



# Forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre i Bydel Frogner

2014

## Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

- Rapport 01/2013 Internkontroll med anskaffelsesområdet i Ruter AS
- Rapport 02/2013 Internkontroll i- og rundt enkelte IT-systemer. Samlerapport 2012
- Rapport 03/2013 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen. Samlerapport 2012
- Rapport 04/2013 Barneverntjenestenes håndtering av meldinger fra Oslo Krisesenter i 2011
- Rapport 05/2013 Informasjonssikkerhet i Vann- og avløpsetaten (unntatt offentlighet)
- Rapport 06/2013 Eierskapskontroll i Kollektivtransport-produksjon AS 2010-2012
- Rapport 07/2013 Oslo kommunes saksbehandling i Lindebergsakene
- Rapport 08/2013 Eierskapskontroll i Oslo Vognselskap AS 2010-2012
- Rapport 09/2013 Oslo kommunes oppfølging av berørte etter 22.07.2011
- Rapport 10/2013 Sosialtjenestens forvaltning av klientmidler
- Rapport 11/2013 Kvalitet i barnehage - Jettegryta barnehage i Bydel Søndre Nordstrand
- Rapport 12/2013 Bydelsutvalgenes tilsyn - forståelse, organisering og rapportering
- Rapport 13/2013 Bymiljøetatens kontroll og oppfølging av veinettet
- Rapport 14/2013 Ivaretagelse av miljøkrav til nye barnehage- og skolebygg
- Rapport 15/2013 Anskaffelser i Undervisningsbygg Oslo KF
- Rapport 16/2013 Forvaltning av utplasserte kunstverk
- Rapport 17/2013 Standpunkt karakterer i videregående skole – likebehandles elevene?
- Rapport 18/2013 Eierskapskontroll i Oslo Vei AS
- Rapport 01/2014 Behandling av søknader om sykehjemsplass - Bydel Sagene og Bydel Vestre Aker
- Rapport 02/2014 Saksbehandlingstid i pedagogisk-psykologisk tjeneste
- Rapport 03/2014 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen - Samlerapport 2013
- Rapport 04/2014 Kommunale boliger - forebygging av utkastelser
- Rapport 05/2014 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer - Samlerapport 2013
- Rapport 06/2014 Eierskapskontroll i Oslo Pensjonsforsikring AS 2011- 2013
- Rapport 07/2014 Oslo kommunes overordnede risiko- og sårbarhetsanalyse
- Rapport 08/2014 Kvalitet og effektivitet i byggesaksbehandlingen
- Rapport 09/2014 Gjennomføring av spesialundervisning - Ammerud skole og Bekkelaget skole
- Rapport 10/2014 Bevaringsverdig på Gul liste – saksbehandling og konsekvenser
- Rapport 11/2014 Planlegging og gjennomføring av investeringer i Oslo Havn KF
- Rapport 12/2014 Eierskapskontroll i Fjellinjen AS 2011 - 2013
- Rapport 13/2014 Kontroll og oppfølging av offentlig-privat samarbeid
- Rapport 14/2014 Bymiljøetatens behandling av drosjeløyvesaker
- Rapport 15/2014 Ivaretagelse av barns rettigheter når barneverntjenesten kjøper hjelpetiltak
- Rapport 16/2014 Kvalitetslosen – en undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet

## Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *Hjemmetjenester – måltider og ernæring*. Undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 28.01.2014 (sak 6), og tilhører fokusområdet Myndighetsutøvelse og brukertilpassede tjenester, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon 2012–2016* av 13.06.2012 (sak 165).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i kommuneloven § 77 nr. 4, som har følgende ordlyd:  
“...systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).”

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført med revisjonsrådgiver Cecilie Karlsen som prosjektleder. Prosjektmedarbeidere har vært revisjonsrådgiver Siri Strandenæs Lode (til juli 2014) og seniorrådgiver Jorun Andreassen (fra august 2014).

Professor Liv Wergeland Sørbye ved sykepleierutdanningen på Diakonhjemmet Høyskole har vært engasjert som ekstern konsulent og har bidratt med helse- og ernæringsfaglig kompetanse.

Vi vil takke Bydel Frogner for nødvendig bistand i løpet av prosjektet. Vi vil i tillegg takke øvrige instanser i og utenfor Oslo kommune som har bidratt med informasjon i prosjektet.

12.11.2014

  
Randi Blystad  
ass. avdelingsdirektør

  
Cecilie Karlsen  
revisjonsrådgiver



# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Hovedbudskap</b> .....	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn .....	7
1.2 Formål, problemstillinger og avgrensning .....	7
1.3 Revisjonskriterier .....	8
1.4 Metodisk tilnærming og gjennomføring .....	8
1.5 Rapportens oppbygning.....	8
<b>2. Nærmere om forebygging og behandling av underernæring</b> .....	<b>9</b>
2.1 Status på landsbasis – funn i tilsyn.....	9
2.2 Status i Oslo – tilsyn og undersøkelser .....	9
2.3 Anbefalt verktøy og praksis .....	10
<b>3. Forebygging og behandling av underernæring i Bydel Frogner</b> .....	<b>11</b>
3.1 Hjemmetjenesten i Bydel Frogner .....	11
3.2 Rutiner.....	12
3.3 Kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko .....	14
3.4 Iverksetting av tiltak .....	17
3.5 Brukermedvirkning .....	20
<b>4. Kommunerevisjonens oppsummering, konklusjon og anbefalinger</b> .....	<b>23</b>
4.1 Oppsummering og konklusjon .....	23
4.2 Anbefalinger.....	23
<b>5. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering</b> .....	<b>25</b>
5.1 Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.....	25
5.2 Bydel Frogner.....	25
5.3 Kommunerevisjonens vurdering .....	25
<b>Referanser</b> .....	<b>27</b>
<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>28</b>
<b>Vedlegg 1 Revisjonskriterier</b> .....	<b>29</b>
<b>Vedlegg 2 Metode</b> .....	<b>35</b>
<b>Vedlegg 3 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester</b> .....	<b>38</b>
<b>Vedlegg 4 Uttalelse fra Bydel Frogner</b> .....	<b>40</b>



## Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt om Bydel Frogner har hatt tilstrekkelige rutiner, systemer og praksis for å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie.

Ansatte ved bestillerkontoret og i de undersøkte hjemmetjenestedistriktene i Bydel Frogner oppga at de brukte sitt kliniske blikk og faglige skjønn for å vurdere ernæringsmessig status. Systematikken og dokumentasjonen knyttet til kartlegging og vurdering av ernæringsrisiko og oppfølging av ernæringstiltak var imidlertid mangelfull. Kommunerevisjonen konkluderer derfor med at bestillerkontoret og de undersøkte distriktene i Bydel Frogner ikke hadde tilstrekkelige rutiner, systemer og praksis på området i undersøkelsesperioden. Det er et ledelsesansvar å sørge for at tilfredsstillende rutiner, systemer og praksis er på plass. Mangel på dette gir risiko for at det ikke blir arbeidet godt nok med å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie.

Våren 2014 hadde det ene undersøkte hjemmetjenestedistriktet startet arbeidet med å innføre MNA-skjemaet (Mini Nutritional Assessment) for kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av ernæringsrisiko, mens det andre skulle starte høsten 2014. Bruk av MNA-skjema vil kunne bidra til forbedringer i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring.

## Sammendrag

Kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av ernæringsrisiko hos hjemmeboende som mottar hjemmetjenester, er vesentlig for å forebygge og behandle underernæring.

Kommunerevisjonen har undersøkt om Bydel Frogner har hatt tilstrekkelige rutiner, systemer og praksis for å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Ifølge disse skal bydelen blant annet som hovedregel sikre at ernæringsstatus og -risiko hos pasienter med hjemmesykepleie blir kartlagt og vurdert ved oppstart av tjenesten. Dersom det er faglige grunner til ikke å gjennomføre en slik kartlegging og vurdering, skal dette framgå i pasientjournalen. Bydelen skal også sikre at brukere med vedtak om praktisk bistand blir vurdert mht. ernæringsrisiko ved behov.

Datagrunnlaget i undersøkelsen er basert på 20 stikkprøver av journaler for pasienter med vedtak om hjemmesykepleie, på intervjuer med ledere og ansatte ved bestillerkontoret og i to av bydelens fire hjemmetjenestedistrikter, og på gjennomgang av aktuelle rutinebeskrivelser og dokumenter. Stikkprøvene gjaldt vedtak i undersøkelsesperioden, dvs. fra juli 2013 til mars 2014. Alle data er verifisert av bydelen.

Undersøkelsen viser at det forelå noe ernæringsrelatert informasjon i enkelte pasient- og brukerjournaler, og at ansatte både ved bestillerkontoret og i de to undersøkte hjemmetjenestedistriktene i Bydel Frogner brukte sitt kliniske blikk og faglige skjønn for å vurdere ernæringsmessig status. Undersøkelsen viser imidlertid at verken bestillerkontoret eller hjemmetjenestedistriktene systematisk kartla ernæringsstatus og vurderte ernæringsrisiko hos pasienter i undersøkelsesperioden. Det forelå rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus og -risiko både hos bestillerkontoret og i hjemmesykepleien, men disse ble ikke fulgt.

Systematisk og målrettet behandling av pasienter i risiko for underernæring eller som er underernærte, forutsetter at det blir laget individuelle ernæringsplaner som blant annet tar høyde for brukerens ernæringsstatus og -behov, med mål og tiltak som kan følges opp. Det ble ikke utformet individuelle ernæringsplaner for

pasientene i tråd med kravene. Det var ikke satt mål for ernæringsstiltakene, og tiltakene ble ikke fulgt opp systematisk.

Mens undersøkelsen tyder på at ledere og ansatte var opptatt av brukermedvirkning, viste gjennomgangen av journalene at brukermedvirkning, herunder brukernes ønsker og valg knyttet til måltider, i liten grad var dokumentert. Kommunerevisjonen har derfor ikke nødvendig grunnlag til å kunne vurdere om bydelen sikret pasienter og brukere medvirkning og valgfrihet mht. måltider og ernæring i tråd med føringene. Manglende dokumentasjon skaper risiko for at tjenestemottakerens ønsker og behov ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad, fordi informasjonen ikke er tilgjengelig for de som trenger den.

Kommunerevisjonen konkluderer med at bestillerkontoret og de undersøkte distriktene i Bydel Frogner ikke hadde tilstrekkelige rutiner, systemer og praksis for å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie i undersøkelsesperioden. Det er et ledelsesansvar å sørge for at tilfredsstillende rutiner, systemer og praksis er på plass. Mangel på dette gir risiko for at det ikke blir arbeidet godt nok med å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie.

Våren 2014 hadde det ene undersøkte hjemmetjenestedistriktet startet arbeidet med å innføre MNA-skjemaet for kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av ernæringsrisiko, mens det andre skulle starte høsten 2014. Bruk av MNA-skjema vil kunne bidra til forbedringer i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring.

### ***Anbefalinger***

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Frogner å iverksette tiltak for å sikre

- at ernæringsstatus og -risiko blir kartlagt og vurdert systematisk hos alle pasienter som mottar hjemmesykepleie, eventuelt at bydelen dokumenterer hvorfor det ikke er aktuelt
- at det blir utformet individuelle ernæringsplaner i tråd med kravene til pasienter i ernæringsrisiko eller som er underernærte, og at ernæringsplanene blir fulgt opp systematisk
- at informasjon om pasientens/brukerens ønsker og behov knyttet til ernæring og måltider, herunder hva de skal spise og når måltider skal foregå, blir journalført.

### ***Uttalelser til rapporten***

Rapporten ble sendt Bydel Frogner for uttalelse, og til byråden for eldre til orientering, med mulighet for å avgi uttalelse.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester uttrykte at den oppfattet rapporten som nyttig, og varslet at den i samråd med Helseetaten ville vurdere tiltak som Kommunerevisjonen mener er relevante.

Bydel Frogner opplyste blant annet at konklusjonene og anbefalingene i rapporten samsvarte med bydelens oppfatning av egen praksis. Bydelen har varslet en rekke tiltak som virker relevante i lys av undersøkelsens vurderinger og anbefalinger.

Kommunerevisjonen har utdypet informasjonen i vedlegg 2 om prosjektets metode noe på bakgrunn av kommentarer fra Bydel Frogner.



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Mat og måltider har stor betydning for helse og livskvalitet hos eldre. Funksjonsnedsettelse, sykdom, medisinbruk og ensomhet er forhold som kan gi risiko for feil- og underernæring i denne gruppen. Vektreduksjon og underernæring kan også være tegn på at omsorgsnivået er for lavt.

Ifølge Helsedirektoratets (2009) faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring øker underernæring risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, reduserer livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og gir økt dødelighet. En underernært pasient har ofte lengre liggetid på sykehus. Behovet for mer omfattende hjemmetjenester, flere legebesøk og reinnleggelse kan også øke. Underernæring hos eldre er dermed en faktor som krever mer ressurser fra helsetjenesten.

