

# Ernæringsarbeid

Rollag kommune



# Sammendrag

Viken kommunerevisjon IKS har på oppdrag fra kontrollutvalget i Rollag kommune gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunens ernæringsarbeid innenfor institusjon og hjemmebaserte tjenester.

Følgende problemstillinger er vedtatt for forvaltningsrevisjonen:

1. Hvilke tiltak har virksamheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor ernæringsarbeid?
2. Følges tiltakene opp i praksis og om nødvendig korrigeres?
3. Er tiltakene tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes?

## Metode og praktisk gjennomføring

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt i *"RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon"*. Faktaopplysningene i rapporten bygger i hovedsak på oppstartsmøte/ gruppesamtale med administrativ ledelse, dokumentanalyse og revisjons egen gjennomgang av et utvalg pasientjournal med påfølgende oppsummerende samtale med administrativ ledelse. Vi har også innhentet data fra Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer.

## Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene har vi i hovedsak benyttet helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter og veiledere. På bakgrunn av problemstillingene og relevante krav i kildene, har vi utledet revisjonskriterier. Utledningen følger i vedlegg. Selve kriteriene går fram av kapittel 3 og innledningsvis i hvert underkapittel i kapittel 5.

## Vurderinger og konklusjoner

Samlet sett har Rollag kommune i den undersøkte perioden (2017-2019) hatt etablert praksis for kartlegging av tjenestemottakeres ernæringsmessige situasjon. Rutinene har vært muntlige, men er skriftliggjort i oktober 2019.

I institusjon er praksisen etablert og lik, ved at alle kartlegges. I hjemmetjenestene har kartleggingspraksis vært mer styrt av behov og tjenestens faglige skjønn, noe som innebærer at enkelte har fått tilbud om kartlegging, andre ikke. Dette har ikke vært i samsvar med gjeldende anbefalinger, og nye rutiner fra oktober 2019 endrer dette slik at også alle hjemmeboende tjenestemottakere skal få tilbud om regelmessig kartlegging. Registrering av kartlegginger m.m. som danner grunnlag for Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer er ufullstendige, og bør bedres.

Revisjonen mener at praksis har vært at personer i risikozonen har blitt fulgt opp, men ikke med egne, selvstendige ernæringsplaner og formaliserte evalueringer. Nye rutiner fra oktober 2019 endrer dette. Rutinen for ernæringsplan bør si noe om evalueringstidspunkter i individuelle ernæringsplaner.

Vår vurdering er at kommunens tiltak, brukt slik de nå er definert og med forbehold for det som går fram av våre anbefalinger nedenfor, er tilstrekkelige til å sikre at lovgivningen overholdes.

#### Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale Rollag kommune å:

- Følge med på at praksisendringer som følge av nye rutinebeskrivelser fra oktober 2019 reelt etterleves.
- Vurdere bruk av fastsatte evalueringstidspunkter i individuelle ernæringsplaner.
- Bedre registreringen som Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer henter data fra.
- Styrke internkontrollen rettet mot ernæringsarbeidet.

\*\*\*

Et utkast til rapport har blitt oversendt rådmannen til uttalelse. Rådmannens uttalelse i brev av 17. april 2020 er vedlagt rapporten.

# Innhold

	Anbefalinger .....	4
<b>1.</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>8</b>
1.1.	Bakgrunn for prosjektet og problemstillinger .....	8
1.2.	Avgrensning av undersøkelsen.....	8
1.3.	Om organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i Rollag kommune .....	9
<b>2.</b>	<b>Metode .....</b>	<b>9</b>
<b>3.</b>	<b>Revisjonskriterier .....</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Kunnskapsgrunnlag, et utdrag .....</b>	<b>12</b>
4.1.	Statens helsetilsyn, 2011 .....	12
4.2.	Riksrevisjonen, 2018 .....	12
<b>5.</b>	<b>Ernæringsarbeidet i Rollag kommune.....</b>	<b>13</b>
5.1.	Rutiner for ernæringsarbeid .....	13
	Revisjonskriterium .....	13
	Administrasjonen opplyser.....	13
	Vurdering.....	14
5.2.	Kartlegging av ernæringsstatus .....	15
	Revisjonskriterium.....	15
	Administrasjonen opplyser.....	15
	Revisjonens journalgjennomgang institusjon .....	16
	Revisjonens journalgjennomgang hjemmetjenesten .....	17
	Nasjonale kvalitetsindikatorer institusjon.....	19
	Nasjonale kvalitetsindikatorer hjemmetjenestene.....	21
	Vurdering.....	22
5.3.	Ernæringsplan og evaluering.....	24
	Revisjonskriterium.....	24
	Revisjonens journalgjennomgang institusjon .....	24
	Revisjonens journalgjennomgang hjemmetjenesten .....	26
	Nasjonale kvalitetsindikatorer .....	27
	Vurdering.....	28
5.4.	Internkontroll .....	29
	Revisjonskriterium .....	29
	Rutinebeskrivelser .....	29
	Avvikssystem .....	29
	Opplærings- og kompetanseplan .....	30
	Ernæringsgruppa .....	30
	Vurdering.....	30
<b>6.</b>	<b>Samlet vurdering og anbefalinger .....</b>	<b>32</b>
	Problemstillingene.....	32
	Rutiner for ernæringsarbeid .....	32
	Kartlegging av ernæringsstatus.....	32
	Ernæringsplan og evaluering .....	32
	Internkontroll.....	33
	Oppsummering .....	33
	Anbefalinger .....	33

Referanser .....	35
Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmann, datert 17. april 2020 .....	36
Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon .....	37
Vedlegg 3 – Utledning av revisjonskriterier .....	40



# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn for prosjektet og problemstillinger

Viken kommunerevisjon IKS har på oppdrag fra kontrollutvalget i Rollag kommune gjennomført forvaltningsrevisjon av kommunens arbeid med ernæringsoppfølging av mottakere av helse- og omsorgstjenester.

Følgende problemstillinger er vedtatt:

1. Hvilke tiltak har virksamheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor ernæringsarbeid?
2. Følges tiltakene opp i praksis og om nødvendig korrigeres?
3. Er tiltakene tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes?

Problemstillingene skal forstås slik at det tas utgangspunkt i hvilke krav lovgivningen stiller til kommunenes ernæringsarbeid, deretter skal det undersøkes hvilke tiltak kommunen har etablert og i hvilken grad de etterleves, og om de etterleves i tilstrekkelig grad til å sikre at lovgivningen overholdes.

Forvaltningsrevisjonen retter seg mot tjenestemottakere i institusjon og brukere av hjemmetjenestene. Vi har ikke gjort undersøkelser av tjenestene til mennesker med nedsatt funksjonsevne eller brukere av tjenestene innenfor psykisk helse og rus.

I utgangspunktet omfattet mandatet også å undersøke kommunens arbeid med legemiddel-håndtering. Kontrollutvalget vedtok 18. februar 2020 å endre mandatet til bare å gjelde ernæringsarbeidet. Bakgrunnen var en tilråding fra revisor, etter at det underveis i arbeidet hadde kommet fram at tilsynsfarmasøyten nylig hadde besøkt Rollag bygdeheim. Her ble det påpekt avvik i kommunens arbeid med legemiddel-håndtering. Kommunen var i gang med endringsarbeidet da revisjonen begynte arbeidet med forvaltningsrevisjonen. Kontrollutvalget har besluttet å følge opp legemiddel-håndteringen ved å be administrasjonen orientere muntlig om iverksatte tiltak.

## 1.2. Avgrensning av undersøkelsen

Vi presiserer at prosjektet kun tar for seg de områder og temaer som faller inn under de problemstillingene som kommer frem av kapittel 1.1. Vurderinger og konklusjoner omfatter derfor bare disse avgrensede definerte områdene eller temaene.

VKR har ikke engasjert ekstern fagkompetanse innen legemiddel-håndtering eller ernæringsarbeid. Dette innebærer blant annet at VKR ved gjennomgang av journaler for pasienter ikke har overprøvd faglige vurderinger innenfor ernæringsarbeid. Derimot har vi vurdert hvilke systemer kommunen har etablert for å ivareta dette arbeidet.



