

Landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester til eldre 2010

Tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem

Målgruppe: Helsetilsynet i fylket

Godkjent av: avdelingsdirektør Richard H. Knoff, 18. mars 2010

Innhold

1	<i>Innledning</i>	3
1.1	Veilederen – formål og bruk	3
1.2	Bakgrunn for tilsynet	3
1.3	Noen sentrale begreper ved tilsynet	5
1.4	Tilsynets innhold og avgrensinger	7
2	<i>Regelverk, veiledning for bedømmelse og revisjonskriterier</i>	9
2.1	Beskrivelse av regelverket på området	9
2.2	Utredning av behovet for rehabilitering	13
2.3	Målsetting for og planlegging av rehabiliteringen	17
2.4	Gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltak	17
2.5	Utskrivning / avslutning	19
2.6	Oppsummering av revisjonskriterier / krav	20
3	<i>Forberedelse, gjennomføring og oppfølging</i>	23

1 Innledning

1.1 Veilederen – formål og bruk

Denne veilederen omhandler tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud til eldre personer som oppholder seg på sykehjem. Statens helsetilsyn har utarbeidet veilederen som ledd i sin fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre (2009-2012). Veilederen skal kunne benyttes i 2010 som ledd i tilsynet med kommunenes tjenester til eldre.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon etter gjeldende prosedyre.

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 Bakgrunn for tilsynet

I følge Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011¹ har rehabiliteringsområdet ikke hatt den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Den overordnede målsettingen med rehabiliteringsstrategien er å endre dette.

Flere av satsningsområdene i denne strategien berører rehabiliteringen som gis i sykehjemmene, bl.a.:

- prioritering i kommunene av ressurser til rehabilitering slik at det etableres riktig kapasitet i tjenestene
- oppfølging av kommunens lovpålagte plikter
- styrking av faglig kvalitet og status knyttet til rehabiliteringstjenestene
- ivaretagelse av verdigrunlaget, ved at rehabiliteringstilbud ikke skal være avhengig av faktorer som for eksempel alder og samfunnsmessig lønnsomhet
- fokus på rehabiliteringsarbeidets bidrag til å bedre og bevare funksjonsnivå, slik at eldre kan klare seg lengst mulig selv

Helsedirektoratet har som ledd i oppfølgingen av den nasjonale rehabiliteringsstrategien nylig ferdigstilt en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet som gjennomgår status for hvordan rettsbestemmelser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet er fulgt opp av

¹ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9.

forvaltningen og tjenestene². På bakgrunn av denne gjennomgangen gis det i rapporten en del anbefalinger for områder som bør vurderes i forbindelse med arbeidet med ny helse- og omsorgslov og evt. endringer i bl.a. forskrift om habilitering og rehabilitering. Helsedirektoratet er i følge rapporten også gitt i oppdrag å utarbeide en veileder for forskrift om habilitering og rehabilitering i løpet av 2010.

Det foreligger per i dag ikke oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer for rehabilitering av pasienter i sykehjem. Statens helsetilsyn har under arbeidet med denne veilederen vært i kontakt med fagpersoner innen rehabiliteringsfeltet om risikovurderinger og andre aktuelle problemstillinger knyttet til tilsynets tema. Helsedirektoratet har p.t. under behandling høringssvar for utkast til Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag³.

Studier nasjonalt og internasjonalt har vist at eldre med funksjonsbegrensninger har nytte av rehabiliteringstiltak^{4 5}. Samtidig vet vi at antallet eldre i samfunnet vil øke betraktelig i årene fremover, noe som vil føre til økende behov for rehabiliteringstjenester til eldre.

Akutt sykdom hos eldre fører ofte til raskt tap av funksjonsnivå. Funksjonstapet vil forverre seg ytterligere hvis pasienten blir sengeliggende. Det vil for eksempel bli vanskeligere å gjenvinne normal gangfunksjon⁶. Nyere forskning peker på at det er behov for sterkere integrering av akuttbehandling og rehabilitering. Dette gjelder også for eldre med flere lidelser som får akutte indremedisinske sykdommer eller bruddskader. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering poengteres det at tidlig igangsetting av rehabiliteringstiltak etter akutt sykdom har vist seg å ha betydning for Eldres evne til å klare seg selv:

Tidlig integrert rehabilitering av eldre gir færre komplikasjoner, redusert forekomst, alvorlighet og varighet av forvirring, bedre funksjonsevne og i følge noen studier også redusert dødelighet.

The Cochrane Collaboration⁷ har nylig publisert en kunnskapsoppsummering av effekt av rehabiliteringstiltak for å bedre fysisk funksjon hos sykehjempasienter på langtidsopphold. Den viste at mange ulike tiltak gav statistisk signifikant bedring av pasientens fysiske og mentale status. I studiene inngikk et stort mangfold av intervensjoner, men de fleste tiltakene var rettet mot mestring av dagliglivets aktiviteter som gangfunksjon, på-/avkledding og spising. I følge denne rapporten foreligger det nå tilstrekkelig evidens for at tilrettelegging av tilbud om fysisk rehabilitering av denne målgruppen er verdt innsatsen.

² Oppfølging av rettsbestemmelser innenfor helse- og sosialområdet som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.

³ Lenke til Helsedirektoratets nettside om denne høringssaken:

⁴ Granbo R, Helbostad JL. Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:1934-36.

⁵ Helbostad JL. Fysisk trening av sykehjempasienter – har det noen hensikt? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1195-7.

⁶ Helbostad JL, Granbo R, Østerås H. Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.

⁷ Forster A, Lambley R, Hardy J et al. Rehabilitation for older people in long-term care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD004294. DOI: 10.1002/14651858.CD004294.pub2.

Flere av de inkluderte studiene viste at også svært skrøpelige og hjelpetrengende pasienter fikk bedret sin funksjonsevne ved individuelt tilpassede tiltak. Disse studiene tydet på at regulære gruppeaktiviteter er mest vellykket overfor mindre skrøpelige pasienter, mens pasienter med stor funksjonssvikt har mest nytte av intensive individuelle tiltak. Det poengteres imidlertid i rapporten at omfang og varighet av effektene ved fysisk rehabilitering ikke er klarlagt gjennom denne oppsummeringen, og at det per i dag heller ikke er klare indikasjoner på hva som er optimalt når det gjelder typer av tiltak.

Det har ikke vært gjennomført landsomfattende tilsyn med rehabilitering til eldre som tema. Helsetilsynet i noen fylker har imidlertid gjennomført tilsyn med tilbudet om opptrening og rehabilitering på sykehjem. Funnene de senere årene (2006-2009) kan tyde på at tilbudet har mangler. Manglende eller utilstrekkelig fysioterapitilbud er blitt avdekket flere steder. Andre tilsyn har avdekket mangler når det gjelder rutiner, ansvars- og oppgavefordeling, tverrfaglig samarbeid, dokumentasjon og kompetanse ved rehabiliteringstilbud på sykehjem.

1.3 Noen sentrale begreper ved tilsynet

Rehabilitering

Ved tilsynet legges til grunn definisjonen av *rehabilitering* i forskrift om habilitering og rehabilitering § 2, framsatt i St.meld. nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring⁸.

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Rehabilitering betyr direkte oversatt gjenreising av skikkethet eller dyktighet (av *re* (lat) tilbake til og *habilis* (lat) i stand til, dyktig). At pasienten i størst mulig grad får muligheter til å gjenvinne og bevare evne til egenomsorg, er grunnleggende for opplevelsen av verdighet og respekt⁹.