Forekomsten av underernæring hos eldre varierer avhengig av gruppen som undersøkes og metodene som benyttes. Helsedirektoratet (2009) anslo forekomsten til ca. 10 prosent for gruppen hjemmeboende syke eldre. Direktoratet viste samtidig til en prevalensstudie fra 2003 over 340 hjemmeboende eldre med hjemmesykepleie i Oslo og Bærum som viste at 46 prosent var underernærte eller i ernæringsmessig risiko. En undersøkelse gjennomført blant 282 eldre hjemmeboende personer med demens i fire bydeler i Oslo i 2013<sup>1</sup>, viste at underernæring var svært utbredt blant hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom. Omkring halvparten var underernært eller sto i fare for underernæring.

<sup>1</sup> Rognstad, May-Karin m.fl.: Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens, Sykepleien Forskning nr. 4/2013

Byrådet igangsatte i 2013 prosjektet *Løft for bedre ernæring* i samarbeid med Helseetaten og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Bydel Bjerke. Prosjektet innebar en satsing på området ernæring til hjemmeboende eldre med hjemmetjenester, og er dels rettet mot kompetanseutvikling hos ansatte i ernæringsarbeidet, dels mot tiltak i bydelene mot eldre som er i faresonen når det gjelder underernæring. Satsingen har ifølge Helseetaten bl.a. ført til at i alt 11 bydeler søkte om midler til lokalt ernæringsarbeid for å fremme matglede og «mer mat i magen» til eldre som er i faresonen for underernæring. Prosjektperioden var i første omgang ut 2013, og ble videreført i budsjettet for 2014. Byrådet har også foreslått å videreføre det i 2015. Vesentlige tiltak er (del)prosjektet *Trå lekkert – god praksis i ernæringstrappens første trinn* som er igangsatt av Helseetaten med finansiering fra Helsedirektoratet, og skal avsluttes i 2014. Målet er å bidra til helse og trivsel blant pleie- og omsorgstjenestens brukere ved at ansatte bevisstgjøres betydningen av tidlige og enkle tiltak for å forebygge underernæring og fremme gode måltider.

## 1.2 Formål, problemstillinger og avgrensning

Formålet med denne undersøkelsen har vært å avdekke eventuelle forbedringsmuligheter i bydelens arbeid med å forebygge og behandle underernæring hos eldre med hjemmetjenester.

Hovedproblemstillingen er om Bydel Frogner har tilstrekkelige rutiner, systemer og praksis for å forebygge og behandle underernæring hos mottakere av hjemmetjenester.

Private leverandører av hjemmetjenester er ikke omfattet av undersøkelsen.

Undersøkelsen er primært rettet mot pasienter med vedtak om hjemmesykepleie og som

eventuelt også mottar praktisk bistand, men berører også brukere som kun mottar praktisk bistand. Pasienter med vedtak om psykisk helsearbeid er ikke omfattet av undersøkelsen.

### 1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene utgjør den målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen bygger hovedsakelig på følgende kilder:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Kvalitetsforskriften
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
- Journalforskriften
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring
- Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

De konkrete revisjonskriteriene som er benyttet, presenteres først i hvert punkt under kapitlet som omhandler Kommunerevisjonens undersøkelse (kapittel 3). Vedlegg 1 omfatter en samlet oversikt over og informasjon om forankring og utledning av kriteriene.

### 1.4 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen har vært rettet mot Bydel Frogner og er gjennomført som

en caseundersøkelse i denne bydelen. Undersøkelsen er i hovedsak basert på dokumentgjennomgang, herunder gjennomgang av utvalgte saker i bydelen, samt intervjuer med aktuelle ledere og ansatte på bestillerkontoret og i to av bydelens hjemmetjenestedistrikter. Faktagrunnlaget som Kommunerevisjonens vurderinger er basert på, er i sin helhet verifisert.

Undersøkelsesperioden omfatter i hovedsak perioden 01.07.2013–31.03.2014. Det meste av datainnsamlingen ble gjennomført i april–juni 2014.

Metode og undersøkelsesopplegg er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

### 1.5 Rapportens oppbygning

I kapittel 2 gir vi en kort beskrivelse av status for og verktøy til arbeidet med forebygging og behandling av underernæring. I kapittel 3 presenterer vi kort bestillerkontoret og hjemmetjenesten i Bydel Frogner, og vi gjennomgår fakta og gir våre vurderinger knyttet til de ulike revisjonskriteriene. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger framkommer i kapittel 4.

Rapporten ble sendt Bydel Frogner for uttalelse, og til byråden for eldre til orientering, med mulighet for å avgi uttalelse. I kapittel 5 gir vi en kort oppsummering av de mottatte uttalelsene og Kommunerevisjonens avsluttende vurdering. Uttalelsene følger i sin helhet som vedlegg til rapporten.

## 2. Nærmere om forebygging og behandling av underernæring

### 2.1 Status på landsbasis – funn i tilsyn

Helsetilsynet gjennomførte i 2010 og 2011 landsomfattende tilsyn med forebygging og behandling av underernæring hos eldre. De aller fleste tilsynene ble gjennomført i hjemmetjenesten, noen få i sykehjem og andre igjen i både hjemmetjenesten og sykehjem i samme kommune. Målgruppen var hjemmeboende eldre med vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand og eldre innlagt på korttids- og langtidsopphold i sykehjem. Undertema som ble undersøkt, var kommunens tiltak for å sikre

- at brukere/pasienter i ernæringsmessig risiko eller som var underernært ble identifisert
- at underernæring ble forebygget og behandlet. Under dette lå videre utredning av brukere/pasienter med ernæringsproblemer, igangsetting av individuelle tiltak og evaluering av tiltak.

Funn som ofte gikk igjen ved dette tilsynet var:

- Etablert og kjent praksis manglet, bl.a. for kartlegging og vurdering av ernærings situasjonen hos nye brukere, noe som førte til store mangler ved det daglige arbeidet med å forebygge og behandle underernæring.
- Kommunene hadde ikke sørget for at ansatte hadde nødvendig kompetanse på området.
- Dokumentasjonen på området var mangelfull og ofte spredd på ulike steder, noe som gjorde at journalen ikke ble et verktøy for å sikre kommunikasjon og kontinuitet i tjenesteytelsen, slik den er ment å være.
- Mange kommuner hadde ikke vurdert hvor det var sårbare og kritiske punkter når det gjaldt å sikre eldre tilstrekkelig ernæring, og de brukte i liten grad erfaringer fra uønskede hendelser og feil i egen tjeneste til å gjøre forbedringer.

### 2.2 Status i Oslo – tilsyn og undersøkelser

Fylkesmannen i Oslo og Akershus gjennomførte i juni 2014 tilsyn knyttet til tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i hjemmetjenesten i Bydel Nordstrand. Ved tilsynet ble det blant annet avdekket at hjemmetjenesten i bydelen ikke i tilstrekkelig grad sikret at brukere ble kartlagt, vurdert og fulgt opp for å forebygge og behandle underernæring.

Tilsynet avdekket dessuten mangler ved styringen av enheten for hjemmetjenester som innebar risiko for svikt i tjenesten til brukere som var i ernæringsmessig risiko eller var underernært.

Daværende Helse- og velferdsetaten kartla i 2011 mat og måltider til brukere over 67 år i hjemmetjenesten. Det ble sendt ut et spørreskjema som ble besvart av alle 15 bydeler og ni private leverandører. Spørreundersøkelsen viste blant annet:

- Det var ikke vanlig å tilby ekstra mat tjenester utover det som var omtalt i vedtakene.
- I all hovedsak besto middagen av oppvarmet ferdigmat fra butikk.
- Et flertall svarte at de ikke handlet i en annen butikk dersom nærbutikken hadde noe begrenset middagsutvalg.
- Et flertall svarte at brukerne som mottok matombrining, ikke ble gitt mulighet til å velge mellom middagsretter hver dag.
- Om lag halvparten svarte at det ikke forelå skriftlige prosedyrer for mat/kosthold/ernæring.
- Et flertall svarte at det ikke var rutine å bruke MNA (Mini Nutritional Assessment – anerkjent kartleggingsmetode for ernæringsstatus) for å vurdere ernæringsmessig risiko ved vedtak om hjemmesykepleie.

Helseetatens brukerundersøkelse i hjemmetjenesten for 2012 viste at 28 prosent av respondentene som fikk hjemmesykepleie, var noe eller svært misfornøyd med hjelpen til matlaging. Tilsvarende var 23 prosent av respondentene som fikk praktisk bistand, noe eller svært misfornøyd.

I brukerundersøkelsen for 2014<sup>2</sup> var spørsmålet til mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand endret til å dreie seg om hjelp til måltider. Resultatene viste at 20 prosent av respondentene som mottok hjemmesykepleie, var noe eller svært misfornøyd med hjelpen til måltider, mens dette gjaldt 19 prosent av de som mottok praktisk bistand.

### 2.3 Anbefalt verktøy og praksis

Forebygging og behandling av underernæring forutsetter at ernæringsstatus og -risiko er kartlagt og vurdert på en faglig tilfredsstillende måte. En faglig tilfredsstillende kartlegging og vurdering tar som minimum utgangspunkt i veiing, måling av høyde og beregning av kroppsmasseindeks (KMI) hos pasienten som sammenholdes med referanseverdier, i tillegg til vektutvikling og/eller matinntak.<sup>3</sup> Det er utviklet flere kartleggingsverktøy som kan bidra til dette. Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring har anbefalt kartleggingsverktøyet MNA (Mini Nutritional Assessment). Helseetaten og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo har anbefalt bydelene å bruke MNA-skjemaet i arbeidet med forebygging og behandling av underernæring.

---

<sup>2</sup> Vi bygger på opplysninger fra Helseetaten om dette, idet rapport fra brukerundersøkelsen 2014 ikke var offentliggjort da Kommunerevisjonens rapport ble ferdigstilt.

---

<sup>3</sup> Helsetilsynets veileder for tilsyn med kommunenes tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten (Internserien 3/2010), referert i vedlegg 1.

## 3. Forebygging og behandling av underernæring i Bydel Frogner

### 3.1 Hjemmetjenesten i Bydel Frogner

Både bestillere og utførere er berørt når det gjelder vurdering av tjenestemottakernes ernæringsmessige risiko. Vi vil her kort beskrive enkelte trekk ved organiseringen av henholdsvis bestiller- og utførersiden i bydelen. I tillegg beskriver vi kort omfanget av brukere av hjemmetjenester.

Bestillerkontoret som fattet vedtak om hjemmetjenester, hadde 44 ansatte med en leder. 15 av de ansatte var saksbehandlere som behandlet søknader om hjemmesykepleie og praktisk bistand. Saksbehandlerne hadde helse- og/eller sosialfaglig kompetanse ved at 7 var sykepleiere, 5 ergoterapeuter, 2 sosionomer og 1 vernepleier. Disse var fordelt på fire team. Ett team besto av fire ansatte med ansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehus/sykehjem i hele bydelen, mens 11 ansatte var fordelt på tre team med ansvar for hjemmeboende.

Hjemmetjenester omfatter hjemmesykepleie og praktisk bistand som vedtatt av bestillerkontoret. De kommunale hjemmetjenestene i Bydel Frogner var organisert under fire geografiske områder: Bygdøy/Gimle, Majorstuen, Solli og Uranienborg, samt i omsorgsboliger ved Gustav Jensen Minne, som utgjorde et eget område.

Hvert av områdene hadde en områdeleder. I tre av områdene hadde praktisk bistand og hjemmesykepleien den samme områdelederen, mens det i ett område var to områdeledere, én for praktisk bistand og én for hjemmesykepleien. I hvert område var det ansatt en sykepleierkonsulent knyttet til hjemmesykepleien og en koordinator knyttet til praktisk bistand. I områdene der praktisk bistand og hjemmesykepleien hadde samme områdeleder, var det i tillegg en konsulent

som ble brukt i begge tjenestene. Aktuelle arbeidsoppgaver for sykepleierkonsulentene/koordinatorene var utarbeidelse av arbeidslister, motta henvendelser fra pasienter, pårørende og samarbeidende personell internt og eksternt. I tillegg hadde de ansvaret for løpende oppfølging av journalførte pasient- og brukeropplysninger i Gerica. Det ble oppnevnt tjenesteansvarlig sykepleier/primærkontakt for alle pasienter med vedtak om hjemmesykepleie.