### 1.3. Om organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i Rollag kommune

Administrativt er Rollag kommune organisert med en enhet for helse og omsorg. Enhetsleder rapporter til rådmannen og har alle rådmannens fullmakter innenfor sitt ansvarsområde. Enheten har ulike avdelinger:

- Administrasjon
- Helsestasjon
- Jordmor
- Psykisk helse og rus
- Rollag Bygdeheim, pleieavdeling
- Rollag Bygdeheim, fellestjenester
- Hjemmetjenesten
- Åpen Omsorg

Forvaltningsrevisjonen retter seg mot to av disse avdelingene; Rollag bygdeheim (pleieavdeling) og hjemmetjenesten.

Administrasjonen har opplyst at høsten 2019 hadde Rollag kommune 20 beboere i institusjon (Rollag bygdeheim) og 76 brukere av hjemmebaserte tjenester. I tillegg kommer tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne og brukere av tjenester innenfor psykisk helse og rus m.m.

## 2. Metode

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt. Det vil si at gjennomgangen er basert på "RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon" som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF).

Med gyldige data (validitet) menes at det skal være samsvar mellom problemstillingene og revisjonskriteriene for undersøkelsen, og de data som er samlet inn. Vi mener at data i denne undersøkelsen er egnet til å svare på problemstillingene ved at vi har relevant og tilstrekkelig informasjon. Gyldighet er sikret gjennom kombinasjon av faktafunn fra dokumentanalyse, gjennomgang av saksdokumenter, samt muntlig informasjon fra kommunen.

Med pålitelige data (reliabilitet) mener vi at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. For å sikre at data er pålitelige, er det nødvendig å vurdere eventuelle feilkilder.

Faktagrunnlaget i rapporten bygger på:

**Oppstartsmøte og samtaler med den administrative ledelsen:** Vi har gjennomført oppstartsmøte/ gruppesamtale med enhetsleder og avdelingsledere m.fl. i administrasjonen.

**Dokumentanalyse:** Revisjonen har på forespørsel fått oversendt rutinebeskrivelser, opplærings- og kompetanseplan m.m.

**Kartlegging av avdelinger:** VKR har utarbeidet et kartleggings skjema som har blitt sendt ut til avdelingene i kommunene. Avdelingslederne ble bedt om å fylle inn og returnere kartleggings skjemaet, som spurte om blant annet antall ansatte, årsverk, ansattdemografi (fordeling av sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte), sykefravær, turn-over (antall nye faste ansatte siste to år), avviksmeldinger innenfor legemiddelhåndtering og ernæring, kurs- og kompetansetiltak m.m.

**Virksomhetsbesøk og oppsummering med den administrative ledelsen:** Revisjonens medarbeidere har besøkt kommunen og fått tilgang til fagsystemet, der vi har gjort undersøkelser av et utvalg pasientjournaler (11 av 20 institusjonsbeboere, 15 av 76 hjemmeboende tjenestemottakere). Besøket ble avsluttet med en samtale med representanter fra den administrative ledelsen av enheten om de observasjoner revisjonen hadde gjort.

**Nasjonale kvalitetsindikatorer:** Vi har innhentet data fra Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer (2018-tall).

Vi vurderer at informasjonen vi har innhentet er relevant, pålitelig og gyldig og finner at dette er tilfredsstillende. Vår vurdering er at metodebruk og kildetilfang i denne forvaltningsrevisjonen har gitt tilstrekkelig grunnlag til å gi svar på problemstillingene som kontrollutvalget har vedtatt. Utkast til rapport har blitt oversendt rådmannen til uttalelse.

### 3. Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene<sup>1</sup> har vi i hovedsak benyttet helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter og veiledere. På bakgrunn av problemstillingene og relevante krav i kildene<sup>2</sup>, har vi utledet følgende revisjonskriterier for vår gjennomgang av ernæringsarbeidet i Rollag kommune:

- Kommunen skal ha rutiner for å kartlegge ernæringsmessig status for mottakerne av helse- og omsorgstjenester. Rutinene bør være skriftlige.
- Mottakere av helse- og omsorgstjenester bør få tilbud om kartlegging av ernæringsmessig status ved oppstart av tjenesten og deretter regelmessig.
- Kommunen bør bruke et ernæringsmessig kartleggingsverktøy.
- Tjenestemottakere i ernæringsmessig risiko bør få tilbud om individuelt utarbeidet ernæringsplan.
- Iverksatte tiltak skal evalueres.

<sup>1</sup> Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

<sup>2</sup> Vedlegg 3 – Utleddning av revisjonskriterier

- Ernæringsarbeidet skal være innarbeidet i kommunens internkontroll.

Kriteriene er ikke nødvendigvis uttømmende for ethvert krav som stilles til alle sider ernæringsarbeidet. Kriteriene er oppstilt etter revisjonens vurdering av hva som er det sentrale, basert på en vurdering av virksomhetens egenart og regelverket den forvalter.

For den fullstendige utledningen av revisjonskriteriene viser vi til vedlegg 3.

## 4. Kunnskapsgrunnlag, et utdrag

Som bakgrunnsinformasjon om tidligere undersøkelser på nasjonalt plan om hvordan norske kommuner har organisert og utført ernæringsarbeidet overfor mottakere av helse- og omsorgstjenester, omtaler vi nedenfor Statens helsetilsyns landsomfattende tilsyn i 2010 og Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen i 2018.

### 4.1. Statens helsetilsyn, 2011

Helsetilsynet publiserte i 2011 samlerapport etter landsomfattende tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre; Krevende oppgaver med svak styring.<sup>3</sup> Tilsynet hadde tatt for seg flere temaer: Ivaretagelse av eldre med demenssykdom, legemiddelhåndtering, underernæring, rehabilitering i sykehjem, saksbehandling av søknader om avlastning og uanmeldt tilsyn med låste dører i sykehjem. Helsetilsynets samlerapport var en oppsummering av tilsyn med landets kommuner.

For ernæringsarbeid (se rapporten kapittel 5) pekte Helsetilsynet blant annet på:

- De fleste kommuner manglet en innarbeidet og kjent praksis for å kartlegge og vurdere ernæringssituasjonen hos nye brukere. Mange kommuner hadde heller ikke beskrevet eller avklart hvordan det videre arbeidet med ernæring skulle gjøres. Uten klare rutiner, overlates mye til tilfeldighetene og den enkelte ansatte.
- Få kommuner hadde systematiske tiltak for å sikre de ansattes kompetanse om ernæringsarbeid. Ikke alle vurderte risiko systematisk, eller lærte av egne feil. Dokumentasjonen var ofte mangelfull eller fragmentert.

### 4.2. Riksrevisjonen, 2018

Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen<sup>4</sup>, publisert i 2018, var bredt anlagt. Undersøkelsen så på en lang rekke forhold, både på kommunal og statlig side.

For ernæringsarbeid i kommunene (se rapporten side 70) pekte Riksrevisjonen blant annet på at

- Analyse av tilsyn gjennomført av fylkesmennene i 2016-2018, tydet på at kommunenes tiltak innen ernæringsarbeid fortsatt preges av variasjon, manglende systematikk, uklar ansvarsfordeling og liten grad av individuell brukertilpasning.
- Tilsynsrapporter fra 2016-2018 tyder videre på at ansatte i kommunene gjennomgående har for liten kompetanse innen ernæringsarbeid, og at området gjennomgående får lite oppmerksomhet fra ledelsen.

<sup>3</sup> [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5\\_2011.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5_2011.pdf)

<sup>4</sup> Dokument 3:5 (2018-2019) <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>

## 5. Ernæringsarbeidet i Rollag kommune

### 5.1. Rutiner for ernæringsarbeid

#### Revisjonskriterium

*Kommunen skal ha rutiner for å kartlegge ernæringsmessig status for mottakerne av helse- og omsorgstjenester. Rutinene bør være skriftlige.*

#### Administrasjonen opplyser

Administrasjonen har opplyst at den fram til høsten 2019 har kommunen ikke hatt skrevne rutiner/prosedyrer for hvordan tjenestemottakernes ernæringsstatus skal følges opp.

Kommunen har brukt «Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» (Helsedirektoratet, sist endret 2016) som grunnlag for ernæringsarbeidet.

Administrasjonen har opplyst at praksis har vært at tjenestemottakeres ernæringsstatus skal kartlegges med 6 måneders intervall, eller ved behov.