Målgruppene for rehabilitering er i utgangspunktet alle med funksjonsbegrensninger som har behov for bistand eller tiltak for å holde ved like eller forbedre sitt fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. I en sykehjemssammenheng vil dette være pasienter som har redusert funksjonsevne dels som følge av generelle aldringsprosesser, dels som følge av langvarig sykdom og for en del pasienters vedkommende som følge av akutte hendelser (hjerneslag, fallrelaterte skader som hoftebrudd mv.). Flertallet av pasientene har ulike grader av kognitiv svikt. Mange har omfattende behov for pleie og er lite selvhjulpne ved forflytning og i forbindelse med dagliglivets gjøremål (ADL). Hos disse pasientene kan det være vanskelig å få øye på og fokusere på deres ressurser og rehabiliteringspotensial.

⁸ St.meld. nr. 21 (1998-99). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.

⁹ Ranhoff AH, Schmidt G, Ånstad U, red. Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.

Vurdering av pasientens *rehabiliteringspotensial* innebærer en kartlegging av pasientens ressurser og begrensninger innen fysisk, kognitiv og sosial funksjon og er nødvendig for å kunne vurdere om pasienten vil kunne nyttiggjøre seg rehabilitering¹⁰. I samarbeid med pasienten og evt. pårørende vurderer personellet funksjonsmuligheter og -begrensninger både i forhold til miljøet pasienten befinner seg i, pasientens utførelse av dagliglivets gjøremål, mentale og kroppslige funksjoner og personlige faktorer som motivasjon, mestringsstrategier mv. Vurdering av medisinske forhold, dvs. pasientens sykdommer og deres behandling og prognose, er også viktig i en samlet vurdering av pasientens rehabiliteringspotensial.

Rehabiliteringsprosessens målsetting om å oppnå *best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet* må alltid ses i sammenheng med pasientens livssituasjon, forutsetninger og behov. Gode rehabiliteringstiltak kan gi funksjonsforbedringer som utgjør viktige forskjeller i hverdagen selv om pasienten fortsatt vil avhengig av hjelp på andre områder. En vellykket rehabiliteringsprosess kan for eksempel innebære at en pasient på langtids plass opprettholder og/eller forbedrer funksjons- og mestringssevne og derved i større grad kan ivareta personlig stell og delta i sosiale aktiviteter på sykehjemmet, evt. også utenfor institusjonen. For pasienter som i utgangspunktet bor i eget hjem kan et rehabiliteringsopphold på sykehjemmets korttidsavdeling medføre at de igjen kan klare seg hjemme med hjelp fra hjemmetjenesten.

Rehabilitering i sykehjem er aktuelt for pasienter både på korttids- og langtidsopphold, og på ulike typer avdelinger. Regelverket og grunnprinsippene for rehabilitering vil være de samme uavhengig av hvilken type opphold pasienten er på. Rehabiliteringen må imidlertid ses i sammenheng med pasientens totale situasjon, enten hun/han skal forbli i sykehjemmet på langtids plass eller skal tilbake til eget hjem eller omsorgsbolig.

For at rehabilitering skal ha den ønskede effekten må det gis på rett tid i forløpet, på rett sted, med tilstrekkelig intensitet, med riktig fagkompetanse og med oppfølging over tid. I St.meld. nr. 21 (1998-99) der definisjonen av rehabilitering ble fremsatt, blir det understreket at rehabilitering er en *prosess* og ikke enkeltstående tiltak, og at det først kan kalles rehabiliteringstiltak når flere tiltak og aktører samspiller på en planlagt måte. Det poengteres også at den valgte definisjonen understreker at rehabilitering forutsetter en plan for den enkelte, en sentral og aktiv bruker og konkrete målsettinger for rehabiliteringsprosessen. Ved dette tilsynet legges disse kriteriene til grunn, bl.a. for å tydeliggjøre hva som må kjennetegne sykehjemmets tilrettelegging og innhold i tjenestetilbudet til sykehjemspasienter med behov for rehabilitering.

Rehabilitering og medisinsk behandling

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering tas det til orde for at medisinsk behandling må anses som ett av flere tiltak som inngår i en rehabiliteringsprosess og at medisinsk behandling derved vil være ett av flere bidrag for å oppnå en funksjonsforbedring hos pasienten. Det påpekes bl.a. at nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen fører til bedre overlevelse og funksjon for bl.a. slagpasienter. At den medisinske

¹⁰ Vik K. ICF – en felles modell og et felles språk i rehabilitering. I: Wekre LL, Vardeberg K, red. Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.

behandlingen anses som ett av tiltakene i en rehabiliteringsprosess legges også til grunn ved dette tilsynet.

Rehabilitering og opptrening

Opptrening kan i følge Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering forstås som tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner. Det påpekes der at opptrening, på samme måte som medisinsk behandling, er vanskelig å skille fra øvrige tiltak og ofte vil være en del av en rehabiliteringsprosess. Ved tilsynet legges dette synet på opptrening til grunn.

Rehabilitering og omsorg og pleie

I sykehjem vil pleie- og omsorgsaktiviteter i hverdagen være sentrale arenaer for å gjennomføre rehabiliteringen. På den måten kan pasienten oppnå funksjonsforbedringer når det gjelder å ivareta sine grunnleggende behov i hverdagen. Rehabilitering representerer en ressursorientert tilnærming, som også må ligge til grunn ved de daglige pleie- og omsorgsaktivitetene overfor pasienter i en rehabiliteringsprosess.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening¹¹ legger vekt på behovet for *aktiv omsorg*. Aktiv omsorg er et begrep som rommer mange elementer, hvorav ett er fysisk aktivitet. For pasienter på sykehjem er det viktig med fysisk aktivitet i hverdagen. Det kan være aktiviteter for vedlikehold av funksjon som for eksempel jevnlig gåtøring, trimgrupper eller andre planlagte og regelmessige aktiviteter. Slike tiltak kan inngå som tiltak i en pasients rehabiliteringsopplegg, men ikke alene regnes som rehabilitering, jf. definisjonen av rehabilitering.

1.4 Tilsynets innhold og avgrensinger

Tilsynet skal undersøke om kommunen v/sykehjemmet gjennom systematisk styring og forbedring sikrer at pasienter får forsvarlig rehabilitering.

Det legges til grunn at tilsynet omhandler pasienter som har behov for nødvendig helsehjelp, jf. khl § 2-1, i form av rehabilitering. Videre i veilederen omtales dette som ”behov for rehabilitering”.

Tilsynet omfatter følgende pasientgrupper i sykehjemmet:

- Pasienter på korttidsopphold med rehabilitering som formål. Herunder inngår også pasienter som er på korttidsopphold i påvente av rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten.
- Pasienter på korttidsopphold med annet formål.
- Pasienter på langtids plass.

¹¹ St. meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

For pasienter som er tildelt plass for rehabilitering skal tilsynet skal undersøke om sykehjemmet sikrer forsvarlig rehabilitering (utredning, planlegging, gjennomføring og evaluering, avslutning).

For pasienter på korttidsopphold i påvente av rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten skal det undersøkes om sykehjemmet sikrer at det gjøres en konkret vurdering av den enkelte pasient og at nødvendige tiltak gjennomføres mens pasienten venter på plass i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter innlagt på korttidsopphold uten rehabilitering som formål skal det undersøkes om sykehjemmet sikrer at behov for rehabilitering blir identifisert og får nødvendig oppfølging tilpasset oppholdets varighet.

For alle pasienter på korttidsopphold skal det også undersøkes om sykehjemmet i forbindelse med utskrivning sikrer formidling av nødvendig informasjon og samarbeid med andre tjenester om forhold knyttet til pasientens rehabilitering.

For pasienter på langtids plass skal det undersøkes om sykehjemmet sikrer at behov for rehabilitering blir identifisert, videre utredet og fulgt opp med nødvendige tiltak. Dette gjelder både i forbindelse med innleggelse og under det videre oppholdet i sykehjemmet.