Kommunerevisjonens undersøkelse av praksis blant utførerne omfattet to av de fire distriktene, heretter benevnt som distrikt A og B. Hjemmesykepleien i distrikt A hadde 17 fast ansatte, fordelt på 12 sykepleiere og 5 hjelpepleiere. Enheten hadde dessuten tilgang på 20–30 ekstravakter, som omfattet personer både med og uten helsefaglig kompetanse. Enheten for praktisk bistand i distrikt A hadde 11 fast ansatte hjemmehjelpere med ulik kompetanse, og om lag like mange vikarer. I distrikt B omfattet hjemmesykepleien 12 sykepleiere og 4 hjelpepleiere, mens det i praktisk bistand var 9 hjemmehjelpere med ulik kompetanse, hvorav 2 var omsorgsarbeidere. Distrikt B oppga å ha ca. 20–30 vikarer med varierende helsefaglig kompetanse. 16 vikarer var tilknyttet hjemmesykepleie, 3 var tilknyttet praktisk bistand, og 10 tok vakter for både praktisk bistand og hjemmesykepleien.

Fram til august 2014 hadde en avdelingsdirektør det overordnede ansvaret for bestillerkontoret i bydelen, mens en annen hadde ansvar for hjemmetjenestene.

Bydel Frogner hadde per 31.12.2013 samlet sett 1386 brukere av hjemmetjenester. Tabell 1 viser utviklingen i antall brukere av hjemmetjenester i perioden 2010–2013.

**Tabell 1 Antall pasienter og brukere av hjemmetjenester i Bydel Frogner i perioden 2010 – 2013.**

År	Bare hjemmesykepleie	Bare praktisk bistand	Begge tjenestene	Sum
2010	259	633	474	1366
2011	255	634	453	1342
2012	268	614	478	1360
2013	303	617	466	1386

Note: Antall per 31.12. Tallene inkluderer brukere i service- og omsorgsboliger og boliger for psykisk utviklingshemmede. Kilde: Bydel Frogners årsberetning for 2013.

Tabell 1 viser en økning av antall pasienter som mottok bare hjemmesykepleie i perioden, mens det har vært en svak nedgang i antall brukere av bare praktisk bistand / begge tjenester. Det samlede antall pasienter og brukere har variert og økt svakt i perioden.

Et klart flertall av brukerne av hjemmetjenester hadde kommunal leverandør av tjenesten. Ifølge Bydel Frogners årsberetning for 2013 fikk 93 prosent av pasientene med hjemmesykepleie dag/kveld/natt tjenesten utført av kommunal leverandør, mens det gjaldt 65 prosent av brukerne som mottok praktisk bistand.

## 3.2 Rutiner

### 3.2.1 Revisjonskriterium

- Bydelen bør ha skriftlige rutiner for å kartlegge ernæringsmessig status og vurdere ernæringsmessig risiko hos pasienter og brukere som mottar tjenester i hjemmet.

### 3.2.2 Faktabeskrivelse

Det forelå ikke en skriftlig ansvarsfordeling for hvilken instans i bydelen som skulle gjennomføre og følge opp MNA-kartlegging, dvs. om bestillerkontoret, utførerne eller begge instanser skulle gjøre dette.

#### Bestillerkontoret

Bestillerkontoret hadde en sjekkliste (vurderingsmappe) som saksbehandlerne skulle benytte ved hjemmebesøk. Sjekklista inneholdt henvisning til diverse informasjon

til søkeren, blant annet om fritt brukervalg, fri tannbehandling, betalingssatser for praktisk bistand mv. Av sjekklista framkom det at MNA-skjema skulle gjennomgås dersom det var relevant. Vi fikk imidlertid opplyst at bestillerkontoret ikke brukte MNA-skjemaet som en del av sin rutinemessige kartlegging av ernæringsstatus, jf. pkt. 3.3.2. Lederen oppga at hun ikke kontrollerte om MNA-skjemaet var benyttet i relevante tilfeller. Det var ikke forventet at saksbehandlerne skulle journalføre en begrunnelse for hvorfor MNA-kartlegging eventuelt ikke ble benyttet.

Bestillerkontorets sjekkliste henviste dessuten til et skjema for kartlegging og registrering av IPLOS-data<sup>4</sup>. Dette skjemaet inneholdt blant annet et punkt for registrering av fysiologiske/ medisinske observasjoner, for eksempel ernæring/væskestatus.

#### Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien hadde følgende rutiner som berørte kartlegging og vurdering av ernæringsstatus:

- *Rutine for dokumentasjon av ernæringsarbeid i Gerica*, opprettet av Helseetaten i 2010 i samarbeid med Utviklingssenteret for hjemmetjenester i Bydel Bjerke. Rutinen var revidert flere ganger, gjeldende versjon var fra 04.06.2013. Formålet med opprettelsen

<sup>4</sup> IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter.

av rutinen var uttrykt som «i hovedsak å beskrive dokumentasjon av MNA-kartlegging som er det verktøyet som skal brukes i Oslo kommune». Rutinen omfattet dessuten registrering av tiltaksplan med utgangspunkt i en rekke ulike aktuelle ernæringstiltak innen bl.a. tilberedning av mat/drikke, hjelp til å spise/drikke, veiledning/opplæring i ernæring og innkjøp. Vektkontroll og kartlegging av ernæringsstatus var også blant de ulike ernæringstiltakene som kunne registreres i Gerica. Vekt, drikkeliste og kroppsmasseindeks (KMI) skulle registreres i laboratoriejournal (journal 8, kalt «labjournal»). På basis av registreringene skulle det blant annet være mulig å skaffe seg styringsinformasjon (statistikk) over f.eks. antall pasienter med ernæringsvikt eller iverksatte tiltak i en aktuell periode.

- I bydelens elektroniske kvalitetssystem *Hjemmetjenestens ABC* var det link til *Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS)*, der det blant annet var en prosedyre knyttet til kartlegging av ernæringsstatus.<sup>5</sup> Prosedyren omfattet innhenting av sentrale data, blant annet kostintervju, måling av vekt/vektutvikling og høyde (deriblant teknikker for måling av høyde hos sengeliggende pasienter), beregning av KMI, observasjoner av munnhule/svelg og vurdering av sanseapparat, matinntak og energi-/væskebehov, ernæringsplan og dokumentasjon i pasientjournal.
- *Framdriftsskjema for hjemmesykepleien – behovsstyrt bemanning (BOB)* var utarbeidet av Helseetaten, datert 08.01.2014. Skjemaet var en huskeliste for tjenesteanvarlig og

primærkontakt mht. gjennomføring av aktiviteter og datoer for evalueringer av aktivitetene. Blant aktivitetene var det et punkt for «Ernæringskartlegging utført og dokumentert».

I intervju ble vi fortalt at rutinen for dokumentasjon av ernæringsarbeid i Gerica ikke ble fulgt fullt ut i noen av de to distriktene, med unntak av dokumentasjon av utført tjeneste.

Lederen for distrikt A opplyste at de ansatte var gitt informasjon om *Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten (PPS)* og var oppfordret til å bruke dem. Sykepleiekonsulenten i distriktet opplyste at prosedyrene i PPS beskrev en forventning om standard for tjenesteytingen, men var ikke en rutine som måtte følges. Lederen kontrollerte ikke om denne rutinen ble fulgt.

Lederen for distrikt B oppga at de hadde hatt lite fokus på ernæring, og at PPS-prosedyren om ernæringskartlegging ikke var blitt etterlevd. Det var likevel forventet at de ansatte var kjent med PPS-prosedyrene som standard for tjenesteytingen.

Lederen for distrikt B opplyste videre at *Framdriftsskjema for hjemmesykepleien* var presentert for sykepleierne som et hjelpemiddel, men at skjemaet trolig ble lite brukt.

Lederen for distrikt A opplyste at framdriftsskjemaet ikke hadde vært i bruk, og at de ansatte nylig hadde fått repetert opplæring i bruken av det.

#### Praktisk bistand

Ernæringskartlegging og -vurdering er en helsefaglig oppgave som normalt ligger utenfor praktisk bistands ansvarsområde. Praktisk bistand hadde derfor ingen rutine for dette. Ansatte i praktisk bistand hadde imidlertid ansvar for å bidra til å fange opp brukere

<sup>5</sup> PPS ble etablert som et offentlig forsknings- og utviklingsprosjekt i Innovasjon Norge i 2001, med Rikshospitalet HF, Sykehuset Telemark HF og Høgskolen i Østfold som samarbeidspartnere. PPS ble tatt i bruk fra 2003. Prosedyrene i PPS fokuserer på utførelse av praktiske ferdigheter som bidrar til fysisk velvære, god hygiene, trygg behandling og diagnostikk, og er utviklet for bruk i hele helsetjenesten og til utdanning av sykepleiere og annet helsepersonell (PPS' nettside: ppsnett.no).

som hadde behov for en ernæringsmessig vurdering og sørge for at vurderingen ble gjort av kvalifisert personale<sup>6</sup>. Det forelå en rutine for hjemmetjenesten som gjaldt formidling av informasjon til bestillerkontoret og/eller hjemmesykepleien om nye og endrede behov hos brukerne. Det var ikke nærmere spesifisert i rutinen hva slags endringer det kunne gjelde.

### 3.2.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Det forelå skriftlige rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos pasienter før og etter vedtakstidspunktet for både bestillerkontoret og hjemmesykepleien i bydelen. Kartleggingsverktøyet MNA, som forelå både hos bestillerkontoret og som del av hjemmesykepleiens rutine for dokumentasjon av ernæringsarbeid i Geric, og hjemmesykepleiens PPS-prosedyre knyttet til kartlegging av ernæringsstatus, er relevante skriftlige rutiner i denne sammenhengen. Ved å følge en av disse, ville tjenestene kunne innfri kravene til en faglig tilfredsstillende kartlegging og vurdering av ernæringsmessig status og -risiko hos pasientene, men som vi kommer tilbake til i neste punkt, er det MNA-skjema som skal benyttes i Oslo kommune.

## 3.3 Kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko

### 3.3.1 Revisjonskriterier

- Pasienter med vedtak om hjemmesykepleie skal som hovedregel kartlegges for ernæringsmessig status og vurderes for ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjenesten og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
- Bydelen bør benytte MNA eller annet kartleggingsverktøy (MUST, NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal).
- Dersom bydelen ikke benytter et kartleggingsverktøy, må den sikre seg

tilstrekkelig grunnlag for vurdering av brukerens ernæringsmessige risiko, herunder:

- Høyde, vekt
- Beregning av KMI sammenholdt med referanseverdier
- Vektutvikling og/eller matinntak

Kartleggingen og vurderingen kan skje som en del av utredningen før vedtak eller i forbindelse med iverksetting av vedtaket. Unntak fra hovedregelen nevnt ovenfor kan være dersom ellers funksjonsfriske pasienter skal ha kortvarige tjenester, f.eks. etter benbrudd, eller kun skal motta avgrensede tjenester som injeksjoner.

### 3.3.2 Faktabeskrivelse

#### Stikkprøver av pasientjournaler

Vi tok 20 stikkprøver av journaler for pasienter med vedtak om hjemmesykepleie, for å se på journalført informasjon om blant annet kartlegging av ernæringsstatus ved oppstart av tjenesten. Utvalgsmetoden er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

10 av stikkprøvene var trukket fra samtlige pasienter i hele bydelen med vedtak om hjemmesykepleie i perioden 01.07.2013 – 31.03.2014 (utvalg 1), mens 10 stikkprøver gjaldt pasienter med vedtak om hjemmesykepleie som omfattet ernæringstiltak i samme periode i de to undersøkte distriktene (utvalg 2). I utvalg 1 hadde 7 av 10 pasienter ernæringstiltak i hele eller deler av vedtaksperioden ved at hjemmesykepleien tilrettela ett eller flere måltider daglig/ukentlig, og 8 av 10 hadde vedtak om praktisk bistand som omfattet innkjøp av mat.

De 20 stikkprøvene gjaldt 16 kvinner og 4 menn i alderen 68–99 år, gjennomsnittsalderen på undersøkelsestidspunktet var 83,3 år. 19 av pasientene var enslige, mens én pasient var gift. 17 av pasientene bodde i egen bolig, mens 3 pasienter bodde på Gustav Jensen Minne.

<sup>6</sup> Jf. *Veileder for tilsyn med kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten* s. 12.



Flertallet av stikkprøvene gjaldt vedtak truffet etter en revurdering av tidligere vedtak. 14 av de 20 pasientene hadde mottatt tjenester fra praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie i flere år, enten i perioder med kortere eller lengre opphold, eller kontinuerlig.

Vedtak om hjemmesykepleie som omfattet ernæringstiltak, kunne for eksempel innebære at hjemmesykepleien skulle tilberede måltider, at pasienten skulle veies mv. Eksempler på formuleringer i vedtakene kunne være følgende:

- «Tilrettelegging i morgen- og kveldsstell, inkl. oppfølging av ernæring»
- «Tilsyn ift. ernæring 3 g/daglig»
- «Tilby varming av Fjordland på siste besøk»
- «Oppfølging mat og drikke + vektkontroll»

Det var deretter hjemmesykepleiens oppgave å utforme tjenesten mer detaljert i form av en tiltaksplan for den enkelte pasient, jf. rutinen for dokumentasjon av ernæringsarbeid i Gerica omtalt i punkt 3.2.

