

www.sintef.no







**SINTEF Unimed  
Helsetjenesteavdeling**

Postadresse: Boks 124, Blindern  
0314 Oslo  
Besøksadresse: Forskningsveien 1  
Telefon: 22 06 73 00  
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Evaluering av Centro Asistencial Noruego SL**

FORFATTER(E)

Trond Harsvik og Karl-Gerhard Hem

OPPDRAGSGIVER(E)

Bærum kommune

RAPPORTNR. <b>STF78 A034511</b>	GRADERING <b>Åpen</b>	OPPDRAGSGIVERS REF. <b>Tom Steen</b>	
GRADER. DENNE SIDE <b>Åpen</b>	ISBN <b>82-14-02963-5</b>	PROSJEKTNR. <b>78352901</b>	ANTALL SIDER OG BILAG <b>37</b>
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.) <b>Trond Harsvik</b> <i>Trond Harsvik</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) <b>Lisbet Grut</b> <i>Lisbet Grut</i>
ARKIVKODE	DATO <b>2003-04-11</b>	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) <b>Arne H. Eide, forskningssjef</b> <i>Arne H. Eide</i>	

**SAMMENDRAG**

Bærum kommunes rehabiliteringstilbud i Altea, Spania: Centro Asistencial Noruego er evaluert med hensyn til følgende forhold:

- I hvilken grad er det samsvar mellom brukergruppene som tildeles opphold ved CAN og de vilkår og intensjoner som ligger til grunn for opprettelsen av rehabiliteringstilbudet?
- Hva kjennetegner innholdet og omfanget av rehabiliteringstilbudet, og hva er de økonomiske konsekvensene av å bygge og drifte rehabiliteringstilbudet i Altea, sett i forhold til en sammenlignbar enhet i Bærum kommune? Som sammenligningsgrunnlag er valgt rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Evaluering	Evaluation
EGENVALGTE	Rehabilitering	Rehabilitation

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1	Mål og problemstillinger .....	3
<b>2</b>	<b>Arbeidsbeskrivelse og metode</b> .....	<b>4</b>
2.1	Samsvarer brukergruppen ved CAN med intensjonene? .....	4
2.2	Økonomiske konsekvenser av driften ved CAN .....	4
2.3	Metode .....	4
<b>3</b>	<b>Om rehabiliteringsbegrepet</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Centro Asistencial Noruego SL og Lønnås bo- og behandlingssenter</b> .....	<b>7</b>
4.1	Centro Asistencial Noruego .....	7
4.2	Lønnås bo- og behandlingssenter .....	11
<b>5</b>	<b>Brukergruppen ved CAN</b> .....	<b>13</b>
5.1	Hvilke kommuner kommer brukerne fra? .....	13
5.2	Alder for brukergruppen i perioden mars - oktober 2002 .....	14
5.3	Hjelpemidler til forflytning .....	15
5.4	Diagnoser.....	15
5.5	Mål for oppholdet .....	19
5.6	"Nye" brukere sett i forhold til brukere som mottar andre tjenester .....	21
5.7	De ansattes beskrivelse av brukergruppen .....	22
5.8	Brukere, bygg og utstyr .....	25
<b>6</b>	<b>Sammenligning CAN og Lønnås</b> .....	<b>26</b>
6.1	Brukernes funksjonsnivå .....	26
6.2	Personell .....	28
<b>7</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>30</b>
7.1	Brukere sett i forhold til vilkår for tildeling av opphold .....	30
7.2	Brukergrupper hvor det er tvil om utbytte av oppholdet.....	31
7.3	Er det forskjeller mellom kommunene? .....	31
7.4	Brukerne og personalet.....	31
7.5	Økonomiske kostnader .....	32
7.6	Forslag til tiltak .....	32
7.7	Forslag til oppfølgende studier.....	34
<b>8</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>35</b>
<b>Vedlegg</b>	.....	<b>36</b>
	Vedlegg 1: Kort om historien bak etableringen av CAN.....	36
	Vedlegg 2: Noen sider ved kvalitetsbegrepet .....	37

## 1 Innledning

Bærum kommunen åpnet Centro Asistencial Noruego SL (CAN) den 28. februar 2002. Senteret ligger i Altea på Costa Blanca i Spania. Opphold ved CAN er en del av kommunens rehabiliteringstilbud, og brukerne må tilfredsstille gitte vilkår før tildeling av opphold finner sted. Innvilgning og avslag gjøres av Servicekontoret i Bærum kommune i form av enkeltvedtak. En del av plassene leies ut til Asker kommune og Stavanger kommune, og vedtak for disse brukere gjøres av tilsvarende instanser i de respektive kommuner. Tildeling av plass skal skje etter samme regler og vilkår som gjelder for tildeling av korttids-rehabiliteringsopphold ved kommunal institusjon i Bærum.

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning har fått i oppdrag å evaluere utvalgte sider av CANs virksomhet.

### 1.1 Mål og problemstillinger

Evalueringsens hovedmål er å undersøke følgende problemstillinger ved Centro Asistencial Noruego SL i Altea:

- I hvilken grad er det samsvar mellom brukergruppene som tildeles opphold ved CAN og de vilkår og intensjoner som ligger til grunn for opprettelsen av rehabiliteringstilbudet?
- Hva er de økonomiske konsekvensene av å drifte rehabiliteringstilbudet i Altea, sett i forhold til en sammenlignbar enhet i Bærum kommune?

Evalueringen har et formativt preg. Dette innebærer at undersøkelsen skal fremskaffe kunnskap som vil gi grunnlag for forbedring av rehabiliteringstilbudet i Altea. Kunnskapen skal overføres til CAN og Bærum kommune gjennom denne evalueringsrapporten. Som sammenligningsgrunnlag er valgt rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås.

## 2 Arbeidsbeskrivelse og metode

Nedenfor vil vi kort gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å belyse problemstillingene som er beskrevet i punktet ovenfor.

### 2.1 Samsvarer brukergruppen ved CAN med intensjonene?

*I hvilken grad er det samsvar mellom brukergruppene som tildeles opphold ved Centro Asistencial Noruego SL og de vilkår og intensjoner som ligger til grunn for opprettelsen av rehabiliteringstilbudet?*

Det er undersøkt om de brukerne som har fått tildelt plass tilfredsstiller kravene som er beskrevet i vilkårene for tildeling av opphold. Videre er det undersøkt om det er spesielle trekk ved denne brukergruppen som skiller seg fra en eventuell sammenlignbar gruppe ved Lønnås bo- og behandlingssenter. Det er også undersøkt om vilkårene for tildeling av opphold praktiseres ulikt mellom de tre kommunene. Dette er gjort ved å gjennomgå 131 vedtak om opphold ved CAN<sup>1</sup>. Gjennom intervjuer med ansatte og ledelse ved CAN er det kartlagt deres faglige vurderinger av brukergruppen. Hele datamaterialet er dernest sett i forhold til vilkår og intensjoner med CAN.

### 2.2 Økonomiske konsekvenser av driften ved CAN

*Hva er de økonomiske konsekvensene av å drifte rehabiliteringstilbudet i Altea sett i forhold til en sammenlignbar enhet i Bærum kommune?*

For å besvare dette spørsmålet er de kostnadene som påløper årlig ved driften av CAN sammenlignet med kostnadene ved rehabiliteringsenheten ved Lønnås. Sammenligningen omfatter hele driften av senteret, også den delen som tilbys innbyggerne i Asker og Stavanger. Kostnadene for Bærum vil også fremkomme separat.

I forbindelse sammenligningen med Lønnås, er det nødvendig at grunnlaget for sammenligningen er klargjort:

*Hva kjennetegner innholdet og omfanget av rehabiliteringstilbudet som gis ved Centro Asistencial Noruego SL sett i forhold til en sammenlignbar enhet i Bærum kommune?*

Dersom det viser seg at det er tale om helt forskjellige tilbud, er det nødvendig at dette fremkommer. Det er derfor gitt en beskrivelse av rehabiliteringstilbudet ved begge institusjonene: Det faglige tilbudet, hvordan tilbudet er knyttet til andre behandlingstilbud, hvem som er brukere av rehabiliteringstilbudene og en kort redegjørelse for hvordan rehabiliteringen drives. Videre er det gjennom intervjuer, analyse av Gerix-registreringer<sup>2</sup> og gjennomgang av søknader om opphold sett på ulikheter i brukergruppen.

### 2.3 Metode

Evalueringen har tatt utgangspunkt i intensjonene og målene for etableringen av rehabiliteringsenheten i Altea generelt og vilkårene for tildeling av opphold spesielt. Den har også et komparativt perspektiv der CAN på enkelte områder sammenlignes med Lønnås bo- og behandlingssenter, samt en sammenligning av nasjonale nøkkeltall for funksjonsnivået for brukerne og driftsutgifter ved senteret.

<sup>1</sup> I prosjektbeskrivelsen som ligger til grunn for denne evalueringen er det sagt at vi skulle gjennomgå 50 vedtak. For å skaffe oss et enda sikrere grunnlag å basere våre vurderinger på, har vi valgt å utvide antall vedtak til 131.

<sup>2</sup> Gerix har senere skiftet navn til Helios. Dette benyttes av institusjoner og hjemmetjenestene i Bærum.

Det er benyttet en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. I den kvalitative tilnærmingen er det gjennomført intervjuer med fagfolk ved CAN og det er gjort dokumentstudier. Det er gjennomført 4 gruppeintervjuer fordelt på to intervjuer ved CAN og to ved Lønnås. Ved begge steder ble sykepleiere samlet i én gruppe mens fysioterapeuter og ergoterapeuter utgjorde den andre gruppen. I tillegg er henholdsvis lederen av CAN og av rehabiliteringsenheten ved Lønnås intervjuet. Intervjuene har hatt en varighet på ca 1,5 time.

Den kvantitative delen av evalueringen består av en analyse av variabler som omfatter brukernes alder, funksjonsevne, diagnoser, mål for oppholdet og regnskapstall. Brukernes mål for oppholdet, diagnoser og alder er kartlagt ved å gjennomgå de 131 søknadene og legeerklæringer for samtlige brukere som er innvilget oppholdet ved CAN i perioden mars - oktober 2002. Resyméene som blir skrevet ved brukernes start på oppholdet er også gjennomgått midtveis og ved avslutningen av oppholdet. Hensikten med dette har vært å finne frem til hvordan fagpersonalet har vurdert brukernes utbytte av oppholdet. Brukernes funksjonsevne er kartlagt gjennom Gerix-registreringer for samtlige brukere som ankom CAN og Lønnås i ukene 39 - 46 i 2002. Brukernes alder er kartlagt både gjennom Gerix-registreringene i uke 39 - 46 og søknadspapirene for brukere med innvilget opphold i perioden mars - oktober 2002.

Regnskapstall fra CAN og fra Lønnås er sammenlignet for å vurdere driftsutgiftene. Dette materialet er sammenholdt med brukernes utgifter ved de to typene tjenester. Det er også benyttet kopi av KOSTRA-rapporteringen for 2002 for begge enheter. Dette gir en oversikt over både antall plasser og utførte årsverk.

### 2.3.1 Om svakheter ved datamaterialet

Datamaterialet som ligger til grunn for denne rapporten har noen begrensninger. Disse legger begrensninger for analysene som gjennomføres. Når det gjelder søknadspapirene, legeerklæringene og resyméene for perioden mars - oktober 2002, er disse noe mangelfulle. Det finnes ikke fullstendige søknadspapirer for samtlige brukere. For enkelte brukere er den målsettingen for opphold ved CAN som er beskrevet i søknadspapirene vagt uttrykk, men det fremgår av resyméene at personalet ved CAN sammen med brukerne har forsøkt å komme frem til mer konkrete mål for oppholdet. Imidlertid er ikke resyméene konsistente når det gjelder form og innhold. Det varierer i hvilken grad og på hvilken måte mål for oppholdet og hvilket utbytte brukeren har hatt av oppholdet er dokumentert i resyméene. Særlig har dette vært fremtredende for de brukerne som var blant de første som benyttet seg av tilbudet ved CAN. Siden det gjerne er oppstartsproblemer når nye organisasjoner og behandlingstilbud settes i drift, er dette ikke uventet.

I denne analysen er det tatt utgangspunkt i det skriftlige materialet som er tilgjengelig, vurderingene er gjort ut fra dette. Det må her legges til at brukernes mål for og utbytte av oppholdet ved CAN også er behandlet i intervjuene. Samlet sett blir dette vurdert til å gi et godt nok grunnlag for å vurdere brukernes mål for og utbytte av oppholdet.

### 2.3.2 Avgrensninger

I denne evalueringen er ikke de helsemessige effektene av rehabiliteringstilbudet i Altea behandlet. Evalueringen omfatter heller ikke en vurdering av de medisinske sidene ved rehabiliteringstilbudet. Når det gjelder kvalitet<sup>3</sup> i forbindelse med evalueringen, understrekes det at hensikten primært har vært å skissere sentrale dimensjoner som kan inngå i en eventuell fremtidig evaluering som i større grad skal dekke kvalitetsaspektet. Dersom kvaliteten ved CAN skal kartlegges, må denne evalueringen suppleres med andre undersøkelser.

<sup>3</sup> I vedlegg 2 har vi gjort rede for enkelte sider ved kvalitetsbegrepet.

### 3 Om rehabiliteringsbegrepet

Rehabilitering er et begrep som brukes i mange sammenhenger, og hva som menes med rehabilitering kan variere. Vi vil i dette kapitlet gjøre rede for hva vi legger til grunn når det gjelder vår forståelse av rehabiliteringsbegrepet. Historisk sett har forståelsen av hva rehabiliteringsfeltet er endret innhold og karakter mange ganger. Det skal ikke her gis en historisk gjennomgang av begrepets innhold og karakter, men nevnes at utviklingen blant annet har vært preget av ulik vektlegging av

- 1) medisinsk behandling for å stanse sykdom eller bedre funksjoner
- 2) sosial attføring for å sikre at personen skal klare seg selv i dagliglivet
- 3) yrkesrettet attføring som innebærer å få personen inn i arbeidslivet.

