



**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Internserien 3/2010  
Utgitt av Statens helsetilsyn

Landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester til eldre 2010

## **Veileder for tilsyn med kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten**

**Saksbehandlere:** rådgiver Wenche Skjær og seniorrådgiver Merete Steen

**Godkjent av:** avdelingsdirektør Richard H Knoff, 12. februar 2010

## Innhold

<b>1</b>	<b><i>Innledning</i></b> .....	<b>3</b>
1.1	<b>Veilederen – formål og bruk</b> .....	<b>3</b>
1.2	<b>Definisjoner og begreper</b> .....	<b>3</b>
1.3	<b>Innhold og avgrensninger</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b><i>Tilsynets område - regelverk, revisjonskriterier og veiledning for bedømmelse</i></b> .....	<b>7</b>
2.1	<b>Beskrivelse av regelverket på området</b> .....	<b>7</b>
2.2	<b>Identifisering av ernæringsmessig risiko og av underernæring hos pasienter i sykehjem og hjemmetjenesten</b> .....	<b>10</b>
2.3	<b>Oppfølging av pasienter for å forebygge og behandle underernæring i sykehjem og i hjemmetjenesten</b> .....	<b>14</b>
2.3.1	Utredning for å kunne igangsette tilpassede tiltak.....	15
2.3.2	Igangsetting av målrettede tiltak.....	16
2.3.3	Evaluering og justering av individrettede tiltak.....	18
2.4	<b>Oppsummering av revisjonskriterier/krav</b> .....	<b>19</b>
<b>3</b>	<b><i>Forberedelse og gjennomføring</i></b> .....	<b>22</b>
3.1	<b>Tilsynsmetodikk</b> .....	<b>22</b>
3.2	<b>Tilsynslaget sammensetning</b> .....	<b>22</b>
3.3	<b>Tidsramme / omfang og valg av virksomheter</b> .....	<b>22</b>
3.4	<b>Revisjonsvarsel, dokumentasjonsinnhenting og -gjennomgang</b> .....	<b>22</b>
3.5	<b>Intervjuobjekter og stikkprøver (verifikasjoner)</b> .....	<b>22</b>
3.6	<b>Rapport</b> .....	<b>23</b>
<b>4</b>	<b><i>Oppfølging</i></b> .....	<b>23</b>
<b>5</b>	<b><i>Vedlegg / Referanser</i></b> .....	<b>23</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Veilederen – formål og bruk

Denne veilederen omhandler tilsyn med kommunens tiltak for å identifisere ernæringsmessig risiko og å forebygge og følge opp underernæring hos eldre personer som bor på sykehjem/boform med heldøgns omsorg og pleie eller som er brukere av hjemmetjenester. Veilederen er bygget opp slik at den kan brukes både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Statens helsetilsyn har utarbeidet veilederen som ledd i sin satsing på tilsyn med tjenester til eldre (2009-2012). Veilederen kan benyttes i 2010 som ledd i tilsynet med kommunenes tjenester til eldre.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon etter gjeldende prosedyre for systemrevisjon og rapportmal.

Veiledermateriellet for tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre 2010 er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av: ass. fylkeslege Sven Anders Haugtomt, seniorrådgiver Anne Grete Robøle, rådgiver Lars Ivar Widerøe, rådgiver Wenche Skjær, seniorrådgiver Charlotte Stokstad, seniorrådgiver Gunnar Andersen, seniorrådgiver Pål Børresen og seniorrådgiver Merete Steen.

Kontaktpersoner for denne veilederen er seniorrådgiver Merete Steen og rådgiver Wenche Skjær i Statens helsetilsyn.

## 1.2 Definisjoner og begreper

Med ernæring forstås her både mat og drikke, dvs. pasientens behov for både energi og væske.

Definisjonene nedenfor er hentet fra Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) utgitt av Helsedirektoratet i 2009<sup>1</sup>.

*Ernæringsmessig risiko:* En tilstand som disponerer for underernæring og komplikasjoner knyttet til dette.

*KMI:* Kroppsmasseindeks = vekt (kg) / høyde<sup>2</sup>, også kalt BMI (body mass index).

*Ernæringsvurdering eller –screening:* En enkel metode som benyttes på alle pasienter for å kunne vurdere ernæringsstatus som sier om hvorvidt en person er i ernæringsmessig risiko.

---

<sup>1</sup> Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. IS-1580.

[http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/publikasjoner/nasjonale\\_faglige\\_retningslinjer\\_for\\_forebygging\\_og\\_behandling\\_av\\_underern\\_ring\\_443404](http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer_for_forebygging_og_behandling_av_underern_ring_443404) (7.1.2010)

*Underernæring:* Ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon samt klinisk resultat.

*Utredning av ernæringsstatus:* Grundig og detaljert undersøkelse som inkluderer medisinsk historikk og ernæringshistorikk, antropometriske målinger (kroppsmålinger, bl.a. høyde og vekt, KMI), klinisk undersøkelse og laboratoriedata.

I denne veilederen legger vi i tillegg følgende definisjoner til grunn:

*Forebygging:* Begrepet brukes i denne veilederen om alle typer av individrettede tiltak som bidrar til å hindre at pasienter i ernæringsmessig risiko utvikler underernæring.

*Behandling:* Begrepet brukes her om alle typer av individrettede ernærings tiltak overfor pasienter som er klassifisert som underernærte (moderat eller alvorlig).

### 1.3 Innhold og avgrensninger

Flere undersøkelser har vist at pleietrengende eldre er blant pasientgruppene som har særlig risiko for underernæring. Undersøkelser har vist at mange eldre personer på sykehjem og i hjemmetjenesten er underernærte eller står i fare for å utvikle underernæring. Blant hjemmeboende syke eldre er forekomsten av underernæring anslått til å være rundt 10 %. I en studie blant hjemmeboende eldre i Oslo og Bærum som mottok hjemmesykepleie ble det imidlertid påvist underernæring eller ernæringsmessig risiko hos nesten halvparten av pasientene. Forekomsten av underernæring i sykehjem varierer mellom 10 og 60 % avhengig av hvilke metoder som er brukt og hvilke grenseverdier som er satt. For nærmere omtale av forekomst, konsekvenser og årsaker til underernæring hos syke og/eller pleietrengende eldre vises til Helsedirektoratets nylig utgitte Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (heretter omtalt som Helsedirektoratets retningslinjer).

Tilsynet omfatter følgende gruppe av eldre:

- Eldre pasienter i sykehjem på korttids- eller langtidsopphold
- Eldre hjemmeboende i egen opprinnelig bolig eller omsorgsbolig med vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand.

I veilederen benyttes betegnelsen sykehjem som fellesbetegnelse for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3.

Pasienter på korttidsopphold i sykehjem er tatt med fordi de ofte kommer til sykehjemmet etter sykdom og opphold på sykehus. Den ernæringsmessige situasjonen er da ekstra utsatt og dermed viktig å få vurdert og fulgt opp videre.

Med omsorgsboliger menes her alle typer omsorgsboliger der tjenester gis på grunnlag av enkeltvedtak.

Med vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand forstås i denne sammenheng vedtak om tjenester generelt og ikke nødvendigvis bare tjenester hvor hjelp til ernæring inngår. Tilsynet omfatter derved også brukere som ikke allerede har innvilget hjelp til ernæring.

Begrepet hjemmetjenester brukes i denne veilederen om tjenester gitt som praktisk bistand etter sosialtjenesteloven og/eller som hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven, se også veilederens kap 2.0.

Det er mange likhetstrekk mellom hjemmetjenesten og sykehjem når det gjelder å håndtere ernæringsmessige utfordringer hos eldre brukere av disse tjenestene. Det er velkjent at det også bor mange svært syke og skrøpelige eldre i egen bolig, med de samme spesielle ernæringsmessige utfordringene som hos pasienter på sykehjem.