Gjennomgangen av journalene i Gerica viste at det generelt forelå lite dokumentasjon av hvilken kartlegging og vurdering av pasientens ernæringsmessige status som var gjort ved oppstart av tjenesten, både fra bestillerkontorets og utførernes side:

- Pasientens høyde var ikke registrert i brukerkortet i Gerica i noen av de 20 stikkprøvene i perioden til og med 31.03.2014. Vi så heller ikke at høyde var registrert i fritekst i noen av de gjennomgåtte journalene.
- Pasientens vekt framgikk for én av 10 personer i utvalg A før 31.03.2014. Denne pasienten fikk et vedtak i undersøkelsesperioden som omfattet ukentlig vektkontroll. Opplysningen om vekt var registrert i fritekstfeltet.
- I utvalg B var vekt registrert av bydelen hos 5 av 10 pasienter før 31.03.2014. Vektopplysningene framkom ulike

steder, enten i fritekst, i labjournal eller i tiltaksplanen i Gerica.

- Vi så ikke eksempler på at bydelen hadde registrert KMI i den undersøkte perioden.
- Vi så ikke eksempler på at bydelen hadde registrert hvor mye pasientene spiste eller drakk.
- Kartlegging av ernæringsstatus via MNA-skjema eller annet kartleggingsverktøy utført av bydelen forelå ikke i noen av stikkprøvene i undersøkelsesperioden.

I to journaler så vi at hjemmesykepleien i distrikt A benyttet MNA-skjema etter 31. mars 2014.

Vi så ikke at det var journalført noen begrunnelser for å la være å kartlegge ernæringsstatus og vurdere ernæringsrisiko hos pasienten.

#### Bestillerkontoret

Det var som regel bestillerkontoret i bydelen som først var i kontakt med søkeren etter at det var søkt om hjemmetjenester. Vi fikk opplyst at saksbehandlere ved bestillerkontoret i all hovedsak gjennomførte hjemmebesøk hos brukere etter en slik søknad, for å vurdere den enkeltes tjenestebehov. Bestillerkontorets sjekkliste som skulle benyttes ved hjemmebesøkene, henviste til bruk av MNA-skjema, jf. pkt. 3.2. Bestillerkontoret hadde imidlertid ikke implementert MNA-skjemaet som en del av sin kartlegging av ernæringsstatus.

Saksbehandlerne opplyste at de kartla ernæringsrelaterte forhold i forbindelse med registrering av funksjonsrelaterte opplysninger i IPLOS, f.eks. behov for bistand/assistanse til å lage mat og/eller spise. De opplyste at de verken veide eller målte høyden til søkerne. De vurderte ernæringsstatus og -risiko gjennom å iaktta søkerens allmenntilstand og funksjonsnivå, i lys av diagnoser, ved å spørre om matlyst m.m. Opplysningene og

saksbehandlerne vurderinger av disse kunne dokumenteres flere steder i Geric, deriblant i statusnotat, beskjedjournalen, postjournalen, saksbehandlerjournalen og i IPLOS, dessuten i selve vedtaket.

#### Hjemmesykepleien

Ledere og ansatte i begge distriktene opplyste i intervju at kartlegging ved oppstart av tjenesten ble gjennomført ved at sykepleieren brukte sitt kliniske blikk og snakket med pasienten om ernæringsstatus, herunder hvor ofte han/hun spiste, hva vedkommende likte å spise, om vedkommende hadde problemer med å tygge og svelge mv. De opplyste at det berodde på skjønn hva som eventuelt skulle dokumenteres, avhengig av hva som ble observert. Endringer i behov som kunne utløse økt eller redusert tjenesteomfang, skulle imidlertid alltid dokumenteres og rapporteres videre til hjemmesykepleien og bestillerkontoret.

Hver pasient hadde oppnevnt en tjenesteansvarlig sykepleier, ved omfattende behov også en primærkontakt, som skulle følge opp den enkelte pasient. Hver tjenesteansvarlig sykepleier kunne ha ansvar for mellom 10 og 25 pasienter. Det kunne for øvrig variere hvilke ansatte som utførte tjenestene hos pasientene.

Verken i distrikt A eller distrikt B hadde pasientene rutinemessig blitt veid ved oppstart av tjenesten, fikk vi opplyst.

Dersom utførerne så at en pasient gikk ned i vekt, ikke spiste e.l., kunne det resultere i at det ble iverksatt tiltak om veiing. Veiing kunne igangsettes selv om pasientens vedtak ikke omfattet dette tiltaket, men det måtte i så fall stå spesifisert i oppdraget i Geric, ellers ville det ikke bli gjort, fikk vi opplyst av lederne for hjemmesykepleien.

Ifølge en sykepleier kunne det være utfordringer knyttet til veiing fordi noen pasienter ikke hadde vekt, eller at pasienten motsatte seg veiing. Før april 2014 ble ikke MNA-skjema eller noe annet kartleggingsverktøy benyttet ved

oppstart av tjenester i de to distriktene. Vi fikk opplyst at Helseetaten i mars 2014 hadde holdt kurs for hjemmesykepleien og praktisk bistand. MNA-skjemaet ble presentert i undervisningsopplegget til hjemmesykepleien. Lederne i de to distriktene hadde ikke oversikt over hvem som hadde deltatt på kurset. Opplæring av ansatte som ikke hadde deltatt, skulle skje internt.

Lederen og ansatte i hjemmesykepleien i distrikt A oppga at de fra april 2014 hadde tatt i bruk MNA-skjemaet for kartlegging av førstegangssøkere. Konsulenten i dette distriktet opplyste at de planla å kartlegge pasientene via MNA-skjema én gang per år, oftere ved behov. Pasienter i faresonen for underernæring ville kartlegges først, deretter skulle de øvrige pasientene kartlegges, med mindre dette ikke ble ansett som nødvendig.

Lederen for distrikt B opplyste at MNA-skjemaet skulle tas i bruk i distriktet fra september 2014.

#### Praktisk bistand

Som det framgår av pkt. 3.2, hadde ikke praktisk bistand ansvar for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos brukerne ved oppstart av tjenesten, men skulle rapportere til hjemmesykepleien og/eller bestillerkontoret hvis de vurderte at brukere var i ernæringsrisiko.

Ledere og ansatte i praktisk bistand opplyste at de ansatte observerte brukernes ernæringsstatus når de kom hjem til dem, blant annet brukerens allmenntilstand. Dersom en bruker ble ansett å ha redusert allmenntilstand og/eller være underernært eller i risikozonen for dette, ble det rapportert videre til hjemmesykepleien, som da kunne kartlegge brukerens situasjon og eventuelt iverksette tiltak. Vi fikk opplyst at koordinatorene i praktisk bistand rutinemessig fulgte med på rapporteringen om brukerne flere ganger daglig. De ansatte i praktisk bistand gjennomførte ikke vektkontroller, ifølge ledere og ansatte.

### 3.3.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Før april 2014 ble det ikke foretatt systematisk kartlegging og vurdering av pasientenes ernæringsstatus og -risiko ved oppstart av tjenesten eller senere. MNA-skjemaet eller annet kartleggingsverktøy for ernæringsstatus ble ikke benyttet. Videre viser undersøkelsen at verken bydelens bestillerkontor eller hjemmesykepleien i de to distriktene på annen systematisk måte sikret seg tilstrekkelig grunnlag for vurdering av pasientenes ernæringsmessige risiko.

Praksisen med en vurdering av ernæringsstatus på oppstartstidspunktet basert på klinisk blick og faglig skjønn er ikke i tråd med nasjonale retningslinjer på området, og heller ikke i samsvar med Oslo kommunes rutine for dokumentasjon av ernæringsarbeidet i Geric fra 2010, som er basert på at bydelene skal benytte MNA-skjemaet.

Informasjon om pasientens ernæringsstatus og -risiko er vesentlig for å sikre et tilfredsstillende oppfølgings- og behandlingsopplegg for pasientene, både for de som har behov for ernæringstiltak fra starten av, og de som måtte utvikle behov for slike etter oppstart av tjenestene.

## 3.4 Iverksetting av tiltak

### 3.4.1 Revisjonskriterier

- Bydelen bør utarbeide en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Iverksatte tiltak skal evalueres månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Å fastslå om en pasient er i ernæringsmessig risiko eller ikke, forutsetter kartlegging og vurdering som beskrevet i revisjonskriteriet i pkt. 3.3.1.

### 3.4.2 Faktabeskrivelse

#### Stikkprøver av pasientjournaler

#### *Ernæringsplan*

Stikkprøvene viste at det var utarbeidet tiltaksplaner i Geric for pasienter med vedtak om hjemmesykepleie. Pasienter med vedtak om ernæringstiltak hadde tiltaksplaner som kunne omfatte ett eller flere ernæringstiltak, jf. rutinebeskrivelsen i pkt. 3.2. Vi så dessuten eksempler på at veiing som ernæringstiltak var lagt inn i tiltaksplanen uten at tiltaket framgikk i vedtaket. Som beskrevet, var verken vedtakene eller tiltaksplanene basert på en systematisk kartlegging og vurdering av pasientens ernæringsmessige status.

Tiltaksplanene omfattet blant annet bestillerkontorets statusnotater fra for eksempel hjemmebesøk i forbindelse med utformingen av vedtaket. Statusnotatene vi så, var av varierende lengde og detaljeringsgrad. Informasjon om ernæringsstatus framgikk ikke systematisk av statusnotatene.

Vi så ikke eksempler på at tiltaksplanen til pasienter med vedtak om ernæringstiltak hadde angitt mål for tiltaket som kunne bli fulgt opp. Vi så heller ikke eksempler på at det var laget en plan for tiltak som anga oppstart, opptrapping, oppfølging og avslutning av ernæringsbehandlingen, slik de nasjonale retningslinjene angir.

Det framgikk av stikkprøvene av journalført informasjon i Geric at hjemmesykepleien fulgte med på vektutviklingen til 6 av de 20 pasientene. (I en av de 20 stikkprøvene framgikk det at pårørende skulle ta seg av vektkontroll.) 3 av pasientene hadde vedtak om veiing ukentlig, mens det for én pasient ikke var spesifisert hvor ofte vedkommende skulle veies. For to pasienter inngikk veiing i tiltaksplanen i Geric i en eller flere perioder uten at tiltaket framgikk av vedtaket, og uten at det var spesifisert hvor ofte pasienten skulle veies.

I ett av de seks tilfellene så vi at pasienten ble veid så godt som ukentlig i perioden vi så på (3–6 måneder). Denne pasienten hadde vedtak om ukentlig veiing. I de 5 andre tilfellene var vekten registrert med 2–4 ukers mellomrom, dvs. at to pasienter med vedtak om ukentlig veiing ikke ble veid så ofte som de skulle.

Registreringene av vekt framkom som regel i fritekst i de 6 journalene. Etter 01.04.2014 så vi at vekt ble registrert i labjournal for 3 av disse pasientene.

Vi så ikke eksempler på at pasientens energi- og/eller væskebehov framgikk i tiltaksplanene. Vi så heller ikke eksempler på at pasientenes energi- og væskeinntak var målt eller vurdert, for eksempel ved bruk av spise- eller drikkelister.

Vi så at tjenester utført i henhold til tiltaksplanen ble journalført. Vi så få eksempler på at det ble rapportert tilleggsopplysninger knyttet til utførelsen av ernæringsrelaterte tjenester, for eksempel observasjoner av om maten ble spist eller ikke, eller at brukertilbakemeldinger o.l. var beskrevet.

Ernæringsrelatert informasjon kunne registreres flere steder, både i tiltaksplan, oppdragstekst, labjournal og i diverse fritekstjournaler. Informasjonen om oppfølgingen av pasientens ernæringsstatus framkom hovedsakelig i fritekstfeltet.

Vi fant lite informasjon i journalene om tjenesteyternes vurderinger av ernæringsstatus, heller ikke rapportering om erfaringer eller observasjoner knyttet til pasientenes ernæring.

Vi fant noen, men samlet sett få, eksempler på registrering av brukersynspunkter, som vi omtaler nærmere i neste punkt.

Vi så at det som regel var ansatte i hjemmesykepleien som journalførte informasjon i fritekstfeltet om ernæringsrelaterte forhold

i den løpende tjenesteytingen til pasienten, i mindre grad ansatte i praktisk bistand, dersom begge tjenester var involvert.

#### *Evaluering av iverksatte tiltak*

Vi så ikke eksempler på dokumentasjon av evaluering av veiing som tiltak. Vi så heller ikke eksempler på dokumentasjon av vurderinger/evalueringer knyttet til andre iverksatte ernæringstiltak.

#### Bestillerkontoret

##### *Evaluering av iverksatte tiltak*

Ansatte på bestillerkontoret opplyste at de ikke fulgte opp gjennomføringen av vedtak knyttet til søkernes ernæring og/eller deres ernæringsstatus etter oppstart av tjenesten innenfor vedtaksperioden, med mindre utførerne meldte fra om behov for dette. Saksbehandlerne leste imidlertid daglig fritekst- og revurderingsjournaler fra utførerne, opplyste både lederen og de ansatte.