*I Stortingsmelding 21 (1998-99) defineres rehabilitering som "tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet".*

SKUR-notat<sup>4</sup> nr. 10/2001 poengterer at opptrening av tapte eller skadete funksjoner vil være en viktig innsats som en del av den samlede rehabiliteringsprosessen, men at det ikke må fokuseres ensidig på dette. Bedret funksjons- og meistringsevne er ikke endelige mål i seg selv, men er viktige ressurser som personene utvikler for å kunne realisere individuelle interesser og delta i samfunnet på egne premisser, slik definisjonen vektlegger.

Videre i SKURs redegjørelse for rehabiliteringsbegrepet vises det til at rehabiliteringsprosessen er en sammenhengende og målrettet bevegelse bestående av flere elementer som spiller sammen for å oppnå en utvikling/forandring. Rehabilitering er en samarbeidsprosess, noe som innebærer at rehabilitering ikke er enkeltstående tiltak eller et knippe med tiltak, men en prosess som disse tiltakene settes inn i og som knytter dem sammen. Alle aktører som arbeider med rehabilitering bidrar til en helhet. Kan ikke dette nås (alene) ved å øke den individuelle funksjons- og meistringsevnen, må dette sikres ved hjelp av alternative eller supplerende tiltak som støttetiltak, brukerstyrt personlig assistanse, bedret tilgjengelighet osv. Det at rehabiliteringsprosessen er målrettet betyr også at rehabiliteringen må gis en klar og tydelig retning. Dette forutsetter en konkretisering av hva som skal oppnås, og for å oppnå konkrete mål må prosessen være godt planlagt.

Rehabilitering blir ofte beskrevet som en "helhetlig virksomhet". I dette ligger det en spennvidde i problemstillinger og mangfoldighet når det gjelder tiltak (Grut og Kvam 2002). Implisitt i definisjonens vektlegging av aktørenes samarbeid ligger det en forståelse av at selv om brukeren ofte vil trenge bistand fra mange instanser, skal bistanden gjennom planlegging og samhandling fremstå som helhetlig. Brukeren skal ikke få problemer på grunn av at myndighetene har valgt å organisere denne bistanden i forskjellige enheter og på ulike forvaltningsnivåer.

Oppsummert vil det primære målet i rehabiliteringen være å sette brukeren i stand til å mestre sine funksjonsproblemer med tanke på aktivitet og deltakelse i hverdagen. Rehabiliteringens oppgave er dermed å bistå brukeren både når det gjelder å kunne håndtere dagliglivets praktiske utfordringer og å sette seg egne vitale mål for livet fremover.

<sup>4</sup> SKUR er Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering. SKUR ble opprettet i 2000 som et femårig prosjekt på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. SKUR's overordnede oppgave er å bidra til å styrke kunnskaps- og kompetansesituasjonen innenfor rehabilitering som en sammenhengende og sektorovergripende virksomhet (Norman og Sandvin 2001).



## 4 Centro Asistencial Noruego SL og Lønnås bo- og behandlingssenter

Dette kapitlet gir en kort oversikt over virksomheten ved Centro Asistencial Noruego og rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås bo- og behandlingssenter. Vi har noe mer detaljert informasjon vedrørende CAN da vi i forbindelse med denne evalueringen gjør en grundigere analyse av CAN enn Lønnås, jf. kapittel 2. Fremstillingen av CAN og Lønnås vil derfor være noe ulik i form og innhold.

### 4.1 Centro Asistencial Noruego

Centro Asistencial Noruego (CAN) åpnet 28. februar 2002. CAN tilbyr 6 eller 12 ukers korttids-rehabilitering. Rehabiliteringssenteret har 38 plasser. Bærum kommune disponerer 20 plasser mens Stavanger og Asker har henholdsvis 13 og 5 plasser. Servicekontoret fatter vedtak om opphold for brukere som bor i Bærum kommune. Tildeling av plass skjer etter samme regler og vilkår som gjelder for tildeling av korttids-rehabiliteringsopphold ved kommunal institusjon i Bærum. Innvilgelse og avslag gis i form av enkeltvedtak som kan påklages til kommunen. Søkere må ha behov for opptrening, eller må få en fysisk eller psykisk helsegevinst av oppholdet, jf. punkt 4.1.5. Brukere som har langtidsplass på institusjon, kan også tildeles plass. Søker fra Asker og Stavanger kommune søker sine respektive kommuner om plass ved senteret.

#### 4.1.1 Bygget

CAN ligger i byen Altea med gangavstand til både strandpromenade og sentrum. Det ligger en appelsinlund i tilknytning til senteret som kan benyttes av brukerne. Bygget er i 5 etasjer pluss kjeller. Av senterets 38 plasser er det 30 enerom og 8 leiligheter. Leilighetene er utstyrt med kjøkkenkrok. I hver av de tre etasjene hvor enerommene ligger, er det kjøkken til fri bruk. Her er det også Tv-stuer. Enerommene er utstyrt med en ekstra sovesofa hvor pårørende eller venner av brukeren kan overnatte mot å betale €26 pr. døgn. I kjelleren er det vaskeri hvor håndklær og brukernes privattøy blir vasket. Sengetøy blir vasket på et lokalt vaskeri. I første etasje ligger behandlingsbassenget, behandlingsrom og kjøkken. Her ligger også kontorene. I andre, tredje og fjerde etasje ligger enerommene. I to av disse etasjene er det også installert vaskerom slik at brukerne har mulighet til selv å vaske sitt private tøy. Leilighetene er plassert i femte etasje.

#### 4.1.2 Personell

CAN hadde høsten 2002 vel 20 faste årsverk innen pleie og behandling. Dette er personer som er ansatt i det spanske selskapet. Pleiepersonalet består av åtte sykepleiere, tre hjelpepleiere og tre ergoterapeuter og to fysioterapeuter. I tillegg er det til enhver tid seks ledsagere ved senteret. Ledsagerne er fast ansatte i henholdsvis Asker, Stavanger og Bærum kommune, og fristilles fra sin stilling hjemme i en treukers periode for å arbeide i Spania. Ledsagerne reiser nedover med en gruppe brukere og reiser hjem igjen sammen med en annen. Ledsagerne skal delta på lik linje med det øvrige personalet i behandling og pleie i de tre ukene ledsagerperioden varer. Ut over pleiepersonalet er det fire ledere som er stasjonert i Spania. To av disse arbeider delvis i turnus, og regnes derfor med til pleiepersonalet. I tillegg kommer 0,25 legeårsverk.

Det er et uttalt mål at CAN skal konsentrere seg om den faglige delen av virksomheten. Derfor har servicetilbud som kjøkken, renhold og vaskeri vært på anbud og det er inngått egne kontrakter når det gjelder leveranse av disse tjenestene.

Ansatte i det spanske selskapet har spansk lønn og spanske arbeidsbetingelser. Lønnsnivået ligger ca. 30 prosent under det norske. Ledsagerne beholder sin norske lønn under arbeidsperioden her.

Lederne, som er fra Bærum, har permisjon fra kommunen, og har en utestasjoningskontrakt som regulerer lønns- og arbeidsbetingelser.

#### 4.1.3 Brukernes funksjonsnivå

Brukernes funksjonsnivå og tildelte tjenester måles i registreringssystemet Gerix, som nå er i bruk i totalt 64 kommuner og bydeler i Norge. I alt 17 områder skåres i dette systemet, fra innendørs og utendørs mobilitet til medisinsk egenomsorg. For hvert område settes en tallverdi (skåre) fra 1 til 4. Tallverdi 1 betyr at vedkommende er helt selvhjulpen, og 4 betyr at brukeren er helt avhengig av personlig hjelp.

I denne oppstillingen benyttes følgende tre sumskårer, med underspørsmål:

- Gerix ADL, som omfatter innendørs mobilitet, utendørs mobilitet, personlig hygiene, av-/påkledning, toalett, spising, innkjøp, matlagning, rengjøring og medisinsk egenomsorg.
- Gerix psyk, som omfatter orienteringsnivå, oppfatning av egen situasjon, trygghet, sosialkontaktnivå, initiativnivå, ansvar for egen hverdag og kommunikasjonsnivå.
- Gerix total, som er en vektet sum av de to delskårene, der Gerix ADL teller 51 prosent og Gerix psyk teller 49 prosent.

Gerix-skårer kan tolkes som uttrykk for funksjonsnivå eller allment funksjonstap. For en gruppe klienter eller brukere vil gjennomsnittet angi funksjonsnivå: Jo høyere skåre jo dårligere funksjonsnivå. Det betyr at en *lavere* Gerix-skåre innebærer *høyere* funksjonsnivå.

I Gerix-systemet vil hver bruker få et gjennomsnittstall mellom 1 og 4, som er et meget grovt bilde på funksjonsnivå og pleietyngde (Devold 1994, Sigstad Lie og Solheim 1995, Kalseth og Magnussen 1995).

I en periode høsten 2002 (uke 39-46) ble det registrert funksjonsnivå ved alle brukerne både ved CAN og ved rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås.

Brukerne ved CAN hadde i den aktuelle perioden en gjennomsnittlig totalskåre ved Gerix-registreringen på 1,42. Dette uttrykker et moderat funksjonstap, og betyr at brukerne i mange tilfeller vil kunne utføre de fleste av dagliglivets aktiviteter ved egen hjelp, evt. ved noe tilrettelegging og bruk av hjelpemidler. Til sammenligning hadde brukerne ved Lønnås en gjennomsnittlig Gerix-skåre på 2,21. Dette betyr at de i mange tilfeller vil behøve både hjelpemidler, tilrettelegging og assistanse ved daglige gjøremål.

#### 4.1.4 Et grovt riss av rehabiliteringstilbudet ved CAN

Alle ansatte som arbeider innenfor pleie og behandling går i turnus med arbeid hver annen helg og ca. tre kveldsvakter pr. uke. Gjennom turnusordningen tilstrebes det å ha tilnærmet lik bemanning dag, kveld og helg slik at det kan opprettholdes et stabilt tilbud til brukerne gjennom uken.

CAN har en uttalt tverrfaglig tilnærming, og arbeider etter arbeidslagsmetoden. Arbeidslaget beskrives som en gruppe som sammen har ansvaret for en definert arbeidsprosess og resultatene av denne. Medlemmene i arbeidslaget samarbeider for å planlegge, gjennomføre, evaluere og forbedre kvaliteten på arbeidet som utføres.

I utgangspunktet er behandlingstilbudet tilrettelagt på en slik måte at de ulike faggruppene utfører arbeidsoppgaver både knyttet til pleie og behandling. I praksis vil dette for eksempel si at fysio-

og ergoterapeuter deltar i stell etter opplæring av sykepleier, mens sykepleiere kan gjennomføre en fysikalsk behandling etter å ha mottatt opplæring av en fysioterapeut.

Dagen etter at nye brukere har ankommet CAN gjennomføres det en samtale med brukeren, og i denne samtalen gjennomgås mål for oppholdet. Det settes videre opp en ukeplan for hver enkelt bruker. Med utgangspunkt i brukerens behov avgjøres det hvor mye fysio- og ergoterapi som skal gjennomføres med den enkelte individuelt. I tillegg er det organisert en rekke fellesaktiviteter i løpet av en uke. Disse planlagte fellesaktivitetene er vist i ukeplanen nedenfor.

**Tabell 1. Ukeplan CAN**

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
09.00	09.00	09.00	09.00	09.00	09.00	09.00
Morgentur	Basseng- trening	Morgentur	Basseng- trening	Morgentur	Morgentur	Morgentur
Mandags- turen	10.00 Marked	10.00 Stående trim		10.00 Stående trim		09.30 Kirkebussen
		11.00 Fellestrim	11.00 Fellestrim	11.00 Fellestrim	11.00 Boccia	11.00 Fellestrim
16.30 Basseng- trening	12.00 Fellestrim	16.30 Basseng- trening	16.30 Åpent basseng	16.30 Basseng- trening	16.30 Åpent basseng	16.30 Åpent basseng
		19.30 (lik uke) Besøk fra sjømanns- kirken				
20.30 Avspenning (trenings- rom)	20.00 Lesegruppe	20.30 Avspenning (trenings- rom)	20.00 Lesegruppe	20.00 Bingo	20.00 Filmkveld	

I tillegg til aktivitetene som er vist i ukeplanen, er også måltidene i kantinen en felles aktivitet. Brukerne har også mulighet til å tilberede egen mat i felleskjøkkenet som finnes i hver av de tre etasjene hvor brukerne bor.

Det er tilbud om felles morgenaktiviteter som basseng eller tur hver dag. Om sommeren arrangeres det også felles turer til stranden hvor det er mulighet til å bade i sjøen. Fellestrimmen som er nevnt i oversikten, er i hovedsak stoltrim. Åpent basseng betyr at brukerne kan benytte seg av bassenget på egen hånd.

Det individuelle programmet for brukerne starter som regel ca. klokken ti. Totalt tilbys det ca 65 timer individuell trening med fysio- eller ergoterapeut i løpet av en uke<sup>5</sup>. Det varierer hvor mye den enkelte bruker tildeles av individuell trening.

Dersom vi ser aktivitetene i ukeplanen i sammenheng med fagpersonellet som er ansatt ved CAN, er det tydelig at hovedvekten av CANs aktivitet ligger på fysisk trening. CAN har ikke ansatt psykolog eller logoped, og dette gjør at rehabiliteringstilbudet ikke omfatter kognitiv trening i samme grad som ved Lønnås jf. punkt 4.2.