I oktober 2019 fastsatte administrasjonen skriftlige rutiner for kommunens ernæringsarbeid, i seks ulike rutinebeskrivelser:

- Rutine for ernæringsgruppen
- Rutine for screening av pasienter
- Rutine for ernæringsplan
- Rutine for kost/ dietter (spesialdiett)
- Rutine for registrering av drikke
- Rutine for kostregistrering

Den nye *Rutine for ernæringsgruppen* fastsetter blant annet at:

- Alle pasientene på sykehjem screenes 2 ganger i året med tanke på ernæring. Pasienter i hjemmetjenesten får tilbud om det samme. Det skal benyttes skjemaet «Mini Nutritional Assessment» (MNA). Scorene på skjemaet indikerer om pasienten er normalernært, i risiko for underernæring eller underernært.
- Screeningen utføres av et medlem av ernæringsgruppen. Dersom det er mere hensiktsmessig kan den utføres av en person som kjenner pasienten godt.
- [...] Ernæringsplan utarbeides ved behov og dokumenteres i Profil under tiltaket «ernæring». Dette vurderes individuelt ut ifra screening, kostregistrering og pasientens behov.

Den nye *Rutine for screening av pasienter* fastsetter at:

- Screening utføres ved bruk av kartleggingsverktøyet «Mini Nutritional Assessment (MNA)»
- Screening utføres av et medlem av ernæringsgruppen, evt. en person som pasienten kjenner godt.
- Det utføres screening av pasient i hovedsak to ganger i året, eller ved vurdert behov.

Den nye *Rutine for ernæringsplan* fastsetter at:

- Planen utarbeides individuelt utfra screening og kostregistrering.
- Planen skal inneholde pasientens beregnede energi og væskebehov, samt tiltak i forhold til kost (beriking eller annen form for næring/næringstilskudd)

Kommunen har en ernæringsgruppe med ansatte fra alle avdelinger innen helse og omsorg, unntatt avdelingen Åpen omsorg, som gir tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Gruppen møtes fire ganger i året.

## Vurdering

VKR viser til at Rollag kommune fram til høsten 2019 ikke hadde skrevne rutinebeskrivelser hvor hvordan tjenestemottakernes ernæringsmessige situasjon skulle kartlegges og følges opp. Men på bakgrunn av det administrasjonen har opplyst, legger vi til grunn at kommunen likevel har hatt muntlig fastsatte rutiner for slik kartlegging og oppfølging. Vi legger videre til grunn at administrasjonen har brukt «*Kosthåndboken*» mer «direkte» i det pasientrettede arbeidet.

Muntlige rutiner kan være sårbare dersom nøkkelpersonell i kommunen slutter, fordi kunnskap om hva som er fastsatt som kommunens måte å arbeide på, kan forsvinne. Muntlige rutiner oppfattes også gjerne som mindre presise enn skriftlige, både når det gjelder oppgaver og ansvar. «*Kosthåndboken*» på sin side er et omfattende dokument (280 sider), og så store dokumenter kan være krevende å bruke som direkte veiledning i daglig, pasientrettet arbeid.

I oktober 2019 fastsatte administrasjonen skriftlige rutiner for ernæringsmessig kartlegging og oppfølging. Disse fastsetter konkret hva som skal gjøres, hvor ofte det skal gjøres, og hvem som er ansvarlig for å gjøre det. Vår vurdering er at de skriftlige rutinene i tilstrekkelig klargjør oppgaver og ansvar.

Om VKR skal peke på en svakhet ved de nye rutinebeskrivelsene, er det at de med fordel kunne omtalt hvem som er ansvarlig for å *kontrollere* om praksis faktisk er i samsvar med det rutinen setter som mål. En av flere mulige måter å regulere slike kontrollmekanismer på, er å si at en bestemt leder eller avdelingsleder skal gjøre et visst antall stikkprøver pr. år eller halvår, og at resultatene fra stikkprøvekontrollen skal formidles til nærmeste leder. Andre mekanismer eksisterer også, men vi nevner dette som en illustrasjon.

Vår konklusjon er at administrasjonens praksis er og har vært i samsvar med revisjonskriteriet: Kommunen har hatt muntlige rutiner for kartlegging av tjenestemottakernes ernæringsmessige status. Disse er nå skriftliggjort.

## 5.2. Kartlegging av ernæringsstatus

### Revisjonskriterium

*Mottakere av helse- og omsorgstjenester bør få tilbud om kartlegging av ernæringsmessig status ved oppstart av tjenesten og deretter regelmessig.*

*Kommunen bør bruke et ernæringsmessig kartleggingsverktøy.*

### Administrasjonen opplyser

Administrasjonen har opplyst at praksis har vært at ernæringsstatus skal kartlegges hver 6. måned, eller ved behov.

Som nevnt ovenfor er dette nå skriftliggjort i nye rutinebeskrivelser fra oktober 2019. Her går det fram at tilbudet om kartlegging av ernæringsstatus gjelder både i institusjon og i hjemmebaserte tjenester.

Kommunen bruker kartleggingsverktøyet MNA (Mini Nutritional Assessment). Dette verktøyet tar opp i seg ulike faktorer av betydning for en persons ernæringsmessige situasjon, nedenfor er det tatt inn et utsnitt til illustrasjon:

## Mini Nutritional Assessment MNA®

Etternavn:	Fornavn:	Kjønn:	Dato:
Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	ID-nummer:

Besvar undersøkelsen ved å fylle inn de riktige poengsifferene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre på vurdering del I, fortsett med vurderingen del II for å komme fram til en gradering av ernæringsstilstanden.

Vurdering, del I	
<b>A</b> Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?	<input type="checkbox"/>
0 = alvorlig nedsatt appetitt 1 = moderat nedsatt appetitt 2 = ikke nedsatt appetitt	
<b>B</b> Vekttap i løpet av de 3 siste månedene	<input type="checkbox"/>
0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	
<b>C</b> Mobilitet	<input type="checkbox"/>
0 = sengeliggende/sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng/stol, men går ikke ute 2 = går ute	
<b>D</b> Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene	<input type="checkbox"/>
0 = ja      2 = nei	
<b>E</b> Neuropsykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>
0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens	
<b>J</b> Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?	<input type="checkbox"/>
0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	
<b>K</b> Utvalgte markører for proteininntak	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag      ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/></li> <li>• To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke      ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/></li> <li>• Kjøtt, fisk eller kylling/kalkun hver dag      ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/></li> </ul>	
0.0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	<input type="text"/> . <input type="text"/>
<b>L</b> Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag?	<input type="checkbox"/>
1 = ja      0 = nei	
<b>M</b> Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag?	<input type="text"/> . <input type="text"/>
0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	
<b>N</b> Matinntak	
0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter	

Kartleggingsverktøyet er bygd opp slik at de ulike faktorene vektet, slik at man til slutt får en poengskår som angir om vedkommende har normal ernæringsstatus, er i risikozonen eller er underernært.

Administrasjonen har også opplyst at man ved Rollag bygdeheim har gjort tiltak ved å flytte middagen og legge inn et ekstra måltid. Veiling gjort før og etter, viste at 75 prosent at beboerne gikk opp i vekt.

Revisjonens journalgjennomgang institusjon

For å undersøke om Rollag kommune kartlegger eller tilbyr tjenestemottakerne kartlegging av sin ernæringsmessige status, har revisjonen gått gjennom et utvalg pasientjournaler i kommunens fagsystem.

Vi har undersøkt journaler til både beboere ved Rollag bygdeheim (sykehjemmet) og til hjemmeboende som mottar helsetjenester fra kommunen.

Ved Rollag bygdeheim gikk VKR gjennom 11 journaler, dvs. noe over 50 prosent.



Tabellen nedenfor oppsummerer vår gjennomgang. Beboerne er anonymisert med l1 til l11, på samme måte som gjør nedenfor i kapittel 5.3.

	Mottakere av helse- og omsorgstjenester bør få tilbud om kartlegging av ernæringsmessig status ved oppstart av tjenesten og deretter regelmessig.
l 1	Kartlagt 2 ganger i 2017, 2 ganger i 2018, 2 ganger i 2019.
l 2	Kartlagt 1 gang i 2017, 2 ganger i 2018, 3 ganger i 2019.
l 3	Kartlagt 3 ganger i 2019.
l 4	Kartlagt 1 gang i 2017, 2 ganger i 2018, 3 ganger i 2019.
l 5	Kartlagt 1 gang i 2019
l 6	Kartlagt 1 gang i 2017, 2 ganger i 2018, 3 ganger i 2019.
l 7	Kartlagt 2 ganger i 2017, 2 ganger i 2018, 3 ganger i 2019.
l 8	Kartlagt 1 gang i 2017, 2 ganger i 2018, 3 ganger i 2019.
l 9	Kartlagt 1 gang i 2017 og 1 gang i 2019.
l 10	Kartlagt 1 gang i 2017, 3 ganger i 2018, 3 ganger i 2019.
l 11	Kartlagt 1 gang i 2018, 3 ganger i 2019.