Vi fikk opplyst at bestillerkontoret ikke gikk systematisk på hjemmebesøk ved revurdering av tjenesten og/eller videreføring av vedtak etter utløpt vedtaksperiode. Bestiller kunne i slike tilfeller be utfører gjøre behovsvurderingen på bestillers vegne, også knyttet til ernæringsstatus og -risiko.

#### Hjemmesykepleien

##### *Ernæringsplan*

Bydelen opplyste at utfører av hjemmetjenestene utarbeidet individuelle tiltaksplaner i Gerica for alle pasienter, som blant annet omfattet ernæringstiltak, og at en anså disse planene som individuelle ernæringsplaner.

##### *Evaluering av iverksatte tiltak*

Etter oppstart av tjenesten brukte sykepleierne sitt kliniske blikk til å følge med på pasientenes ernæringsstatus, ble vi fortalt. Dersom de ansatte observerte endringer i hjelpebehov hos pasientene, tok hjemmesykepleien kontakt med bestillerkontoret og informerte om disse.

Hjemmesykepleien og bestillerkontoret hadde ukentlige brukermøter der de kunne ta opp spørsmål knyttet til enkeltpasienter, herunder endring i behov. Ifølge bestillerkontoret kunne utføerne iverksette tiltak på eget initiativ ved behov, uten å vente på endret vedtak fra bestillers side.

I intervju kom det fram at pasienter i distrikt B ikke ble systematisk veid etter vedtakstidspunktet med mindre de hadde vedtak om veiing. I distrikt A fikk vi opplyst at pasienter som var vurdert å være i ernæringsmessig risiko, ble veid om lag hver 14. dag, og at vekten ble ført i fritekstfeltet i Gericca eller i labjournal.

Dersom de ansatte så at iverksatte ernæringstiltak ikke hjalp, kunne det være aktuelt å formidle bekymringen til fastlegen, fikk vi opplyst. Det kunne også være aktuelt å undersøke tannstatus og eventuelt formidle kontakt med tannhelsetjenesten. Vi har ikke undersøkt om dette ble gjort.

#### Praktisk bistand

##### *Evaluering av iverksatte tiltak*

Vi fikk opplyst at ansatte i praktisk bistand fulgte med på ernæringsstatus hos brukerne ved observasjon av utseende, om mat ble spist eller ei, m.m. Dersom ansatte så tegn på negativ utvikling, ble det tatt opp med koordinatoren. Koordinatoren kunne etter en nærmere vurdering eventuelt kontakte hjemmesykepleien mht. kartlegging av brukerens situasjon og iverksetting av tiltak, og/eller bestillerkontoret mht. behov for endring av vedtaket, dersom status tilsa dette.

Det var også månedlige møter mellom hjemmesykepleien og praktisk bistand der bl.a. forhold ved enkeltbrukere kunne tas opp. Brukernes status ble diskutert og evaluert på disse møtene, og det kunne for eksempel føre til at en bruker fikk økt antall hjemmebesøk ved behov. Disse vurderingene ble ikke dokumentert, men oppdragsteksten

ble endret som følge av vurderingene som ble gjort i møtet, dersom det var mulig innenfor rammen av gjeldende vedtak. Vi fikk møtereferater fra distrikt A som dokumenterte gjennomføringen av slike møter. I distrikt B, der hjemmesykepleien og praktisk bistand var samlokalisert, ble det ikke utarbeidet møtereferater fra disse møtene. Vi fikk opplyst at dokumentasjon etter møtene blant annet fantes i form av endringer i oppdragstekst, hyppighet på og tidsestimater til besøk, beskjedjournal og revurderingsjournal.

#### **3.4.3 Kommunerevisjonens vurdering**

Bydelen utarbeidet ikke individuelle ernæringsplaner med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter som bydelen vurderte å være i ernæringsmessig risiko.

Kommunerevisjonen så at enkelte tiltaksplaner inneholdt elementer fra kravene til individuell ernæringsplan: For eksempel omfattet de bestillerkontorets skjønsmessige vurdering av ernæringsstatus på vedtakstidspunktet. De gjennomgatte tiltaksplanene manglet likevel nødvendig informasjon for å fungere som individuelle ernæringsplaner for pasienter i ernæringsmessig risiko eller som er underernærte, det vil si

- dokumentasjon av en faglig tilfredsstillende kartlegging og vurdering av ernæringsstatus basert på beregning av KMI
- beregnet ernæringsbehov sammenholdt med undersøkt og dokumentert daglig inntak av mat/drikke
- eksplisitte mål for behandlingen med tilhørende tiltak som skal gjennomføres for å nå målet, basert på en samlet vurdering med grunnlag i kartlagt/vurdert ernæringsstatus, energibehov og -inntak, og sett i sammenheng med diagnose(r), munn- og tannstatus, hjelpebehov mv.

I henhold til føringene skal iverksatte tiltak evalueres regelmessig og relativt hyppig, med mindre det er faglige grunner til å gjøre

dette oftere eller sjeldnere. Evalueringene bør imidlertid baseres på informasjon om flere forhold ved pasienten, jf. de som dekkes av kravene til en individuell ernæringsplan. Skjønsmessige vurderinger basert på ansattes faglige blikk er ikke tilstrekkelig; det gir risiko for at en ikke fanger opp endrede behov eller utilstrekkelige tiltak raskt nok.

På grunnlag av at vi i liten grad har sett dokumentasjon på evaluering og oppfølging av ernæringstiltakene som ble vedtatt og igangsatt, vil vi stille spørsmål ved om tiltakene ble evaluert regelmessig. Lite skriftlig dokumentasjon fra den løpende tjenesteytingen vanskeliggjør arbeidet med å følge opp pasientens utvikling og effekten av ernæringstiltak.

### 3.5 Brukermedvirkning

#### 3.5.1 Revisjonskriterium

- Bydelen skal sikre medvirkning og valgfrihet mht. måltider og ernæring hos pasienter og brukere som mottar tjenester i hjemmet, herunder hva de skal spise og når måltider skal foregå.

#### 3.5.2 Faktabeskrivelse

##### Stikkprøver av pasientjournaler

Stikkprøvene av journaler i Gericia inneholdt eksempler på at utførerne hadde dokumentert informasjon i fritekstfeltet om pasientens ønsker og synspunkter mht. ernæring og måltider, spesielt hva pasienten likte eller ikke likte å spise. Vi så eksempler på dokumentasjon av kontakt mellom bestiller og/eller utfører og pårørende i forbindelse med pasientens ønsker og behov når det gjaldt måltider og ernæring. Det framkom også eksempler på journalføring knyttet til utførers forsøk på å motivere pasienten til å spise. Slike opplysninger framgikk i et mindretall av stikkprøvene vi så på.

##### Bestillerkontoret

I intervjuer med både leder og ansatte ved

bestillerkontoret i bydelen kom det fram at det ble lagt vekt på å ivareta brukermedvirkning. Ifølge saksbehandlerne ved bestillerkontoret ble brukermedvirkning på vedtaksstadiet ivaretatt gjennom dialogen mellom saksbehandleren og søkeren. Søkeren fikk komme med ønsker for hva slags hjelp vedkommende skulle motta og omfanget på hjelpen. Søkerens ønsker for hvilke tidspunkt vedkommende skulle motta hjelp, ble forsøkt imøtekommet. En av saksbehandlerne opplyste imidlertid at det kunne være utfordringer dersom søkeren ønsket matvarer som ikke var å finne i nærbutikken og måtte handles inn i spesialbutikker, hvis dette ikke var begrunnet i matallergier o.l.

Vi fikk opplyst at det kom svært få skriftlige klager knyttet til ernæring. Bestillerkontoret hadde i 2013 mottatt én klage fra pårørende til en pasient om mangelfull kvalitet på utført tjeneste som berørte ernæring. Klageren kontaktet også tilsynsutvalget i bydelen, som henvendte seg til bydelsadministrasjonen om saken. Ifølge bydelens kommentarer til tilsynsutvalgets årsrapport 2013 var bydelens vurdering at klagen ikke medførte riktighet.

Lederen oppga at henvendelser fra pasienter og brukere som oftest var muntlige, og i hovedsak var knyttet til hvem som serverte maten («vil ikke ha den eller den ansatte») og hvordan maten serveres (manglende kompetanse). Det hendte også at pårørende henvendte seg om at hjemmetjenesten ikke motiverte brukerne nok til å spise.

##### Hjemmetjenestene

Hjemmesykepleien hadde en skriftlig rutine for igangsetting og gjennomføring av vedtak. Et av kvalitetsmålene i rutinen var å sikre brukermedvirkning i utforming av plan og tiltak. Det var ikke nærmere presisert i rutinen hvordan brukermedvirkningen skulle sikres eller hvordan den skulle dokumenteres.

Vi fikk opplyst at det ikke var meldt avvik knyttet til ernæring i løpet av de siste 12 månedene, verken i distrikt A eller distrikt B.

Ledere og ansatte i hjemmesykepleie og praktisk bistand opplyste at de var opptatt av å tilpasse tjenesteytingen til pasientens ønsker og behov. De ansatte oppga at de forsøkte å tilpasse besøkstidspunktene til den enkelte pasients ønske, og at dette ofte lot seg gjøre. Videre oppga de at de tilpasset seg pasientenes ønsker og behov ved handling av mat. Samarbeid med pårørende ble også trukket fram i intervjuene.

Dersom en pasient eller bruker hadde vedtak om tilberedning av middag, var det i all hovedsak industrielt produserte, porsjonspakkede måltider (her kalt ferdigmåltider) e.l. som ble tilbudt. Disse måtte tilberedes i mikrobølgeovn, eventuelt i varmt vann. Brukermedvirkning mht. middagsmåltidet ble ivaretatt ved at pasienten fikk velge mellom ulike ferdigmåltider, eller ved å få velge mellom for eksempel brødkiver eller enkle retter som omelett, ferdigstekte karbonader e.l. som kunne tilberedes innen et tidsrom på 15 minutter. «Det tar mer enn 15 minutter å lage tradisjonskosten som mange ønsker seg, og krever ofte også mer innhandling og mer planlegging. I tillegg har ikke alle de ansatte tilstrekkelig kompetanse til å lage andre middagsretter. Det er heller ikke tid til å sitte med brukeren og spise,» sa en av lederne. De ansatte ga uttrykk for at de fleste pasientene godtok at de fikk ferdigmåltider, selv om mange ga uttrykk for at de ønsket seg annen mat.

Vi fikk opplyst at det kunne være andre utfordringer ved å tilpasse tjenesteytingen til brukers ønsker: Ledere og ansatte beskrev at det kunne være utfordrende å motivere brukere som ikke ønsket tilstrekkelig hjelp eller tilrettelegging, det være seg hjelp til mat eller innkjøp. Dette gjaldt særlig brukere med ulike former for kognitiv svikt.

«Det kan i enkelte tilfeller også være vanskelig å få nok penger til innkjøp eller at bruker ikke ønsker å betale for tjenesten og derfor avslår hjelp. Vi prøver da å alliere oss med pårørende dersom det finnes. I noen tilfeller forsøker vi å

få NAV til å overta forvaltning av pensjonen,» beskrev en av lederne for praktisk bistand.

Helseetaten hadde i mars/april 2014 holdt kurs med utgangspunkt i tips og råd fra *Kosthåndboken* for ansatte i hjemmesykepleien og i praktisk bistand. Det framkom i intervju at de ansatte i begge tjenester forsøkte å berike maten ved å tilsette smør o.l. hos brukere som ble vurdert å være i ernæringsmessig risiko, og å gjøre den mer appetittvekkende ved for eksempel å lage små porsjoner.

Det var som regel avsatt 15 minutter til tilrettelegging av middagsmåltidet hos pasienter/brukere. Vi fikk opplyst at dersom pasientens behov tilsa at det måtte brukes mer tid, ble bestillerkontoret varslet og vedtakstiden utvidet. Det ble også sagt at utførerne var under press mht. tidsbruken. Flere pekte på at 15 minutter til tilrettelegging av middagsmåltidet kunne være en utfordring på flere måter, både mht. tilberedningen av måltidet og at måltidet skulle spises. Mange pasienter ønsket at de ansatte skulle bruke mer tid sammen med dem, for eksempel ved å sitte sammen med dem under måltidet. De ansatte fortalte at mange eldre bare spiste dersom det satt noen sammen med dem. Dette lot seg imidlertid ikke alltid gjøre, fordi det ville ta for lang tid.

### 3.5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen har ikke vært i direkte kontakt med tjenestemottakere i forbindelse med undersøkelsen. Intervjuene med hjemmetjenesten og bestillerkontoret tyder på at en var opptatt av brukermedvirkning, men gjennomgangen av journalene viste at svært lite informasjon om brukernes ønsker, synspunkter og oppfatninger knyttet til måltider og ernæring var dokumentert. Den manglende dokumentasjonen gjør at vi ikke har tilfredsstillende grunnlag for å vurdere om brukermedvirkning var sikret i de gjennomgåtte sakene.