Flertallet av pasienter på langtids plass har demenssykdom av ulik alvorlighetsgrad. Ved tilsynet legges til grunn at demenssykdom alene ikke er en utelukkelsesgrunn for at det igangsettes rehabilitering.

Pasienter som antas å ha forventet levetid på få måneder omfattes ikke av tilsynet.

Rehabiliteringstjenester som bare gis som et dagtilbud i sykehjemmet for hjemmeboende eldre er ikke inkludert i tilsynet. Inntaksprosessen i sykehjemmet (tildeling av tjenester, vedtak mv.) er heller ikke tatt med i tilsynet. Koordinerende enhet ivaretar viktige funksjoner i kommunens samlede rehabiliteringstilbud. Da dette tilsynet dreier seg om rehabiliteringen inne på selve sykehjemmet, er ikke koordinerende enhet tatt med.

Selv om noen av pasientene som omfattes av tilsynet kan være aktuelle for individuell plan, er krav som gjelder dette ikke tatt med i tilsynet.

Vurdering av samtykkekompetanse er ikke en del av tilsynet.

Pliktsubjektet ved tilsynet er kommunen. I veilederens kap. 2.2 -2.5 omtales pliktsubjektet som "sykehjemmet" siden det er forhold internt i sykehjemmet som i hovedsak undersøkes. Det er uansett kommunens ansvar å sørge for at feil og mangler blir rettet.

Sykehjem kan være organisert på ulike måter, også ved at private yter sykehjemstjenester på vegne av kommunen. Dersom veilederen skal brukes ved tilsyn i private sykehjem, vil det være nødvendig å foreta en vurdering av hvorvidt pliktene retter seg mot sykehjemmet som helseinstitusjon eller mot kommunen.

Tilsynet er ut fra det ovenstående delt inn etter fasene i en rehabiliteringsprosess:

1. Utredning av behov for rehabilitering (kap. 2.2)
2. Målsetting for og planlegging av rehabiliteringen (kap. 2.3)
3. Gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltak (kap. 2.4)
4. Utskrivning / avslutning (kap. 2.5)

For hver av fasene skal det undersøkes om nødvendige tiltak beslutes og iverksettes.

2 Regelverk, veiledning for bedømmelse og revisjonskriterier

2.1 Beskrivelse av regelverket på området

2.1.1 Krav til forsvarlig virksomhet

Tilsynslaget skal vurdere og bedømme om kravet til forsvarlighet ivaretas på de områder tilsynet omfatter.

Kommunene er pliktige til å sørge for nødvendige helsetjenester i henhold til kommunehelsetjenesteloven (khl) § 1-1, jf. § 1-3. Etter § 2-1 er den enkelte gitt rett til nødvendig helsehjelp. Sammenholdt med § 1-3a og § 6-3 siste ledd innebærer retten til nødvendig helsehjelp krav til både forsvarlig omfang og innhold av helsehjelpen. I forskrift om habilitering og rehabilitering (heretter kalt rehabiliteringsforskriften) § 4 er det også stilt krav om at rehabiliteringstjenestene som tilbys skal være forsvarlige. Det følger også av khl § 1-3a og helsepersonelloven (hlspl) § 16 at kommunene må tilrettelegge slik at personellet kan utføre sine oppgaver i henhold til krav i regelverket.

Det er opp til kommunene å dimensjonere, organisere og tilrettelegge tjenestene etter kommunehelsetjenesteloven.

Sykehjem er en helseinstitusjon (virksomhet) der alle deler av tjenestetilbudet utgjør en helhet. Kommunen har det overordnede ansvaret og skal påse at helsehjelpen er forsvarlig, jf. khl §§ 1-1- og 2-1. Sykehjemmet skal i følge § 2-1 i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie være innrettet bl.a. på medisinsk attføring med tilbakeføring til hjemmet og på permanent opphold. Uttrykket ”medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet” vil her være å forstå som en del av de tiltak som inngår i en rehabiliteringsprosess for pasienter innlagt på korttidsopphold med rehabilitering som formål. Sykehjemmet skal etter § 3-2 ha tilknyttet en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen, en sykepleier med ansvar for sykepleien og det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboerne nødvendig omsorg og bistand. I tilknytning til oppholdet skal det etter § 2-1 i tillegg til lege- og sykepleiertjeneste også være organisert fysioterapi i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Sykehjemslegen overtar behandlingsansvaret når pasienten innlegges i sykehjemmet, jf. fastlegeforskriften § 8. Forskriften skiller ikke mellom korttidsopphold eller mer varig opphold. Vi oppfatter § 8 slik at det ikke er åpning for at fastlegen beholder behandlingsansvaret under opphold i sykehjem. Det er imidlertid påpekt i merknadene at bestemmelsene ikke er til hinder for et samarbeid mellom fastlegen og sykehjemslegen. Vi antar at dette særlig vil kunne være aktuelt ved korttidsopphold. Dersom det etableres et samarbeid, må det være klart for de involverte hvordan dette skal gjennomføres.

Det er ikke krav om at sykehjemmet har ansatt egne fysioterapeuter. Kommunen må imidlertid sørge for nødvendig helsehjelp for sykehjemmets beboere, herunder også når behov for nødvendig helsehjelp omfatter fysioterapi, jf. khl § 2-1. Omfanget av fysioterapitjenester i sykehjemmet må bl.a. være tilstrekkelig til at pasienter som trenger det får et forsvarlig rehabiliteringstilbud, jf. khl §§ 1-1 og 1-3. Bestemmelsen i sykehjemsforskriften § 2-1 tilsier at kommunen må sørge for at fysioterapi kan tilbys sykehjemmets beboere på en tilrettelagt og forutsigbar måte.

Kommunen har ikke plikt til å organisere ergoterapitjeneste. Ved tilsynet kan det derfor ikke stilles krav om at kommunen har denne typen av tjenester. Kommunen må imidlertid sørge for å ha personell med kompetanse til å ivareta oppgaver knyttet til ADL¹² som funksjonsvurderinger, planlegging og gjennomføring av tiltak.

Kommunen skal også sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler, jf. rehabiliteringsforskriften § 11. Kommunen må derfor ha tilrettelagt for at personell med tilstrekkelig kompetanse kan vurdere hjelpemiddelbehovet og bistå sykehjemspasientene slik at nødvendige hjelpemidler blir formidlet.

Hva som ligger i rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen vil variere ut fra tjeneste og område. Nødvendig helsehjelp må baseres på faglig kunnskap og pasientens medisinske behov og muligheter. Innholdet i helsehjelpen fastsettes også ut fra kommunens ressurser i form av økonomi, personell og utstyr. Selv om helsehjelpens innhold og omfang skal vurderes ut fra konkrete behov og kommunens ressurser, må imidlertid hjelpen til den enkelte være basert på en individuell vurdering av behov og ha et forsvarlig innhold, jf. khl § 2-1.

Etter rehabiliteringsforskriften § 7, jf. §§ 1 og 2, skal kommunen sørge for at alle som bor og oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering. Sammenholdt med khl §§ 1-1, 1-3 og 2-1 innebærer bestemmelsen at kommunen skal kunne tilby rehabilitering til dem som har behov for det. Når pasienter med behov for rehabilitering tas inn i sykehjem, må også kommunen kunne yte tjenestene som pasienten har behov for, dvs. kunne gi nødvendig helsehjelp i form av utredning og oppfølging av rehabiliteringsbehovet, jf. rehabiliteringsforskriften § 7.

Sykehjemmet skal som del av kommunens pleie- og omsorgstjeneste bidra til at den enkelte får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for egenverd og livsførsel. Grunnleggende behov omfatter opplevelse av trygghet, fysiologiske behov og forhold knyttet til hygiene, men også behov knyttet til egenomsorg og deltakelse i aktiviteter. Nødvendig medisinsk undersøkelse, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand regnes også i følge kvalitetsforskriften som del av pasientens grunnleggende behov. Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at den enkelte pasient får tilfredsstilt disse grunnleggende behovene, herunder behov for rehabilitering, jf. kvalitetsforskriften § 3.