#### 4.1.5 Vilkår for tildeling av opphold ved CAN

CAN er som tidligere nevnt et bo- og behandlingssenter der det tilbys korttidsopphold på seks eller tolv uker med rehabilitering som formål. Opphold ved bo- og behandlingssenteret i Altea

<sup>5</sup> Dette tallet er fremkommet ved å beregne gjennomsnittet i løpet av en 8 ukers periode.

skal være et alternativ til andre former for hjelp i Norge. Alle eldre og/eller funksjonshemmede som oppfyller vilkårene for tildeling kan søke om plass. Vilkårene for tildeling er som følger:

- Søkere må ha rett på helsehjelp etter § 2-1 i lov om helsetjenesten i kommunene<sup>6</sup>.
- Søkere må ha behov for trening/opptrening og/eller må antas å få en fysisk og/eller psykisk helsemessig gevinst av oppholdet.
- Det må foreligge egensøknad.
- Det må foreligge legeerklæring (fortrinnsvis fra fastlege) med nødvendige legeopplysninger hvor blant annet den helsemessige risiko ved reise tur/retur og opphold i Spania er vurdert. Ved vesentlig helserisiko skal som hovedregel søker ikke innvilges opphold.
- Søker må bo i Bærum, Stavanger eller Asker kommune.
- Søker må kunne sitte i et flysete under reise under tur/retur med fly, og må også kunne sitte ved bruk av andre framkomstmidler. Ved behov for spesialstol, må dette drøftes med flyselskapet.
- Søkere som har økonomisk evne, må betale egenandel. Egenandelen tilsvarer ordinær betaling for korttidsopphold, for tiden 118 kr pr døgn. I tillegg kommer reiseutgifter tur/retur, andel av reiseforsikring og private utgifter under reisen og oppholdet. Søkere som ikke har økonomisk evne til å betale kostnadene, kan søke om å få redusert disse eller søke om fritak.
- Søker som har langtidsopphold på et bo- og behandlingssenter, må dersom opphold i Altea innvilges, stille sitt rom til disposisjon til korttidsopphold for andre. Under oppholdet i Altea betales ordinært vederlag, for tiden kr 118 pr. døgn. I tillegg kommer reiseutgifter, andel av reiseforsikring og private utgifter under reisen og oppholdet.

Følgende tilstander bes legene ta hensyn til ved søknad om rehabiliteringsopphold i Spania:

- Alvorlig hudkreft\*
- Hjertesykdom (se restriksjoner mht flytransport)
- Hypertensjon
- Blodproppsykdom\*\*
- Diabetes mellitus
- Alvorlig psykisk lidelse\*\*
- Kognitiv svikt
- Kjent smittsom sykdom
- Stort alkoholforbruk\*
- Misbruk av medikamenter\*
- Allergier
- Intoleranse for varme eller soleksponering
- Andre tilstander av betydning?

\*Diagnoser merket stjerne vil i de fleste tilfeller utgjøre en absolutt kontraindikasjon mot innvilgelse av opphold, og pasienten bør frarådes å søke.

\*\* Spesielle tiltak bør vurderes (strømper, tromboseprofylakse)

---

<sup>6</sup> I lov om helsetjenesten i kommunenes §2-1 heter det at: " Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap tidsspill eller uleilighet. ... For vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie gjelder likevel forvaltningslovens regler.

## 4.2 Lønnås bo- og behandlingssenter

Lønnås er et bo- og behandlingssenter, og har 68 døgnplasser fordelt på en rehabiliteringsavdeling, en somatisk/sykehjemsavdeling, og en skjermet avdeling for demente. Lønnås har også et dagsenter med 17 plasser. I forbindelse med evalueringen av CAN er det aktuelt å se nærmere på rehabiliteringsavdelingen og dagsenteret.

Rehabiliteringsavdelingen har 22 døgnplasser og ble opprettet i 1991. Avdelingen er kommunens spesialavdeling for rehabilitering og tar imot personer over 16 år fra hele Bærum som trenger opptrening etter sykdom eller skade. Avdelingen er organisert i tre tverrfaglige team. I avdelingen finnes lege, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og hjelpepleiere. Sentralt ved senteret er det ansatt psykolog og aktivitør, og det kjøpes tjenester fra en privat ortopedi-ingeniør. Ca. 200 brukere er innom avdelingen hvert år. Liggetiden varierer fra tre uker og opp til noen måneder.

Av dagsenterets 17 plasser er ti definerte som rehabiliteringsplasser. Dagsenteret er bemannet med to sykepleiere, en fysioterapeut og en ergoterapeut. I tillegg har senteret tilgang til logoped, psykolog, prest og ortopedi-ingeniør på linje med rehabiliteringsavdelingen.

### 4.2.1 Brukere av rehabiliteringstilbudet ved Lønnås

Vedtak om plass ved Lønnås fattes av Servicekontoret. Brukeren må ha et faglig begrunnet behov for rehabilitering for å bli innvilget plass. Brukerne kommer i hovedsak fra Bærum sykehus og skrives stort sett ut til hjemmet med oppfølging.

Den største enkeltdiagnosen er hjerneslag. Videre tar Lønnås hånd om alle benamputerte i Bærum kommune og disse brukerne får tilbud om protesetilpasning og opptrening. Av andre diagnoser og lidelser som kan nevnes, er nevrologiske lidelser, som Parkinsons, og frakturer med kompliserende tilstander. Videre er det brukere som har et langvarig sykehusopphold bak seg og som følge av dette har en nedsatt allmenntilstand. I tillegg kan hodeskader, trafikkulykker og revmatiske sykdommer nevnes. Som allerede nevnt har brukerne ved Lønnås en gjennomsnittlig Gerix-skåre på 2,21, og vil i mange tilfelle behøve hjelp og assistanse.

### 4.2.2 Rehabiliteringstilbudet ved Lønnås rehabiliteringsavdeling

Dagen ved Lønnås starter kl. åtte med morgenstell og trening. Både fysio- og ergoterapeuter deltar i trening og i morgenstellet. Hver bruker har fått utarbeidet en individuell plan som beskriver hva som skal foregå av opptrening. Den individuelle veiledete treningen gjennomføres av fysioterapeut, ergoterapeut, logoped eller psykolog.

Det er felles gymnastikk for brukerne tre dager i uken, samt at personalet leser høyt fra dagens avis. Ellers er det felles underholdning en kveld i uka.

I helgene er det et redusert tilbud. Det er da bare en fysio- eller ergoterapeut for avdelingen til stede på dagtid.

Det er etablert tverrfaglige grupper som har ansvaret for sju til åtte brukere. Opplegget for hver enkelt bruker er utarbeidet av den tverrfaglige gruppen i fellesskap. Det avholdes ukentlige teammøter for hver bruker. I disse teammøtene gjennomgås hva som har skjedd siste uke, hvilke bedringer hos bruker som kan observeres, hva som er de neste mål som skal settes, og hvilke tiltak som skal settes i verk for å nå disse. Personalet mener at hele arbeidsdagen er preget av tverrfaglighet, og at ikke noe av betydning for brukeren besluttet uten at det har vært diskutert i den tverrfaglige gruppen.

### 4.2.3 utfordringer for Lønnås

I intervjuene fremkommer det at personalet på Lønnås sjelden opplever at brukere som er tildelt plass ikke har utbytte av rehabiliteringstilbudet. I de tilfellene dette skjer, kan dette eksempelvis være brukere med så langt utviklet demenstilstand at oppholdet ikke har noen effekt. Problemene for Lønnås er mer knyttet til utskrivning av "ferdigbehandlede" brukere. Lønnås har til enhver tid brukere som venter på plass ved sykehjem eller boliger med service. Det er lengst ventetid for sykehjems plass. Utskrivning til hjem går stort sett greit. Her kan det imidlertid være utfordringer knyttet til at noen brukere vegrer seg for å forlate institusjonen og gå over til hjemmebaserte tjenester.

## 5 Brukergruppen ved CAN

### 5.1 Hvilke kommuner kommer brukerne fra?

I vår gjennomgang av brukerne av CAN i perioden mars til oktober 2002, fordeler brukerne seg etter kommune på følgende måte:

**Tabell 2. Brukere etter kommune. N=131**

Kommune	Antall	Prosent
Asker	16	12 %
Bærum	66	50 %
Stavanger	49	37 %

Bærum kommune disponerer 20 plasser mens Asker og Stavanger har henholdsvis fem og 13 plasser hver. Dette betyr at Bærum disponerer 53 prosent av plassene mens Asker har 13 prosent og Stavanger har 34 prosent. Sett i lys av denne fordelingen utgjør brukerne fra Stavanger en noe større andel av brukerne i denne aktuelle perioden enn antall plasser skulle tilsi. For Bærum - kommunes del er bildet motsatt. Forskjellen i forhold til normert fordeling er likevel ikke stor, og vi kan ikke ut fra disse observasjoner trekke sikre konklusjoner om en eventuell skjevfordeling.

I tabellen nedenfor vises en oversikt over hvor brukerne bor før de tar i bruk tilbudet ved CAN. Kategorien hjem uten tjenester betyr at brukeren bor hjemme og ikke mottar tjenester som hjemmehjelp, hjemmesykepleie etc. Hjem med tjenester betyr at brukeren bor hjemme (det kan også være boliger med service) og er mottaker av en eller annen form for tjenester fra kommunen. Sykehjem betyr her at brukeren har langtidsplass. En av brukerne har en ordning der denne veksler mellom å bo en måned på sykehjem og en måned hjemme.

**Tabell 3. Brukere etter hvor de kommer fra og kommune**

Hvor kommer brukerne fra?	Asker	Bærum	Stavanger	Sum
Hjem uten tjenester	4 (25 %)	7 (11%)	9 (18%)	20 (15%)
Hjem med tjenester	12 (75 %)	51 (77%)	32 (65%)	95 (73%)
Sykehjem	0	8 (12%)	7 (14%)	15 (11%)
Kombinert sykehjem - hjem med tjenester	0	0	1 (2%)	1 (1%)
Sum	16	66	49	131

Tabellen viser at nær tre av fire brukere kommer hjemmefra og mottar en eller annen form for tjenester fra kommunen. Legger vi i tillegg til brukerne som har sykehjemsplass eller et tilbud hvor sykehjem inngår som en del av tilbudet, er det 85 prosent som er mottakere av tjenester i det de søker seg plass ved CAN. Dette indikerer at det til nå ikke har vært noen stor gruppe som kan

hevdes å være ”nye” brukere av kommunenes helsetjenester. Disse ”nye” brukerne utgjør kun 15 prosent av det totale antallet brukere. Hva som kjennetegner disse brukerne har vi sett nærmere på under punktene 5.2 - 5.8.

Vi kan videre lese av tabellen at det er variasjoner mellom kommunene. Den mest markante forskjellen finner vi når det gjelder brukere med plass ved sykehjem. Asker hadde i løpet av perioden mars - oktober ikke sendt brukere til CAN som har plass ved sykehjem, mens Bærum og Stavanger til sammen har sendt 16 brukere med plass ved sykehjem.

## 5.2 Alder for brukergruppen i perioden mars - oktober 2002

Alder brukes ofte som en indikator på funksjonsevne hvis en mangler andre indikatorer på dette, ut fra en antagelse om at høy alder gir større sannsynlighet for redusert funksjonsevne. Vi har Gerix-registreringer for uke 39 - 46, og alder basert på Gerix-registreringene er gjort rede for under punkt 6.1.

I dette avsnittet vil alder brukes som et supplement til Gerix-registreringene, men også for å kunne kartlegge om det er forskjeller mellom brukergruppen som vi har Gerix-registreringer for og brukerne som har vært i Altea fra oppstart og frem til oktober 2002.

Brukerne som har hatt opphold i Altea i perioden mars - oktober 2002 hadde en gjennomsnittsalder på 74,4 år. Medianen er 77 år. Det betyr at det er noen ganske unge brukere som trekker gjennomsnittsalderen noe ned<sup>7</sup>. Den yngste brukeren er 32 år mens den eldste er 93 år.

Når det gjelder alder sett i relasjon til hvilken kommune brukerne kommer fra, finner vi at gjennomsnittsalder og median er følgende:

**Tabell 4. Brukere etter alder og kommune**

Kommune	Gjennomsnittsalder	Median
Asker	74,3 år	77,0 år
Bærum	73,2 år	76,5 år
Stavanger	76,1 år	78,0 år

Tabellen viser at i denne aktuelle perioden har brukerne som kommer fra Stavanger en noe høyere alder både sett i forhold til gjennomsnittet og median enn de to øvrige kommunene. Men forskjellen er ikke større enn at denne observerte forskjellen kan skyldes tilfeldigheter.

Ved å undersøke aldersfordelingen nærmere finner vi at to av tre brukere befinner seg i intervallet 63 - 86 år. Det er verdt å merke seg at en av fire brukere er 82 år eller eldre. Det vil si at det er en forholdsvis stor andel av eldre brukere. Brukerne ved CAN har likevel i gjennomsnitt noe lavere gjennomsnittsalder enn f.eks. beboere ved sykehjem, som er omtrent 83 år<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Gjennomsnittsalderen i registreringsperioden for Gerix var en del høyere: 79 år. I denne perioden var det kun en bruker som var yngre enn 63 år ved CAN. Spredningen i alder er også vesentlig større ved Lønnås.

<sup>8</sup> Se f.eks. <http://www.ssb.no/xls/emner/03/hjulet/tabell-23.html>



**Tabell 5. Brukere etter aldersgrupper og kommune**

Aldersgrupper	Asker	Bærum	Stavanger
- 70 år	25,0 %	31,8 %	20,4 %
71 - 77 år	25,0 %	22,7 %	26,5 %
78 - 82 år	31,3 %	25,8 %	24,5 %
83 - 93 år	18,8 %	19,7 %	28,6 %

Det er noe variasjon når det gjelder andelen brukerne som befinner seg innenfor de ulike alderskategoriene. Av tabellen ovenfor kan vi lese at Bærum kommune har flest brukere som er under 70 år. Stavanger kommune har relativt flest brukere over 82 år.

### 5.3 Hjelpemidler til forflytning

I søknadspapirene skal det være oppgitt hvorvidt brukeren benytter hjelpemidler til å forflytte seg. I vår gjennomgang finner vi at det mangler slike opplysninger for 17 av 131 brukere. For de øvrige brukerne har vi laget en oversikt som viser hvor mange av de resterende 114 brukerne som benytter seg av ulike typer hjelpemidler<sup>9</sup>.

**Tabell 6. Bruk av hjelpemidler**

Rullestol	To krykker	Krykke/stokk	Rollator/ Prekestol	Ingen hjelpemidler
33 (25 %)	6 (5 %)	11 (10 %)	30 (23 %)	34 (30 %)

Fortauene i området rundt CAN er smale og har til dels høye terskler. CAN ligger ved foten av høyden som den gamle delen av Altea er bygd på, og gamlebyen er preget av nivåforskjeller og til dels bratte stigninger. Dette vanskeliggjør fremkommeligheten for brukere som er avhengige av hjelpemidler til forflytning. Brukere av rullestoler vil derfor i mange tilfeller måtte ha hjelp for å kunne bevege seg utenfor CAN, og rollator kan heller ikke uten videre brukes problemfritt over alt. Dersom vi ser brukere av rullestol og rollatorer/prekestol under ett, utgjør disse mer en halvparten av brukerne.