Pasientene i hjemmetjenesten framviser imidlertid større variasjon når det gjelder sykdomsforhold og funksjonsnivå enn pasienter på sykehjem. Hjemmeboendes behov for tjenester vil tilsvarende være svært ulikt og hjelpen ha ulikt innhold. For noen brukere av hjemmetjenesten vil problemstillinger knyttet til ernæring ikke ha relevans. Dette kan for eksempel gjelde eldre som en kortere periode får hjelp til personlig hygiene eller påkledning pga. ben- /armbrudd og for øvrig er funksjonsfriske.

Ved tilsynet skal det undersøkes at kommunen sikrer:

1. Identifisering av ernæringsmessig risiko og av underernæring hos pasienter i sykehjem og i hjemmetjenesten.
2. Oppfølging av pasienter i sykehjem og i hjemmetjenesten for å forebygge og behandle underernæring

Inndelingen av tilsynet samsvarer med de to hovedgruppene av anbefalinger i Helsedirektoratets retningslinjer.

Målgruppe for Helsedirektoratets retningslinjer er personell og ledere i spesialist- og primærhelsetjenesten. Når det gjelder hjemmeboende personer er retningslinjenes anbefaling om å vurdere ernæringsmessig risiko knyttet til at det ytes hjemmesykepleie:

*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.*

Kommunene organiserer seg ulikt, og samme type tjenester til hjemmeboende kan i ulike kommuner bli gitt som henholdsvis helsetjenester i form av hjemmesykepleie eller som sosialtjeneste i form av praktisk bistand. Derfor vil også enkelte hjemmeboende eldre som mottar tjenester bare etter sosialtjenesteloven kunne ha behov for å få vurdert ernæringsmessig risiko og evt. få videre oppfølging. Når det gjelder hjemmeboende eldre omfatter derfor tilsynet brukere av hjemmetjenester, og ikke kun dem som mottar hjemmesykepleie.

Flere kommuner har utkjøring av ferdig tilberedt mat til eldre hjemmeboende som et tiltak. Det er ulikt hvem som står for selve utkjøringen, men ofte kan det være personer uten

helsefaglig bakgrunn f.eks. frivillige, sjåførere eller vaktmestere. Utkjøring av mat kan være et forebyggende lavterskeltilbud til eldre, slik at ikke alle som er med i ordningen vil ha ernæringsmessige problemer. Kommunens ordninger for matutkjøring til brukere som er i ernæringsmessig risiko eller som er underernært må imidlertid inngå som en del av helheten i tiltakene som settes i verk og følges tett opp. Slike ordninger vil derfor være en del av tilsynet.

Fastlegen og sykehjemslegen har viktige funksjoner når det gjelder medisinske forhold knyttet til forebygging og behandling av underernæring. Kommunens ansvar for å sikre at hjemmeboende eldre med hjemmetjenester og pasienter i sykehjem får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, er derfor tatt med i tilsynet. Fastlegens tiltak overfor hjemmeboende pasienter når det gjelder vurdering, utredning og oppfølging av ernæringsproblemer, er ikke del av tilsynet. I sykehjem er legetjenestens dimensjonering og sykehjemslegens samhandling med pleiepersonellet tatt inn i tilsynet. Sykehjemslegens konkrete medisinskfaglige vurderinger er ikke del av tilsynet.

Ved dette tilsynet er det ikke lagt opp til å gå nærmere inn på enkelte gruppers spesielle ernæringsbehov. Grupper som for eksempel personer med diabetes, personer i livets slutfase eller personer med spesiell kulturell eller religiøs tilhørighet vil derfor ikke bli omtalt særskilt. Det forutsettes imidlertid at tiltak som settes i verk ved ernæringsmessig risiko eller underernæring bygger på og tar hensyn til ulike gruppers spesielle behov, og at ordninger for å identifisere, sette i verk tiltak, evaluere og justere tiltakene også fungerer for grupper med spesielle behov.

Enkelte pasienter vil ha behov for å få mat og drikke via ernæringssonde eller parenteralt. I dette tilsynet er det ikke lagt opp til å se på hvordan selve ernæringsbehandlingen gjennomføres med sonde eller intravenøst, men det skal undersøkes at kommunen sikrer nødvendig kompetanse dersom dette er tiltak som benyttes og at ordningene / rutinene / prosedyrene for å identifisere, sette i verk tiltak, evaluere og ved behov justere tiltakene også fungerer for denne brukergruppa.

Etiske problemstillinger rundt ernæring er ikke tema for dette tilsynet.

Kravene til samtykke til de tiltakene som igangsettes for å avklare ernæringsstatus og for å forebygge eller behandle underernæring, er ikke tema i tilsynet. Det samme gjelder samtykke om at nødvendige opplysninger om disse forholdene utveksles mellom enheter som samarbeider om ivaretagelse av pasientens ernæring.

Vurdering av bruk av tvang etter pasientrettighetsloven (pasrl.) kap. 4A er ikke en del av dette tilsynet.

## 2 Tilsynets område - regelverk, revisjonskriterier og veiledning for bedømmelse

### 2.1 Beskrivelse av regelverket på området

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og sosialtjenester. Kommunens ansvar for å sørge for nødvendig helsetjeneste følger av khl. § 1-1. Hvilke oppgaver som ligger til den kommunale helsetjenesten og hvilke deltjenester kommunen må ha for å ivareta ansvaret, følger av khl. § 1-3. I tilsynet skal tjenester til eldre med ernæringsproblemer som ytes innen sykehjem og hjemmetjenesten, undersøkes. Etter khl. § 2-1 er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp. Sammenholdt med khl. § 1-3a og § 6-3 siste ledd innebærer retten til nødvendig helsehjelp også krav til tjenester av forsvarlig omfang og innhold. Bistand fra kommunehelsetjenesten skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser.

Helsedirektoratets faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) beskriver hva som vil være god faglig praksis i forhold til de aktuelle problemstillingene. Slike retningslinjer vil danne kjernen i den rettslige standarden om faglig forsvarlighet, men det vil være noe handlingsrom i forhold til grensen mot det uforsvarlige. Dette er beskrevet i denne veilederen. I alminnelighet må virksomheten kunne begrunne eventuelle fravikelser fra faglige retningslinjer.

Etter sosialtjenesteloven er det en grunnleggende forutsetning at tjenestene skal ligge på et forsvarlig nivå og ha et forsvarlig innhold ut fra brukerens behov, jf. sotjl. § 2-1, jf. § 4-3, jf. § 2-6 siste ledd. Av sotjl. § 4-2 bokstav a-d fremgår det hva de sosiale tjenestene skal omfatte. I dette tilsynet er fokus rettet mot kommunens ansvar for å yte praktisk bistand hjemlet i sotjl. § 4-2 a, jf. § 4-3.

Kommunene står fritt til å benytte tjenester/tiltak og omfang av tjenester/tiltak forutsatt at tilbudet av helse- og sosialtjenester er forsvarlig (innhold og nivå) gitt den enkeltes behov.

Når det gjelder kommunens hjemmetjeneste vil det være en viss variasjon i kommunene om hvordan de har organisert og fordelt oppgavene mellom sosialtjenesten og helsetjenesten, og hjemmetjenesten vil ofte kunne være samlet i en felles pleie- og omsorgstjeneste. Det vil ikke kunne trekkes absolutte rettslige skiller mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand, men enkelte oppgaver vil åpenbart være hjemmesykepleie og helsetjenester forankret i helselovlovgivningen, og tilsvarende vil enkelte oppgaver være praktisk bistand etter sosialtjenesteloven. Utenom slike tilfeller bør det være de faktiske forhold knyttet til organisering og ansvarsfordeling i kommunen som gir føringer for hvilke hjemler som er aktuelle ved avvik.