Selv om pasienten har krav på tjenester, innebærer ikke dette at den enkelte har krav på bestemte typer av tjenester. Kommunene kan velge hvilke tjenester som skal ytes og i hvilket omfang, men tjenestetilbudet må være forsvarlig, og den enkelte pasient skal kunne

¹² ADL (Activities of Daily Living) står for dagliglivets gjøremål.

medvirke i forhold til tjenestetype, omfang og innhold, jf. pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2.

2.1.2 Styring og kontinuerlig forbedring (internkontroll)

Tilsynet omfatter både organisering og styring av sykehjemmets tjenester og særlig samhandlingen mellom personellet og deres samhandling med tjenestemottakerne/pårørende. Tilsynet skal undersøke om kommunen v/sykehjemmet har etablert systematiske styringstiltak som sikrer at myndighetskravene etterleves. Innenfor de utvalgte områdene skal fokus være på sykehjemmets tiltak for å styre tjenestene holdt opp mot hva tilsynet avdekker om praksis. Det vises her til prosedyre for systemrevisjon.

Ved tilsynet vil det for de ulike deltemaene være nødvendig å avklare forhold som gjelder ansvar, oppgaver, kompetanse, gjennomføring av tiltak og evaluering. Det forutsettes at sykehjemmet har iverksatt systematiske tiltak for å sikre ansattes kunnskaper og ferdigheter i forhold til å yte forsvarlige tjenester, og at det er iverksatt tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen.

Ledelsen av sykehjemmet skal følge med på og ha styring med innholdet i tjenestene, jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (heretter kalt IK-forskriften) § 4. Det stilles krav om regelmessig gjennomgang av aktivitetene for å sikre at styringen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

2.1.3 Tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter

Kommunens ansvar for forsvarlig tjenestetilbud omfatter en plikt til blant annet å ha tilstrekkelig og kvalifisert personell for ivaretagelse av oppgavene. Dette innebærer at kommunen må ha oversikt over kompetansebehov og rekruttere personell med tilstrekkelig kompetanse for oppgavene og dessuten sikre at alle ansatte har tilstrekkelig kompetanse i forhold til oppgavene de skal utføre. Ved dette tilsynet vil sentrale elementer av forsvarlighetsnormen være kommunenes plikt til å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell for ivaretagelse av oppgavene knyttet til rehabilitering, herunder også opplæring av nyansatte og av vikarer.

Kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring følger av kravet til forsvarlighet. Det følger også av IK-forskriften § 4 bokstav c at virksomheten skal sørge for at personellet har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter innenfor de oppgavene som skal ivaretas. Dette gjelder for eksempel tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter hos personell som skal foreta undersøkelse og utredning av rehabiliteringsbehov og iverksette og evaluere ulike typer av rehabiliteringstiltak overfor ulike grupper av pasienter.

Siden faget utvikler seg, vil virksomhetens opplæringsansvar være kontinuerlig. For å sikre at sykehjemspasienter får forsvarlige rehabiliteringstjenester er kunnskapsbasert praksis, faglig oppdatering og tilrettelegging for å gi/få råd og veiledning sentralt. Dette gjelder for eksempel opplæring, råd og veiledning overfor pleiepersonellet som ofte vil stå for den daglige tilretteleggingen, veiledningen og gjennomføringen av tiltakene, for eksempel knyttet til ADL.

Dersom sykehjemmet ikke har tilstrekkelig og kvalifisert personell til å sikre nødvendig utredning og oppfølging av innlagte pasienter med behov for rehabilitering, vil det kunne medføre at sykehjemmet ikke yter forsvarlige tjenester.

2.1.4 Dokumentasjon – pasientjournal

Gjennomgang av pasientjournaler vil være en sentral aktivitet under tilsynet, dels for å kunne vurdere om sykehjemmet har sikret at pasienter med behov for rehabilitering tilbys nødvendig utredning og oppfølging, og dels for å fastslå om brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid blir ivaretatt. Eventuelle avvik i form av manglende sikring av dokumentasjon og bruk av denne vil kunne være relevante revisjonsbevis innen flere av områdene for tilsynet.

Både sykehjemmets ledelse og de som yter tjenestene har plikter i dokumentasjons-sammenheng. Helsepersonell har i henhold til hlspl § 39 en selvstendig plikt til å føre journal. Det følger av forskrift om pasientjournal (heretter kalt journalforskriften) § 4 at virksomheter som yter helsehjelp må opprette pasientjournalssystem for føring og oppbevaring av journaler. Plikten til å ha forsvarlige informasjonssystemer i kommunehelsetjenesten ligger til kommunen, se merknad til § 4 i journalforskriften. Journalsystemene kan være felles eller delte, papirbaserte eller elektroniske, men de skal i enhver tid fungere i tråd med kravet til forsvarlige helsetjenester. Systemene må ivareta dokumentasjonsplikt, tilgjengelighet til informasjon og taushetsplikt innad i virksomheten og overfor andre.

Tilretteleggingsplikten etter khl § 1-3a, jf. journalforskriften § 4, innebærer også at kommunen/sykehjemmet må sørge for at helsepersonell i sin yrkesutøvelse har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde dokumentasjonsplikten og plikt til forsvarlig virksomhet generelt. Det betyr at sykehjemmets ledelse skal ha en overordnet styring av hva slags praksis som skal følges for dokumentasjon av relevant og nødvendig informasjon for å sikre forsvarlig behandling og opplysning til helsepersonell som trenger denne for å kunne gi forsvarlig oppfølging.

Ved tilsynet er det viktig å få fram om sykehjemmets dokumentasjonssystem og journalsystemer er forsvarlige og om de fungerer som de redskaper de er forutsatt å være i kommunikasjon og dokumentasjon, jf. journalforskriften § 4, IK-forskriften § 4 (bokstav g) samt khl § 1-3a.

2.1.5 Tverrfaglig samarbeid

I følge rehabiliteringsforskriften § 7 tredje ledd skal tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Ved behov skal kommunehelsetjenesten samarbeide med sosialtjenesten og andre samarbeidende enheter, jf. forskriftens § 8 siste ledd. Denne typen samarbeid kan bl.a. være aktuelt ved utskrivning av pasient til egen bolig, hvor samarbeid med for eksempel sosialtjenesten og Nav kan være aktuelt.

Rehabilitering av pasienter på sykehjem er en samarbeidsprosess der pasienten og ulike fagpersoner er aktører. Tverrfaglig samarbeid karakteriseres ved at det arbeides mot felles

mål, at målene settes og evalueres i fellesskap og at alle er forpliktet til å bidra til at målene blir nådd. Et tverrfaglig team kan i rehabiliteringssammenheng defineres som¹³:

en gruppe fagpersoner med kompetanse og ferdigheter som utfyller hverandre, og som sammen har ansvar for å bistå en person med en funksjonshemming å nå sine mål. Brukeren og alle fagpersonene bidrar med informasjon og kunnskap inn i teamet, man utarbeider felles mål og den totale rehabiliteringsprosessen blir noe mer og annerledes enn summen av enkelte fagpersoners tiltak.

Hvilke faggrupper som skal delta i en rehabiliteringsprosess og hvor aktive de enkelte skal være, vil avhenge av pasientens individuelle behov og hvor kompleks situasjonen er. Innholdet i rehabiliteringsprosessen endrer seg underveis og vil også få betydning for de ulike fagpersonenes involvering. Tverrfaglig samarbeid må ivaretas gjennom alle fasene i rehabiliteringsprosessen.