Tabellen viser at samtlige er kartlagt, med noe varierende hyppighet.

Revisjonens journalgjennomgang hjemmetjenesten

I tillegg til pasientjournaler til beboere ved Rollag bygdeheim, har revisjonen gått gjennom et utvalg av journaler til personer som bor hjemme og mottar kommunale helse- og omsorgstjenester der (hjemmetjenester).

Revisjonen har gått gjennom journalen til 15 hjemmeboende. Som nevnt i kapittel 1.4 hadde Rollag kommune pr. november 2019 76 mottakere av hjemmebaserte tjenester. Vi kommer i vår vurdering nedenfor tilbake til om 15 av 76 er et tilstrekkelig utvalg til å si noe sikkert om praksis.

Tabellen nedenfor viser i hvilken grad disse journalene inneholdt dokumentasjon av om personene hadde fått kartlagt sin ernæringsstatus, eller fått tilbud om dette. Revisjonens gjennomgang gjelder årene 2017-2019.

	Mottakere av helse- og omsorgstjenester bør få tilbud om kartlegging av ernæringsmessig status ved oppstart av tjenesten og deretter regelmessig.
H 1	Ikke kartlagt.
H 2	Ikke kartlagt.
H 3	Kartlagt i 2017, 2018 og 2019.
H 4	Kartlagt 1 gang i 2017 og 1 gang i 2019
H 5	Kartlagt flere ganger i 2019.
H 6	Kartlagt 1 gang i 2019.
H 7	Kartlagt flere ganger i 2019.
H 8	Ikke kartlagt.
H 9	Ikke kartlagt.
H 10	Kartlagt 1 gang i 2018.
H 11	Kartlagt 1 gang i 2019
H 12	Ikke kartlagt.
H 13	Ikke kartlagt.
H 14	Kartlagt 1 gang i 2017 og 1 gang i 2019

H 15

Takket nei til kartlegging i 2019.

Tabellen viser spredning; fra at flere ikke kartlagt i det hele, til at andre er kartlagt flere ganger.

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer institusjon

Helsedirektoratet publiserer Nasjonale kvalitetsindikatorer for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.<sup>5</sup> Disse indikatorene bygger på statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten. Helsedirektoratet understreker selv at indikatorene må tolkes med varsomhet.

De nasjonale kvalitetsindikatorerne inneholder indikatorer for kommunenes ernæringsarbeid, både i institusjon og i hjemmetjenesten.

Ved hjelp av automatiske uttrekk fra kommunenes fagsystemer, måles i hvilken grad de enkelte kommunene har registrert om tjenestemottakerne (blant annet) har fått kartlagt sin ernæringsstatus, om de er i risikozonen for å bli underernært, og om de i så fall har fått utarbeidet en individuell ernæringsplan.

Revisjonen har gått gjennom de tilgjengelige tallene for Rollag kommune (2018-tall), og systematisert disse tallene i tabellen nedenfor, som gjelder beboere i institusjon over 67 år.

KARTLEGGING ERNÆRINGSSTATUS - NASJONALE KVALITETSINDIKATORER - 2018 tall								
INSTITUSJON								
		ROLLAG 2018		LANDET 2018		BUSKERUD 2018		Kilde
KARTLAGT	Antall	13	personer					1
	Andel	100	prosent	46,1	prosent	39,7	prosent	2
IKKE KARTLAGT	Antall	0	personer					3
	Andel	0	prosent	18,7	prosent	16,8	prosent	4
IKKE RELEVANT Å KARTLEGGE	Antall	0	personer					5
	Andel	0	prosent	5	prosent	4,6	prosent	6

<sup>5</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>

MANGLER RAPPORTERING	Antall		personer					7
	Andel	0	prosent	30,2	prosent	39	prosent	8
KARTLAGT OG RISIKO FOR UNDERERNÆRING	Antall	11	personer					9
	Andel	84,7	prosent	40,2	prosent	32,3	prosent	10
PERSONER MED ERNÆRINGSPLAN	Antall	-	personer					11
	Andel	-	prosent	73,5	prosent	65	prosent	12
TOTAL	Antall	13	personer					13

#### Kilder:

1. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
2. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
3. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
4. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
5. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor det ikke har vært relevant å få kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
6. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor det ikke har vært relevant å få kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
7. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som mangler rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.
8. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som mangler rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.
9. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor ernæringsstatus er kartlagt og hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring.
10. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor ernæringsstatus er kartlagt og hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring.
11. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet med ernæringsstatus kartlagt, hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring og hvor en ernæringsplan er utarbeidet.

12. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet med ernæringsstatus kartlagt, hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring og hvor en ernæringsplan er utarbeidet.
13. Totalt antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet.

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer hjemmetjenestene

På samme måte som for beboere i institusjon, har revisjonen gjennomgått tallene i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer for Rollag kommunes hjemmeboende som mottar helse- og omsorgstjenester (2018-tall).

Resultatene går fram av tabellen nedenfor.

KARTLEGGING ERNÆRINGSSTATUS - NASJONALE KVALITETSINDIKATORER - 2018 tall								
HJEMMEBASERT OMSORG								
		ROLLAG 2018		LANDET 2018		BUSKERUD 2018		Kilde
KARTLAGT	Antall	-	personer					1
	Andel	-	prosent	15,75	prosent	11	prosent	2
IKKE KARTLAGT	Antall	15	personer					3
	Andel	27,3	prosent	40,59	prosent	44,7	prosent	4
IKKE RELEVANT Å KARTLEGGE	Antall	23	personer					5
	Andel	42	prosent	17,7	prosent	16,2	prosent	6
MANGLER RAPPORTERING	Antall	15	personer					7
	Andel	27,3	prosent	26,16	prosent	28,1	prosent	8
KARTLAGT OG RISIKO FOR UNDERERNÆRING	Antall	-	personer					9
	Andel	-	prosent	32,72	prosent	28,8	prosent	10
PERSONER MED ERNÆRINGSPLAN	Antall	-	personer					11

TOTAL	Andel	-	prosent	48,51	prosent	56,8	prosent	12
	Antall	55	personer					13

#### Kilder:

1. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
2. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
3. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
4. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som ikke har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
5. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor det ikke har vært relevant å få kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
6. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor det ikke har vært relevant å få kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.
7. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som mangler rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.
8. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet som mangler rapportering på om ernæringsstatus er kartlagt i løpet av siste 12 måneder.
9. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor ernæringsstatus er kartlagt og hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring.
10. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet hvor ernæringsstatus er kartlagt og hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring.
11. Antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet med ernæringsstatus kartlagt, hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring og hvor en ernæringsplan er utarbeidet.
12. Andel personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet med ernæringsstatus kartlagt, hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring og hvor en ernæringsplan er utarbeidet.
13. Totalt antall personer (67 år og eldre) som mottar helsetjenester i hjemmet.

#### Vurdering

Vi begynner med det administrasjonen har opplyst om hva som har vært praksis; ernæringsmessig status skal i utgangspunktet kartlegges hver sjette måned, eller ved behov.

Revisjonen oppfatter det slik at «ved behov» i praksis innebærer at det brukes et visst faglig skjønn, slik at det særlig i hjemmetjenestene har blitt tilbudt kartlegging i tilfeller der tjenesten på faglig

grunnlag har ment at det har vært hensiktsmessig. I andre tilfeller har tjenesten ikke tilbudt slik kartlegging, også på bakgrunn av en faglig vurdering.

Revisjonens gjennomgang av pasientjournaler ved Rollag bygdeheim viser at i samtlige av de kontrollerte journalene var det gjort kartlegging av ernæringsmessig status. For samtlige av de kontrollerte var det tatt stilling til om vedkommende hadde normal ernæringsmessig status, var i risikozonen eller var underernært.