Vi kan anta at det er en sammenheng mellom brukere som er avhengige av rullestol til forflytning både inne og ute, og behov for hjelp til personlig stell. Men hvor mange av rullestolbrukerne dette gjelder, har vi ikke gode nok tall på.

### 5.4 Diagnoser

I vår gjennomgang har vi sett nærmere på diagnoser, symptomer og plager (heretter forkortet til diagnoser) som de 131 brukerne har. Sykdomsdiagnoser vil, dersom det er *aktive* diagnoser, kunne være en indikator på brukernes helsetilstand og behov for sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse. Vi har tatt utgangspunkt i legeattesten som fulgte brukernes søknad om opphold. Vi har tatt med inntil fem diagnoser for hver bruker. Det er stor variasjon i søknadspapirene med

<sup>9</sup> For noen av brukerne er det oppgitt av de benytter rullestol til forflytning utendørs men kan noen ganger greie seg med rollator eller to krykker innendørs. Disse er kun regissert i tabellen som rullestolbrukere. Likeledes er det for rollatorbrukerne. Noen av disse kan forflytte seg innendørs med andre hjelpemidler, men er i tabellen registrert én gang og da som brukere av rollator.

hensyn til hvor detaljert diagnosene er. Det er heller ikke presisert om det er aktive diagnoser. I legeattesten brukes begrepet *aktuelle* diagnoser i forbindelse med søknad om opphold. Videre er det slik at sykdommer, symptomer eller lidelser som brukerne har, heller ikke alltid er oppgitt i legeerklæringen. Eksempler på dette er inkontinens og åpne sår. Videre har vi ikke fullstendige søknadspapirer på alle brukerne, og vi mangler diagnoser på sju brukere. Dette er forhold som gjør at oversikten ikke kan betraktes som fullstendig. Vi vil derfor heller ikke forutsette at det er en entydig sammenheng mellom diagnosene som her oppgis og brukernes helsetilstand, men vi mener at en analyse av de oppgitte diagnosene kan bidra til å gi et grovt bilde av brukerprofilen.

I vår analyse av diagnosene vil vi først se nærmere på hvor mange diagnoser hver av brukerne oppgis å ha. Vi tar da utgangspunkt i de 124 brukerne hvor diagnose er beskrevet. Til sammen finner vi 155 ulike diagnoser.

**Tabell 7. Brukere etter antall diagnoser. N=124**

Antall diagnoser	Antall brukere	Prosent
1 diagnose	31	25 %
2 diagnoser	25	20 %
3 diagnoser	29	23 %
4 diagnoser	26	21 %
5 diagnoser	13	10 %

Tabellen viser at 25 prosent av brukerne har én diagnose, mens flere enn halvparten har tre eller flere diagnoser. Det er ikke forskjeller mellom kommunene når det gjelder antall diagnoser.

I tabellen nedenfor følger en oversikt over diagnosene sortert etter ICPC-1 (International Classification of Primary Care). Unntaket her er kreft som er ført opp som egen kategori. Siden vi har tatt med inntil fem diagnoser for hver bruker, vil summen av diagnoser overstige 100 prosent. Innenfor hver kategori er den enkelte bruker bare registrert én gang, selv om brukeren har flere diagnoser innenfor samme kategori. Antall brukere vil derfor være lavere enn summen av antall enkelt-diagnoser, symptomer og plager som er registrert innen hver kategori.

**Tabell 8. Brukere etter diagnose. N=124**

ICPC <sup>10</sup>	Antall brukere	Prosent <sup>11</sup>
Muskel-/skjelettsystemet	67	54 %
Hjerte-/karsystemet	53	43 %
Nervesystemet	42	34 %
Psykisk	20	16 %
Endokrine, metabolske, ernæringsmessige forhold	19	15 %
Luftveier	12	10 %
Urinveier	7	6 %
Fordøyelsessystemet	6	5 %
Øre	5	4 %
Kreft	5	4 %
Øye	3	2 %
Allment og uspesifisert	3	2 %
Hud	2	2 %
Blod	1	1 %
Mannlige kjønnsorganer	1	1 %

Muskel-/skjelettsystemet, hjerte-/karsystemet og nervesystemet er de dominerende kategoriene. Ved å holde disse kategoriene opp mot hverandre, finner vi at 24 brukere (19 prosent) har diagnoser både innen muskel-/skjelettsystemet og hjerte-/karsystemet. 18 brukere (15 prosent) har diagnoser innen muskel-/skjelettsystemet og nervesystemet. 16 brukere (13 prosent) har en kombinasjon av diagnoser både innen hjerte-/karsystemet og nervesystemet. Fem brukere (fire prosent) har diagnoser innenfor alle de tre nevnte kategoriene.

Vi har sett nærmere på hvordan diagnosene er fordelt innenfor kommunene, og kan ikke finne noen nevneverdige forskjeller mellom kommunene.

**Tabell 9. Brukere etter diagnosegrupper. N=124**

Diagnose, symptomer, plager	Antall brukere	Prosent
Hjerneslag, ofte med lammelser	37	30 %
Artroser hofte/kne, proteser hofte/kne	29	23 %
Hjertesykdommer, angina pectoris, artrieflimmer, hjertesvikt	25	20 %
Leddgikt/revmatisme	13	10 %
Hypertensjon	12	10 %
Benskjørhet	12	10 %
Diabetes	12	10 %

Tabellen ovenfor gir en oversikt over de enkelt diagnoser som hyppigst forekommer. Én bruker kan være registrert med opptil fem diagnoser, og kan derfor ha flere av diagnosene som oftest opptrer. Dersom vi ser tabell 8 i sammenheng med hovedkategoriene i tabell 9, kan vi se at det innenfor kategorien muskel-/skjelettsystemet er artroser og proteser som hyppigst forekommer blant brukerne. Innenfor hovedkategorien hjerte-/karsystemet er det hjerneslag samt ulike former for hjertesykdommer som angina pectoris, artrieflimmer og hjertesvikt som utgjør hovedtyngden. Her kan vi også nevne at hjerneslag er den enkelt diagnosen flest brukere, tre av ti, har oppgitt.

I forbindelse med kriteriene for tildeling av opphold, er det også utarbeidet en liste som sier hvilke tilstander som bør tas spesielt hensyn til ved søknad om rehabiliteringsopphold. Enkelte av disse

<sup>10</sup> Vedlegg 1 viser ICPC i kortversjon.

<sup>11</sup> Siden vi mangler diagnoser på 7 brukere, er prosenttallet beregnet ut fra de 124 som har oppgitt diagnoser.

er å oppfatte som absolutte kontraindikasjoner, jf. punkt 4.1.5. Når det gjelder tilstander som det bør tas spesielt hensyn til finner vi:

- Hjertesykdom
- Hypertensjon
- Diabetes mellitus
- Kognitiv svikt
- Kjent smittsom sykdom
- Allergier
- Intoleranse for varme og soleksponering

Ut fra tabell 9 kan vi lese at det er 25 brukere som har hjertesykdom, tolv er registrert med hypertensjon og tolv oppgir å ha diabetes. Når det gjelder kognitiv svikt, har vi samlet brukere med diagnosene kognitiv svikt, demens og svekket hukommelse i én gruppe. Denne gruppen utgjør da sju brukere. Vi finner ikke at det for noen av brukerne er registrert kjent smittsom sykdom. Allergier er oppgitt i forbindelse med CAVE i legeattesten. Vi finner i tillegg ett tilfelle der det rapporteres om en allergisk reaksjon i forbindelse med bruk av bassenget, noe som ikke var omtalt i søknadspapirene. Videre finner vi ingen brukere som har oppgitt intoleranse for varme og soleksponering.

Tilstander som normalt utgjør en absolutt kontraindikasjon mot innvilgelse av opphold er (se avsnitt 4.1.5):

- Alvorlig hudkreft
- Stort alkoholforbruk
- Misbruk av medikamenter

I vår gjennomgang finner vi ingen brukere hvor alvorlig hudkreft er oppgitt som lidelse. Derimot finner vi fire tilfeller hvor stort alkoholforbruk er omtalt. Ett tilfelle er i søknadspapirene nevnt som et tidligere alkoholproblem. Det var ikke rapportert om problem med alkohol for denne brukeren i løpet av oppholdet. De tre øvrige tilfellene er ikke beskrevet i søknadspapirene. På grunn av at alkoholinntaket gjorde det vanskelig å gjennomføre oppsatt treningsprogram, ble det inngått avtaler om reduksjon av alkoholforbruket. To av brukerne overholdt denne avtalen mens den tredje ikke gjorde dette, og utbytte av oppholdet for denne brukeren ble kraftig redusert.

I søknadspapirene er det oppgitt fare for misbruk av medikamenter for én bruker. I dette tilfellet ble det tatt forhåndsregler ved at medikamentene ble oppbevart i medisinerom hvor kun fagpersonell hadde tilgang. Det ble ikke rapportert om misbruk i løpet av oppholdet.

I tillegg til disse kontraindikasjonene vil vi trekke frem fagpersonalets vurderinger relatert til at brukere som er syns- og hørselshemmende støter på særlige utfordringer under oppholdet ved CAN. I perioden mars - oktober 2002 har det vært fire brukere med hørselssvekkelse som er omtalt i søknadspapirene. For sterkt hørselshemmende mener personalet å kunne observere at disse ofte har problemer med å fungere sosialt sammen med de øvrige brukerne, fordi de lett faller utenfor i konversasjonen. Dette kan føre til at disse opplever å bli isolerte. For sterkt synshemmede er det muligheten til å ta seg frem i ukjente omgivelser som byr på den største utfordringen, særlig med tanke på personalets muligheter til å følge brukeren på turer utenfor CAN, jf punkt 6.1 (brukernes funksjonsnivå). Vi finner tre brukere oppgitt med synssvekkelse og én person med både syn og hørselssvekkelse.

Et annet forhold som blir tatt opp av informantene, er sykehusinnleggelse i Spania. I perioden mars til oktober 2002 ble sju personer lagt inn i sykehus på grunn av utvikling i den somatiske tilstanden. Fem av disse tilfellene mener personalet kunne vært unngått da brukerne var under

utredning for disse somatiske tilstandene før avreise fra Norge. To tilfeller blir betraktet som akutte, noe som i denne sammenhengen betyr at de ikke kunne forutses. Å bli lagt inn på sykehus i et annet land kan oppleves som ekstra belastende for den det gjelder, og personalet ved CAN har begrensede muligheter til å følge opp pasienten og være sammen med denne under sykehusoppholdet.

### 5.5 Mål for oppholdet

Brukernes mål for oppholdet er gitt i egensøknad og legeerklæring. I tillegg er målene som er oppgitt i de nevnte papirene supplert med mål formulert av ansatte ved CAN ved ankomst. I oversikten nedenfor har vi tatt med inntil fem mål for hver bruker. Det er en bruker som ikke har formulert noe mål for oppholdet. Begrunnelsen for at denne brukeren fikk tildelt plass ved CAN, var at vedkommende skulle være sammen med sin ektefelle, og det var ledig plass. I tabellen nedenfor vises hvor mange mål brukerne har for oppholdet

**Tabell 10. Brukere etter antall mål for oppholdet. N=131**

Antall mål	Antall brukere	Prosent
1 mål	26	20 %
2 mål	50	38 %
3 mål	34	26 %
4 mål	14	11 %
5 mål	6	5 %

Det er stor variasjon med hensyn til hvordan målene er formulert og hvor presise målene er. Det har derfor vært en utfordring å samle målene i kategorier som kan gi en oversikt. Totalt har vi identifisert 74 ulike mål. Tabellen nedenfor viser hvor mange brukere som har oppgitt mål innenfor ulike kategorier. De ulike målformuleringene som er samlet i kategoriene er gjengitt for å vise noe av variasjonen i målformuleringene.

**Tabell 11. Brukere etter oppgitt mål for oppholdet. N= 131**

Mål for oppholdet	Antall brukere	Prosent
1. Bedring allmenntilstand Bedring allmenntilstand, bedring funksjonsnivå, bedre funksjoner, bedring fysisk og psykisk, bedring av livssituasjon, helsemessig gevinst, komme i form.	58	44,3 %
2. Bedret gangfunksjon Bedret gangfunksjon, bedre benfunksjon, å kunne gå, opptrening etter hofteoperasjon, opptrening etter kneoperasjon, bedret balanse.	55	42,0 %
3. Avbrekk i hverdagen Avbrekk i hverdagen, avveksling, bryte isolasjon, forandring, treffe folk.	33	25,2 %
4. Sol og varme Sol og varme, ha det godt i varmen, klima i Spania	19	14,5 %
5. Rehabilitering Rehabilitering	16	12,2 %
6. Trening Trening, opptrening	16	12,2 %
7. Klimaeffekt spesifisert for sykdom Klimaeffekt for psoriasis, smerter, stivhet, leddgikt.	13	10,0 %
8. Bedring funksjon arm Bedring funksjon arm, hånd, skulder	11	8,4 %
9. Rekreasjon Rekreasjon, hvilke, slappe av, lade batteriene, ferie	8	6,1 %
10. Klare seg selv Klare seg selv hjemme, forebygge innleggelse på sykehjem, beholde jobben	8	6,1 %
11. Behandling Behandling, fysioterapi	7	5,3 %
12. Trene i basseng Trene i basseng, svømme i basseng	7	5,3 %
13. Avlastning Avlastning av familie, ektefelle/samboer	5	3,8 %
14. Opprettholde allmenntilstand Opprettholde allmenntilstand, opprettholde funksjonsevne	5	3,8 %
15. Bevege seg utendørs uten snø og is	4	3,1 %
16. Bade i sjø	4	3,1 %
17. Reise bort fra noen Reise bort fra noen, komme seg bort fra noe	3	2,3 %
18. Frisk luft	2	1,5 %
19. Bedre bevegelighet	2	1,5 %

I tillegg til kategoriene som er listet opp i tabellen ovenfor, er det ni kategorier hvor det er én bruker som har oppgitt det aktuelle målet.