2.1.6 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en forutsetning i all rehabilitering. Rehabilitering tar utgangspunkt i individets ressurser og muligheter. Det er brukeren selv som må eie prosessen og bestemme over egen deltakelse. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 uttrykker det slik:

Brukernes mål skal være ledende i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Brukerens innflytelse over egen situasjon er en forutsetning for at re-/habilitering skal kunne gjennomføres. De øvrige aktørene skal bistå og assistere brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.

Brukermedvirkningen må ivaretas gjennom alle faser av rehabiliteringsprosessen, fra planlegging via utforming, gjennomføring og evaluering. Krav til brukermedvirkning følger av pasientrettighetsloven (pasrl.) § 3-1, forskrift om habilitering og rehabilitering § 5 og kvalitetsforskriften § 3. En grunnpremiss for at brukermedvirkningen kan ivaretas, er at pasienten får tilstrekkelig informasjon og at informasjonen gis på en slik måte at den er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, jf. pasrl. §§ 3-2 og 3-5. Det kan oppstå situasjoner som gjør at pasienten ikke kan representere seg selv, for eksempel på grunn av kognitiv svikt. Hvis pasienten åpenbart ikke kan ivareta sine egne interesser, har pårørende rett på informasjon og det vil kunne være nødvendig å involvere pårørende, jf. pasrl. § 3-3 andre ledd. Se også merknader til § 5 i forskrift om habilitering og rehabilitering.

2.2 Utredning av behovet for rehabilitering

Kommunen skal sørge for at nødvendig utredning og oppfølging tilbys alle som har behov for rehabilitering, jf. rehabiliteringsforskriften § 7. I følge § 10 skal kommunen sørge for nødvendig undersøkelse og utredning og ved behov henvises til spesialisthelsetjenesten før rehabilitering settes i gang. Utredning og undersøkelse skal blant annet avklare den enkeltes rehabiliteringsbehov og -potensial, jf. merknad til § 10. I merknaden påpekes

¹³Vardeberg K, Einarsen E. Medvirkning og samarbeid. I: Wekre LL, Vardeberg K, red. Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.

videre at det ikke forlanges at kommunen skal foreta undersøkelser og utredninger ut over den kompetanse en må forvente å finne på kommunalt nivå, men kommunen må ha et forsvarlig minimum av tjenester.

For *pasienter innlagt på korttidsopphold med rehabilitering som formål* og herunder *pasienter innlagt i påvente av rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten* forutsettes det at behovet for rehabilitering er erkjent. Sykehjemmet må ta stilling til hva som skal gjøres av nødvendig videre utredning av den enkelte pasient forut for igangsetting av rehabiliteringstiltak. Sykehjemmet skal også ha et opplegg for hvordan utredningen gjennomføres.

For andre *pasienter på langtidsopphold og korttidsopphold* må sykehjemmet ha ordninger som sikrer at det i forbindelse med innleggelsen blir tatt stilling til om den enkelte pasient har behov for rehabilitering. Når slike behov identifiseres, skal sykehjemmet sikre at dette blir utredet. Det samme gjelder utredning av behov for rehabilitering som oppstår under det videre oppholdet.

Hvordan arbeidet med rehabilitering organiseres på sykehjemmet, vil kunne variere. Særlig vil det kunne være forskjeller på hvordan det gjøres ved rene rehabiliteringsavdelinger eller -plasser og i langtidsavdelinger. Som eksempel kan nevnes hvordan det tverrfaglige samarbeidet ivaretas. Ved rene korttidsavdelinger eller -plasser kan dette ivaretas med faste og jevnlig tverrfaglige møter med en klar struktur og ansvarsfordeling. I langtidsavdelingene kan det tverrfaglige samarbeidet være organisert på samme måte eller være avtalt for den enkelte pasient. Fysio- og evt. ergoterapeuter kan også være fastere knyttet til rene rehabiliteringsavdelinger/-plasser enn de er til langtidsavdelingene. Ved vurdering av det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet i sykehjemmet må det derfor utvises noen grad av skjønn.

Nærmere om nødvendig utredning av pasienter på korttidsopphold som har et erkjent rehabiliteringsbehov

For *pasienter på korttidsopphold med rehabilitering som formål* skal tilsynet undersøke om sykehjemmet sørger for nødvendig utredning av pasienten og at det skjer så raskt at verdifull tid ikke går tapt før nødvendige rehabiliteringstiltak blir satt i gang. Dette gjelder også pasienter som legges inn på korttidsopphold i sykehjem i påvente av rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Disse kan ha vært innlagt på sykehus pga. akutt sykdom eller skade med påfølgende funksjonstap og dermed et rehabiliteringsbehov. Det kan være ulike årsaker til at pasienten må vente på rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan det være ventetid for å få plass. Andre ganger må pasienten bli mer selvhjulpel i ADL-funksjoner før rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er aktuelt. Det vil likevel kunne være nødvendige rehabiliteringstiltak som må settes i verk slik at pasienten ikke får et ytterligere funksjonsfall i påvente av overflytting. Rehabiliteringsbehovet for denne pasientgruppen må derfor utredes.

For raskt å kunne vurdere behovet for nødvendig utredning utover det som er gjort forut for innleggelsen i sykehjemmet, må sykehjemmet også sørge for at det ved innleggelsen foreligger nødvendige, oppdaterte pasientopplysninger fra aktuelle instanser som fastlege, hjemmesykepleie, spesialisthelsetjeneste mv. Dette gjelder både opplysninger om vurderinger som er gjort av pasientens rehabiliteringsbehov og om evt. rehabiliteringstiltak

som er igangsatt forut for sykehjemsinnleggelsen. Dersom nødvendige opplysninger mangler, må sykehjemmet ha ordninger for raskt å innhente dokumentasjon som trengs. Det må være klart hvem som har ansvar for å vurdere foreliggende opplysninger og om det må innhentes supplerende opplysninger. Dersom vurderingen av pasientopplysningene involverer flere fagpersoner, må det være klart hvordan samarbeidet mellom dem skal fungere. Det er vanskelig å sette et absolutt krav til hvor fort denne typen opplysninger skal innhentes, da dette bl.a. kan variere med pasientenes tilstand og grad av hast for å komme i gang med rehabilitering. Korttidsopphold varer i utgangspunktet vanligvis bare noen få uker, så det er viktig å komme raskt i gang med rehabiliteringen. Nødvendige opplysninger for den videre rehabiliteringen må som hovedregel innhentes i løpet av første uke.

Alle pasienter skal vurderes av sykepleier og sykehjemslege kort tid etter innleggelsen. Utredningen må gjøres tverrfaglig, i samarbeid med pasient/pårørende, og ta utgangspunkt i pasientens helhetlige situasjon¹⁴. Pasientens fysiske, psykiske og sosiale forhold kan ha betydning for rehabiliteringen. I utredningen inngår vanligvis kartlegging av årsaken til funksjonsnedsettelsen. Videre må det foretas en funksjonskartlegging for å identifisere pasientens ressurser og problemområder. Det er utviklet ulike kartleggingsverktøy til bruk ved funksjonsvurdering av både fysisk, psykisk og sosial fungering. Ved dette tilsynet legges det ikke til grunn at bestemte typer kartleggingsverktøy skal benyttes, men det legges til grunn at kartleggingen skal gjøres på en systematisk måte. Pasientens og/eller pårørendes forventninger og ønsker for rehabiliteringen skal avklares. På bakgrunn av denne utredning vil pasientens rehabiliteringspotensial bli avklart.