På den andre siden viser gjennomgangen av journaler for hjemmeboende at praksis har vært i samsvar med det administrasjonen har opplyst; noen er ikke kartlagt i det hele, andre er kartlagt gjentatte ganger. Revisjonen har funnet det tilstrekkelig å gjennomgå 15 av 76 journaler for å kunne slå fast denne tendensen i det som har vært praksis.

Praksisen med å tilby ernæringskartlegging til hjemmeboende «ved behov» kan slik revisjonen ser det ha noe for seg; i enkelte tilfeller kan personer ha tjenester i hjemmet av konkrete og avgrensede grunner, og åpenbart ha evne til selv å håndtere det meste i egen hverdag, inklusiv egen ernærings situasjon. Da kan det muligens noen ganger framstå kunstig å tilby ernæringskartlegging.

Men på den andre siden innebærer en praksis om å tilby kartlegging «ved behov» en viss risiko for å overse at noen hjemmeboende kunne profitert på en slik systematisk gjennomgang som en ernæringskartlegging innebærer.

Nye rutiner oktober 2019 innebærer enn viss praksisomlegging for hjemmetjenestene sin del. Vi viser til at de nye rutineene, slik vi leser dem, innebærer at alle mottakere av tjenester i hjemmet nå skal få tilbud om kartlegging av sin ernæringsmessige status. Om de ønsker slik kartlegging, vil være opp til den enkelte tjenestemottaker. VKR mener at kommunen selv bør følge med på i hvilken grad praksis reelt blir lagt om, når det gjelder de hjemmeboende.

Revisjonens undersøkelser viser at kommunen bruker et ernæringsmessig kartleggingsverktøy (MNA),

Når det gjelder de nasjonale kvalitetsindikatorene gir de – lest isolert – grunn til uro. Rapporteringen er mangelfull. Blant annet er det verken for institusjonstjenesten eller hjemmetjenesten ingen rapportering på hvor mange av de de kartlagte som er i risikozonen for underernæring.

Men revisjonens egne journalgjennomganger gjør at vi kan slå fast at de opplysningene som tallene i de nasjonale kvalitetsindikatorene bygger på, ikke stemmer. Som eksempel nevner vi at samtlige av journalene vi undersøkte ved Rollag bygdeheim, var ernærings situasjonen kartlagt og det var tatt stilling til om vedkommende hadde normal ernæringsstatus, var i risikozonen eller var underernært.

At det er betydelige feilkilder i det materialet Helsedirektoratet henter data fra, er ikke nytt eller ukjent for revisjonen. Dels kan det dreie seg om at ernæringsstatus er kartlagt, men ikke registrert riktig i fagsystemet. Feil i den andre retningen kan også tenkes; for eksempel at det er registrert at kartlegging er gjort, mens den i realiteten er gjort ufullstendig eller feilaktig. Man skal også være oppmerksom på at kvalitetsindikatorene bare bygger på opplysninger om personer over 67 år.

Uansett er det grunnlag for å si at Rollag kommune bør sørge for bedre registrering.

Vår konklusjon er at kommunens praksis for ernæringskartlegging har vært tilfredsstillende hva gjelder beboere ved Rollag bygdeheim. Når det gjelder de hjemmeboende tjenestemottakerne, har ikke alle fått tilbud om kartlegging av ernæringsstatus, men dette er lagt om ved nye rutinebeskrivelser fra oktober 2019. Kommunen bruker et ernæringsmessig kartleggingsverktøy.

### 5.3. Ernæringsplan og evaluering

Revisjonskriterium

*Tjenestemottakere i ernæringsmessig risiko bør få tilbud om individuelt utarbeidet ernæringsplan.*

*Iverksatte tiltak skal evalueres.*

Revisjonens journalgjennomgang institusjon

For å undersøke om Rollag kommune tilbyr tjenestemottakerne individuelt utarbeidet ernæringsplan – og om iverksatte tiltak evalueres – har revisjonen gått gjennom et utvalg journaler i kommunens fagsystem.

Vi har undersøkt journaler til både beboere ved Rollag bygdeheim og til hjemmeboende som mottar helsetjenester fra kommunen. Ved Rollag bygdeheim gikk vi gjennom journalen til 11 av 20 beboere, for årene 2017-2019.

Tabellen nedenfor oppsummerer vår gjennomgang. Beboerne er anonymisert med I1 til I11, på samme måte som i kapittel 5.2.

Verdiene i tabellen er ikke rent kvantifiserbare størrelser, men hvilke observasjoner revisjonen gjorde ved gjennomgang av den enkeltes journal.

	Tjenestemottakere i ernæringsmessig risiko bør få tilbud om individuelt utarbeidet ernæringsplan.	Iverksatte tiltak skal evalueres.
I 1	Kartlegging viser risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering. Journalføring viser løpende tiltak og vurderinger.



I 2	Kartlegging viser risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering. Journalføring viser løpende tiltak og vurderinger.
I 3	Normal ernæringsstatus. Ikke behov for ernæringsplan.	Ikke individuelle tiltak å evaluere.
I 4	Kartlegging viser underernæring / risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering. Journalføring viser løpende tiltak og vurderinger.
I 5	Normal ernæringsstatus. Ikke behov for ernæringsplan.	Ikke individuelle tiltak å evaluere.
I 6	Først normal ernæringsstatus, deretter i risiko. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering. Journalføring viser løpende tiltak og vurderinger.
I 7	Først i i risikozonen, senere underernært. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering. Journalføring viser løpende tiltak og vurderinger.
I 8	Kartlegging viser risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering. Journalføring viser løpende tiltak og vurderinger.
I 9	Kartlegging i 2019 viser risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering.
I 10	Ikke formalisert plan.	Ikke formalisert evaluering.
I 11	Først i risikozonen, senere normal ernæringsstatus. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering.

Der tabellen viser «journalføring viser løpende tiltak og vurderinger», viser det til at det i pasientens journal er gjort konkrete nedtegnelser som gjelder vedkommendes ernæringsstatus, inntak av mat og drikke m.m.

Revisjonens journalgjennomgang viser at detaljnivået i journalføringen varierer.

Der det er oppgitt «formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet» viser det til at det ikke er utarbeidet en konkret og selvstendig plan utarbeidet for den enkelte pasient eller tjenestemottaker. Ernæringsplanen skal inneholde dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, matinntak, målrettede tiltak og tidspunkt for evaluering.

Der det er oppgitt «ikke formalisert evaluering» viser det til det ikke er gjennomført en dokumentert vurdering på fastsatte tidspunkter av hvordan iverksatte tiltak har virket og hvilke endringer som er nødvendige.

Kommunens fagsystem har en overordnet funksjon («ernæringsjournal»). Denne brukes, og det er her MNA-kartlegginger m.m. journalføres.

Kommunens fagsystem har også funksjonalitet for ernæringsplaner, der det i egne faner kan legges inn konkrete mål, evalueringstidspunkter. Det eksisterer en egen fane der evalueringen kan dokumenteres. Revisjonens journalgjennomgang viser at denne funksjonaliteten ikke brukes i praksis. Revisjonen har likevel merket seg at det for noen pasienters vedkommende er dokumentert noen observasjoner og vurderinger mht. ernæring i den mer løpende journalføringen.

Revisjonens journalgjennomgang hjemmetjenesten

Tabellen nedenfor viser resultatene av vår gjennomgang av et utvalg av 15 journaler til hjemmeboende som mottar hjemmetjenester.

	Tjenestemottakere i ernæringsmessig risiko bør få tilbud om individuelt utarbeidet ernæringsplan.	Iverksatte tiltak skal evalueres.
H 1	Ikke relevant, ikke kartlagt.	Ikke relevant, ikke kartlagt.
H 2	Ikke relevant, ikke kartlagt.	Ikke formalisert evaluering, men journalføring viser eksempler på daglig kaloriinntak.
H 3	Kartlegging viser risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering, men over år journalført observasjoner av matinntak, vekt m.m.
H 4	Kartlegging viser risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering.
H 5	Det er opprettet ernæringsplan i fagsystemet, men beskriver kun tiltak, ikke mål og evalueringstidspunkter.	Ikke formalisert evaluering.