Den viktigste brukermedvirkningen skjer i samspillet mellom tjenesteyter og pasient. Det er imidlertid også viktig at vesentlige brukersynspunkter, ønsker og behov knyttet til ernæring, dvs. som har betydning ut over den aktuelle situasjonen og som har relevans for den videre tjenesteytingen, blir journalført. Mangel

på dokumentasjon av pasientens preferanser skaper risiko for at vedkommendes ønsker og behov ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad, siden verken bestillerkontoret eller tjenesteytere som ikke kjenner pasienten, vil finne informasjon om dette.



## 4. Kommunerevisjonens oppsummering, konklusjon og anbefalinger

Kommunerevisjonen har undersøkt om Bydel Frogner har hatt tilstrekkelige rutiner, systemer og praksis for å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie. I dette kapitlet oppsummerer vi de sentrale vurderingene i undersøkelsen, konkluderer og gir Kommunerevisjonens anbefalinger.

### 4.1 Oppsummering og konklusjon

Kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av underernæring hos hjemmeboende som mottar hjemmetjenester, er vesentlig for å forebygge og behandle underernæring.

Undersøkelsen viser at det forelå noe ernæringsrelatert informasjon i enkelte pasient- og brukerjournaler, og at ansatte både ved bestillerkontoret og i de to undersøkte hjemmetjenestedistriktene i Bydel Frogner brukte sitt kliniske blikk og faglige skjønn for å vurdere ernæringsmessig status. Undersøkelsen viser imidlertid at verken bestillerkontoret eller hjemmetjenestedistriktene systematisk kartla ernæringsstatus og vurderte ernæringsrisiko hos pasienter i undersøkelsesperioden. Det forelå rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringsstatus og -risiko både hos bestillerkontoret og i hjemmesykepleien, men disse ble ikke fulgt.

Systematisk og målrettet behandling av pasienter i risiko for underernæring eller som er underernærte, forutsetter at det blir laget individuelle ernæringsplaner som blant annet tar høyde for brukerens ernæringsstatus og -behov, med mål og tiltak som kan følges opp. Det ble ikke utformet individuelle ernæringsplaner for pasientene i tråd med kravene. Det var ikke satt mål for ernæringstiltakene, og tiltakene ble ikke fulgt opp systematisk.

Mens undersøkelsen tyder på at ledere og ansatte var opptatt av brukermedvirkning, viste gjennomgangen av journalene at brukermedvirkning, herunder brukernes ønsker og valg knyttet til måltider, i liten grad var dokumentert. Kommunerevisjonen har derfor ikke nødvendig grunnlag til å kunne vurdere om bydelen sikret pasienter og brukere medvirkning og valgfrihet mht. måltider og ernæring i tråd med føringene. Manglende dokumentasjon skaper risiko for at tjenestemottakerens ønsker og behov ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad, fordi informasjonen ikke er tilgjengelig for de som trenger den.

Kommunerevisjonen konkluderer med at bestillerkontoret og de undersøkte distriktene i Bydel Frogner ikke hadde tilstrekkelige rutiner, systemer og praksis for å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie i undersøkelsesperioden. Det er et ledelsesansvar å sørge for at tilfredsstillende rutiner, systemer og praksis er på plass. Mangel på dette gir risiko for at det ikke blir arbeidet godt nok med å forebygge og behandle underernæring hos pasienter med vedtak om hjemmesykepleie.

Våren 2014 hadde det ene undersøkte hjemmetjenestedistriktet startet arbeidet med å innføre MNA-skjemaet for kartlegging av ernæringsstatus og vurdering av ernæringsrisiko, mens det andre skulle starte høsten 2014. Bruk av MNA-skjema vil kunne bidra til forbedringer i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring.

### 4.2 Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Frogner å iverksette tiltak for å sikre

- at ernæringsstatus og -risiko blir kartlagt og vurdert systematisk hos alle pasienter

som mottar hjemmesykepleie, eventuelt at bydelen dokumenterer hvorfor det ikke er aktuelt

- at det blir utformet individuelle ernæringsplaner i tråd med kravene til pasienter i ernæringsrisiko eller som er

underernærte, og at ernæringsplanene blir fulgt opp systematisk

- at informasjon om pasientens/brukerens ønsker og behov knyttet til ernæring og måltider, herunder hva de skal spise og når måltider skal foregå, blir journalført.

## 5. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering

Kommunerevisjonen sendte rapport til uttalelse til Bydel Frogner 16.10.2014, mens byråden for eldre samme dato fikk oversendt rapporten til orientering, med mulighet for å avgi uttalelse. Nedenfor gjør vi kort rede for mottatte uttalelser og Kommunerevisjonens vurdering av disse. Uttalelsene ligger som vedlegg bakerst i rapporten.

### 5.1 Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Byrådsavdelingen uttalte seg til rapporten i brev av 07.11.2014 og uttrykte at den oppfattet rapporten som nyttig. Byrådsavdelingen opplyste at den vil videreføre fokus på ernæring til hjemmeboende gjennom *Løft for bedre ernæring* i regi av Helseetaten. Det ville bli vurdert om kompetansetiltakene i pleie- og omsorgstjenestene også bør innrettes mot implementering av skriftlige rutiner, utforming av ernæringsplaner og journalføring i Gericia.

### 5.2 Bydel Frogner

Bydel Frogner ga uttalelse til rapporten i brev av 05.11.2014. Bydelen opplyste at konklusjonene og anbefalingene i rapporten samsvarer med bydelens oppfatning av egen praksis på undersøkelsestidspunktet. Den var i gang med å iverksette tiltak i tråd med samtlige anbefalinger i rapporten hos både bestillerkontoret og i hjemmetjenesten, og hadde som mål innen utgangen av 2015 å ha etablerte og implementerte systemer som sikrer individuell og systematisk kartlegging, vurdering, oppfølging og dokumentasjon på ernæringsstatus og ernæringsrisiko til brukere med tjenesten hjemmesykepleie.

Bydelen hadde enkelte kommentarer til prosjektets metode, kilder og data og til revisjonskriteriene. Disse oppsummeres i det følgende:

#### Metode

Bydelen kommenterer bruk av stikkprøver fra brukerjournaler, og skriver: «Selv med assistanse og kontroll fra ansatte i bydelen vil metoden innebære en viss usikkerhet, blant annet på grunn av den manglende muligheten til å ta ut rapporter som viser statistikk sortert på ernæring. Hvorvidt denne usikkerheten har bidratt til feil eller ikke, er ukjent, og bydelen er av den oppfatning at hovedkonklusjonen stemmer.»

#### Kilder og data

Bydelen påpeker at mangel på spesifisert dokumentasjon ikke gir grunnlag nok for å avgjøre brukermedvirkning i tjenesteytingen. Bydelen skriver: «Det at brukerne ikke ble kontaktet i forbindelse med undersøkelsen og at tjenesteutførelsen i direkte møte med bruker ikke ble observert har redusert undersøkelsens mulighet til å kunne fange opp faktisk brukermedvirkning.»

#### Revisjonskriterier

Bydelen bemerker at revisjonskriteriene ikke var klargjort ved oppstart, og at de ble endret underveis. Videre bemerker bydelen at revisjonen ble sentrert om en bydel i stedet for to, og at direkte observasjon av tjenesteutførelse ikke ble foretatt som opprinnelig planlagt.

#### Samlet vurdering

Bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger er at disse samsvarer med bydelens oppfatning av egen praksis på ernæringsoppfølging i undersøkelsestidsrommet. Videre beskriver bydelen at den både vil vurdere og iverksette en rekke tiltak i henhold til en nærmere angitt tidsplan.

### 5.3 Kommunerevisjonens vurdering

Kommunerevisjonen merker seg at byrådsavdelingen vil vurdere tiltak basert

på undersøkelsen og at Bydel Frogner opplyser å være i gang med å iverksette tiltak i tråd med anbefalingene i rapporten, både i bestillerkontoret og hjemmetjenesten. For øvrig ønsker vi å framheve følgende knyttet til bydelens kommentarer vedrørende prosjektets metode, kilder og data og revisjonskriteriene:

#### Metode

Det er anvendt flere metoder i undersøkelsen, med hovedvekt på intervjuer, dokumentanalyse og gjennomgang av utvalgte journaler. Funnene i disse journalene samsvarte i betydelig grad med det som ble opplyst i intervjuer. Mangel på registrering av ernæringsrelatert informasjon i GERICA fører til at det ikke har vært grunnlag for å ta ut statistikk over ernæringsrelaterte forhold, selv om GERICA gir mulighet til dette.

#### Kilder og data

Når det gjelder brukermedvirkning, har undersøkelsen blitt avgrenset til tjenesteyternes dokumentasjon av dette, jf. utdypet informasjon i vedlegg 2. Den faktiske brukermedvirkningen har altså ikke vært undersøkt. En sikring av medvirkning og valgfrihet er journalføring av brukerønsker, slik at informasjonen er tilgjengelig for alle aktuelle tjenesteytere.

#### Revisjonskriterier

Kommunerevisjonen har fra oppstarten av denne undersøkelsen informert om at revisjonskriteriene ville bli utledet fra nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og

behandling av underernæring. Både bydelen og byrådsavdelingen er senere informert om de konkrete revisjonskriteriene som ville bli lagt til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger, og fikk ved den anledning mulighet til å komme med sine innspill til kriteriene. Bydelen har også blitt informert om behov for justering i metode, jf. vedlegg 2. Dette er i tråd med vanlig praksis i forbindelse med Kommunerevisjonens forvaltningsrevisjon.

#### Samlet vurdering

Kommunerevisjonen merker seg bydelens opplysning om at konklusjonene og anbefalingene i rapporten samsvarer med bydelens oppfatning av egen praksis.

Både byrådsavdelingen og bydelen har varslet tiltak som virker relevante i lys av undersøkelsens vurderinger og anbefalinger. Vi konstaterer at bydelen ikke nevner utarbeiding og oppfølging av individuelle ernæringsplaner blant tiltakene som skal iverksettes, men antar at dette blir ivaretatt gjennom bydelens generelle uttalelse om at en er i gang med å iverksette tiltak i tråd med anbefalingene i rapporten.

Samlet sett mener vi at de mottatte uttalelsene ikke har betydning for fakta, vurderinger, konklusjoner eller anbefalinger i rapporten. Vi har imidlertid utdypet noe av informasjonen om prosjektets metode og avgrensninger av undersøkelsen i vedlegg 2.

## Referanser

### *a) Referanser fra Oslo kommune*

Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2012, Helseetaten 2013

Kartlegging – mat og måltider til eldre brukere av hjemmetjenesten i Oslo – 2011, Helseetaten 2011

Årsberetning 2013, Bydel Frogner

### *b) Eksterne referanser*

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Forskrift 23. november 1983 nr. 1779 om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste

Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal

Forskrift 20. desember 2002 nr. 173 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

*Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972)*,  
Helsedirektoratet, 2012

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

*Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)*,  
Helsedirektoratet, 2009

Rognstad, May-Karin m.fl.: Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens,  
Sykepleien Forskning nr. 4/2013

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon

*Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester (IS-1040)*, Helsedirektoratet, 2006

*Veileder for tilsyn med kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten*, Internserien 3/2010, Helsetilsynet, 2010

## Tabelloversikt

Tabell 1	Antall pasienter og brukere av hjemmetjenester i Bydel Frogner i perioden 2010 – 2013.....	12
----------	--	----

## Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er den målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. I det følgende presenteres revisjonskriteriene som er lagt til grunn i undersøkelsen, og det blir redegjort for grunnlaget for kriteriene i lov, forskrift, nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. I denne undersøkelsen bygger revisjonskriteriene blant annet på helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og sentrale forskrifter.

### *Rutiner*

#### **Revisjonskriterium:**

- Bydelen bør ha skriftlige rutiner for å kartlegge ernæringsmessig status og vurdere ernæringsmessig risiko hos pasienter og brukere som mottar tjenester i hjemmet.

Revisjonskriteriet er utledet fra:

Lov 30. mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3 første ledd:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 første og tredje ledd:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Forskrift 20. desember 2002 nr. 173 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4 annet ledd bokstav g:

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 første ledd og annet ledd strekpunktene 3, 10 og 13:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og

rimelig valgfrihet i forhold til mat

- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

### ***Kartlegging og vurdering***

#### **Revisjonskriterier:**

- Pasienter med vedtak om hjemmesykepleie skal som hovedregel kartlegges for ernæringsmessig status og vurderes for ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjenesten og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
- Bydelen bør benytte MNA eller annet kartleggingsverktøy (MUST, NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal).
- Dersom bydelen ikke benytter et kartleggingsverktøy, må den sikre seg tilstrekkelig grunnlag for vurdering av brukerens ernæringsmessige risiko, herunder:
  - Høyde, vekt
  - Beregning av KMI sammenholdt med referanseverdier
  - Vektutvikling og/eller matinntak

Kommentar:

Kartleggingen kan skje som en del av utredningen før vedtak eller i forbindelse med iverksetting av vedtaket. Unntak fra hovedregelen kan være dersom ellers funksjonsfriske pasienter skal ha kortvarige tjenester, f.eks. etter benbrudd, eller kun skal motta avgrensede tjenester som injeksjoner.