Kommunen skal sikre tjenestene til dem som til enhver tid trenger tjenester, se blant annet khl. 2-1, jf. khl. § og sotjl. § 4-3, jf. § 4-2 a-d, kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten. Kommunen har følgelig også en plikt til å fange opp endringer av behov hos tjenestemottagere i pleie- og omsorgstjenesten.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften) skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og

sosialtjenesteloven får dekket sine grunnleggende behov. Kvalitetsforskriften inneholder både bestemmelser om krav til styring og bestemmelser som gir føringer for innhold i tjenestene. Blant annet fremgår det i forskriften hva som menes med grunnleggende behov. Her inngår fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold, rimelig valgfrihet når det gjelder mat samt tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise. Etter kvalitetsforskriften § 3 første ledd skal kommunen ha skriftlige prosedyrer som søker å sikre at tjenestemottaker får de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid.

Kommunene må ha et velfungerende og fleksibelt tjenesteapparat. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften) oppstiller krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Tjenestene må være tilstrekkelig og hensiktsmessig organisert og ledet i overensstemmelse med kravene i internkontrollforskriften, slik at tjenestemottagerne er sikret tjenester og tjenesteytelse i samsvar med regelverket.

Blant annet skal det sørges for at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper innenfor sitt fagfelt, og man skal jevnlig evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer mv. For å kunne sikre forsvarlige tjenester, må kommunen bruke tilbakemeldinger og klager til forbedring av tiltak og tjenester og gjennomføre vurderinger av sårbare områder knyttet til tjenestens oppfølging av tjenestemottagerne, behov for tjenester og utførelse av tjenestene og tiltak, jf. internkontrollforskriften § 4.

Det følger av kvalitetsforskriften at § 3 at kommunen skal ha utarbeidet skriftlige prosedyrer for å sikre grunnleggende behov. Prosedyrene må være kjent og bli brukt i tjenestene, jf. internkontrollforskriften § 4. Det kan forekomme at kommunen har rutiner som er i bruk og fungerer tilfredsstillende, men som ikke er nedskrevet. Kravet til skriftlighet bør ikke vurderes isolert, men sees i sammenheng med virksomhetens arbeid med å sikre at grunnleggende behov ivaretas. Vurderingen av hva kommunen skal ha utarbeidet av skriftlige prosedyrer må bygge på prinsippet i Internkontrollforskriften § 5: ”*Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse*”.

Flere forhold av medisinsk art kan ligge bak at pasienten er i ernæringsmessig risiko eller er underernært. Pasientene har ofte flere kroniske sykdommer som kan forverre seg og øke pasientens ernæringsproblemer. Flere legemidler kan også bevirke at pasienten får nedsatt matlyst, kvalme mv. og derved ikke får i seg tilstrekkelig næring. Det vil derfor være viktig at *hjemmeboende pasienter* får nødvendig undersøkelse og behandling av fastlegen. Som en del av sine tiltak må leder for hjemmesykepleien medvirke til at den enkelte pasient som er i ernæringsmessig risiko eller er underernært får nødvendig legetilsyn dersom pasientenes fastlege ikke allerede er informert og følger opp pasienten. Det vises her til forskrift om lovbestemt sykepleie i kommunene § 4 og kvalitetsforskriften § 3 som krever at kommunen må ha skriftlige prosedyrer som søker å sikre nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling.

I *sykehjem* inngår medisinsk undersøkelse og behandling som en del av tjenestetilbudet, jf. forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 3-2 b. Ledelsen av sykehjemmet må sørge for at virksomheten ivaretar vurdering og oppfølging av pasientens



ernærings situasjon på en forsvarlig måte. Ansvarsfordeling og samarbeid mellom sykehjemslege og pleiepersonell når det gjelder disse oppgavene må være avklart. Pasienter som innlegges i sykehjem har ofte flere alvorlige sykdommer som bidrar til at de får i seg lite mat og drikke. Pasienten kan ved innleggelsen være underernært/dehydrert og ha behov for akutte medisinske tiltak. Tilsvarende tilstand kan også utvikle seg under oppholdet som del av forverring av kronisk sykdom eller akutte sykdomstilstander. For å sikre pasienten nødvendig helsehjelp fra lege må det være rutiner for rapportering mellom sykehjemslegen og øvrig sykehjems personell og tilgang til tilstrekkelige legetjenester, jf. khl § 1-3a, hlspl § 16, sykehjemsforskriften § 3-2b, kvalitetsforskriften § 3, internkontrollforskriften § 4.

Tilsynet skal undersøke om kommunene sikrer at pleie- og omsorgstjenestene ved henholdsvis sykehjem, hjemmesykepleie og praktisk bistand ivaretar disse grunnleggende behovene, jf. khl. § 2-1, jf. § 1-3, sotjl § 4-2 a, jf. 4-3, jf. kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften § 4.

## Dokumentasjon

Den som yter helsehjelp skal føre journal, og journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40 samt journalforskriften § 8. Opplysninger knyttet til undersøkelser, funn og behandling av ernæringsstatus vil ofte være relevante og nødvendige opplysninger. For eksempel må tiltak som registrering av mat- og væskeinntak begrunnes faglig og dokumenteres i journalen ved iverksetting og seponering.

Det følger av § 4 i forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385 at virksomheter som yter helsehjelp må opprette pasientjournalssystem for føring og oppbevaring av pasientjournaler. Plikten til forsvarlige informasjonssystemer i kommunehelsetjenesten ligger til kommunen, se merknad til § 4 i forskrift om pasientjournal. Journalssystemene kan være felles eller delte, papirbaserte eller elektroniske, men de skal til enhver tid fungere i tråd med kravet til forsvarlige helsetjenester. Systemene må ivareta dokumentasjonsplikt, tilgjengelighet til relevant og nødvendig informasjon og ivareta krav til taushetsplikt innad i virksomheten og i forhold til andre. For eksempel vil det for noen pasienter være nødvendig å registrere daglige mat- og/eller væskeinntak. Ofte brukes egne skjema som mat- og drikkelister til dette. Slike skjema er å betrakte som hjelpeverktøy og hele skjemaet må ikke nødvendigvis inn i pasientens journal, men resultater eller oppsummeringer fra hjelpeverktøyet skal dokumenteres i journal.

Tilretteleggingsplikten etter khl. § 1-3a, jf. forskrift om pasientjournal § 4, innebærer også at virksomhetene må sørge for at helsepersonell i sin yrkesutøvelse har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde helsepersonellens dokumentasjonsplikt og plikt til forsvarlig virksomhet generelt. Dette betyr at virksomhetens ledelse skal ha en overordnet styring av hva slags praksis som skal følges i forhold til dokumentasjon av relevant og nødvendig informasjon for å sikre forsvarlig behandling og opplysninger til helsepersonell som trenger disse for å kunne gi forsvarlig oppfølging.

Dokumentasjonsplikten i sosialtjenesten følger i hovedsak av kravene til saksbehandling ved tildeling av tjenester, og er regulert i forvaltningsloven, jf. blant annet fvl. §§ 11d, 16 og 17. For den løpende tjenesteytingen er det ikke spesifikke krav om dokumentasjon på samme måte som for ytelse av helsetjenester med krav til journalføring. Kommunen har imidlertid etter § 4 bokstav g i internkontrollforskriften, plikt til å sørge for nødvendig kunnskap om at tiltak som er vedtatt blir gjennomført og er hensiktsmessig, og at det er rapporteringsrutiner som medfører at svikt blir fanget opp og håndtert. For å ha noen mulighet til å samle og benytte denne informasjonen, må nødvendig og relevant informasjon om den løpende tjenesteytingen i praksis være skriftlig, jf. forskriften § 5. Ut fra dette må også sosialtjenesten i en viss utstrekning sies å ha dokumentasjonsplikt i forhold til den løpende tjenesteytingen, jf. blant annet fvl. §§ 11d, 16 og 17, sotjl. § 4-3, jf. § 4-2 og internkontrollforskriften § 4 bokstav g.