Når vi nå skal se nærmere på målene for oppholdet, vil vi i første omgang knytte dette til definisjonen av rehabilitering, dens vektlegging av klare mål og det at rehabilitering innebærer at brukeren har en sammensatt tilstand som krever en tilnærming fra flere faggrupper og ulike tiltak. Vi har laget noen samlekategorier for å forenkle fremstillingen av analysen. Samlekategoriene A, B og C nedenfor kan ikke alene gi noen konkret målsetting i forhold til funksjonsforbedring eller mestring. Det er derfor interessant å se hvor mange brukere som har disse målsettingene, og hvor mange som *kun* oppgir disse omtalte målene som begrunnelse for oppholdet ved CAN. Dette kan si noe om hvor mange brukere som kan sies å ha generelle og lite retningsgivende mål for oppholdet, noe som fagpersonalet beskriver som problematisk, jf. punkt 5.7.2 og 5.7.3.

Samlekategori A består av målene sol og varme, bevege seg utendørs uten snø og is, bade i sjø, frisk luft eller en kombinasjon av disse som (nr. 4, 15, 16 og 18 i tabellen). 25 brukere (19 prosent) har ett eller flere mål innenfor denne kategorien<sup>12</sup>.

Samlekategori B består av målene rekreasjon/avlastning/reise bort fra noen (nr. 3, 9 13 og 17 i tabellen). 46 brukere (35 prosent) har ett eller flere mål innenfor denne kategorien<sup>13</sup>.

Samlekategori C består av målene bedring av allmenntilstand/opprettholde allmenntilstand/rehabilitering (nr. 1, 5 og 13 i tabellen). 71 brukere (54 prosent) har ett eller flere mål innenfor denne kategorien<sup>14</sup>.

Dersom vi skal kunne si noe om hvor mange brukere som kun har hatt generelle mål for oppholdet, må vi se disse samlekategoriene under ett. Vi finner at 40 brukere (31 prosent) har alle sine mål for oppholdet innenfor A, B eller C. På bakgrunn av dette kan vi si det er en forholdsvis stor andel av brukerne som til nå har ankommet CAN som ikke kan sies å ha oppgitt mål som er koblet til konkret funksjonsforbedring eller mestring. Fagpersonalets syn på dette er behandlet under punkt 5.7.2. Vi vil likevel minne om at dokumentasjonen som følger den enkelte bruker har variert både med hensyn til omfang og kvalitet. Dette betyr at det kan være at noen av disse brukerne har hatt mer konkrete mål i forhold til funksjonsforbedring enn det som har fremkommet gjennom papirene som vi her har lagt til grunn for vår gjennomgang.

Vi har sett nærmere på brukere som har oppgitt mål som kan sies å falle inn under en mer overordnet treningskategori. Vi har laget en samlekategori T for alle brukere som har oppgitt et mål som kan tolkes å falle inn under en treningskategori (bedret gangfunksjon, opptrening, bedring funksjon arm, trene i basseng). 70 brukere (53 prosent) har et eller flere mål som hører inn under en slik samlekategori. Dette betyr at det er noe over halvparten av brukerne som har hatt trening/opptrening som ett av målene for oppholdet ved CAN.

Rehabilitering er mer enn bare opptrening. Vi har derfor undersøkt hvor mange brukere som kun oppgir trening/opptrening som mål for oppholdet. Vi finner at 13 brukere (10 prosent) kun har oppgitt ett eller flere mål innenfor kategori T og *ingen andre mål for oppholdet*.

## 5.6 "Nye" brukere sett i forhold til brukere som mottar andre tjenester

Som nevnt under punkt 5.6, er det 15 prosent av det totale antallet brukere som har hatt opphold ved CAN som ikke tidligere er registrert som mottakere av andre tjenester i sin hjemkommune. Vi har undersøkt om gruppen som ikke tidligere er registrert som mottakere av tjenester er forskjellig fra de øvrige brukerne av CAN. Dette er gjort for å undersøke om det er slik at brukere som bor hjemme uten tjenester jevnt over har færre diagnoser, andre typer diagnoser eller andre mål for oppholdet ved CAN enn de øvrige brukerne. Vi har derfor sammenholdt disse brukergruppene i forhold til alder, type diagnoser og hvilke mål disse har hatt for oppholdet.

Vi finner få nevneverdige forskjeller mellom disse to gruppene. Vi ser at gruppen som ikke mottar andre tjenester i gjennomsnitt er 2 år yngre enn den andre gruppen. I forhold til diagnosegruppene som er gjengitt under punkt 5.4, ser vi at det ikke er noen forskjeller på gruppene, bortsett fra at gruppen som ikke mottar andre tjenester i mindre grad har diagnoser, symptomer eller lidelser.

<sup>12</sup> Når det gjelder samlekategori A, er det 5 brukere (4 prosent) som *bare* har ett eller flere mål innenfor denne kategorien og *ingen andre mål for oppholdet*.

<sup>13</sup> Når det gjelder samlekategori B er det to brukere (2 prosent) som *bare* har ett eller flere mål innenfor denne kategorien og *ingen andre mål for oppholdet*.

<sup>14</sup> Når det gjelder samlekategori C, er det 20 (15 prosent) brukere som *bare* har ett eller flere mål innenfor denne kategorien og *ingen andre mål for oppholdet*.

som er knyttet til nervesystemet: Mens ti prosent av de som ikke mottar tjenester har diagnoser innen denne gruppen, er det 36 prosent av de øvrige brukerne som er registrert med en eller flere diagnoser knyttet til nervesystemet. Når vi oppsummerer, er det likevel et bilde av disse to gruppene som rimelig ensartet som trer frem. Årsakene til at vi ikke finner forskjeller kan være mange. En årsak kan være at Gerix-registreringen viser at brukerne ved CAN har en forholdsvis høy funksjonsevne jevnt over. Dette gjør at forskjellene mellom de som bor hjemme uten tjenester og de som mottar en eller annen form for tjeneste ikke er store. En annen årsak kan være at presisjonsnivået i dokumentene som følger brukerne ikke er godt nok, slik at eventuelle forskjeller ikke fanges opp, jf. punkt 5.5. Dette kan blant annet bety at målene for oppholdet for disse to gruppene er like "uklart" beskrevet.

## **5.7 De ansattes beskrivelse av brukergruppen**

### **5.7.1 Brukernes funksjonsnivå**

De ansatte, det vil si representanter fra fysioterapi-, ergoterapi og sykepleietjenesten, som ble intervjuet i oktober 2002, er i all hovedsak samstemte i sin omtale og vurderinger av brukerne. Brukernes funksjonsnivå blir av de ansatte vurdert som svært varierende. Hovedtyngden av brukerne klarer seg selv med noe bistand fra pleiepersonalet. Imidlertid trekkes det frem at noen forholdsvis få brukere har et forholdsvis lavt funksjonsnivå. Disse brukerne legger beslag på en stor andel av pleieressursene. Fysio- og ergoterapeuter tar del i morgenstellet, og alle brukerne skal være klar til eventuell trening kl 10.00. Morgenstellet skal i utgangspunktet kunne benyttes i opptreningsøyemed, der fysio- og ergoterapeuter kan legge til rette for at brukerne skal kunne gjøre så mye som mulig selv. Av ulike årsaker mener personalet at morgenstellet i liten utstrekning blir brukt slik. En av begrunnelsene som løftes frem, er at mange av de svakeste brukerne har plager og symptomer som har vedvart i mange år. Personalet mener derfor at det er lite å hente på å forsøke å trene opp igjen funksjonene. En annen begrunnelse som fremføres, er brukernes motivasjon til å gjøre flere oppgaver selv. Her nevnes det eksempler på brukere som insisterer på at personalet skal utføre oppgavene for dem, fordi dette har brukerne vært vant til de siste årene og de er ikke interesserte i å endre på dette nå. En tredje begrunnelse som vi kan ta med her, er at de få tunge brukerne legger beslag på såpass mye tid og ressurser, at dersom alle skal opp av sengen før kl 10.00, blir det ikke alltid anledning til å ta seg tid til slik tilrettelegging, selv om det kunne vært ideelt.

Personalet understreker at selv om det relativt sett er få brukere som trenger mye pleie, legger disse beslag på personalressursene i en slik grad at dette fører til at brukere som er "friskere" ikke får den oppfølgingen til blant annet trening som hadde vært ønskelig. Videre fremholder personalet at bygningen i utgangspunktet ikke har vært tilrettelagt for å ta i mot tyngre pleiepasienter. Blant annet pekes det på at sengene er plasserte inntil veggen og at sengene ikke kan heves. En annen side er at mange brukere har behov for å følges til bank, frisør og andre ærender som de ønsker gjøre. Å bistå brukerne i slike gjøremål innebærer at sykepleiere, ergo- eller fysioterapeuter må følge med. I Altea by er det smale fortau med til dels høye kanter, og det er vanskelig for brukere selv å forflytte seg ved hjelp av rullestol og ganghjelpemidler.

### **5.7.2 Brukernes mål for oppholdet**

I intervjuene trekker personalet frem som et hovedinntrykk at det er mange brukere som har oppgitt følgende begrunnelser for å søke opphold ved CAN:



- avveksling fra hverdagen
- ferie med sol og varme
- sosialt samvær
- komme seg mer ut

De ansatte viser også til at attesten som legene har fylt ut, ofte ikke oppleves å gi tilstrekkelig konkrete føringer når det gjelder innholdet i rehabiliteringstilbudet for den enkelte. Samtlige brukere skal gjennom en inkomstsamtale ved starten av oppholdet. I løpet av inkomstsamtalene kommer det frem at det i mange tilfeller er brukernes pårørende som har vært pådrivere når det gjelder søknad om opphold. Dette gjør at brukerne, som sammen med personalet skal finne frem til noe konkret å jobbe med i løpet av ukene ved CAN, ofte har problemer med å komme frem til et eller flere mål for oppholdet.

Sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter fremholder at rehabiliteringen ved CAN ikke er forbeholdt brukere hvor den fysiske opptreningen blir ansett som det viktigste. Målene for oppholdet kan også være relaterte til psykiske tilstander, som for eksempel depresjoner, og det er viktig at denne siden av rehabiliteringen også er en del av tilbudet ved CAN.

Vi har tidligere pekt på at CAN i dag ikke har fagkompetanse som er spesifikt rettet inn mot den psykiske delen av rehabiliteringen, eksempelvis psykolog.

### 5.7.3 Brukernes rehabiliteringspotensiale<sup>15</sup>

Intervjuene viser at personalet vurderer at det er forskjeller i rehabiliteringspotensialet for brukere som til nå har gjort bruk av CAN. Personalet peker på at det er forskjeller mellom brukere som kommer til CAN fra sykehjem og fra hjemmet, med eller uten tjenester. Personalet mener å se at brukere som har vært lenge på sykehjem er institusjonalisert på en slik måte at det vanskelig å identifisere et rehabiliteringspotensiale. Eksempler som trekkes frem her, er brukere som har hatt hjerneslag for 10 år siden, og som har hatt langtids plass på sykehjem like lenge. I den grad det lar seg gjøre å bedre funksjonsnivået for denne gruppen, settes det spørsmålsteget ved om brukeren vil kunne følges opp på en adekvat måte ved hjemkomst, jf. punkt 5.7.6 (kontinuitet i behandlingsskjeden).

### 5.7.4 Brukernes forventninger til og opplevelser av oppholdet ved CAN

I denne evalueringen har det ikke vært en oppgave å kartlegge brukernes forventninger i forkant av oppholdet ved CAN, eller en undersøkelse av brukernes vurderinger av oppholdet i etterkant. Vi har på den annen side spurt personalet om deres inntrykk av brukernes forventninger knyttet til oppholdet. I intervjuene fremkommer det at forventningene kan deles inn i tre hovedkategorier. Den ene gruppen er brukere som har en klar oppfatning av at dette er et rehabiliteringstilbud og har satt seg mål som er rettet inn mot å kunne bedre egen funksjons- og mestringssevne. Den andre hovedgruppen har en noe annen innstilling. Her er det muligheten for avveksling, sol og varme som er det grunnleggende. CAN oppfattes da snarere som et hotell enn et rehabiliteringssenter, og personalet forventes å legge forholdene til rette mens de er på "ferie". Den tredje hovedgruppen er brukere som ikke har en klar formening om hva de selv vil med oppholdet. Dette kan blant annet ha sammenheng med at det er pårørende som har vært pådrivere for å sende søknad og/eller at brukeren har kognitiv svikt av en eller annen art.

<sup>15</sup> Det er ulike syn på hvorvidt rehabiliteringspotensiale er et egnet begrep. Dette fordi begrepet kan oppfattes dithen at det eksisterer en objektiv standard som den enkelte brukeren skal vurderes opp mot fremfor å ta utgangspunkt i brukernes egne ressurser og muligheter.

Personalet opplever at denne spredningen i forventningene til tilbudet gjør at de må strekke seg langt for å gjøre oppholdet best mulig for alle parter. Her er det på den ene siden tale om forventninger om stor grad av individuell oppfølging med hensyn til trening og behandling. På den annen side er det forventninger om at personalet skal arrangere utflukter og være med brukerne på turer i nærområdet. Videre understreker personalet at det er mange brukere som ikke kan bevege seg utendørs alene fordi de ikke lenger har evne til å orientere seg, og derfor må ha følge for å kunne gjøre ærender i byen som å gå i bank og til frisør.

### 5.7.5 Dokumentasjon av effekt av oppholdet<sup>16</sup>

I CANs systemer er det lagt opp til at det, i tillegg til inntakssamtale, i løpet av oppholdet skal gjennomføres en midtveisevaluering og en sluttevaluering knyttet til brukerens utbytte av oppholdet. Hvordan denne midtveis og sluttevalueringen er gjennomført og dokumentert varierer. I enkelte tilfeller er kun brukerens egne oppfatninger av oppholdet gjengitt. I andre tilfeller er det gjort en grundig gjennomgang av hvorvidt de ulike mål som er satt for oppholdet er nådd, og hvilke forbedringer i funksjonsnivå fagpersonalet observerer, samt forslag til tiltak for videre oppfølging. Fordi disse evalueringene ikke er gjennomført konsekvent, kan vi ikke bruke opplysningene gjengitt i statusresymet til å foreta en vurdering av hvilket utbytte brukerne i perioden mars - oktober 2002 har hatt av oppholdet. På bakgrunn av gjennomgangen av resymeene samt intervjuene vi har gjennomført, kan vi likevel hevde at nær samtlige brukere mener å ha hatt utbytte av oppholdet. Unntaket her er brukere som har blitt sendt hjem tidligere på grunn av sykdom. Men som tidligere nevnt, kan vi ikke gi en nærmere spesifisering av hva dette utbyttet består i. Intervjuene gir likevel et grunnlag for å hevde at for mange brukere kan utbyttet relateres til en psykisk gevinst i form av et opphold i andre omgivelser og med sol og varme. Gevinst i forhold til bedring av funksjons- og mestringssevne er ikke systematisk dokumentert for brukerne som til nå har hatt opphold ved CAN.