H 6	Kartlegging viser risiko for underernæring. Formalisert ernæringsplan ikke utarbeidet.	Ikke formalisert evaluering.
H 7	Det er opprettet ernæringsplan i fagsystemet, men beskriver kun tiltak, ikke mål og evalueringstidspunkter.	Ikke formalisert evaluering.
H 8	Ikke relevant, ikke kartlagt.	Ikke relevant, ikke kartlagt.
H 9	Ikke relevant, ikke kartlagt.	Ikke relevant, ikke kartlagt.
H 10	Normal ernæringsstatus. Ikke behov for ernæringsplan.	Ikke individuelle tiltak å evaluere.
H 11	Normal ernæringsstatus. Ikke behov for ernæringsplan.	Ikke individuelle tiltak å evaluere.
H 12	Ikke relevant, ikke kartlagt.	Ikke relevant, ikke kartlagt.
H 13	Ikke relevant, ikke kartlagt.	Ikke relevant, ikke kartlagt.
H 14	Normal ernæringsstatus. Ikke behov for ernæringsplan.	Ikke individuelle tiltak å evaluere.
H 15	Ikke relevant, ikke kartlagt.	Ikke relevant, ikke kartlagt.

Der det er angitt «ikke relevant, ikke kartlagt», viser det til at tjenestemottakeren ikke har blitt kartlagt for ernæringsmessig status. Derfor foreligger heller ikke en konklusjon på om vedkommende er underernært, og dermed i behov av en individuell ernæringsplan.

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer

Vi har i kapittel 5.2 omtalt resultatene fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne for ernæringsarbeid, slik resultatene var for Rollag kommune var for 2018.

Kvalitetsindikatorerne inneholder også tall for antall personer som har fått utarbeidet ernæringsplan.

For Rollag kommunes del viser 2018-tallene at det ikke er registrert noen tjenestemottakere med ernæringsplan, verken i institusjon eller hjemmebaserte tjenester. Dette går fram av tabellene inntatt i kapittel 5.2.

## Vurdering

VKR understreker først hva vi i denne sammenhengen mener med begrepene ernæringsplan og evaluering:

Med ernæringsplan mener vi en konkret og selvstendig plan utarbeidet for den enkelte pasient eller tjenestemottaker. Ernæringsplanen skal inneholde dokumentasjon av ernæringsstatus, behov, matinntak, målrettede tiltak og tidspunkt for evaluering. Hvilke tiltak som settes i gang er avhengig av ernæringsproblemet til hver enkelt pasient.

Med evaluering mener vi at det på fastsatte tidspunkter gjøres en vurdering av hvilken effekt tiltakene har hatt og hvilke endringer som er nødvendige. Evalueringen bør dokumenteres.

Revisjonens journalgjennomgang ved Rollag bygdeheim viser at fagsystemets funksjonalitet for ernæringsjournal er i bruk, og det er her den enkelte beboers kartlegginger av ernæringsstatus journalføres.

Ernæringsplaner i egentlig forstand har ikke vært i bruk. Men revisjonen har ikke grunnlag for å si at de beboerne som er i risiko for underernæring, ikke følges opp. Som journalgjennomgangen (se tabellen for I1-I11 ovenfor) er det for en del journalført konkret om iverksatte tiltak og de vurderinger som er gjort.

Når det gjelder de hjemmeboende, viser journalgjennomgangen variasjoner. Ernæringsplaner i egentlig forstand har ikke vært i bruk. For enkelte er det ikke registrert noe knyttet til ernæringsstatus. For andre er det gjort detaljerte journalføringer over tid. Vår vurdering er at dette en illustrasjon på det administrasjonen har opplyst om hvordan praksis for ernæringsoppfølging har vært; for de hjemmeboende at dette blitt tilbudt ved behov.

Når kommunen ikke har hatt som praksis å utarbeide ernæringsplaner i egentlig forstand, har kommunen heller ikke hatt som praksis å gjennomføre *evaluering* av ernæringsplaner.

Samtidig viser journalgjennomgangen eksempler på konkret og relativt detaljert journalføring. Som eksempler nevner vi H2 og H3 i tabellen som viser revisjonens gjennomgang av journaler for de hjemmeboende. For H2 var det ikke gjort formalisert evaluering, men journalføring viste eksempler på daglig kaloriinntak. For H3 var det heller ikke gjort formalisert evaluering, men det var over år journalført observasjoner av matinntak, vekt m.m.

De nye rutinebeskrivelsene fra oktober 2019 legger opp til at det ved utarbeidelse av ernæringsplaner skal lages en plan som inneholder pasientens beregnede energi og væskebehov, samt tiltak i forhold til kost (beriking eller annen form for næring/næringstilskudd).

Revisjonen legger til grunn at de nye rutineene innebærer at det skal utarbeides en plan som et selvstendig dokument, og at dette innebærer en praksisomlegging.

Rutinen sier ikke eksplisitt at den enkeltes ernæringsplan skal inneholde et tidspunkt der tiltakene skal evalueres og at evalueringen skal dokumenteres, noe revisjonen mener den burde.

Vår konklusjon er at praksis har vært at ernæringsplaner i egentlig forstand og formaliserte evalueringer ikke har vært i bruk, verken i institusjon eller i hjemmetjenesten. Det revisjonen her peker på er likevel ikke det samme som at tjenestemottakere med risiko for underernæring ikke har blitt fulgt opp, ettersom journalgjennomgangen for en del viser journalføring av konkrete tiltak og vurderinger. Nye rutiner fra oktober 2019 legger opp til bruk av individuelt utarbeidete ernæringsplaner, og det bør etter revisjonens syn også legges opp til systematisert bruk av evalueringstidspunkter.

## 5.4. Internkontroll

### Revisjonskriterium

*Ernæringsarbeidet skal være innarbeidet i kommunens internkontroll.*

### Rutinebeskrivelser

Vi har i kapittel 5.1 nevnt at Rollag kommune ikke har hatt skrevne rutiner for ernæringsarbeidet, men at slike rutiner er utarbeidet i oktober 2019.

### Avvikssystem

Administrasjonen har opplyst at kommunen bruker fagsystemet Profil innenfor helse- og omsorgstjenester, på samme måte som de andre kommunene innenfor Kongsbergregionen IKT.

Avvikssystemet i Profil er foreløpig ikke optimalt. I dag brukes systemet Compilo til å melde avvik av uønskede hendelser. Det er forventet ny versjon av Profil om ca. 2 år.

Noen avdelinger bruker fysiske beskjedbøker, der et vaktlag kommuniserer med neste vaktansvarlig, som skal kvittere ut beskjeder i neste journalføring.

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen har VKR sendt ut kartleggingsskjemaer til avdelingslederne innen helse- og omsorg i Rollag kommune. Her ba vi om opplysninger om de ulike avdelingene. Blant det vi etterspurte, var antall avviksmeldinger som gjaldt ernæringsarbeidet.

Tilbakemeldingene fra avdelingslederne viser at det i 2018-2019 ikke var registrert avviksmeldinger innen ernæringsarbeid i hjemmetjenestene. Ved Rollag bygdeheim var det registrert noen få avvik relatert til ernæring, de fleste knyttet til pasienter på såkalt rullerende opphold.

### Opplærings- og kompetanseplan

Revisjonen har fått oversendt «*Opplærings- og kompetanseplan for Rollag kommune 2016-2019*». Vi har også fått oversendt dokument som viser status for gjennomføring pr. november 2019. Dokumentene nevner ikke opplæring innenfor ernæringsarbeid spesifikt.

Revisjonen har fått opplyst at ernæringsgruppa våren 2017 deltok på kurs med fokus på underernæring hos eldre.

### Ernæringsgruppa

Kommunen har i flere år hatt en ernæringsgruppe, med representanter fra ulike avdelinger. Gruppens sammensetning går nå fram av den nye rutinebeskrivelser fra oktober 2019:

- Fagsykepleier i institusjon (leder)
- To gruppeledere i institusjon
- Ernæringsansvarlig hjemmetjenesten
- Institusjonskokk
- Avdelingsleder Fellestjenesten

Ernæringsgruppa skal møtes minst fire ganger årlig. Det skal skrives referat fra møtene.

### Vurdering

Under dette revisjonskriteriet ligger ikke en fullstendig evaluering av kommunens internkontroll for helse- og omsorgstjenesten. Revisjonen drøfter kort i hvilken grad ernæringsarbeidet er innarbeidet i enhetens styrings- og kontrollarbeid.