Det vil imidlertid være en konkret vurdering i det enkelte tilfellet om sosialtjenestens gjennomføring av den løpende tjenesteyting må dokumenteres. Krav til skriftlighet for å ivareta oppgavene vil avhenge av forholdene og risiko for svikt. Det vil for eksempel være behov for skriftlighet for å informere personell som ikke deltar i møter om endringer i tjenesteytingen hos pasienter i ernæringsmessig risiko eller som er underernært. Der hjelp til måltider er lagt til sosialtjenesten, må det derfor forventes at den løpende tjenesteytingen dokumenteres. Dersom det er nødvendig å registrere en pasients daglige mat- og/eller væskeinntak og sosialtjenesten ivaretar hele eller deler av dette, må også sosialtjenesten personell føre mat- og drikkelister på lik linje med personell fra hjemmesykepleien.

## **Brukermedvirkning**

Krav til brukermedvirkning ved utforming eller endring av tjenestetilbudet og medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene følger av sotjl. § 8-4 og pasientrettighetsloven § 3-1, jf. kvalitetsforskriften § 3. Det skal for eksempel være rimelig valgfrihet i forhold til mat. Det legges til grunn at kommunene må sikre brukere/pasienter medvirkning ved den daglige utførelsen av tiltak knyttet til ernæring.

Pasienter i sykehjem og de som får hjemmesykepleie har rett til å medvirke, blant annet ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, jf. pasientrettighetsloven § 3-1. En grunnpremiss for at medvirkningsretten skal kunne ivaretas, er at pasienten får tilstrekkelig og nødvendig informasjon om sin helsesituasjon, og om innholdet i den helsehjelpen som tilbys, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens ønsker og behov.

## **2.2 Identifisering av ernæringsmessig risiko og av underernæring hos pasienter i sykehjem og hjemmetjenesten**

Direktoratets retningslinjer anfører som generell anbefaling at dokumentasjon om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud. I følge retningslinjene skal alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse eller vedtak om

tildeling av hjemmesykepleie, og deretter månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Retningslinjene omtaler flere ulike kartleggingsverktøy som anbefales benyttet ved vurderinger av ernæringsrisiko. Statens helsetilsyn legger til grunn direktoratets anbefalinger, med noen nyanseringer som omtales nærmere nedenfor.

For å kunne vurdere personers ernæringsmessige risiko må det være foretatt en kartlegging av deres ernæringsstatus. Kartleggingen må være av en slik art at den kan identifisere dem som er i ernæringsmessig risiko eller har ulike grader av underernæring. Kommunen må sikre at kartlegging av ernæringsstatus og vurderinger av ernæringsmessig risiko foretas på en systematisk måte i sykehjem og hjemmetjenesten. Tjenestene må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig for ansatte å gjennomføre dette.

Pasienter/brukere som blir vurdert til å være i ernæringsmessig risiko eller er underernært, må følges opp med adekvate tiltak. Dette omtales i kap 2.3.

## Sykehjem

For *sykehjem* legger Statens helsetilsyn til grunn som hovedregel at alle nyinnlagte pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko. Det må være klart hvem som har ansvar for å foreta en slik vurdering, og personell som settes til slike oppgaver må ha tilstrekkelig kompetanse. Det legges til grunn at sykepleiere/vernepleiere må foreta denne vurderingen. Annet helsepersonell med lavere utdanning, som for eksempel hjelpepleiere og helsefagarbeidere, kan også gjøre vurderingen forutsatt at de har fått nødvendig opplæring. Vurdering av ernæringsmessig risiko skal dokumenteres i pasientens journal.

For noen pasienter kan kartlegging av ernæringsstatus unnlates ved innleggelse. Det gjelder pasienter som nylig har blitt vurdert for ernæringsmessig risiko andre steder, for eksempel på sykehus, i hjemmesykepleien eller hos fastlegen. Det kan også gjelde pasienter som ofte er inne på korttidsopphold og ellers har hjemmesykepleie, og der det er kjent at pasientenes ernæringsmessige situasjon allerede er ivaretatt og fulgt opp. Også for terminale pasienter som innlegges i sykehjem kan det være faglige vurderinger som tilsier at ernæringsstatus ikke skal kartlegges. Det må være en felles praksis i virksomheten om når vurderinger skal/kan unnlates, slik at det ikke er opp til det enkelte pleiepersonell å ta stilling til dette.

En del pasienter vil selv fullt ut være i stand til å ta hånd om eget inntak av mat og drikke på det tidspunktet de blir innlagt i sykehjem eller starter opp med hjemmetjenester. Forholdene kan imidlertid endre seg som ledd i pasientenes sykdomsforløp, og tjenestene må derfor ha oppmerksomhet på at ernæringsmessig risiko kan oppstå også i denne pasientgruppen.

Som hovedregel skal derfor vurdering av ernæringsmessig risiko også fortsette under pasientens videre opphold i sykehjemmet. Kommunen/sykehjemmet må ha systemer som sikrer videre vurdering av pasientene, både hvordan og hvor ofte vurderingene skal foretas. Statens helsetilsyn legger til grunn at det ikke er et absolutt krav at slike vurderinger foretas en gang per måned. Men de må gjøres jevnlig og intervallene må som hovedregel ikke være særlig lenger enn anbefalt i direktoratets retningslinjer. Vurderingene kan også

foretas etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. For enkelte pasienter vil det for eksempel være nødvendig med hyppigere vektkontroll enn en gang per måned, mens for andre kan for eksempel halvårlig vektkontroll være tilstrekkelig. Hovedsaken er at opplegg for den videre vurdering av pasienten skjer på et faglig forsvarlig grunnlag. Vurderinger og opplegget for disse skal dokumenteres i pasientens journal.

Vurdering av ernæringsmessig risiko hører også med i den kliniske vurderingen av pasienten helsemessige status som sykehjemslegen foretar av nye pasienter. Sykehjemmet må sikre at resultater fra kartlegginger og vurderinger av ernæringsmessig risiko gjennomført av pleiepersonellet ved innleggelse og under det videre oppholdet i sykehjemmet er tilgjengelig eller gjøres kjent for sykehjemslegen.

## Hjemmetjenestene

I *hjemmetjenesten* legges til grunn at pasienter som tildeles *hjemmesykepleie* skal bli vurdert i forhold til ernæringsmessig risiko ved oppstart av tjenesten. Vurdering kan skje som del av utredningen før vedtaket om hjemmesykepleie fattes eller i forbindelse med iverksetting av vedtaket. Det må imidlertid være ordninger som sikrer (ansvar, kompetanse, oppfølging mv) at vurderingene som hovedregel gjennomføres, jf. kvalitetsforskriften § 3 og internkontrollforskriften § 4. Vurderingen må dokumenteres i pasientens journal.

Også for pasienter som starter med *hjemmesykepleie* vil det kunne være situasjoner der vurdering av ernæringsmessig risiko kan unnlates. Dette gjelder for eksempel pasienter som skal ha kortvarige tjenester etter benbrudd eller avgrensede tjenester som injeksjoner der pasientene for øvrig er funksjonsfriske.

Som hovedregel skal vurdering av ernæringsmessig risiko fortsette i den tiden pasienten mottar hjemmesykepleie. Det legges til grunn at kommunen har systemer som sikrer at vurderinger foretas jevnlig. For øvrig gjelder samme krav som for sykehjem, jf. ovenfor.