Revisjonskriteriene er utledet fra:

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 første ledd første punktum:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 2-2:

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven.

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-7 annet ledd:

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her.

Lov 10. februar 1967 nr. 00 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) § 17 første ledd første punktum:

Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) s. 16 pkt. 4.6 *Generell anbefaling*:

- Dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud.



Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) s. 16 pkt. 4.6 *Primærhelsetjenestene* første og andre kulepunkt:

- Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.
- For å vurdere ernæringsmessig risiko anbefales MNA og MUST (B). NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ.

Helsetilsynets veileder for tilsyn med kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten (Internserien 3/2010) s. 13 kapittel 2.2 *Nærmere om kartlegging og vurdering av ernæringsstatus*, første avsnitt:

Direktoratets retningslinjer anbefaler flere kartleggingsverktøy for å vurdere ernæringsmessig risiko. Det er ikke et krav at kommunen i sykehjem/hjemmetjenesten anvender disse kartleggingsverktøyene. Men kommunen må sikre at det fremskaffes et tilstrekkelig faglig grunnlag for vurdering av pasientens ernæringsmessige risiko. Dette forutsetter kartlegging av følgende forhold hos pasienten:

- Høyde, vekt
- Beregning av kroppsmasseindeks sammenholdt med referanseverdier
- Vektutvikling og/eller matinntak

*Kosthåndboken* Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) s. 78:

#### **Vurdering av ernæringsstatus**

Vektendring over tid, KMI (kroppsmasseindeks), eller en kombinasjon av disse er de enkleste metodene for å vurdere kroppens energibalanse. Opplysninger om ernæringsstatus kan fås gjennom klinisk undersøkelse (inkl. veiing og måling), anamnese og laboratorieprøver. En strukturert samtale med pasienten og eventuelt pårørende er grunnleggende i kartlegging av matlyst og matvaner. Supplerende opplysninger om ernærings situasjonen kan finnes i pasientjournalen eller hentes fra behandlende lege, ansvarlig sykepleier eller andre fagpersoner. Opplysningene sorteres og vurderes før videre utredning og tiltak (1).

Helseetaten har utarbeidet *Rutine for dokumentasjon av ernæringsarbeid i Gerica* (2010) som forutsetter bruk av MNA-skjemaet.

#### ***Iverksetting av tiltak***

##### **Revisjonskriterier:**

- Bydelen bør utarbeide en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Iverksatte tiltak skal evalueres månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Revisjonskriteriene er utledet fra:

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 (se over).

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) s. 9 pkt. 2.2 *Individrettede tiltak* første kulepunkt:

- Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak (C)

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)  
s. 17 kapittel 5:

### **5.1 Ernæringsplan**

Vurdering av ernæringsmessig risiko er ikke tilstrekkelig for å forebygge og behandle underernæring. Dersom pasienten er i risiko vil det være behov for en utredning som kobles til en ernæringsplan med tiltak og oppfølging (7;38). Ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeivne, svelgevansker, evne til å spise selv er faktorer som bl.a. må vurderes før valg av tilrettelagt ernæringsbehandling. En ernæringsplan skal inneholde pasientens energi- og væskebehov, energi- og væskeinntak, samt tiltak (se 10.7).

### **5.2 Energi- og væskebehov**

Det finnes flere metoder og formler for å regne ut pasienters energi- og væskebehov (47;48). Statens ernæringsråd har gitt retningslinjer for beregning av energibehov hos ulike grupper pasienter (5). Som en tommelfingerregel kan en bruke 30 kcal/kg kroppsvekt/dag for energibehov og 30 ml/kg kroppsvekt/dag for væskebehov. Det må imidlertid gjøres korrigeringer for ulike aktivitetsnivå og sykdomstilstand.

### **5.3 Mat- og drikkeinntak**

En enkel kartlegging av mat- og drikkeinntak brukes for å kartlegge i hvilken grad pasienten spiser og drikker i forhold til beregnet behov (se vedlegg10.10). Matkortet er utviklet spesielt for hjemmeboende eldre. Matkortet kartlegger blant annet måltidsfrekvens og inntak av viktige matvaregrupper (49).

### **5.4 Individrettede tiltak**

På bakgrunn av opplysninger om pasientens ernæringsstatus, -behov og -inntak settes et mål for behandlingen, f.eks. stabil vekt eller vektøkning gjennom gitte tiltak. Det bør settes opp en plan for tiltak som angir oppstart, opptrapping, oppfølging og avslutning av ernæringsbehandlingen. En kombinasjon av ulike tiltak kan ofte være aktuelt i utformingen av en ernæringsplan.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580)  
s. 16 pkt. 4.6 *Primærhelsetjenestene* første kulepunkt (se over).

*Kosthåndboken* Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) s. 95 *Oppfølging og evaluering*, annet avsnitt:

Den individuelle ernæringsplanen bør evalueres regelmessig, og minimum i forbindelse med at pasienten blir veid. Det vil si minimum ukentlig på sykehus, og månedlig i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Ved utskrivning skal det vurderes om målet er nådd og situasjonen har stabilisert seg slik at ernæringsplanen kan avsluttes, eller om den skal videreføres.

## ***Journalføring***

### **Revisjonskriterium:**

- Relevant og nødvendig ernæringsrelatert informasjon skal journalføres.

Revisjonskriteriet er utledet fra:

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 39 første ledd første punktum:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 40 *første ledd*:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal § 8 første ledd bokstavene d, e, f, h, i, j, l, m og p, samt andre og tredje ledd:

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

- d) Når og hvordan helsehjelp er gitt, for eksempel i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskriving.
- e) Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving.
- f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.
- h) Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.
- i) Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasientens eventuelle reservasjon mot å motta informasjon.
- j) Om pasienten har samtykket til eller motsatt seg nærmere angitt helsehjelp. Pasientens alvorlige overbevisning eller vegring mot helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 4-9. Pasientens samtykke eller reservasjon vedrørende informasjonsbehandling. Pasientens øvrige reserverasjoner, krav eller forutsetninger.
- l) Utveksling av informasjon med annet helsepersonell, for eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultater fra rekvirerte undersøkelser, attestkopier m.m.
- m) Pasientens faste lege. Det helsepersonell som har begjært innleggelse eller har henvist pasienten.
- p) Uttalelser om pasienten, for eksempel sakkyndige uttalelser.

Arbeidsdokumenter, pasientens egendokumentasjon, røntgenbilder, video- og lydopptak mv. er å anse som del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.

Andre opplysninger enn de som er nevnt i første og andre ledd skal tas inn i journalen i den utstrekning de er relevante og nødvendige.

Helsedirektoratets veileder IS-1040 *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester* kapittel 6.4.2 femte, sjette og tolvte avsnitt:

Sosiale tjenester inngår ofte som en del av det samlede hjelpetilbud til pleie- og omsorgstrengende. I de tilfeller hvor det også ytes helsetjenester, og de sosiale tjenester må ses i sammenheng med og har betydning for den helsehjelp som gis, anbefales det at det også foretas dokumentasjon av forhold som omfatter de sosiale tjenestene. I slike tilfeller står man i praksis ofte overfor tilfeller hvor det kan være uklart om den som yter sosiale tjenester faktisk er en del av et helsetjenestetilbud og av den grunn er å anse som helsepersonells medhjelper i henhold til helsepersonelloven § 5.

Der personell i sosialtjenesten er å anse som helsepersonells medhjelpere skal de foreta dokumentasjon i pasientjournalen.

I et løpende tjenesteforhold bør det som hovedregel foretas dokumentasjon av observasjoner, vurderinger, beslutninger og iverksatte tiltak og tjenester. Dette for å bidra til kvalitetssikring i sosialtjenestetilbudet, og for å få et dokumentasjonsgrunnlag for evaluering og eventuell endring av tjenestebehovets art og omfang.

### ***Brukermedvirkning***

#### **Revisjonskriterium:**

- Bydelen skal sikre medvirkning og valgfrihet mht. måltider og ernæring hos pasienter og brukere som mottar tjenester i hjemmet, herunder hva de skal spise og når måltider skal foregå.

Revisjonskriteriet er utledet fra:

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 først, andre og tredje ledd:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten

har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) § 3 bokstav b:

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider.

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 første ledd tredje strekpunkt:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

## Vedlegg 2 Metode

I det følgende gjør vi nærmere rede for undersøkelsesopplegget og vurderinger av dataenes gyldighet og pålitelighet.

### *Generelt om forvaltningsrevisjon*

De sentrale elementene i prosjektets metode er standard for forvaltningsrevisjon: Med utgangspunkt i tema og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utleder vi relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegger og beskriver vi undersøkte virksomheters systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette leder fram til konklusjoner og anbefalinger.

### *Undersøkelsen*

Undersøkelsen ble gjennomført i Bydel Frogner. I utgangspunktet skulle den gjennomføres også i Bydel Grorud. Undersøkelsen var også tenkt å omfatte datainnsamling via observasjon av tjenesteytingen hos pasienter og brukere, og innhenting av brukersynspunkter fra pasienter/brukere i den forbindelse. Da det ganske raskt viste seg at informasjonen i brukerjournalene var vanskelig tilgjengelig, og at datainnsamlingen derfor tok vesentlig lenger tid enn forutsatt, ble det tidlig i prosjektforløpet besluttet å avgrense undersøkelsen til én bydel. Vi avgrenset oss dessuten fra gjennomføringen av observasjon og innhenting av brukersynspunkter, hovedsakelig fordi disse metodene er problematiske mht. å få pålitelige data.

I Bydel Frogner avgrenset vi intervjudelen av undersøkelsen, delvis også stikkprøvegjennomgangen, til å gjelde to av fire hjemmetjenestedistrikter.

Valg av bydeler ble tatt på bakgrunn av en samlet vurdering av revisjonsmessig belastning, størrelse på brukergruppen, sosioøkonomiske og demografiske forhold mv. De utvalgte bydelene hadde dessuten en lavere brukertilfredshets-skåre enn gjennomsnittet for alle bydeler i Helseetatens brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2012.

Undersøkelsen ble formelt startet opp ved utsendelse av oppstartsbrev til byråden for eldre, Bydel Frogner og Bydel Grorud 26.03.2014. Byrådsavdelingen og bydelene ble bedt om å oppnevne en kontaktperson. Kommunerevisjonen har hatt kontakt med kontaktpersonene i løpet av undersøkelsen, i størst grad i Bydel Frogner.

Undersøkelsesperioden omfatter 2. halvår 2013 og 1. halvår 2014.

Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført i perioden april – juni 2014.

I forbindelse med utarbeiding av opplegg for undersøkelsen, innsamling og analyse av data og utforming av rapport har vi gjennomført møter med og fått bidrag fra en ekstern konsulent, Liv Wergeland Sørbye, professor ved sykepleierutdanningen på Diakonhjemmet Høyskole. Sørbye har gjennomført flere undersøkelser knyttet til forebygging og behandling av underernæring på sykehjem og i hjemmetjenesten. Hun var også med i arbeidsgruppen som utarbeidet de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring (IS 1580).

### **Møter**

Det ble holdt et innledende møte med ansatte i Helseetaten 26.02.2014 for å få nærmere informasjon om deres inntrykk av arbeidet med forebygging og behandling av underernæring i bydelene gjennom sin kontakt med hjemmetjenestene.

Kommunerevisjonen hadde også et møte med aktuelle representanter for hjemmetjenesten i Bydel Nordre Aker, basert på at bydelen ifølge Helseetaten var kommet langt mht. forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende.

Det ble gjennomført et felles oppstartsmøte med byrådsavdelingen og bydelene Frogner og Grorud 07.04.2014. Hensikten med møtet var å gi informasjon om undersøkelsen, få innspill til problemstillinger, foreløpige revisjonskriterier og metodisk opplegg, og å sikre god dialog under gjennomføringen.

Innledningsvis i datainnsamlingen i Bydel Frogner ble det gjennomført et møte med kontaktpersonen i bydelen for å få utdypende informasjon om ernæringsarbeidet i bydelen, samt informasjon for best mulig å kunne gjennomføre en effektiv datainnsamling.

I forbindelse med verifiseringen av faktabeskrivelsen ble det holdt møte med kontaktperson og lederne for bestillerkontoret og de undersøkte hjemmesykepleie- og praktisk bistand-distriktene.

Kommunerevisjonen presenterte en oppsummering av funn og foreløpige vurderinger, konklusjoner og anbefalinger for byrådsavdelingen og tjenesteansvarlige i Bydel Frogner i møte 07.10.2014. Helseetaten var også representert i møtet. Det ble gitt anledning til å komme med merknader og spørsmål underveis og i etterkant av presentasjonen.