Vi har tidligere i rapporten sett at Rollag bygdeheim og hjemmetjenesten tidligere har ivaretatt ernæringsarbeidet basert på muntlig fastsatte rutiner, før administrasjonen i oktober 2019 fastsatte skriftlige rutiner. Disse kan bidra til likere praksis og sikre mulighet til kontinuitet ved eventuell utskifting av nøkkelpersonell.

Samtidig har vi tidligere pekt på at rutinene fortsatt kan styrkes, ved at det bør vurderes om ikke rutinen for ernæringsplan bør fastsettes konkrete evalueringstidspunkter for individuelle ernæringsplaner.

Det er grunnlag for å si at det i liten grad meldes avvik innenfor ernæringsarbeidet. Revisjonen ser dette dels i sammenheng med at det ikke har vært skriftlige rutiner. Som et eksempel; dersom det er skriftlig fastsatt at kartlegging av ernæringsstatus skal gjøres hver sjette måned, er det i prinsippet et avvik som skal meldes dersom det for en tjenestemottaker ikke tilbys kartlegging hver sjette måned. Når slike krav ikke er fastsatt skriftlig, reduseres sannsynligheten for at avvik meldes, og da blir det også vanskeligere for ledelsen å følge med på hvor i tjenesten det er svikt eller fare for svikt. Revisjonen ser heller ikke bort fra at ernæringsarbeid generelt er en del av tjenestetilbudet der det tradisjonelt er mindre kultur for å melde avvik, sammenlignet med f.eks. hendelser innenfor legemiddelhåndtering, fallsituasjoner m.m.

Det foreligger opplærings- og kompetanseplan for enheten, uten at kompetanse innenfor ernæringsarbeid er spesifikt nevnt der. Revisjonen har likevel ikke grunnlag for å si at dette burde vært inntatt i planen; det tilligger den kommunale ledelsen å selv ta stilling til hvilke opplærings- og kompetansetiltak det er riktig å prioritere – og det har den kommunale ledelsen gjort.

Ernæringsgruppa er et tiltak som kan bidra til å spre kunnskap på tvers av avdelinger og bidra til likere praksis.

Vår konklusjon er at det er rom for å styrke ivaretagelsen av ernæringsarbeidet i internkontrollen.

## 6. Samlet vurdering og anbefalinger

### Problemstillingene

Vi har i kapittel 1.1 sett at følgende problemstillinger er vedtatt for forvaltningsrevisjonen:

1. Hvilke tiltak har virksomheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor ernæringsarbeid?
2. Følges tiltakene opp i praksis og om nødvendig korrigeres?
3. Er tiltakene tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes?

Problemstillingene skal forstås slik at det tas utgangspunkt i hvilke krav lovgivningen stiller til kommunenes ernæringsarbeid, deretter skal det undersøkes hvilke tiltak kommunen har etablert og i hvilken grad de etterleveres, og om de etterleveres i tilstrekkelig grad til å sikre at lovgivningen overholdes.

\*\*\*

### Rutiner for ernæringsarbeid

Vår konklusjon er at administrasjonens praksis er og har vært i samsvar med revisjonskriteriet: Kommunen har hatt muntlige rutiner for kartlegging av tjenestemottakernes ernæringsmessige status. Disse er nå skriftliggjort.

### Kartlegging av ernæringsstatus

Vår konklusjon er at kommunens praksis for ernæringskartlegging har vært tilfredsstillende for så vidt gjelder beboere ved Rollag bygdeheim. Når det gjelder de hjemmeboende tjenestemottakerne, har ikke alle fått tilbud om kartlegging av ernæringsstatus, men dette er lagt om ved nye rutinebeskrivelser fra oktober 2019. Kommunen bruker et ernæringsmessig kartleggingsverktøy.

### Ernæringsplan og evaluering

Vår konklusjon er at praksis har vært at ernæringsplaner i egentlig forstand og formaliserte evalueringer ikke har vært i bruk, verken i institusjon eller i hjemmetjenesten. Det revisjonen her peker på er likevel ikke det samme som at tjenestemottakere med risiko for underernæring ikke har blitt fulgt opp, ettersom journalgjennomgangen for en del viser journalføring av konkrete tiltak og vurderinger. Nye rutiner fra oktober 2019 legger opp til bruk av individuelt utarbeidete ernæringsplaner, og det bør etter revisjonens syn også legges opp til systematisert bruk av evalueringstidspunkter.



## Internkontroll

Vår konklusjon er at det er rom for å styrke ivaretagelsen av ernæringsarbeidet i internkontrollen.

## Oppsummering

Samlet sett har Rollag kommune i den undersøkte perioden (2017-2019) hatt etablert praksis for kartlegging av tjenestemottakeres ernæringsmessige situasjon. Rutinene har vært muntlige, men er skriftliggjort i oktober 2019.

I institusjon er praksisen etablert og lik, ved at alle kartlegges. I hjemmetjenestene har kartleggingspraksis vært mer styrt av behov og tjenestens faglige skjønn, noe som innebærer at enkelte har fått tilbud om kartlegging, andre ikke. Dette har ikke vært i samsvar med gjeldende anbefalinger, og nye rutiner fra oktober 2019 endrer dette slik at også alle hjemmeboende tjenestemottakere skal få tilbud om regelmessig kartlegging. Registrering av kartlegginger m.m. som danner grunnlag for Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer er ufullstendige, og bør bedres.

Revisjonen mener at praksis har vært at personer i risikozonen har blitt fulgt opp, men ikke med egne, selvstendige ernæringsplaner og formaliserte evalueringer. Nye rutiner fra oktober 2019 endrer dette. Rutinen for ernæringsplan bør si noe om evalueringstidspunkter i individuelle ernæringsplaner.

Vår vurdering er at kommunens tiltak, brukt slik de nå er definert og med forbehold for det som går fram av våre anbefalinger nedenfor, er tilstrekkelige til å sikre at lovgivningen overholdes.

## Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale Rollag kommune å:

- Følge med på at praksisendringer som følge av nye rutinebeskrivelser fra oktober 2019 reelt etterleves.
- Vurdere bruk av fastsatte evalueringstidspunkter i individuelle ernæringsplaner.
- Bedre registreringen som Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer henter data fra.
- Styrke internkontrollen rettet mot ernæringsarbeidet.

\*\*\*

Et utkast til rapport har blitt oversendt rådmannen til uttalelse. Rådmannens uttalelse i brev av 17. april 2020 er vedlagt rapporten.

Drammen, den 20. april 2020.

**Torkild Halvorsen**  
Leder forvaltningsrevisjon

**Gisle Skaaden**  
Forvaltningsrevisor

## Referanser

Relevante rettskilder m.m. er omtalt i vedlegg 3 (revisjonskriterier), vi viser til dette.

Kunnskapsgrunnlag (Statens helsetilsyn, Riksrevisjonen) er omtalt i kapittel 4, vi viser til henvisninger der.

Sentrale dokumenter Rollag kommune:

**Pleie- og omsorgsplan Rollag kommune 2007-2017**

**Administrativt delegasjonsreglement**

**Administrativt delegasjonsreglement helse- og omsorg**

**Rutinebeskrivelser ernæringsarbeid (oktober 2019)**

**Dokumenter vedr. avvikssystem**

**Kompetanseplan helse- og omsorg 2016-2019, med status**

## Vedlegg 1 – Uttalelse fra rådmann, datert 17. april 2020



Rollag kommune

Vår referanse: 2020/687-2  
Deres referanse:  
Løpenummer: 2473/2020

VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS  
Postboks 4197  
3005 DRAMMEN

17.04.2020

Offl. § 5 3. ledd

### **Uttalelse til forvaltningsrapport om ernæringsarbeid innenfor institusjon og hjemmebaserte tjenester i Rollag kommune**

Det vises til epost datert 23. mars 2020 fra Viken kommunerevisjon IKS vedrørende oversendelse av utkast til forvaltningsrevisjonsrapport om ernæringsarbeid innenfor institusjon og hjemmebaserte tjenester i Rollag kommune. Rapporten ble oversendt rådmann for uttalelse.

Rådmannen er av den oppfatning av at det er gjennomført en omfattende og god forvaltningsrevisjon av kommunens ernæringsarbeid.

Rådmannen har ingen merknader eller kommentarer til rapportens innhold, herunder de anbefalinger som gis for videre arbeid med ernæring i kommunen.