De nasjonale retningslinjene gir anbefalinger kun i forhold til sykehjem og hjemmesykepleie. Brukere av *hjemmetjenester i form av praktisk bistand* vil kunne være aktuell målgruppe for vurdering av ernæringsmessig risiko. Som tidligere nevnt er kommunene ulikt organisert og kan ha ulik praksis for hvilke tjenester de gir etter sotjl og khl, og det kan derfor være vanskelig å trekke et skarpt skille. Særlig for kommuner som har valgt å gi flere pleie- og omsorgstjenester etter sotjl, for eksempel hjelp til personlig hygiene, er det viktig at det er ordninger som sikrer at kommunen fanger opp brukerne som har behov for en ernæringsmessig vurdering og sørge for at vurderingen blir gjort av kvalifisert personale på lik linje med pasienter som mottar hjemmesykepleie. Om det skal foretas vurdering av ernæringsmessig risiko i forbindelse med oppstart av tjenestene og hvorvidt vurderinger skal foretas også på senere tidspunkter, må bygge på en individuell vurdering av brukers/pasients behov, og ikke bare etter hvilket lovverk tjenestene gis etter.

Selv om de nasjonale retningslinjene ikke retter seg mot tjenester etter sosialtjenesteloven, følger det av kvalitetsforskriften § 3 at kommunen må ha rutiner for hvordan brukeres "fysiologiske behov som tilstrekkelig næring" skal ivaretas. Statens helsetilsyn legger til

grunn at det også for kommunens ytelse av praktisk bistand er et krav at slike bistandsbehov fanges opp.

Identifisering av behovet for en ernæringsmessig vurdering kan gjøres som en del av utredningen før vedtak om praktisk bistand fattes, i forbindelse med iverksetting av vedtaket eller under den løpende tjenesteytingen.

Personell som gir tjenester etter sotjl kan ha svært ulik grad av kompetanse og dermed muligheter for å vurdere ulike situasjoner og hendelser hos brukerne. Ansatte uten fagutdanning, inkludert de som står for utkjøring av ferdig tilberedt mat, som ikke selv kan gjøre faglige vurderinger av brukernes behov, må vite hvilke rutiner som gjelder internt for å melde fra om situasjoner som kan gi bekymring for ernæringsstatus, slik at kvalifisert personell får beskjed og kan håndtere situasjonen videre, herunder foreta den nødvendige kartlegging og vurdering av ernæringsstatus på basis av denne kartleggingen.

Hvis den ernæringsmessige vurderingen konkluderer med at brukeren er i ernæringsmessig risiko eller er underernært, må dette følges opp på lik linje som for pasienter som blir vurdert ved oppstart av hjemmesykepleie (se kap. 2.3).

### **Nærmere om kartlegging og vurdering av ernæringsstatus**

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

Vurderingen av ernæringsmessig risiko må bygge på kartleggingen og inneholde en bedømmelse av pasientens ernæringsstatus. Ernæringsstatus kan klassifiseres på ulike måter. Direktoratets retningslinjer omtaler flere typer av diagnosegrupper og skåringssystemer der data om pasientens ernæringsstatus klassifiserer pasienten til å være i ernæringsmessig risiko eller ulik grad av underernæring. Det stilles ikke krav om at kommunen benytter et bestemt klassifiserings- eller skåringssystem. Men kommunen må sikre at vurderingen av pasienten gjøres på et faglig grunnlag og at det framgår om pasienten

- er tilfredsstillende ernært
- er i ernæringsmessig risiko
- er underernært (moderat – alvorlig).

På basis av vurderingen av den enkelte pasient må det igangsettes individuelt tilpasset oppfølging.

### 2.3 Oppfølging av pasienter for å forebygge og behandle underernæring i sykehjem og i hjemmetjenesten

Ved å ha ordninger i sykehjem og hjemmetjenesten som sikrer vurdering av pasientenes ernæringsstatus, jf. pkt. 2.2, vil kommunen være i stand til å identifisere de pasientene som er i ernæringsmessig risiko eller som er underernært. I denne delen av tilsynet undersøkes hvordan kommunen sikrer at disse pasientgruppene blir fulgt opp på en forsvarlig måte.

Med *oppfølging* menes her både ytterligere utredninger som må foretas av den enkelte pasient, de konkrete tiltakene som må iverksettes for å forebygge eller behandle underernæring samt evaluering og justering av disse tiltakene. Nedenfor omtales oppfølging knyttet til

- utredning for å kunne igangsette individuelt tilpassede og målrettede tiltak
- iverksetting av individrettede tiltak
- evaluering og justering av individrettede tiltak.

Hvilke konkrete tiltak som skal settes i verk for å bedre ernærings situasjonen for den enkelte pasient, kan variere. I noen situasjoner vil det være flere mulige måter å følge pasienten opp på som er forsvarlige. I andre situasjoner vil handlingsrommet være lite eller ikke tilstedeværende. Helsedirektoratets retningslinjer er basert på anbefalinger som bør følges i sin alminnelighet.

Pasienter i ernæringsmessig risiko må følges opp med tanke på om et vekttap er under utvikling og må i tilfelle tilbys adekvate forebyggende tiltak. Det gjelder både pasienter i sykehjem og de som er hjemmeboende. Hvilken oppfølging som skal tilbys vil variere alt etter pasientens tilstand og hvilken risiko for negativ utvikling av ernæringstilstanden som foreligger.

Underernæring er ofte en tilstand som utvikler seg gradvis ved at pasienten over tid ikke får tilstrekkelig inntak av næringsmessig riktig sammensatt kost og væske. For risikopasienter kan dette innebære at inntak av næring og væske må måles daglig, og at deres ernæringsstatus jevnlig må følges opp. Vekttap kan være et forhold som tilsier at registrering av daglig inntak av næring og væske må iverksettes og resultatene av disse målingene følges opp med adekvate tiltak. Ordninger for å sikre risikopasienter god ernæringsmessig oppfølging av kvalifisert personell vil derfor være nødvendig.

Overfor brukere av hjemmetjenesten som er vurdert å være i ernæringsmessig risiko eller være underernært legges til grunn at alle *beslutninger* vedrørende videre utredning, iverksetting av tiltak og evaluering og justering av tiltakene krever helsefaglig kompetanse. Kommunen må sikre at personell som utfører disse oppgavene har tilstrekkelig kompetanse og rammebetingelser for å utføre oppgavene. Kommunen må også sikre at oppdatert faglig beslutningsstøtte er kjent og tilgjengelig for helsepersonellet, herunder direktoratets retningslinjer.

I mange tilfeller vil den praktiske gjennomføringen av tiltakene skje i hjemmesykepleien, men det kan også være aktuelt at en del av tiltakene utføres som del av de ytelsene pasienten får som praktisk bistand etter sosialtjenesteloven. Dette gjelder for eksempel tiltak som ombringning av mat, hjelp til matlaging og hjelp ved måltidene. Også

registreringer av mat- og drikkeinntak og rapportering om dette kan etter opplæring utføres av andre enn helsepersonell. Ved en slik oppgavedeling mellom helse- og sosialtjenesten forutsettes det at kommunen har lagt til rette for samarbeid og robuste rapporteringsrutiner mellom personellet som utfører oppgavene og dem som tar beslutninger om tiltakenes innhold og omfang og skal sørge for evaluering og justering av dem. Det forutsettes også at personellet som utfører oppgavene har fått tilstrekkelig opplæring. Kommunen må også sikre at personellet har tilstrekkelig kapasitet til å utføre oppgavene. For eksempel gjelder dette tiltak som hjelp ved måltidene, der tidsfaktoren kan være av stor betydning for om pasientene får den hjelpen hun/han har behov for til å få i seg tilstrekkelig mat og drikke.

