/1.sammendrag>

Helsedirektoratet. Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (2010)
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/339/Fra-bekymring-til-handling-IS-1742.pdf>

Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelse-tjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge 2010
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>

Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, 2011
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>

Helsedirektoratet. Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. 2012
http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/IS-1972%20Kosthaandboken_Rev2014.pdf

Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. 2010
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underertering.PDF>

Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser *Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. 2012
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen, «God helse – felles ansvar», Meld.St. 34 (2012-2013)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

Kristiansand kommune. Helsefremmingsplanen, plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. Vedtatt i bystyret april 2013. Bakgrunnsdokument:

<http://www.kristiansand.kommune.no/PageFiles/41237/Bakgrunnsdokhelsefremmingsplan.pdf?epslanguage=no>

Kristiansand kommune. Handlingsprogram 2014- 2017.

http://www.kristiansand.kommune.no/no/Administrasjon/Organisasjonssektoren/vedtatt_budsjett/Forslag-2014-2017/Helse-og-sosial/

Nasjonalt folkehelseinstitutt. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv Rapport. 2009

<https://fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>

Sykepleien

<https://sykepleien.no/2016/04/hun-samspiste-med-arne>

Sykepleien

<https://sykepleien.no/2015/10/her-serveres-middagen-sent-men-godt>.

Sykepleierhåndboka.no

<https://www.shb.no/>

Sykepleien. Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens

Forskning nr. 4, 2013; 8: 298-307 doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0137

<https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/1375316.pdf>

Sykepleievitenskap. *Eldre personers ernæring og matinntak ved et sykehjem – en pilotstudie* Kjersti Sortland, førstelektor – Grete Skjegstad, høgskolelektor – Lisbeth Jansen, kjøkkensjef – Anna-Lena Berglund, professor).

https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/821/1/vaardinorden_4_2009_sortland.pdf