### 5.7.6 CAN som del av tiltakskjeden

I gjennomgangen av rehabiliteringsbegrepet peker vi på at rehabilitering er en prosess som er målrettet og tidsavgrenset. Det primære målet i rehabiliteringen er å sette brukeren i stand til å mestre sine funksjonsproblemer med tanke på aktivitet og deltakelse i hverdagen. Rehabiliteringsopp-gaven er dermed å bistå brukeren både når det gjelder å kunne håndtere dagliglivets praktiske utfordringer og å sette seg egne vitale mål for livet fremover. Rehabilitering blir ofte beskrevet som en "helhetlig virksomhet", jf. kapittel 3. Rehabiliteringstilbudet ved CAN må derfor sees i sammenheng med brukerens totale livssituasjon, og følgelig i sammenheng med innsats som ytes av andre faggrupper og instanser som brukeren er i kontakt med. For CAN, med sin beliggenhet i Spania og med tre kommuner som utøver bestillerfunksjon av tjenester, er dette en utfordring. Vi tok opp dette forholdet i intervjuene med fagpersonalet. Her fremkommer det at det er i liten grad etablert systemer for å sikre kontinuitet i rehabiliteringen etter at oppholdet ved CAN er avsluttet. Det er ingen formalisert kontakt mellom fagpersonalet ved CAN og tjenester som skal følge opp brukerne ved hjemkomst ut over papirer som følger med brukeren tilbake. For brukere som er bosatt i Bærum, har andre tjenesteytere i kommunen mulighet til å skaffe seg informasjon, fordi opplysninger om brukerne er lagt inn i det felles datasystemet Helios og kan hentes ut av ansatte i kommunen ved behov. Fagpersonalet ved CAN har ingen direkte dialog med tjenestene hjemme i Norge i forbindelse med hjemsendelse. Ved hjemsendelse følger dokumenter som beskriver tiltak gjennomført ved CAN, samt anbefalinger for videre oppfølging

<sup>16</sup> I denne evalueringen har heller ikke hensikten vært å vurdere de helsemessige effektene av rehabiliteringstilbudet i Altea. Ei heller har intensjonen vært å gå nærmere inn på de medisinske sidene ved rehabiliteringstilbudet, jf. prosjektbeskrivelse.

med brukeren tilbake til hjemkommunen. Personalet er usikre på hvorvidt iverksatte og foreslåtte tiltak følges opp ved hjemkomst.

Fagpersonalet mener at det er mangler også i forbindelse med brukernes ankomst til CAN. Informasjon vedrørende den enkelte bruker som er tilgjengelig for personalet er svært varierende. Ved ankomst følger alltid brukerens egensøknad, kopi av vedtak om opphold fattet av den aktuelle kommunen og legeopplysninger. I mer enn halvparten av tilfellene følger også legerklæringen, som er spesielt utviklet for CAN, med. Annen informasjon som epikriser og rapporter fra fysio- og ergoterapeuter følger sjelden med. I de fleste tilfellene mangler skriftlige tverrfaglige vurderinger av brukerne.

Dersom brukeren kommer fra Bærum og er mottaker av andre tjenester i hjemkommunen, kan personalet lese relevant informasjon om brukeren ved hjelp av Helios. I perioden mars - oktober 2002 gjaldt dette for 89 prosent av brukerne fra Bærum. For brukerne fra de øvrige kommunene eksisterer ikke denne muligheten.

Ved Lønnås er kontakten mellom rehabiliteringsavdelingen og andre samarbeidende instanser ivaretatt på en annen måte. Hovedtyngden av brukerne kommer fra Bærum sykehus. Før brukeren kommer til Lønnås, gjennomføres det et nettverksmøte på sykehuset. Her deltar bruker, pårørende og fagpersonell fra sykehuset. I det brukeren ankommer rehabiliteringsavdelingen, følger det ulike rapporter med. Dette er rapporter fra fysio- og ergoterapitjenesten, sykepleierrapporter og medisinske epikriser. Fysio- og ergoterapeutrapportene gir som regel detaljerte beskrivelser av hvilke tiltak som bør settes i verk overfor brukeren. Ingen brukere skrives ut fra Lønnås til hjemmet uten at det er gjennomført nettverksmøter hvor hjemmeergoterapi, hjemmefysioterapi, hjemmesykepleie og hjemmehjelp bestilles. I løpet av oppholdet ved Lønnås gjennomføres det hjemmebesøk sammen med fagpersonell fra det aktuelle distriktet i kommunen, og hjemmet tilrettelegges dersom det er nødvendig. Lønnås har daglig telefonisk kontakt med rehabiliteringskoordinatorerne i Bærums tre distrikter.

## **5.8 Brukere, bygg og utstyr**

Fagpersonalet peker på at det har vært en del vanskeligheter i oppstartsfasen når det gjelder utstyr knyttet til pleie og behandling. Eksempler på dette er at det mangler senger som kan senkes/heves og nødvendige treningsapparater. I løpet av tiden som har gått siden oppstart, har det blitt kjøpt inn nytt utstyr. Fagpersonalet peker på at det fortsatt mangler noe utstyr på rommene som kunne bidratt til en integrasjon av trening og pleie. Et eksempel er søsterhjelpere ved senga slik at brukeren kunne gjort mer av stellet selv. Et annet eksempel er hyllene på badene som er montert høyt, slik at brukere i rullestol får problemer med å gjøre ting selv.

I løpet av de første driftsmånedene ble det klart at det var nødvendig med to heiser i bygget, og heis nummer to er nå installert. Fellesarealer som kjøkken i de 3 etasjene med enerom har til nå ikke vært benyttet av brukerne. Heller ikke TV-stuene i de samme etasjene er i nevneverdig grad tatt i bruk. Det er få av brukerne som har benyttet vaskerommene til vask av privat tøy. Dette har personalet gjort for brukerne.

## 6 Sammenligning CAN og Lønnås

I dette kapitlet vil vi gjøre noen sammenligninger mellom CAN og Lønnås. En slik sammenligning vil gi grunnlag for å si noe om hva som skiller disse to rehabiliteringsinstitusjonene.

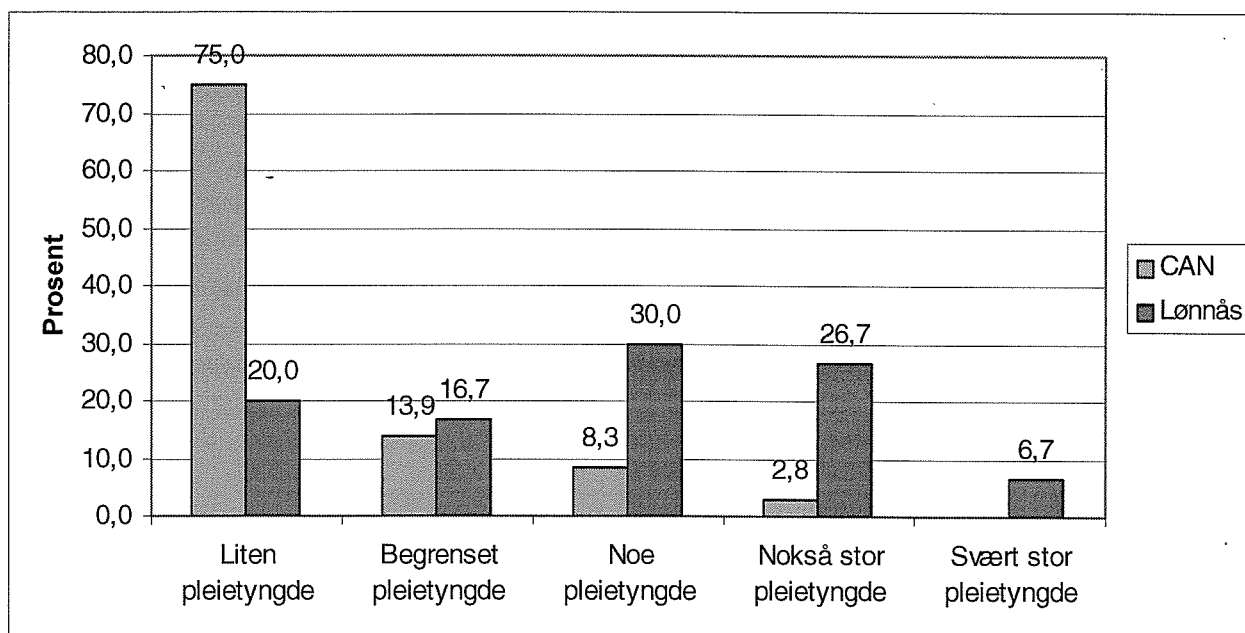
### 6.1 Brukernes funksjonsnivå

Brukerne ved CAN har gjennomsnittlig et vesentlig høyere funksjonsnivå (1,42) enn brukere ved Lønnås (2,21). Det samme forholdet gjelder om vi ser på funksjonsnivå målt ved ADL-skåre. Samtidig er brukerne ved CAN i gjennomsnitt noe eldre enn brukerne ved Lønnås. Videre er det en høyere andel kvinner ved CAN enn ved Lønnås.

**Tabell 12. Beboere og funksjonsnivå ved CAN og Lønnås**

	CAN	Lønnås avdeling.1
Gerix	1,42	2,21
ADL	1,65	2,59
Psyk	1,16	1,68
Alder	79	73
Kvinner (%)	69	50

Ved å dele inn Gerix-skåren i fem grupper etter "pleietyngde" kan denne observasjonen også illustreres som i den følgende figur:

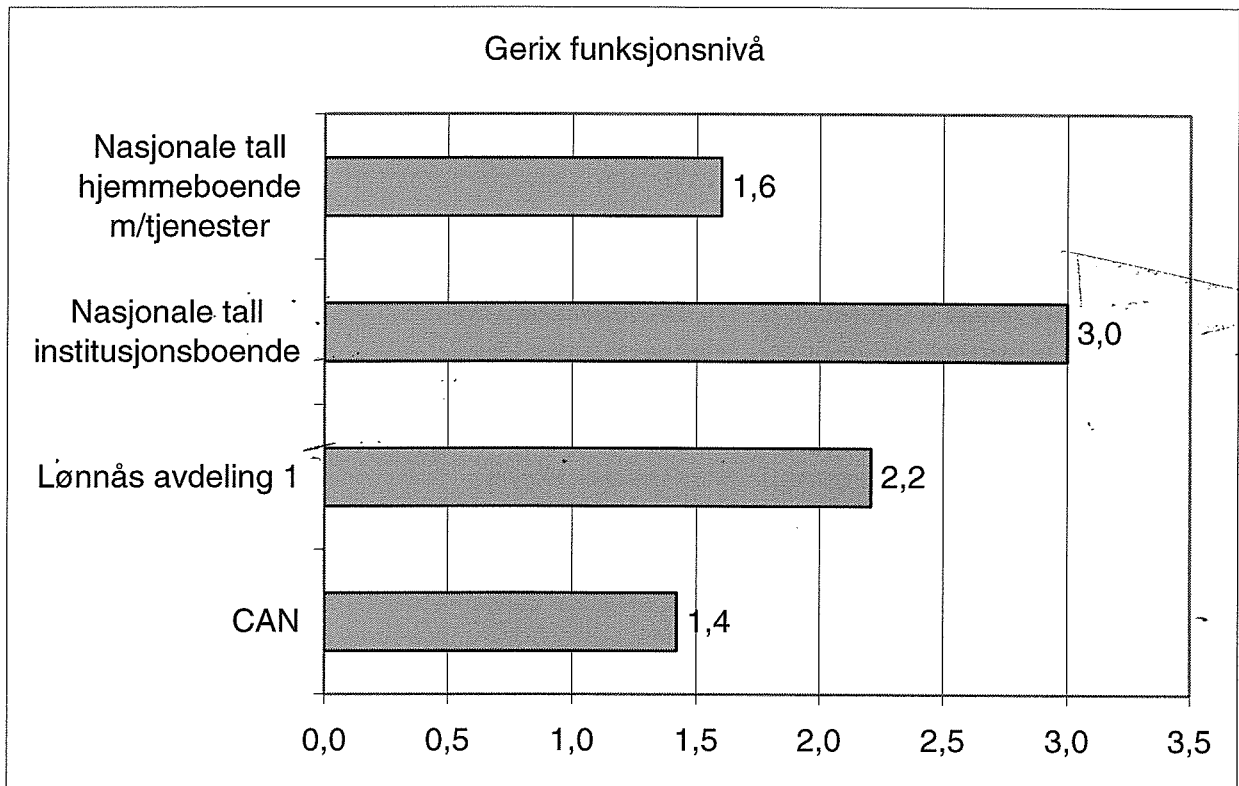


**Figur 1. Funksjonsnivå målt ved pleietyngde**

Mens tre av fire brukere ved CAN kommer i kategorien "Liten pleietyngde", er det bare en av fem som kommer i denne kategorien ved Lønnås.

Brukerne ved CAN har et funksjonsnivå som er høyere enn det nasjonale gjennomsnittet for mottakere av hjemmetjenester (figur 2). Samtidig har brukerne ved Lønnås et funksjonsnivå (2,2) som er høyere enn institusjonsbeboere i Norge (3,0. Se Holmøy, 2001)

Det betyr at brukerne ved CAN har et relativt sett høyt funksjonsnivå, både sett i relasjon til mottakere av kommunale tjenester og sett i relasjon til brukerne ved Lønnås.