### **2.3.1 Utredning for å kunne igangsette tilpassede tiltak**

Dersom pasienten er i ernæringsmessig risiko eller er underernært, vil det være behov for en videre utredning for å kunne sette i gang målrettede tiltak tilpasset den enkelte pasient. Akutte og/eller kroniske sykdommer og andre forhold av helsemessig og sosial art kan ha innvirkning på inntak av mat og drikke og på ernæringstilstand. En slik utredning må utføres av kvalifisert helsepersonell. Enkelte deloppgaver, som registrering av mat- og drikkeinntak, kan gjøres av andre etter opplæring, men helsepersonell må ta stilling til resultatene og foreta en samlet vurdering.

Utredning av *medisinske forhold*, herunder legemiddelbruk, som kan ligge til grunn for og/eller bidra til å forverre pasientens ernæringsmessige problemer, ligger innenfor legens ansvarsområde. Det skal som hovedregel foretas en medisinsk vurdering av pasienter som er underernært eller som er i ernæringsmessig risiko, med mindre det foreligger rimelige faglige grunner for å unnlate slik vurdering. Dersom tilsynet finner tilfeller der det ikke er foretatt medisinsk vurdering, bør det avklares om dette er faglig begrunnet. Relevante og nødvendige opplysninger fra den medisinske vurderingen skal kunne spores i journalen. De konkrete medisinskfaglige vurderingene som sykehjemslegen foretar er ikke del av dette tilsynet.

*Hjemmesykepleien* skal medvirke til at pasientene får nødvendig undersøkelse hos fastlegen dersom dette ikke allerede er ivaretatt. Fastlegens videre utredning og oppfølging er ikke en del av dette tilsynet.

Felles for pasienter i sykehjem og i hjemmetjenesten er at en utredning også må omfatte forhold av helsemessig art som hører inn under pleiepersonellens oppgaver.

Direktoratets retningslinjer nevner følgende faktorer som bør vurderes før valg av tilrettelagte tiltak beslutes.

- appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeeve, svelgvansker, evne til å spise selv
- energi- og væskebehov
- mat- og drikkeinntak.

Listen ovenfor er ikke å anse som uttømmende, da det må gjøres en individuell og helhetlig vurdering av hvilke faktorer det er nødvendig å utrede hos den enkelte pasient.

*Apetitt, matvaner, tannstatus mv* må kartlegges for at ernæringstiltak kan tilpasses pasientens forutsetninger på disse områdene.

*Energi- og væskebehov* må beregnes for den som er identifisert som underernært eller er i ernæringsmessig risiko, slik at det foreligger en referanse som pasientens mat- og drikkeinntak kan vurderes i forhold til. Kommunen må sikre at pasientens behov beregnes ut fra faglig anerkjente retningslinjer. Det vises her til direktoratets retningslinjer (punkt 5.2):

*”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.”*

*Mat- og drikkeinntak* må kartlegges over en kortere periode for å finne ut hva pasienten faktisk får i seg i forhold til beregnet behov. Det er ikke et krav at spesifikke kartleggingsverktøy brukes, men kommunen må sikre at også denne delen av utredningen gjøres på en faglig og systematisk måte slik at funnene er å stole på som grunnlag for videre tiltak. Detaljnivå på kartleggingen må vurderes ut fra den enkelte pasients tilstand.

For *hjemmeboende* legges til grunn at også pasientens behov for hjelp til innkjøp og matlaging, hjelp ved måltidene og sosiale forhold som har betydning for pasientens spisesituasjon må undersøkes for å kunne iverksette tilpassede tiltak. For eksempel er ensomhet og behov for at noen er til stede under måltidene faktorer som kan bevirke at aleneboende eldre ikke får i seg til strekkelig næring.

Utredningen som ligger til grunn for tiltakene må dokumenteres, jf krav om dokumentasjon av relevante og nødvendige opplysninger. Det legges til grunn at pasientens energi- og væskebehov, mat- og drikkeinntak og det man finner ved utredningen som har betydning for valg av tiltak og som grunnlag for evaluering av tiltakene er å anse som nødvendige og relevante opplysninger.

### **2.3.2 Igangsetting av målrettede tiltak**

På bakgrunn av utredningen omtalt ovenfor må det settes i gang målrettede tiltak.

Tiltakene må være tilpasset pasientens ernæringsmessige problem og helsemessige og sosiale situasjon, herunder om pasienten er i sykehjem eller er hjemmeboende. Tiltakene må også være tilpasset pasientens egne ønsker, jf. krav om brukermedvirkning (kap. 2.1).

Det må vurderes om det skal settes inn tiltak på følgende områder:

- Innkjøp og tillaging av mat og drikke (hjemmeboende)
- Tilrettelegging rundt spisesituasjonen og hjelp ved måltidene
- Måltidshensyn, herunder
  - måltidenes fordeling på døgnet, måltidstørrelse
  - tilpasset kost og berikning



- mellommåltider og næringsdrikker
- Aktiv ernæringsbehandling som sonde- eller intravenøs ernæring
- Nødvendig samhandling med henholdsvis sykehjemmets lege(r) og med fastlegen.

Målsetting for tiltakene og valg av tiltak må dokumenteres som del av pasientens journal.

Tilsynet skal undersøke om det for den enkelte pasient er besluttet tiltak og at tiltakene er iverksatt. Tilsynet skal ikke bedømme valg av tiltak og deres faglige innhold.

I følge direktoratets retningslinjer vil det for de aktuelle pasientgruppene være behov for en ernæringsplan som inneholder pasientens energi- og væskebehov, energi- og væskeinntak samt de tiltak som skal iverksettes og evalueres. Om det skal utarbeides ernæringsplan må vurderes etter pasientens behov. Tiltak, oppfølging og evaluering (se også 2.3.3) må imidlertid være dokumentert på en slik måte slik at dokumentasjonen kan brukes i den daglige oppfølgingen.

Det er nødvendig med nøye oppfølging av mange pasienters mat- og drikkeinntak. Tilsynet legger til grunn at det både i sykehjem og i hjemmetjenesten må foreligge rutiner/prosedyrer som sikrer at den enkelte pasients ernærings situasjon følges opp på en systematisk måte. Aktuelle virkemidler her er mat- og drikkelister som føres på en systematisk måte og som jevnlig vurderes av kvalifisert personell. Mat- og drikkeinntak må registreres systematisk slik at det er mulig å følge med på om det er samsvar mellom beregnet behov for energi- og væskeinntak og hvor mye pasienten faktisk får i seg. I spesielle tilfelle må også diuresen måles. Registreringer av faktisk inntak må følges opp og nye tiltak iverksettes ved behov, jf. punkt 2.3.3 nedenfor.

For å få gjennomført nødvendige tiltak for hjemmeboende må behovet for hjelp til innkjøp og tillaging av mat og drikke vurderes. Mat og drikke som kjøpes inn og tillages må stå i samsvar med ernærings tiltakene som settes i verk. Det forutsetter at de som hjelper brukeren med dette, om det er pårørende, personalet som yter praktisk bistand eller andre følger opp tiltakene som er iverksatt ved innkjøp og tillaging av mat/drikke. Dette forutsetter god kommunikasjon mellom den som tar avgjørelsen om hvilke tiltak som skal settes i verk og de som utfører den konkrete jobben med å handle og tillage mat/drikke.

Mat har en viktig sosial funksjon, det å spise alene kan virke negativt på matinntaket. Aleneboende og enker/enkemenn regnes som risikogrupper for å utvikle underernæring. Undersøkelser har vist at beboere på sykehjem kan spise vesentlig mer ved tilrettelegging av miljømessige forhold rundt spisesituasjonen. Tiltak som tilrettelegger for et hyggelig og sosialt fellesskap rundt måltidene må derfor vurderes for å øke brukere/pasienters inntak av mat og drikke.

Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise, jf. kvalitetsforskriften § 3, er viktige tiltak for å forebygge eller behandle underernæring både i sykehjem og hjemmetjenestene. Kommunene må tilrettelegge for at personalet har kapasitet til å ivareta hjelpebehovet under måltidene på en forsvarlig måte, jf. khl § 1-3a og hlspl § 16.

I Statens ernæringsråds ”Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner” anbefales det i alders- og sykehjem å gi fire faste måltid daglig og minst ett mellommåltid i tillegg, samt

at det bør være muligheter for å få mat etter behov uten om de faste måltidene<sup>2</sup>. Tiden mellom siste og første måltid neste dag bør ikke være mer enn 12 timer<sup>3</sup>. Retningslinjene fra Statens ernæringsråd gir ikke konkrete anbefalinger når det gjelder måltidsrytmen for hjemmeboende eldre. Brukere av hjemmetjenesten framviser større variasjon når det gjelder sykdomsforhold og funksjonsnivå enn pasienter på sykehjem. Å fastsette en norm for måltidsrytme for hjemmeboende eldre blir derfor vanskelig. For skrøpelige hjemmeboende eldre vil en måltidsrytme på linje med den som anbefales for sykehjem være relevant som utgangspunkt for tiltakene.

Måltidene må tilpasses den enkeltes behov ut fra ernæringsmessig status når det gjelder størrelse på måltidene, bruk av mellommåltid, sammensetning av måltidene, konsistens på maten med tanke på tygge- og svelgvansker, bruk av beriket kosthold og næringsdrikker. Det må i tillegg tas hensyn til pasientens/brukerens egne ønsker så langt det lar seg gjøre.

Sonde- eller intravenøs ernæring må vurderes til pasienter som ikke kan ta til seg mat og drikke gjennom munnen eller der dette er utilstrekkelig. Sondeernæring er alternativet som skal velges først dersom pasienten har en fungerende mage- og tarmkanal. Ved dette tilsynet vurderes ikke hvordan selve gjennomføringen av sonde- og intravenøs behandling ivaretas.

Både pleie- og omsorgspersonell og fastlege/sykehjemslege er viktige aktører for å forebygge og behandle underernæring. Kommunen må legge til rette for nødvendig samhandling mellom dem som har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten og pleiepersonellet.

Ved dette tilsynet undersøkes hvordan tiltak iverksettes og følges opp i sykehjem og i hjemmetjenesten. Tiltak som innebærer samhandling med spesialisthelsetjenesten er ikke del av tilsynet.

### **2.3.3 Evaluering og justering av individrettede tiltak**

Tiltak som er iverksatt for den enkelte pasient må evalueres, og tiltakene må justeres på en systematisk måte for å vurdere om de har den ønskede effekt. Evaluering og justering av tiltakene må dokumenteres i den utstrekning som er nødvendig for forsvarlig oppfølging av pasienten.

For pasienter som er underernært er det av avgjørende betydning for deres helsesituasjon at tiltakene er effektive. Kommunen må sikre en løpende evaluering av igangsatte tiltak, Denne må gjennomføres av personell med tilstrekkelige kvalifikasjoner og personellet må ha rammebetingelser som gjør at de får fulgt med på om tiltakene fungerer som forutsatt. Hvor ofte tiltakene evalueres, vil være avhengig av pasientens tilstand og alvorlighetsgraden av underernæring.

---

<sup>2</sup> Statens ernæringsråd: Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner, Univ. forlaget

<sup>3</sup> Rapport "Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter", Nasjonalt formidlingssenter for geriatri

Også for pasienter i ernæringsmessig risiko er det nødvendig at igangsatt tiltak blir evaluert med jevne mellomrom. Mange pasienter er labile og kan over tid ha behov for at tiltakene forsterkes. Dette kan gjelde både bistand ved måltidene og innhold og omfang av mat og drikke. Omfang og hyppighet av evalueringen må være tilpasset den enkelte pasients tilstand.

For hjemmeboende vil det være helsepersonells ansvar å ta stilling til data og beslutte hvorvidt det skal gjøres justeringer, for eksempel i måltidenes innhold og hyppighet, bistand ved innkjøp og matlaging og hjelp ved måltidene. En del av disse tiltakene vil kunne utføres som praktisk bistand og/eller ved utkjøring av ferdig tilberedt mat. Kommunen må sørge for at rapporteringsordninger fungerer mellom personell som gjennomfører tiltakene i form av praktisk bistand etter sotjl og helsepersonellet som skal evaluere om tiltakene er tilstrekkelige eller må justeres.

## 2.4 Oppsummering av revisjonskriterier/krav

I denne delen oppsummeres revisjonskriteriene. Kravene er satt opp slik at internkontrollkravene og de faglige kravene omtales samlet.

### Vurdering av risiko for svikt

- Kommunen vurderer risiko for svikt i kommunens tiltak for å forebygge og behandle underernæring hos eldre i sykehjem og i hjemmetjenesten.

### Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

- Kommunen sørger for at ansvar, oppgaver og myndighet er tydelig plassert, i den enkelte enhet/sone/avdeling, når det gjelder:
  - identifisering og vurdering av ernæringsmessig risiko for pasienter/brukere i sykehjem og hjemmetjenesten
  - videre oppfølging for å forebygge og behandle underernæring for pasienter/brukere i sykehjem og i hjemmetjenesten.
- Organisering, ansvar, oppgaver og myndighet er kjent for alle involverte.

### Kompetanse og personell

- *For hjemmetjenesten:* Kommunen vurderer til enhver tid behovet for kompetanse hos de som yter praktisk bistand etter sosialtjenesteloven ut fra hvilke oppgaver de skal ivareta hos pasientene. Tilstrekkelig kompetanse om ernæring må sikres hvis personell som yter tjenester etter sotjl ivaretar ernærings tiltak hos pasienter i ernæringsmessig risiko eller i underernæring.
- Pleiepersonellet som gjennomfører kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgaven faglig forsvarlig. De har kompetanse om bruken av kartleggingsverktøy og referanseverdier.

- Pleiepersonellet har tilstrekkelig kompetanse om hvordan forebygging og behandling av underernæring skal gjennomføres, både hva gjelder utredning, iverksetting og evaluering/justering av tiltak. Ved bruk av sonde- eller intravenøs ernæring må nødvendig kompetanse for å gjennomføre dette sikres.
- Kommunens ledelse har oversikt over behovet for kompetanse på området og sørger for at ansatte får tilført nødvendig kompetanse, for eksempel ved internundervisning, fagmøter, opplæring av nyansatte, kurs og etter- og videreutdanning. Kommunen sikrer at oppdatert faglig beslutningsstøtte er kjent og tilgjengelig for helsepersonellet, herunder de nasjonale faglige retningslinjene som det her vises til.
- Tjenestene er planlagt og organisert slik at pleiepersonellet har rammebetingelser som gjør det mulig å gjennomføre vurdering av ernæringsmessig risiko og forebygging og behandling av underernæring
- *For sykehjem:* Sykehjemslegen har rammebetingelser som gjør det mulig å følge opp pasienter med ernæringsmessig risiko, herunder nødvendig samarbeid med pleiepersonellet.

### **Rutiner/prosedyrer for å sikre forsvarlig ernæring**

- Kommunen sikrer at vurdering av pasienters ernæringsmessige risiko blir foretatt ved innleggelse i *sykehjem* og ved oppstart av *hjemmesykepleie*, og at slik vurdering fortsetter på en systematisk måte (jf. punkt 2.2). Kommunene sikrer også at slik vurdering etter individuell faglig vurdering blir foretatt av hjemmeboende som kun får tjenester i form av *praktisk bistand*.