Hvor omfattende utredning det er nødvendig å foreta ved innleggelsen må vurderes individuelt da dette vil variere betydelig, både ut fra årsakene til at pasienten har behov for rehabilitering, hva som er gjort av utredning og hva som er igangsatt av tiltak forut for innleggelsen. De ulike delene av utredningen må uansett gjøres på relevante områder for pasienten og bli utført av fagpersonell som innehar nødvendig kompetanse for å utføre oppgavene. Hva som er relevant fagpersonell vil avhenge av pasientens individuelle behov, men det involverer oftest lege, fysioterapeut, sykepleier og evt. ergoterapeut. Utredningen skal utføres så raskt som mulig, dvs. i løpet av de første dagene etter innleggelse når pasienter er på korttidsopphold for rehabilitering.

Sykehjemmet skal ha ordninger/rutiner/prosedyrer som sikrer at utredningen av rehabiliteringsbehov og -potensial foretas på en strukturert måte, og at det ikke kun overlater til det enkelte helsepersonell å vurdere hva som skal gjøres. Det må også være klarhet mellom de ulike faggruppene om hvem som har ansvar for de ulike delene av utredningen og hvordan de skal samarbeide rundt dette. Det må videre være klare ordninger for hvordan utredning skal dokumenteres.

Nærmere om nødvendig utredning av behov for rehabilitering hos sykehjemmets øvrige pasienter

For pasienter på korttidsopphold med annet formål enn rehabilitering og pasienter på langtids plass skal tilsynet undersøke om sykehjemmet sørger for å identifisere og utrede behov for rehabilitering.

¹⁴ Wekre LL, Vardeberg K, red. Lærebok i rehabilitering, Når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.

Kommunen skal sikre tjenestene til dem som til enhver tid trenger tjenester, jf. khl. 2-1, kvalitetsforskriften § 3 og IK-forskriften § 3. Kommunen skal etter disse bestemmelsene fange opp behov hos tjenestemottakerne. Kommunen skal etter kvalitetsforskriften § 3 ha et system av prosedyrer som blant annet søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.

Ved innleggelse i sykehjem skal nye pasienter bli vurdert av sykepleier og sykehjemslege kort tid etter innkomst. Disse vurderingene av pasientens sykehistorie, helsestatus og funksjonsnivå danner det første grunnlaget for å kunne gi pasientene forsvarlig behandling og pleie.

Også for denne pasientgruppen må det foreligge nødvendige, oppdaterte opplysninger om pasientens tilstand fra fastlege, hjemmesykepleie, spesialisthelsetjeneste mv. ved innleggelse. Hvis nødvendige opplysninger mangler, må sykehjemmet ha ordninger som ivaretar at dette innhentes.

Alle nye pasienter må vurderes med henblikk på om de har funksjonssvikt som trenger nærmere undersøkelse og utredning for å avklare pasientens rehabiliteringsbehov og -potensial. Under det videre oppholdet på sykehjemmet må personalet også følge med på utviklingen av pasientenes tilstand og funksjonsnivå for å kunne fange opp om det oppstår behov for rehabilitering.

Når det er fanget opp et mulig behov for rehabilitering – ved innkomst eller senere under oppholdet – må tverrfaglighet sikres ved at nødvendig fagkompetanse involveres for å foreta en videre utredning som avklarer rehabiliteringsbehovet og -potensialet. Videre utredning av rehabiliteringsbehovet og -potensialet må følge de samme grunntrekkene som beskrevet ovenfor for *pasienter på korttidsopphold som har et erkjent rehabiliteringsbehov*.

Utredningen av rehabiliteringsbehov og -potensial skal dokumenteres i pasientens journal. I situasjoner hvor pasienter er vurdert til ikke å ha et rehabiliteringsbehov, kan det være vanskeligere å spore dette i journalene. Hvis gjennomgang av journaler viser at pasienter har hatt et funksjonsfall av ulike årsaker som for eksempel etter fall, lungebetennelse eller forverring av kronisk sykdom, må det forventes at det i journalen kommer frem om behovet for rehabilitering er vurdert og resultatet av vurderingen.

Sykehjemmet skal ha ordninger/rutiner/prosedyrer som sikrer at pasientene, ved innleggelse og under det videre oppholdet, blir vurdert med henblikk på om de har funksjonssvikt som trenger nærmere undersøkelse og utredning for å avklare rehabiliteringsbehov og -potensial. Sykehjemmet må også sikre at behov og potensial for rehabilitering blir videre utredet hos aktuelle pasienter. Ansvarsforhold må være avklart og kjent. Rutiner for tverrfaglig samarbeid i forbindelse med utredning av pasienters behov og potensial for rehabilitering skal være iverksatt, kjent og fulgt. Sykehjemmet må sikre at personellet har nødvendig faglig kompetanse. Det må videre være klare ordninger for hvordan utredning skal dokumenteres.

2.3 Målsetting for og planlegging av rehabiliteringen

Mål for rehabiliteringen skal settes i et samarbeid mellom pasient og/eller pårørende og fagpersonene som samarbeider tverrfaglig rundt pasienten. Pasienten må selv ønske, være motivert for og delta aktivt i en rehabiliteringsprosess. Enkelte pasienter kan gi uttrykk for at de ikke ønsker rehabilitering. Hvis pasienter etter informasjon om og motivering for rehabilitering fortsatt ikke ønsker det, skal dette aksepteres som en del av pasientenes rett til å bestemme over eget liv.

Når mål er definert må det velges hensiktsmessige tiltak for å nå dem og lages en plan for gjennomføringen. Hvilke tiltak som iverksettes må tilpasses individuelt og vil avhenge av pasientens behov, ressurser/rehabiliteringspotensial og målene som er satt. I planen er det viktig å konkretisere hvilke tiltak som skal settes i verk, hvem som har ansvaret for å gjennomføre de ulike tiltakene og når tiltakene skal evalueres. Aktiviteter og veiledning kan skje individuelt eller i grupper, avhengig av den enkeltes forutsetninger og behov. Tiltakene kan være rene treningsaktiviteter sammen med pleiepersonell eller fysio-/ergoterapeut, eller inngå som en del av dagliglivets aktiviteter.

Både mål, valg av rehabiliteringstiltak og plan for gjennomføring skal dokumenteres. Det stilles ikke krav om at rehabiliteringsplanen er et selvstendig dokument, men det legges imidlertid til grunn at mål, tiltak og plan dokumenteres på en slik måte at det kan brukes i den daglige gjennomføringen og oppfølgingen av pasientens rehabilitering.

Tilsynet skal undersøke om sykehjemmet sikrer at det for pasienter med et utredet rehabiliteringsbehov blir utarbeidet mål og tiltaksplan for rehabiliteringen i samarbeid med pasient, eventuelt også pårørende. Ansvarsforhold skal være avklart og kjent, rutiner skal være iverksatt, kjent og fulgt. Sykehjemmet må sikre at personalet som deltar i arbeidet med å sette mål, velge egnede tiltak og lage en plan for rehabiliteringen, har nødvendig faglig kompetanse.

2.4 Gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltak

Ved denne delen av tilsynet skal det undersøkes om sykehjemmet sørger for at rehabiliteringen gjennomføres og evalueres.

Med utgangspunkt i mål og utarbeidet plan for rehabiliteringen skal sykehjemmet sørge for at tiltakene blir gjennomført og evaluert. Det må være samsvar mellom tiltak som er beskrevet i planen og det som gjennomføres i praksis.

Tiltakene må foregå med tilstrekkelig intensitet og varighet, og det må legges til rette for at personellet har kapasitet til følge opp at nødvendige aktiviteter skjer med rett intensitet og til rett tid.

Tiltakene må igangsettes uten forsinkelser som kan medføre at rehabiliteringsmuligheter reduseres vesentlig. Som eksempel kan nevnes pasienter med hjerneslag der forskning har vist at tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansen for å gjenvinne tapte funksjoner og vil

kunne forebygge uheldige komplikasjoner¹⁵. For alle pasienter med kronisk progredierende sykdommer er det også viktig at tiltak igangsettes så raskt at ytterligere tap av funksjon, muskelmasse og styrke unngås.