### **Dokumentgjennomgang**

I oppstartsbrevet til Bydel Frogner ba vi om å få tilsendt dokumentasjon av rutiner, systemer og praksis knyttet til hjemmetjenestens forebygging og behandling av underernæring. Kommunerevisjonen har gjennomgått mottatt informasjon, og har stilt oppfølgingsspørsmål mht. den skriftlige informasjonen i intervjuene med ledere og ansatte i bydelen.

### **Mappegjennomgang**

Basert på lister utarbeidet av bestillerkontoret tok vi tilfeldige stikkprøver av brukerjournaler i Gerica, der vi også gjennomgikk supplerende informasjon i papirmappe. Vi gjorde to tilfeldige utvalg med ulik basis:

- Utvalg 1: 10 pasienter med vedtak om hjemmesykepleie i perioden 01.07.2013 – 31.03.2014, for å undersøke hvorvidt søkerne var kartlagt for ernæringsmessig risiko. Utvalget var basert på alle pasienter med vedtak om hjemmesykepleie i bydelen i perioden, dvs. 364 personer. I 9 av stikkprøvene hadde pasienten også vedtak om praktisk bistand. I 4 av stikkprøvene i utvalg 1 var pasienten bosatt i distrikt A, mens én var bosatt i distrikt B.
- Utvalg 2: 10 pasienter med vedtak om hjemmesykepleie som omfattet ernæringstiltak, avgrenset til distriktene A og B i perioden 01.07.2013 – 31.03.2014, for å undersøke både kartlegging av ernæringsstatus og hjemmetjenestens oppfølging av pasientenes ernæringsmessige situasjon. Det ble trukket 5 brukere per distrikt fra lister over henholdsvis 93 (distrikt A) og 85 pasienter (distrikt B).

Ved gjennomgang av mappene benyttet vi et skjema med forhåndsdefinerte kontrollpunkter.

Opplysninger om vekt og bruk av MNA-skjema er kontrollert til og med 05.06.2014 i de 20 gjennomgåtte mappene.

Gjennomgangen av journalført informasjon i Gerica viste seg å være vesentlig mer komplisert og tidkrevende enn antatt. Relevant informasjon kunne registreres flere forskjellige steder, både på forhåndsdefinerte områder og i fritekst, og det så ut til å avhenge av systematikken hos den enkelte ansatte hvor informasjonen var å finne. Risikoen for å overse informasjon har vært til stede. Vi har derfor lagt ned mye arbeid i å få verifisert data fra journalgjennomgangen hos bydelen. En samlet oversikt over sentrale funn fra stikkprøvene ble verifisert av bydelen. Bydelen fikk oversikt over hvilke journaler Kommunerevisjonen gjennomgikk, og verifiserte Kommunerevisjonens funn i disse.

### ***Intervjuer***

Kommunerevisjonen har gjennomført intervjuer med ansatte i bestillerkontoret i bydelen, samt ledere og ansatte i hjemmetjenesten i distriktene A og B. Det er gjennomført til sammen ti intervjuer:

- Bestillerkontoret: seksjonsleder og to saksbehandlere
- Hjemmetjenesten B: områdeleder og to ansatte
- Praktisk bistand A: områdeleder og én ansatt
- Hjemmesykepleie A: områdeleder og én ansatt

Utvelgelsen av informanter i enhetsledelsen var gitt ut fra ledernes faglige og administrative ansvar og myndighet. Valget av informanter blant ansatte var tilfeldig, basert på hvilke personer som var satt opp på vakt på bestemte dager.

Hvert intervju hadde en varighet på mellom én og halvannen time.

Alle intervjureferatene ble verifisert av de som deltok i intervjuene.

Bydelen har verifisert den samlede faktabeskrivelsen.

### ***Dataenes gyldighet og pålitelighet***

Undersøkelsen bygger på data innsamlet ved hjelp av flere metoder: møter, intervjuer, dokumentgjennomgang og kontroll av enkeltsaker. I de tilfellene vi har bygd på stikkprøver alene, har vi uttrykt oss med forsiktighet. Vi mener at vi dermed har et tilstrekkelig grunnlag for å konkludere slik vi har gjort mht. praksis for bestillerkontoret og de to distriktene. Samlet sett anser vi at dataene har en tilfredsstillende pålitelighet og gyldighet til å danne grunnlag for rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

## Vedlegg 3 Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester



Oslo kommune  
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen  
Grenseveien 88  
0663 OSLO

Dato: 07.11.2014

Deres ref:  
201400285-10

Vår ref (saksnr):  
201401720-4

Saksbeh:  
Eva Graziano, 23461506

Arkivkode:  
126

### UTTALELSE TIL RAPPORT - FOREBYGGING OG BEHANDLING AV UNDERERNÆRING HOS HJEMMEBOENDE ELDTRE I BYDEL FROGNER

Det vises til rapport om forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende i Bydel Frogner som er mottatt til uttalelse 16.10.2014.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har følgende uttalelse til rapporten:

- 1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?*  
Prosjektets hensikt kommer tydelig fram.
- 2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?*  
Vi har ingen kommentar til dette.
- 3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?*  
Vi har ingen kommentar til dette.
- 4. Hva er byrådets samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?*  
Rapporten viser viktigheten av innføring av systematiske tiltak for kartlegging og oppfølging av ernæringsrisiko hos hjemmeboende som mottar hjemmetjenester, for å forebygge og behandle underernæring.
- 5. Vil byråden vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?*  
Byrådsavdelingen vil videreføre fokus på ernæring til hjemmeboende gjennom «Løft for bedre ernæring» i regi av Helseetaten. Det vil bli vurdert om kompetansetiltakene i pleie- og omsorgstjenestene også bør innrettes mot implementering av skriftlige rutiner, utforming av ernæringsplaner og journalføring i Gerica.
- 6. Vil byråden iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?*  
Se punkt 5.
- 7. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?*  
Vi vil drøfte aktuelle tiltak med Helseetaten i løpet av året.

---

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Postadresse:

Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no



8. *Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.*  
Rapporten oppfattes som nyttig.
9. *Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?*  
Den oppfattes som god.

Med hilsen

Endre Sandvik  
kommunaldirektør

Elisabeth Vennevold  
pleie- og omsorgssjef

**Godkjent og ekspedert elektronisk**

## Vedlegg 4 Uttalelse fra Bydel Frogner



Oslo kommune  
Bydel Frogner

### Uttalelse til rapport

#### **BYDEL FROGNERS VURDERING AV RAPPORTEN, DENS KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER**

Viser til brev datert 16.10.2014 hvor Kommunerevisjonen ber Bydel Frogner uttale seg i anledning rapporten 'Forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre i Bydel Frogner.

Bydel Frogner er i gang med å iverksette tiltak i tråd med anbefalingene gitt i rapporten. Der gjelder systematisk kartlegging og vurdering av ernæringsstatus til brukere med vedtak om hjemmesykepleie, tilfredsstillende av kravene for individuelle ernæringsplaner til personer i risiko for underernæring som mottar hjemmesykepleie og dokumentasjon av brukernes medvirkning i utforming og innhold av tjenesten. Både Bestillerkontoret og hjemmetjenesten vil følge anbefalingene.

#### **1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?**

Prosjektets hensikt ble fremstilt muntlig og skriftlig for bydelen i forbindelse med oppstart av revisjonen og bydelen har ikke hatt noen spørsmål eller kommentarer til denne fremstillingen etter igangsettelsen.

#### **2. Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?**

Kommentar vedr. metode

Prosjektets metode har vært dypdykk i utvalgte brukerjournaler. Selv med assistanse og kontroll fra ansatte i bydelen vil metoden innebære en viss usikkerhet, blant annet på grunn av den manglende muligheten til å ta ut rapporter som viser statistikk sortert på ernæring. Hvorvidt denne usikkerheten har bidratt til feil eller ikke er ukjent, og bydelen er av den oppfatning at hovedkonklusjonen stemmer.

Kommentar vedr. kilder og data

Det er i sammendragets omtale om brukermedvirkning kommentert at «manglende dokumentasjon skaper risiko for at tjenestemottakernes ønsker og behov ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad, fordi informasjonen ikke er tilgjengelig for de som trenger den». Bydelen ønsker i denne sammenheng å påpeke at mangel på spesifisert dokumentasjon på brukermedvirkning ikke gir grunnlag nok for å avgjøre hvorvidt brukere medvirker i utforming av tjenestens innhold og omfang eller ei. Brukermidvirkning vil si at bruker har innflytelse på tjenestekvalitet og omfang, og at bruker i dialog med tjenesten tilbyr brukererfaringer. Det at brukerne ikke ble kontaktet i



Bydel Frogner  
Besøksadresse:  
Sommergata 1, inngang  
Drammensveien

Postadresse:  
Postboks 2400 Solli  
0201 Oslo  
E- post: [postmottak@bfr.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@bfr.oslo.kommune.no)

Telefon: 23 42 50 00  
Telefaks: 23 42 49 01

Bankkonto: 6004.06.02081  
Org. nr. 874 778 702

forbindelse med undersøkelsen og at tjenesteutførelsen i direkte møte med bruker ikke ble observert har redusert undersøkelsens mulighet til å kunne fange opp faktisk brukermedvirkning.

**3. Har bydelen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?**

Bydelen var ved oppstart inne forstått med at rutiner, systemer og praksis hos bydelens hjemmetjeneste og bestillerkontor skulle gjennomgås. Revisjonskriteriene var ikke klargjort ved oppstart og ble endret underveis. Blant annet ble revisjonen sentrert om en bydel i stede for to og direkte observasjon av tjenesteutøvelse i møte med bruker ble utelatt.

**4. Hva er bydelens samlede vurdering va rapportens konklusjoner og anbefaling?**

Konklusjonene og anbefalingene i rapporten samsvarer med bydelens oppfatning av egen praksis på ernæringsoppfølging i undersøkelsestidsrommet.

**5. Vil bydelen vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?**

Bydelen vil vurdere hvor og hvordan det er hensiktsmessig å registrere brukernes medvirkning på området ernæring i tiltaksplanen til brukere med praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie.

**6. Vil bydelen iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?**

Bydelen vil gjennomgå eksisterende rutiner og systemer for ernæringsoppfølging i hjemmesykepleie, praktisk bistand og ved bestillerkontoret for så gjøre en samlet vurdering på om de interne retningslinjene skal endres.

Bydelen vil gjennom måling av høyde, vekt og KMI vurdere om det er behov for å anskaffe nytt måleverktøy, eller om målingene kan gjøres tilfredsstillende med eksisterende tilgjengelig verktøy.

**7. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?**

Bydelen er allerede i gang med å kartlegge ernæringsstatus hos brukere med hjemmesykepleie ved hjelp av beregning av kroppsmasseindeks og utfylling av MNA-skjema. Tjenesteansvarlige sykepleiere tilknyttet alle geografiske områder i bydelen har i 2014 fått opplæring i MNA-skjema, dokumentasjon av ernæringsoppfølging i Geric og undervisning og veiledning med ernæringsfysiolog.

Bydelen har som mål, innen utgangen av året 2014, ha etablerte systemer som sikrer kartlegging av ernæringsstatus og ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjenesten hjemmesykepleie, og ved utskrivning etter opphold institusjon.

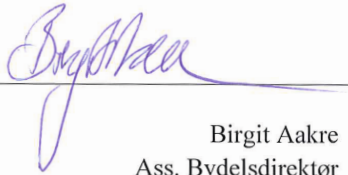
Bydelen har som mål, innen utgangen av februar 2015, å ha registrert 1) vekt, høyde og KMI og 2) tiltaket «kartlegging av ernæringsstatus» i journalen til alle brukere med hjemmesykepleie,

eventuelt dokumentert faglig begrunnelse på hvorfor disse målinger på ernæringsstatus mangler i brukers journal.

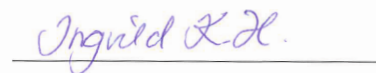
Bydelen har som mål, innen utgangen av februar 2015, å ha registrert brukernes medvirkning på området ernæring på en hensiktsmessig måte i tiltaksplanen til brukere med vedtak på ernæringsoppfølging fra praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie.

Bydelen har som mål, innen utgangen av året 2015, å ha etablerte og implementerte systemer som sikrer individuell og systematisk kartlegging, vurdering, oppfølging og dokumentasjon på ernæringsstatus og ernæringsrisiko til brukere med tjenesten hjemmesykepleie.

Oslo, den 5.11.2014



Birgit Aakre  
Ass. Bydelsdirektør



Ingvild K. Haugen  
Kvalitets-og utviklingskonsulent,  
Hjemmetjenesten





Oslo kommune  
**Kommunerevisjonen**

Grenseveien 88, 0663 OSLO  
Telefonnummer: 23 48 68 00  
Telefaksnummer: 23 48 68 01

[www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)  
[postmottak@krv.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@krv.oslo.kommune.no)