Ordninger/rutiner/prosedyrer sikrer at:

- vurdering av ernæringsmessig risiko som hovedregel foretas ved innleggelse i *sykehjem* og ved oppstart av *hjemmesykepleie*, og at slike vurderinger fortsetter på en systematisk måte
- utelatelse av vurdering av ernæringsmessig risiko og fravikelse av generelle ordninger for de videre vurderingene er faglig begrunnet
- vurdering av ernæringsmessig risiko blir foretatt av hjemmeboende som kun får tjenester i form av *praktisk bistand*, etter en individuell faglig vurdering
- relevante forhold blir kartlagt og vurdert i forhold til ernæringsstatus på en faglig forsvarlig måte og fulgt opp der det er nødvendig
- relevante og nødvendige funn fra kartlegginger og vurderinger dokumenteres
- *For sykehjem:* det skjer samhandling med sykehjemslegen om vurderingen

Kommunen sikrer at brukere som kun får tjenester etter sosialtjenesteloven, herunder de som får matombringing, fanges opp dersom de har ernæringsmessige problemer.

Ordninger/rutiner/prosedyrer sikrer at:

- det er klart for de involverte hvem personalet rapporterer til ved bekymring angående brukers ernæring
- det er klart hvem som håndterer saken videre, ved å gjøre egne vurderinger eller ved eventuelt å ta kontakt med hjemmesykepleie og/eller lege (samtykke er ikke del av tilsynet)
- det er klart hvordan samarbeidet mellom de som yter tjenester etter sotjl og hjemmesykepleien foregår i slike saker
- observasjoner og tiltak som følge av observasjoner blir nedtegnet

- Kommunene sikrer at det foretas videre utredning og igangsetting av tiltak *i sykehjem og i hjemmetjenesten* for pasienter som er i ernæringsmessig risiko og for pasienter som er underernært, samt at tiltakene evalueres og justeres ved behov.  
Ordninger/rutiner/prosedyrer sikrer at
  - videre utredning som grunnlag for tiltak foretas av alle pasienter i ernæringsmessig risiko eller som er underernært
  - relevante forhold blir utredet hos den enkelte pasient, faglig anerkjente kartleggingsverktøy og referanseverdier blir benyttet og relevante og nødvendige funn dokumenteres
  - adekvate tiltak iverksettes, evalueres og justeres ved behov, og relevante og nødvendige forhold dokumenteres
  - *For sykehjem:* det foregår nødvendig samhandling med sykehjemslegen om videre utredning, igangsetting av tiltak og evaluering/justering av tiltak
  - *For hjemmetjenesten:* hjemmesykepleien medvirker til at pasienter som er i ernæringsmessig risiko eller er underernært får nødvendig legetilsyn.
- *For hjemmetjenesten:* I de kommuner hvor sosialtjenesten i form av praktisk bistand deltar i gjennomføringen av individuelle ernæringsmessige tiltak for forebygging og behandling av underernæring, finnes ordninger/rutiner/prosedyrer for samarbeid og kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og sosialtjenesten som sikrer helheten og forsvarligheten rundt den enkelte brukers ernæringstiltak. Det finnes rapporteringsrutiner mellom personellet som utfører oppgavene og dem som tar beslutninger om tiltakenes innhold og omfang og skal sørge for evaluering og justering av dem.
- Ordninger/rutiner/prosedyrer som gjelder vurdering av pasienters ernæringsmessige risiko, videre utredning og iverksetting, evaluering og justering av tiltak for å forebygge og behandle underernæring er kjent og blir brukt av alle involverte.

### Ledelsens oppfølging

- Ledelsen følger opp at alle aktuelle ordninger/rutiner/prosedyrer for ivaretagelse av ernæringsmessige behov i sykehjem og hjemmetjenesten blir fulgt og iverksetter nødvendig tiltak dersom disse ikke etterleves som forutsatt.
- Kommunen har rutine/prosedyre for hvordan avvik/uønskede hendelser meldes og håndteres videre. Rutinen/prosedyren er kjent og blir brukt i enheten
- Kommunen benytter erfaringer fra avvik/uønskede handlinger i sitt forbedringsarbeid
- Aktuelle ordninger/rutiner/prosedyrer evalueres jevnlig og nødvendige endringer foretas for å sikre forsvarlighet og forebygge svikt.

## **3 Forberedelse og gjennomføring**

### **3.1 Tilsynsmetodikk**

Tilsynet gjennomføres etter Statens helsetilsyns prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon.

### **3.2 Tilsynslaget sammensetning**

Tilsynslaget må ha med helsefaglig kompetanse (fordel med sykepleiefaglig kompetanse), kjennskap til kommunal organisering av pleie- og omsorgstjenester generelt og sykehjem og/ eller hjemmetjenester. For øvrig vises til punkt 5.2.1 i prosedyre for systemrevisjon.

### **3.3 Tidsramme / omfang og valg av virksomheter**

Tilsynet kan gjennomføres som dagstilsyn dersom det gjøres enten i sykehjem eller hjemmetjenesten. Tilsynet må forventes å strekke seg over to dager dersom det gjennomføres både i sykehjem og hjemmetjeneste eller ved kombinasjon med andre av dette årets tilsynstema rettet mot sykehjem eller hjemmetjeneste.

Valg av kommuner/virksomheter foretas som vanlig ut fra risikovurdering og andre forhold embetet finner grunn til å vektlegge.

### **3.4 Revisjonsvarsel, dokumentasjonsinnhenting og -gjennomgang**

Revisjonsvarsel rettes til kommunen. For øvrig vises til punktene 5.2.3 og 5.3 i prosedyre for systemrevisjon.

### **3.5 Intervjuobjekter og stikkprøver (verifikasjoner)**

Tilsynslaget vurderer hvem det er hensiktsmessig å intervju.

Til sammen bør det undersøkes minst 15 journaler på tjenestestedet (i hhv. hjemmesykepleien / sykehjemmet). Som verifikasjoner foreslås (avhengig av om tilsynet gjennomføres i sykehjem og/eller hjemmetjenesten):

Forslag til journalgjennomgang for henholdsvis sykehjem og hjemmetjenesten:

- siste 5-10 pasienter som er innlagt i sykehjemmet (kan være både langtids- og korttidsopphold)
- 5 - 10 pasienter som har vært innlagt i sykehjemmet i minst 6 måneder

- siste 5 – 10 førstegangsvedtak om hjemmesykepleie
- 5 - 10 pasienter med vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand som omfatter hjelp til ernæring (inkludert matombringing, innkjøp, tilberedning eller annen bistand ved måltidene) som har hatt hjelp i minimum 3 måneder
- Både vurdering og oppfølging kan evt. etterses i samme journal.

I kommuner som gir tjenester utover praktiske husholdningsfunksjoner som praktisk bistand, eksempelvis hjelp til personlig hygiene, må det vurderes å ta stikkprøver av dokumentasjon om den enkelte tjenestemottaker også fra denne delen av hjemmetjenesten. Dette for å avklare om kommunen har gode rutiner for å fange opp ernæringsmessige problemer hos brukere med omfattende tjenestebehov, men som ikke mottar hjemmesykepleie.

Andre aktuelle verifikasjoner/stikkprøver vurderes av tilsynslaget.

### **3.6 Rapport**

Rapportmal for systemrevisjon skal benyttes, jf. punkt 5.6 i prosedyren.

## **4 Oppfølging**

Oppfølgingen av dette tilsynet skal foregå som på vanlig måte etter systemrevisjoner.

## **5 Vedlegg / Referanser**

For aktuelle faglitteratur vises til eldretilsynssatsingens nettsted på LOSEN.