For pasienter hvor rehabiliteringstiltak er satt i gang før innleggelse i sykehjemmet, enten i spesialisthelsetjenesten eller i eget hjem, må tiltakene videreføres etter innleggelse på sykehjemmet.

Sykehjemmet må kunne stille til rådighet tilstrekkelig utstyr og hjelpemidler for rehabiliteringsprosessen. Det må forventes at gjennomføringen av nødvendige rehabiliteringstiltak ikke blir forhindret på grunn av manglende utstyr og hjelpemidler.

Mange pasienter på sykehjemmet vil være avhengige av individuelle hjelpemidler for å kunne gjennomføre rehabiliteringstiltakene. Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler, jf. rehabiliteringsforskriften § 11. I følge merknadene til forskriften omfatter kommunens ansvar alle ledd i formidlingen av hjelpemidler, herunder bl.a. utredning av behov, utprøving, tilpasning og opplæring. Sykehjemmet skal sikre at de har eller kan tilkalle personell med kompetanse til å ivareta kommunens ansvar for hjelpemidler.

Pasienter med språk- og talevansker vil kunne ha behov for hjelp fra logoped. Alle kommuner skal ha et opplæringstilbud til mennesker med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker, jf. opplæringsloven § 4A. Folketrygden (§ 5-10) har bestemmelser om behandling av språk- og talevansker.

Logopedtjenester er ikke helsetjenester og dermed ikke en del av områdene vi har anledning til å føre tilsyn med. Det må imidlertid kunne forventes at sykehjemmet sørger for å søke om logopedtjenester når det er observert at en pasient har behov for dette, dersom sykehjemmet ikke har personell med tilstrekkelig kompetanse til å ivareta pasientenes behov på dette området.

Underveis i rehabiliteringsprosessen vil det være behov for samarbeid mellom pleiepersonellet og annet personell som fysioterapeut og sykehjemmets lege om den videre oppfølgingen av pasienten. Sykehjemmet må ha tilrettelagt for at slikt samarbeid kan foregå i den utstrekning det er behov for det. De ulike fagpersonenes oppgaver i gjennomføringen av rehabiliteringen skal være avklart. Pleiepersonellet skal være kjent med hva som skal observeres og rapporteres av forhold som er relevant for rehabiliteringsprosessen om den enkelte pasient. Det skal også være avklart hvordan pleiepersonellets rapporteringer følges opp. Sykehjemmet må ha tilrettelagt for at personalet har tid og kapasitet til å delta i det tverrfaglige samarbeidet som behøves i rehabiliteringen av den enkelte pasient.

Det må underveis i rehabiliteringsprosessen evalueres om iverksatte tiltak har ønsket effekt og om oppsatte mål fortsatt er aktuelle og realistiske og om det har skjedd endringer i pasienten tilstand som får betydning for rehabiliteringsprosessen. Evalueringen må resultere i en konklusjon om veien videre for rehabiliteringen. Resultatet kan være at mål

¹⁵ Behandling og rehabilitering ved hjerneslag, utkast på høring. Høringsutkast fra Helsedirektoratet.

og/eller tiltak opprettholdes eller må endres, eller at igangsatt rehabilitering ikke er realistisk eller forsvarlig å videreføre ut fra pasientens ressurser og tilstand og dermed må avsluttes. Evalueringen skal skje i samarbeid med pasient/pårørende slik at brukermedvirkning sikres. Evaluering av igangsatte tiltak må være en del av det tverrfaglige arbeidet rundt pasienten, og sykehjemmet må sikre at involvert personell (lege, pleiepersonell, fysioterapeut evt. andre) deltar i dette. Evaluering og evt. endring eller avslutning av mål og/eller tiltak skal dokumenteres i pasientens journal.

Sykehjemmet skal ha ordninger/rutiner/prosedyrer for å sikre at planlagte tiltak blir gjennomført, evaluert og at nødvendige og relevante opplysninger blir dokumentert. Ansvaret skal være klart fordelt mellom de ulike fagpersonene. Alt personell som skal gjennomføre rehabiliteringstiltakene må ha nødvendig kompetanse. Pleiepersonell som involveres i gjennomføringen av tiltakene må få nødvendig opplæring og veiledning hvis de har behov for det.

2.5 Utskrivning / avslutning

Sykehjemmet må ved planleggingen av hjemreisen ta kontakt med kommunens hjelpeapparat for nødvendig samarbeid og formidling av informasjon om behov for tjenester, oppfølging, hjelpemidler og tilrettelegging i bolig. Hvem som er aktuelle samarbeidspartnere og hvor tidlig kontakten må tas, vil avhenge av pasientens situasjon og behov. Tidlig kontakt er for eksempel nødvendig der sykehjemmet vurderer det som aktuelt at det vil være behov for hjelpemidler eller tilrettelegging av pasientens bolig. Det vil også kunne være behov for å samarbeide med andre instanser enn kommunen.

Planleggingen av utskrivningen skal som rehabiliteringsprosessen ellers skje tverrfaglig og i samarbeid med pasient og/eller pårørende.

Opplysninger om pasienten og om oppholdet på sykehjemmet skal formidles til samarbeidende instanser, i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, ved utskrivning. Disse opplysningene skal muliggjøre forsvarlig oppfølging av pasienten etter oppholdet i sykehjemmet, jf. bestemmelser om epikrise i journalforskriften § 9. Hvilke opplysninger som regnes som nødvendige og relevante for de ulike samarbeidspartnere må avgjøres i hvert enkelt tilfelle. Epikrise må ikke sendes senere enn at nødvendig oppfølging kan settes i verk. Under en hver omstendighet bør epikrisen sendes innen rimelig tid, normalt innen en uke, jf. merknad til § 9.

Nødvendige og relevante opplysninger knyttet til utskrivningen skal dokumenteres i pasientens journal.

Sykehjemmet skal ha ordninger/rutiner/prosedyrer for hvordan planleggingen og samarbeidet rundt en utskrivning etter rehabilitering skal foregå. Det skal være klart hvem som har ansvar for de ulike delene av denne prosessen.

For *pasienter på langtids plass* vil det være avslutning av en rehabiliteringsprosess som er aktuelt. Når rehabiliteringen har ført til ønsket mål, eller evalueringen viser at videre rehabilitering ikke er realistisk eller forsvarlig ut fra pasientens ressurser og tilstand, skal rehabiliteringen avsluttes. Før avslutning skal det vurderes og avgjøres om det skal settes i

verk oppfølgingstiltak for å vedlikeholde oppnådd effekt av rehabiliteringen. Avslutning og planlagte oppfølgingstiltak skal dokumenteres i pasientens journal.

Sykehjemmet må ha ordninger/rutiner/prosedyrer som sikrer at sykehjemmet ved avslutning av en rehabiliteringsprosess sørger for at nødvendige oppfølgingstiltak blir vurdert, avklart og dokumentert.

2.6 Oppsummering av revisjonskriterier / krav

Vurdering av risiko for svikt

- Kommunen vurderer risiko for svikt i rehabiliteringstilbudet til eldre i sykehjem.

Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet

- Kommunen sørger for at ansvar, oppgaver og myndighet er tydelig plassert når det gjelder
 - Utredning av rehabiliteringsbehov
 - Fastsetting av mål og planlegging av rehabiliteringen for den enkelte
 - Gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltakene
 - Utskrivning av pasienter / avslutning av rehabiliteringstiltak
- Organisering, ansvar, oppgaver og myndighet er kjent for alle involverte.
- Tjenestene er planlagt og organisert slik at alt personell som deltar i det tverrfaglige samarbeidet rundt rehabilitering har rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og avslutning av rehabilitering på en faglig forsvarlig måte.