Rollag kommune v/helse og omsorg vil følge opp anbefalingene fra forvaltningsrevisjonsrapporten i sitt videre arbeid.

Med vennlig hilsen

Hans Henrik Thune  
Rådmann, Rollag kommune

## Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Nedenfor følger et kort resyme av RSK 001, med de viktigste punktene som skal følges.

*Standard for forvaltningsrevisjon<sup>6</sup> ble fastsatt av styre i NKRF (Norges kommunerevisorers forening) 1. februar 2011. Standarden gjelder som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjonsprosjekter. Den består av grunnleggende prinsipper og revisjonshandlinger i forvaltningsrevisjon.*

Standarden er bygget opp med 47 punkter hvor noen er anbefalinger og noen er obligatoriske krav.

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i kommuner og fylkeskommuner, og kontrollutvalget skal påse at det årlig blir gjennomført forvaltningsrevisjon. Det skal utarbeides plan for forvaltningsrevisjon basert på en overordnet analyse, og denne skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget.

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger.

Forvaltningsrevisjon skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

Punkt	Innhold
1-5	Innledning
6-9	Krav til revisor
10-11	Bestilling
12-17	Revisjonsdialogen
18-19	Prosjektplan
20-21	Problemstilling(er)
22-25	Revisjonskriterier
26-30	Metode og data
31-33	Vurderinger og konklusjoner
34	Anbefalinger
35-41	Prosjektrapport
42-44	Dokumentasjon
45-47	Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

### Krav til revisor:

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor må oppfylle gitte kvalifikasjonskrav. Denne må også sørge for at forvaltningsrevisjonen gjennomføres med tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter i relevant metodikk, og med tilstrekkelig kunnskap om temaet som revisjonen omhandler.

Revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver. Dersom revisor benytter arbeid utført av andre, skal revisor sikre at kravene til uavhengighet og objektivitet er oppfylt også for disse.

### Bestilling:

Forvaltningsrevisjonen må gjennomføres i samsvar med kontrollutvalgets bestilling. Revisor må vurdere om kontrollutvalgets bestilling lar seg gjennomføre, om revisor er faglig uavhengig, og dersom det er nødvendig må bestillingen avklares med kontrollutvalget.

<sup>6</sup> [http://www.nkrf.no/filarkiv/File/Diverse\\_pdf-er/RSK\\_001\\_Standard\\_for\\_forvaltningsrevisjon\\_110201.pdf](http://www.nkrf.no/filarkiv/File/Diverse_pdf-er/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_110201.pdf)

## Revisjonsdialogen:

Så tidlig som mulig i prosjektet – og senest før datainnsamlingen starter – skal revisor sende oppstartsbrev til administrasjonssjefen. Det bør også avholdes oppstartsmøte med administrasjonssjefen og reviderte enheter hvor det redegjøres for prosjektet og planlagt gjennomføring.

Hvis det underveis i prosjektet oppstår behov for å endre prosjektets problemstilling(er) eller annet som har vesentlig betydning i forhold til bestillingen, skal dette avklares med kontrollutvalget.

Administrasjonssjefen skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som framgår av rapporten, og høringsvaret skal vedlegges rapporten som går til behandling i kontrollutvalget.

## Prosjektplan, problemstillinger og revisjonskriterier:

Det skal utarbeides en skriftlig prosjektplan for hvert prosjekt, med problemstilling(er).

Med utgangspunkt i bestillingen fra kontrollutvalget må revisor operasjonalisere problemstillingen(e) slik at de blir tilstrekkelig konkretisert og avgrenset til å kunne besvares.

Med utgangspunkt i problemstillingen(e) skal det etableres revisjonskriterier, som skal være begrunnet i, og utledet fra, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for forvaltningsrevisjonsobjektet innenfor den aktuelle tidsperioden.

## Metode og data:

Revisor må gjennom valg av metode sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) i forhold til problemstillingene, og datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet). Det må innhentes data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingene. Ved bruk av intervjuer skal som hovedregel data verifiseres.

Data som inneholder personopplysninger, må behandles i tråd med lovkrav.

## Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

Revisor må analysere de innsamlede dataene i forhold til revisjonskriteriene og vurdere om praksis eller tilstand er i tråd med kriteriene. Vurderinger må være objektive og logiske. Revisor skal konkludere i forhold til problemstillingene ved å se vurderingene av data opp mot revisjonskriteriene. Dersom det avdekkes vesentlige avvik skal disse komme tydelig frem i forvaltningsrevisjonsrapporten.

Anbefalinger er ikke obligatorisk, men bør gis der dette er hensiktsmessig. Anbefalinger må aldri formuleres som pålegg til administrasjonen, og det bør utvises varsomhet med å foreslå detaljerte løsninger.

## Prosjektrapporten:

Det skal skrives rapport til hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt. Rapporten bør utformes så leservennlig som mulig.

Rapporten skal vise sammenhengen ("den røde tråden") mellom problemstillinger, revisjonskriterier, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Praxis eller tilstand innen det reviderte området må beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner.

## Dokumentasjon:

Forvaltningsrevisjon skal dokumenteres på en måte som er tilstrekkelig til å gi en totalforståelse av utførelsen av prosjektet, og til å underbygge revisors vurderinger og konklusjoner. Forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter eller feil, skal dokumenteres særskilt.

Dokumentasjon (revisjonsbevis) skal oppbevares i tråd med lovkrav.

## Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

Utføring av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres, for å sikre nødvendig faglig og metodisk kvalitet i undersøkelse og rapport, samt at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Revisjonsenheten må dokumentere at det er system for kvalitetskontroll.

## Vedlegg 3 – Utledning av revisjonskriterier

Forvaltningsrevisjonen har følgende problemstillinger:

1. Hvilke tiltak har virksomheten for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor ernæringsarbeid?
2. Følges tiltakene opp i praksis og om nødvendig korrigeres?
3. Er tiltakene tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes?

Problemstillingene skal forstås slik at det tas utgangspunkt i hvilke krav lovgivningen stiller til kommunenes ernæringsarbeid, deretter skal det undersøkes hvilke tiltak kommunen har etablert og i hvilken grad de etterleves, og om de etterleves i tilstrekkelig grad til å sikre at lovgivningen overholdes.

For å kunne svare på problemstillingene, har VKR utledet revisjonskriteriene som går fram nedenfor.

Det er ikke separate revisjonskriterier for hver av de tre problemstillingene.

### Revisjonskriteriene

#### Rutiner

*Kommunen skal ha rutiner for å kartlegge ernæringsmessig status for mottakerne av helse- og omsorgstjenester. Rutinene bør være skriftlige.*

Revisjonskriteriet er utledet fra disse kildene:

**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.

**Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3:** Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

**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

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte 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.

### Kartlegging og kartleggingsverktøy

*Mottakere av helse- og omsorgstjenester bør få tilbud om kartlegging av ernæringsmessig status ved oppstart av tjenesten og deretter regelmessig.*

*Kommunen bør bruke et ernæringsmessig kartleggingsverktøy.*

Revisjonskriteriene er utledet fra disse kildene:

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. § 4-1 første ledd første punktum: Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS1580) side 16, punkt 4.6 Generell anbefaling: Dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. Side 16, punkt 4.6 Primærhelsetjenesten, 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. NRS 2002, SGA eller Ernæringsjournal kan anvendes som et alternativ. Side 31 punkt 7.5: Helseforetakene og kommunene skal sikre at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten

Helsetilsynets veileder for tilsyn med kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten (Internserien 3/2010) side 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.

Kosthåndboken Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) side 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.

### Ernæringsplan og evaluering av tiltak

*Tjenestemottakere i ernæringsmessig risiko bør få tilbud om individuelt utarbeidet ernæringsplan.*

*Iverksatte tiltak skal evalueres.*

Revisjonskriteriene er utledet fra disse kildene:

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.

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

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS1580) side 9, punkt 2.2 Individrettede tiltak, første kulepunkt: Personer i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak. Side 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). Ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeve, svelgevaner, 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). Side 16, punkt 4.6 Primærhelsetjenestene, første 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.

Kosthåndboken Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (IS-1972) side 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.

### Internkontroll

*Ernæringsarbeidet skal være innarbeidet i kommunens internkontroll.*

Revisjonskriteriet er utledet fra disse kildene:

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.

**Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3:**  
Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.