**Figur 2. Gerix funksjonsnivå**

Også når det gjelder alderssammensetningen er det noe forskjell. Ved CAN er det i denne aktuelle perioden fortrinnsvis eldre brukere, mens det ved Lønnås er en større spredning i alder. Dette innebærer at gjennomsnittsalderen ved CAN er høyere. (Tidligere på året hadde også CAN en del yngre brukere. De var ikke representert i den aktuelle åtte-ukers registreringsperioden).

## 6.2 Personell

Ved CAN er det vel 20 årsverk til pleie, samt seks ledsagere. Herav er en person ufaglært. Ved Lønnås er det i alt omlag 26 årsverk, hvorav ingen ufaglærte<sup>17</sup>.

**Tabell 13. Bemanning ved CAN og ved Lønnås.**

	Altea	Lønnås
<b>Sum bemanning</b>	<b>20</b>	<b>26</b>
Sykepleiere	8	10,5
Hjelpepleiere	3	3,5
Lege	0,25	1,0
Psykolog		0,3
Ufaglærte	1	
Fysioterapeuter	2	1
Ergoterapeut	3	2,3
Logoped		0,3
Aktivitør/omsorgsarbeider		
Leder	2	1,0
Eksterne tjenester, vask, kj. & vaktn	1	5,2
Ledsagere	6	
<b>Total bemanning inkl. ledsagere</b>	<b>26</b>	

Logoped ved Lønnås er ikke ansatt her, men ved voksenopplæringen. Det er også adgang til ortopedi-ingeniør (kjøp fra et privat firma) og aktivitør som jobber sentralt ved senteret. CAN har ikke disse faggruppene disponible, og kan derfor i liten grad tilby rehabilitering med vekt på psykisk og kognitiv opptrening.

Vi kan av tabellen se at CAN og Lønnås har noe ulik personellsammensetning. Dette har betydning for hva institusjonene kan tilby av rehabilitering.

I og med at CAN har 70 prosent flere plasser gir dette seg et sterkt utslag i pleiefaktoren, som er 0,7 ved CAN (inkl. ledsagerne) og 1,2 ved Lønnås (tabell 14). Utgiftene til drift ved også vesentlig lavere ved CAN enn ved Lønnås.

<sup>17</sup> Tallene baserer seg dels på den årlige KOSTRA-statistikken, supplert med muntlige opplysninger fra de to avdelingene. Dette gir omtrentlige oversikt over bemanningen, tilstrekkelig for denne sammenligningen.

**Tabell 14. Kapasitet, pleiefaktorer og driftsutgifter**

	CAN	Lønnås
Plasser totalt	38	22
Plasser for Bærum (2002)	20	
Pleiefaktor (inkl. ledsagere)	0,7	1,2
Driftsutgifter mill. kr (regnskap, Bærums andel)	5,0	8,0
Husleie. mill. kr	2,1	2,1
Samlede kostnader for Bærum. mill. kr	7,1	10,1
Kr/plass (Bærums del)	354 000	460 000
Kr/årsverk (faste)	228 000	310 000

Sammensetningen av både brukere og av personalet er som tidligere vist ganske forskjellig ved disse to avdelingene. Brukergruppen ved CAN har et vesentlig høyere funksjonsnivå enn brukerne ved Lønnås. Behandlingen ved Lønnås er preget av individuell opptrening og behandling, mens det ved CAN i langt større grad tilbys fellesaktiviteter. I og med at bemanningen er nokså lik i antall årsverk, samtidig som antall plasser er 70 prosent høyere ved CAN, sier det seg selv at tilbudet ikke vil være direkte sammenlignbart. Både bemanning og driften av sentrene viser at de er rettet inn mot helt ulike brukergrupper. Dette, sammen med det generelle kostnadsnivået i de to land, forklarer mye av ulikhetene i kostnadene.

## 7 Konklusjon

Centro Asistencial Noruego SL (CAN) i Altea ble formelt åpnet 28. februar 2002. CAN tilbyr 6 eller 12 ukers korttids-rehabilitering.

Evalueringsens formål har vært å undersøke følgende problemstillinger ved CAN:

- I hvilken grad er det samsvar mellom brukergruppene som tildeles opphold ved CAN og de vilkår og intensjoner som ligger til grunn for opprettelsen av rehabiliteringstilbudet?
- Hva er de økonomiske konsekvensene av å drifte rehabiliteringstilbudet i Altea, sett i forhold til en sammenlignbar enhet i Bærum kommune?

Denne evalueringen baserer seg i hovedsak på data innhentet fra mars - november 2002. Dette betyr at datagrunnlaget er fra CANs oppstartsfasen. Etableringen av ny organisasjon vil medføre startvansker. Her er det blant annet tale om å etablere nye rutiner for transport og mottak av pasienter, behandling og pleie og sørge for at fagpersoner som ikke har arbeidet sammen før, fungerer til det beste for brukerne i forbindelse med behandling og pleie. Når det gjelder CAN, er det også tale om å ta i bruk et nytt bygg og starte opp et nytt behandlingstilbud samtidig med etableringen av en ny organisasjon. Vi har videre pekt på at det er svakheter i noe av datagrunnlaget. Særlig gjelder dette søknadspapirer og resymeer, jf. punkt 2.3.1.

I evalueringen er det foretatt intervjuer av fagpersonalet ved CAN og ved Lønnås rehabiliteringsavdeling, og det er utført dokumentstudier. Dokumenter som er gjennomgått er både plandokumenter og individuelle søknader og resymeer for den enkelte bruker, foruten Gerix-registreringer for hver bruker i en åtte-ukers periode høsten 2002. I tillegg har vi analysert regnskapsdata fra de to enhetene, supplert med muntlige opplysninger om bemanningen.

### 7.1 Brukere sett i forhold til vilkår for tildeling av opphold

Med utgangspunkt i søknadspapirer og resymeer for 131 brukere er det undersøkt hvordan brukerne, som ble tildelt opphold i perioden mars - oktober 2002, kan sees i sammenheng med vilkår og intensjoner for tildeling av opphold. Søknader og resymeer er supplert med informasjon fra intervjuene.

Gerix-registreringene viser at brukerne ved CAN i gjennomsnitt har et forholdsvis høyere funksjonsnivå enn brukere ved Lønnås. Dette er tatt hensyn til når det gjelder bemanning da CAN har en vesentlig lavere pleiefaktor sett i forhold til Lønnås. Likevel har det også vært noen tunge pleietrengende brukere som har benyttet seg av tilbudet ved CAN.

I intervjuene fremkom det at fagpersonalet hadde et inntrykk av at forholdsvis mange brukere var innvilget opphold ved CAN som dels ikke hadde noe rehabiliteringspotensiale og dels ikke hadde mål for oppholdet som kunne relateres til rehabilitering. Et annet aspekt har vært frykten for at tilbudet skulle skape en etterspørsel som tidligere ikke har eksistert, dvs. at tilbudet skulle trekke til seg en helt ny brukergruppe. Vi har undersøkt disse forholdene nærmere.

Det ble laget en tabell over de oppgitte målene for oppholdet, jf. punkt 5.7.2. Av de sju mest benyttede målkategoriene, er det målkategoriene "bedre gangfunksjon" og "klimaeffekt" som kan sies å være mest konkrete. Siden hver bruker kan ha flere mål, fant vi frem til brukere som kan sies å bare operere med det vi kan omtale som generelle og lite retningsgivende mål<sup>18</sup>. Vi fant at 40 brukere, dvs. 31 prosent hadde alle sine mål innenfor en slik samlekategori. Vi fant videre at noe over halvparten av brukerne hadde oppgitt trening/opptrening som mål for oppholdet. På

<sup>18</sup> Dette er målene sol og varme, bevege seg utendørs uten snø og is, bade i sjø, frisk luft, rekreasjon, avlastning, reise bort fra noen, bedring av allmenntilstand, opprettholde allmenntilstand, rehabilitering eller en kombinasjon av disse.



bakgrunn av dette kan vi i at en forholdsvis stor andel som til nå har ankommet CAN, ikke kan sies å ha oppgitt mål som er koblet til konkret funksjonsforbedring eller mestring.

I alt 20 brukere (15 prosent) er ikke registrert som mottakere av andre tjenester i sin hjemkommune. Dette er en gruppe som kan kategoriseres som "nye" brukere. Denne gruppen avviker ikke fra de øvrige brukerne med hensyn til diagnoser og mål for oppholdet. Dette kan forklares med at Gerix-registreringene viser at brukerne ved CAN har en forholdsvis høy funksjonsevne. Det er derfor nærliggende å anta at de brukere som også mottar hjelp hjemme, ikke mottar tjenester i stort omfang. Samtidig kan presisjonsnivået i dokumentene som følger brukerne være lavt, slik at eventuelle forskjeller ikke fanges opp, jf. punkt 2.3.1.

## 7.2 Brukergrupper hvor det er tvil om utbytte av oppholdet

I intervjuene med fagpersonalet fremkom det at brukere som kommer fra langtidsplass ved sykehjem snarere oppfattes kun å ha pleiebehov fremfor et rehabiliteringspotensiale. Av de 131 brukerne kommer 15 (elleve prosent) fra sykehjem. De ansatte stiller spørsmål om CAN er et egnet tilbud for denne gruppen, fordi den krever forholdsvis mye pleieressurser, noe som får konsekvenser for opptrenings- og aktivitetstilbudet til de øvrige brukerne.

Det er brukere ved CAN med lite spesifiserte mål og brukere fra langtidsplass på sykehjem. Dette er grupper der fagpersonalet reiser tvil om utbyttet av et opphold ved CAN ut over det at brukeren opplever "noe annet". Med utgangspunkt i listen over tilstander som det bør tas spesielt hensyn til ved tildeling av opphold, jf. punkt 4.1.5, er det særlig kognitiv svikt og alkoholmisbruk som de ansatte trekker frem som problematisk. Kognitiv svikt er nevnt for sju av brukerne (fem prosent). Dette kan være personer som har store problemer med å orientere seg på et nytt sted og/eller som ikke har noen forståelse av hvor de er. For tre brukere (to prosent) er det rapportert om et problematisk alkoholforbruk. Disse tilfellene var ikke på forhånd omtalt i søknadspapirene. Sju brukere har vært lagt inn på sykehus under oppholdet på grunn av utvikling i den somatiske tilstanden. Fem av disse (fire prosent) kunne vært unngått fordi brukerne var under utredning for disse tilstandene før avreise fra Norge.

Som nevnt er dette tilstander det er sagt det skulle tas spesielt hensyn til ved tildeling av opphold. Erfaringene så langt understreker viktigheten av å unngå nettopp disse tilstandene, og at disse forholdene må tillegges stor vekt i vurderingen forut for tildeling av opphold.

## 7.3 Er det forskjeller mellom kommunene?

Det er få forskjeller mellom de tre kommunene som innvilger som er så store at forskjellene ikke kan tilskrives tilfeldigheter. Når det gjelder alder, mål for oppholdet og diagnoser er det ikke nevneverdige forskjeller. Imidlertid er det forskjeller mellom kommunene når det gjelder hvilke tjenester brukerne mottar i hjemkommunen. Bærum og Stavanger kommune har innvilget opphold til brukere med plass på sykehjem, åtte brukere (tolv prosent) fra Bærum og sju brukere (14 prosent) fra Stavanger. Det er ingen slike brukere fra Asker. Samtlige av brukerne fra Asker har enten hjemmebaserte tjenester eller bor hjemme uten å motta tjenester.

## 7.4 Brukerne og personalet

Evalueringen har vist at forskjellene mellom CAN og Rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås på mange områder er betydelige. Sammensetningen av brukere er forskjellig, ved at brukergruppen ved CAN har et vesentlig høyere funksjonsnivå enn brukerne ved Lønnås. I gjennomsnitt har CAN-brukerne et funksjonsnivå på 1,4, mens brukerne ved Lønnås har 2,2, målt ved Gerix-skåre. Til sammenligning har mottakere av hjemmetjenester i Norge et funksjonsnivå på 1,6, mens institusjonsbeboere har et gjennomsnitt på 3,0.

Det er også forskjeller i det faglige tilbudet og den faglige aktiviteten, ved at tilbudet ved Lønnås er preget av aktiv og individuell opptrening og behandling, mens det ved CAN i langt større grad er drevet som fellesaktiviteter. Bemanningen er nokså lik i antall (ca 25-26 årsverk), mens antall plasser er 70 prosent høyere ved CAN. Det er derfor både naturlig og riktig at tilbudet er forskjellig, og at det retter seg mot to forskjellige målgrupper.

### **7.5 Økonomiske kostnader**

Denne evalueringen har vist at CAN, for noen brukergrupper med nokså høyt funksjonsnivå, tilbyr tjenester til en forholdsvis lavere kostnad enn tilsvarende tjenester i Norge. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at brukergruppen ved Lønnås, med et klart lavere funksjonsnivå, forutsetter en annen type tjeneste enn brukergruppen ved CAN.

Kostnadsnivået i Spania er lavere enn i Norge. De regnskapsførte utgiftene ved CAN for ti måneders drift i 2002 er fem millioner kroner, regnet som Bærums andel og eksklusive husleie (ca to millioner kroner). Dette tilsvarer også nivået på driften i et normalår, fordi det inkluderer noen ekstraordinære kostnader i startperioden. For Lønnås er de bokførte driftsutgifter omlag åtte millioner kroner.

### **7.6 Forslag til tiltak**

Nedenfor vil vi trekke frem noen områder hvor vi på bakgrunn av evalueringen mener det er rom for forbedringer.

#### **7.6.1 CAN som rehabiliteringstilbud**

CAN med sin beliggenhet på Costa Blanca har med de klimatiske forhold en unik kvalitet. Behandlingstilbudet ved CAN tar derfor sikte på å utnytte klimaet i rehabiliteringen.

I redegjørelsen av forståelsen av rehabilitering som vi legger til grunn i denne rapporten, jf. kapittel 3, peker vi på at rehabiliteringens primære mål er å sette brukeren i stand til å mestre sine funksjonsproblemer med tanke på aktivitet og deltakelse i hverdagen. Tiltakenes oppgave er dermed å bistå brukeren både når det gjelder å kunne håndtere dagliglivets praktiske utfordringer og å sette seg egne vitale mål for livet fremover.