Kompetanse og personell

- Kommunen sørger for å ha tilstrekkelig og kvalifisert personell til å ivareta rehabilitering i sykehjem.
- Kommunen sørger for å ha oversikt over behovet for kompetanse på området og sørger for at ansatte får tilført nødvendig kompetanse.
- Kommunen sørger for opplæring av nyansatte og vikarer.

Tiltak for å sikre forsvarlig rehabilitering i sykehjem

Nedenfor brukes *tiltak* som felles betegnelse på rutiner, prosedyrer og andre ordninger.

- Sykehjemmet foretar nødvendig videre utredning av rehabiliteringsbehov og -potensial hos pasienter innlagt for rehabilitering.
Tiltak sikrer at:
 - Det er klart hvem som skal delta i den tverrfaglige vurderingen og oppgavene er klart fordelt mellom de ulike faggruppene
 - Pasient og/eller pårørende er aktive deltakere under utredningen

- Nødvendige opplysninger om pasienten kartlegges og vurderes, herunder: årsaken(e) til rehabiliteringsbehovet, funksjonsnivå (psykisk, fysisk, sosialt), pasientens ressurser og begrensninger, pasient/pårørendes forventninger og ønsker
 - Pasientenes rehabiliteringsbehov og -potensial blir avklart
 - Nødvendige og relevante opplysninger dokumenteres
- Sykehjemmet fanger opp og foretar nødvendig utredning av rehabiliteringsbehov og -potensial hos pasienter på korttidsopphold med annet formål enn rehabilitering og hos pasienter på langtidsopphold, både ved innleggelse og under det videre oppholdet.
- Tiltak sikrer at:
- Det er klart hvem som vurderer nye pasienter, herunder vurderer om pasienten har en funksjonssvikt som trenger nærmere undersøkelse og utredning for å avklare pasientens rehabiliteringsbehov og -potensial. Hvis flere faggrupper er involvert, er det klart hvem som har ansvar for hvilke deler av vurderingen. Tilsvarende gjelder for vurderinger under det videre oppholdet.
 - Den videre undersøkelse og utredning av rehabiliteringsbehov og -potensial blir ivaretatt som beskrevet i punktet over.
- Sykehjemmet sørger for at det foreligger nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienter som innlegges i sykehjemmet.
- Tiltak sikrer at:
- Det blir vurdert om nødvendige og oppdaterte opplysninger foreligger ved innleggelse
 - Det er klart hvem som har ansvar for å vurdere dette og, hvis vurderingen involverer flere fagpersoner, hvordan samarbeidet skal fungere
 - Hvis det blir vurdert som nødvendig å innhente supplerende opplysninger med betydning for rehabiliteringen, er det klart hvem som har ansvar for å gjøre dette og hvordan det skal gjøres.
- Mål og planer for rehabiliteringen utarbeides for den enkelte pasient.
- Tiltak sikrer at:
- Fastsettelse av mål og valg av rehabiliteringstiltak foregår ved et tverrfaglig samarbeid mellom aktuelle fagpersoner og hvor pasient og/eller pårørende medvirker aktivt
 - Plan for rehabiliteringen utarbeides hvor mål, konkrete rehabiliteringstiltak, hvem som har ansvar for å gjennomføre tiltakene og tidspunkt for evaluering fremkommer
 - Mål, tiltak og utarbeidet plan dokumenteres i pasientens journal
- Rehabiliteringstiltak gjennomføres, mål og tiltak evalueres og evt. justeres/avsluttes for den enkelte pasient.
- Tiltak sikrer at:
- Besluttede tiltak iverksettes uten forsinkelser etter at rehabiliteringsbehovet er utredet og plan er utformet
 - Det er samsvar mellom planlagte og gjennomførte tiltak
 - Tverrfaglig samarbeid ivaretas gjennom faste møtepunkter eller annet avtalt samarbeid

- Pleiepersonell som skal delta i rehabiliteringsarbeidet har tilstrekkelig opplæring om tiltakene som skal gjennomføres og vet hva som skal observeres og hvordan det skal rapporteres
 - Tiltak og mål evalueres og evt. justeres/avsluttes etter tverrfaglig vurdering og i samarbeid med pasient og/eller pårørende
 - Endringer av tiltakene i planen iverksettes
 - Gjennomføring, evaluering og evt. justering/avslutning av tiltak og mål dokumenteres i pasientens journal
- Ved utskrivning til eget hjem eller spesialisthelsetjenesten sikrer sykehjemmet formidling av nødvendig informasjon og samarbeid med andre tjenester om forhold knyttet til pasientens rehabilitering.
- Tiltak sikrer at:
- Planlegging av utskrivningen skjer i samarbeid med pasient og/eller pårørende
 - Ved planlegging av utskrivning til eget hjem tas det kontakt med kommunens hjelpeapparat for nødvendig samarbeid og formidling av informasjon
 - Nødvendige og relevante opplysninger knyttet til utskrivningen dokumenteres i pasientens journal
 - Oppdaterte og nødvendige opplysninger om pasienten formidles til aktuelle samarbeidspartnere som skal følge opp pasienten etter utskrivning
 - Det er klart hvem som har ansvar for de ulike delene av utskrivningsprosessen.
- For pasienter på langtidsopphold avsluttes rehabiliteringsprosesser når målene er nådd eller evaluering viser at videre rehabilitering ikke er relevant eller forsvarlig.
- Tiltak sikrer at:
- Behovet for oppfølgingstiltak blir vurdert og avklart når rehabiliteringstiltak avsluttes
 - Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning sikrer også ved av denne delen av rehabiliteringsprosessen.
 - Nødvendige og relevante opplysninger journalføres
- Kommunen sørger for at alle aktuelle ordninger/rutiner/prosedyrer er kjent og blir brukt av alle involverte fagpersoner på sykehjemmet.

Ledelsens oppfølging

- Ledelsen følger opp at alle aktuelle tiltak for ivaretagelse av rehabiliteringstilbudet i sykehjem er kjent og blir fulgt, og iverksetter nødvendige tiltak dersom disse ikke etterleves som forutsatt.
- Kommunen har ordninger for hvordan avvik/uønskede hendelser meldes og håndteres i sykehjemmet, og disse er kjent og blir brukt.
- 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, gjennomføring og oppfølging

Tilsynsmetodikk

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

Tilsynslaget sammensetning

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

Tidsramme / omfang og valg av virksomheter

Ved dette tilsynet vil det kunne være behov for formøte for å avklare hvordan kommunen har organisert rehabiliteringstilbudet i sykehjem.

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

Tilsynet skal undersøke ivaretagelse av pasienters rehabiliteringsbehov både på korttids- og langtidsavdelinger. Dette må det tas hensyn til ved valg av virksomheter.

Revisjonsvarsel, dokumentasjonsinnhenting og -gjennomgang

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

Intervjuobjekter og stikkprøver (verifikasjoner)

Tilsynslaget vurderer hvem det er hensiktsmessig å intervju.

Til sammen bør det undersøkes minst 15 journaler på tjenestestedet.

Forslag til journalgjennomgang:

- siste 5-10 pasienter som er innlagt på korttidsopphold med rehabilitering som formål
- siste 5 pasienter innlagt på korttidsopphold med annet formål
- 5 - 10 pasienter innlagt på langtids plass, der oppholdet har vart minst 6 måneder.

For pasientene på korttidsopphold med annet formål og langtidsopphold anbefales det spesielt å etterse om pasienter som erfaringsvis trenger rehabilitering blir utredet og får et individuelt tilrettelagt rehabiliteringstilbud. Som eksempler kan nevnes pasienter som har

gjennomgått hjerneslag, har hatt ulike former for større brudd (f.eks. lårhalsbrudd), eller har kroniske, progredierende sykdommer i bevegelsesapparatet og nervesystemet.

Rapport

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

Oppfølging

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