Dersom vi tar utgangspunkt i CAN personellsammensetning, ser vi at det er noen fagområder som er bedre dekket ved Lønnås enn ved CAN. Dette kan på den ene siden forstås som at CAN tar sikte på å rette seg inn mot en annen målgruppe enn Lønnås, og CAN har derfor ikke behov for samme type kompetanse. På den annen side kan vi si at Lønnås fremstår med en bredere kompetanse og på en annen måte samarbeider med andre instanser både før og etter oppholdet slik at virksomheten fremstår som "helhetlig". CAN fremstår, slik situasjonen er i dag, som en rehabiliteringsinstitusjon som isolert sett ikke fullt ut dekker alle aspektene ved rehabilitering. Hovedutfordringen, slik vi ser det, er å få til et tettere samarbeide mellom CAN og kommunene som fatter vedtak om opphold ved senteret. Dette samarbeidet bør styrkes både i forkant av brukernes opphold og etter at disse kommer hjem. Problemene som CAN rapporterer med hensyn til brukere som ikke har rehabiliteringspotensiale eller er motiverte kan reduseres ved et slik samarbeid. Likeledes den manglende oppfølgingen av brukerne etter at disse er utskrevet fra senteret.

### 7.6.2 Forebygging

I dokumentene som beskriver historikken bak opprettelsen av CAN finner vi at senteret var tiltenkt en rolle som en forebyggende instans. Av tiltenkte målgrupper vil vi her trekke frem følgende (sak 030400 behandlet av Sektorutvalget for Bistand og Omsorg):

- Hjemmeboende brukere. Forebyggende tiltak. Særlige problemer knyttet til kulde og snø
- De som ligger “på vippen” for plass til institusjon i Bærum, men som ikke har glede av eller ønske om plass i institusjon her hjemme i Bærum av diverse årsaker.

Slik vi forstår disse to gruppene, vil det her være snakk om å legge forholdene til rette slik at brukere som bor hjemme, med eller uten tjenester, skal kunne benytte seg av tilbudet ved CAN. Målet er da at behovet for tjenester i hjemkommunen reduseres slik at brukerne enten kan klare seg hjemme lengere uten tjenester eller unngå å måtte benytte seg av plass på institusjon. Dette forebyggende aspektet er i dag i liten grad uttalt eksplisitt som en oppgave for CAN.

Vi kan videre belyse det forebyggende perspektivet i forhold til alderen på brukerne som til nå har benyttet seg av tilbudet ved CAN. Gjennomsnittsalderen er drøyt 74 år<sup>19</sup>. For mange eldre kan motivasjonen snarere være knyttet til å *oppretholde* funksjonsnivået fremfor å legge mye innsats i å *forbedre* funksjonsnivået. I tillegg kan fagpersonalet fortelle at mange av brukerne har diagnoser som er forholdsvis ”gamle”. For eksempel hjerneslag som er fem til ti år gamle. Opptreningspotensialet reduseres desto lengre tid det har gått siden slaget inntraff. Ser vi disse forholdene under ett, kan vi hevde at den forebyggende siden av virksomheten ved CAN bør kunne fremheves.

Utover de forholdene som vi har pekt på ovenfor, vil vi trekke frem noen forslag til tiltak som vi mener kan tas opp til vurdering.

- Innledningvis vil vi trekke frem at det i dag gjennomføres intervjuer av og/eller hjemmebesøk til søkerne. Evalueringen understreker betydningen av at det gjennomføres tverrfaglige vurderinger av søkere som ønsker rehabiliteringsopphold ved CAN før søknad innvilges. En slik vurdering bør gjennomføres systematisk ved alle instanser som behandler søknader i de 3 kommunene. Den tverrfaglige vurderingen er viktig med hensyn til å konkretisere brukerens mål for oppholdet, rehabiliteringspotensiale og motivasjon.
- Rapporter fra den tverrfaglige vurderingen bør følge brukeren til CAN. I tillegg til medisinske og sykepleiefaglige vurderinger er det en fordel om rapporten inneholder opplysninger fra fysio- og ergoterapeuter om pågående og foreslåtte tiltak for den enkelte bruker.
- CAN etablerer et tettere samarbeide med rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås bo- og behandlingssenter. Et mulig tiltak er å vurdere om brukere med opphold ved Lønnås kan ha utbytte av rehabiliteringstilbudet ved CAN etter avsluttet behandling ved Lønnås. Brukere av dagsenteret ved Lønnås kan også være en aktuell brukergruppe.
- Det kan utvikles et samarbeide med Lønnås når det gjelder utveksling av kunnskap. Én slik mulig arena for kunnskapsoverføring er å benytte seg av ledsagertjenesten ved CAN. Kunnskapsutvekslingen kan ha flere komponenter.

<sup>19</sup> Medianen er 77 år noe som betyr at det er noen få yngre brukere som trekker gjennomsnittsalderen noe ned.

Noen erfaringer fra Lønnås' mer enn 10 års drift av en rehabiliteringsavdeling kan overføres til CAN. Lønnås på sin side kan få bedre kjennskap til virksomheten ved CAN og dermed i større grad være i stand til å vurdere hvilke brukere som er innom Lønnås som vil ha utbytte av et opphold ved CAN.

- Tilsvarende samarbeid som er nevnt ovenfor kan utvikles med relevante institusjoner i Asker og Stavanger.
- Det utvikles system for oppfølging av tiltak som settes i verk overfor bruker ved CAN etter at bruker er tilbake i Norge. Det er i dag usikkert om opplysningene som følger bruker ved hjemreise blir tatt i bruk og fulgt opp. Dermed er det usikkert om funksjonsforbedringer som oppnås ved CAN vedvarer.
- CAN utvikler en tydeligere profil når det gjelder hvilket tilbud senteret skal gi og hvilke brukere som skal være målgruppen. På bakgrunn av dagens kompetanse i fagpersonalet bør det vurderes å fokusere skapere på rehabilitering og forebygging fremfor å benytte CAN som et rent sosialt tiltak for brukere hvor pleiebehovet er langt mer fremtredende enn rehabiliteringspotensialet. For den sistnevnte gruppen kan andre tiltak vurderes. Det bør også vurderes hvorvidt CAN skal gi et utvidet tilbud til brukere som har behov for annet enn fysisk trening. I så fall bør CAN styrke den faglige kompetansen når det gjelder psykologi og kognitiv trening.
- Denne undersøkelsen har vist at fagpersonalet oppfatter at det kan være noe sprik i forventningene brukerne har ved ankomst CAN i forhold til det tilbudet som gis. Det kan derfor være en fordel å se nærmere på informasjonen om CAN som går ut til søkerne med tanke på å at brukernes forventinger bringes mer i samsvar med det faktiske tilbudet.

## 7.7 Forslag til oppfølgende studier

Nedenfor vil vi foreslå noen områder som kan studeres nærmere i arbeidet med å forbedre rehabiliteringstilbudet ved CAN. Det er nå samlet inn et stort datamateriale som beskriver situasjonen i løpet av et halvt års drift. Dette gir mulighet til å foreta sammenligninger på et senere tidspunkt for å se om det har skjedd endringer. Fagpersonalet ved CAN har pekt på noen problemer som til dels kan relateres til problemer knyttet til oppstart av et nytt behandlingstilbud. Et eksempel på dette er utstyr som mangler. Utstyr har blitt kjøpt inn etter hvert som behov har blitt avdekket. Andre problemer som personalet peker på er i større grad relatert til hva CAN skal være og hvilke brukergrupper tilbudet skal rette seg inn mot. Dette gjelder for eksempel hvordan personalet arbeider. I intervjuene ble det pekt på at personalet ikke har fått anledning til å arbeide så tverrfaglig som de har ønsket. Dette blir blant annet relatert til egenskaper ved brukergruppen som til nå har hatt opphold ved CAN. Siden det i behandlingssideologien ved CAN legges stor vekt på det tverrfaglige perspektivet, er dette et forhold som med fordel kunne følges opp.

Videre vil det være av interesse å undersøke hvilke effekter tiltak som settes i verk, både på bakgrunn av denne rapporten og andre tiltak, har for behandlingstilbudet ved CAN.

I denne evalueringen har vi ikke hentet inn opplysninger direkte fra brukerne. Her kunne det vært interessant å gjennomføre en brukerundersøkelse som kartlegger brukernes forventninger forut for oppholdet, deres vurderinger ved avreise og brukernes vurderinger av hvordan de opplever at CAN inngår som en del av et helhetlig behandlingsforløp. Videre kan effekten av oppholdet ved CAN dokumenteres ved at det gjennomføres IPLOS-registeringer ved ankomst CAN, ved avreise og 3 måneder etter hjemreise.

## 8 Referanser

Normann, T. og Sandvin, J.T. 2001. Om moderne rehabilitering - en start på dialogen mot en felles forståelse. SKUR-notat nr. 10/2001. Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering.

Grut, L. og Kvam, M.H. 2002. Tid til å medvirke. En underveisevaluering av prosjektet Hjem - rehabilitering i Bærum kommune. SINTEF Unimed. Rapport STF78 A024505.

Devold R: Gerix: Registrering av individdata. Veiledning til personalet. Teknostallen, Trondheim 1994.

Holmøy, Jon. Pleie og omsorgstjenester 1995-1999. Noen hovedtall basert på GERIX-data. Statistisk sentralbyrå. Rapporter 2001/12.

[http://www.ssb.no/emner/03/03/20/rapp\\_200112/rapp\\_200112.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/03/20/rapp_200112/rapp_200112.pdf)

Kalseth J, Magnussen J: Gerix - Styringsdata for pleie og omsorgssektoren. SINTEF Unimed rapport 1995.

Sigstad Lie J-A, Solheim L: Gruppering av brukere av pleie og omsorgstjenesten ved bruk av GERIX-kortet. Statistisk sentralbyrå. Notater 95/59.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Kort om historien bak etableringen av CAN

Det har over lang tid vært arbeidet med etablering av en institusjon i Syd-Europa i regi av Bærum kommune. Vi vil i det følgende gi en kort redegjørelse for dette arbeidet. I formannskapssak 188/1997 kan vi lese noe av bakgrunnen for ønske om å opprette et tilbud i Spania. Her heter det blant annet at hensikten med å etablere et bo- og omsorgstilbud i Spania først og fremst er for å kunne gi valgmuligheter for de eldre som tilfredsstillter kriteriene for tildeling av omsorgsbolig eller institusjonsplass. I samme formannskapssak kan vi lese at dette gjelder:

- Søkere til bolig med service som ønsker å leie slik bolig i Syden fremfor i Bærum.
- Søkere til bolig med service som kan tenke seg å opprettholde sitt nåværende boforhold, forutsatt muligheten til å leie en omsorgsbolig i Syden det meste av året.
- Bæringer bosatt i Syden som tilfredsstillter kriteriene for bolig med service i Syden som alternativ til opphold ved institusjon i Bærum.
- Beboere ved våre institusjoner som ønsker et ferieopphold i Syden, forutsatt at plassen kan disponeres til korttidsopphold for andre.
- Ved eventuell ledig kapasitet vil eldre/funksjonshemmede i Bærum som ikke nødvendigvis tilfredsstillter kravene til bolig med service/sykehjem, men som av helsemessige grunner ønsker et opphold i Syden i et trygt, norsk miljø kunne få muligheten

I den videre saksgangen er et av interesse å undersøke hvilke brukergrupper en etter intensjonene mente skulle kunne benytte seg av tilbudet. I sak 030400 behandlet av Sektorutvalget for Bistand og Omsorg, går det frem at det følgende målgrupper er aktuelle:

- Hjemmeboende brukere. Forebyggende tiltak. Særlige problemer knyttet til kulde og snø
- Slagpasienter med rehabiliteringspotensiale
- De som ligger "på vippen" for plass til institusjon i Bærum, men som ikke har glede av eller ønske om plass i institusjon her hjemme i Bærum av diverse årsaker.
- Andre gruppe som vil ha særlig utbytte av et slikt tilbud som for eksempel:
  - MS-pasienter
  - Cancer-pasienter
  - Avlastning for familier
  - Revmatikere eller personer med muskel- eller skjelettlidelser
  - Også yngre funksjonshemmede som vil kunne profittere på dette

Det presiseres videre at disse gruppene ikke ekskluderer andre med pleie- og rehabiliteringsbehov, men dette er grupper en mener bør motiveres særskilt for et opphold av helsemessige årsaker.

Det går også her frem at en hadde i utgangspunktet tenkt seg et tilbud som bestod av sykehjem/boliger med service der det skulle være 30 sykehjemsplasser og åtte omsorgsboliger der alle skulle benyttes til korttidsplasser eller rehabilitering.

## Vedlegg 2: Noen sider ved kvalitetsbegrepet

Faglig kvalitet kan omfatte mange aspekter og kan måles på ulike vis. Kvalitet kan være knyttet til den enkelte fagperson som yter tjenesten dvs. i hvilken grad og på hvilken måte fagpersonen løser sine oppgaver og funksjoner. Generelt for rehabilitering understrekes betydningen av samarbeid mellom ulike faggrupper, etater og forvaltningsnivå (St.m. 21 (1998-99)). Dette innebærer at samarbeidet mellom de involverte partene vil være en del av den faglige kvaliteten. Den faglige kvaliteten er ofte av uformell karakter og kan vanskelig kartlegges på annen måte enn ved utstrakt bruk av observasjon. Videre kan kvalitet knyttes til den kompetanse og de ferdigheter som fagpersonene besitter, både i form av formell utdanning og i form av realkompetanse. Gitt at andre forhold er like, kan et tilbud som benytter seg av flere fagutdannede og færre ufaglærte i rehabiliteringen vurderes som kvalitativt bedre enn et annet tilbud.

Vurdering av faglig kvalitet kan også gjøres ved å ta utgangspunkt i statlige retningslinjer, for eksempel veiledningshefter som er utarbeidet av Statens helsetilsyn for utvalgte pasientgrupper. Veiledningene er ikke nedfelt i forskrifter, men kan likevel forstås som normative. Et annet utgangspunkt er St.m. 21 (1998-99). Det kan derfor på denne bakgrunn operasjonaliseres vurderingskriterier som gjør det mulig å foreta en evaluering av rehabiliteringstilbudet.

Et annet mål på kvalitet som også benyttes er brukerundersøkelser eller undersøkelser som skal besvares av pårørende. Kvalitet kan da forstås som brukernes eller pårørendes opplevelse av tjenesten som virksomheten yter.

