

RAPPORT 1403

Guri Kaurstad, Elisabet Witsø og Kari Bachmann

LIVSNÆR LIVSHJELP

Rehabilitering i nærmiljøet

Guri Kaurstad, Elisabet Witsø og Kari Bachmann

Livsnær livshjelp
Rehabilitering i nærmiljøet

Rapport 1403

ISSN: 0806-0789

ISBN: 978-82-7830-196-8

Møreforsking Molde AS
Februar 2014

Tittel	Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet
Forfatter(e)	Guri Kaurstad, Elisabeth Witsø og Kari Bachmann
Rapport nr	1403
Prosjektnr.	2499
Prosjektnavn:	VRI Aure
Prosjektleder	Guri Kaurstad
Finansieringskilde	VRI Møre og Romsdal (Møre og Romsdal Fylkeskommune og Norges Forskningsråd), Aure kommune og Helse Møre og Romsdal HF ved Aure rehabiliteringssenter
Rapporten kan bestilles fra:	Høgskolen i Molde, biblioteket, Boks 2110, 6402 MOLDE: Tlf.: 71 21 41 61, Faks: 71 21 41 60, epost: biblioteket@himolde.no – www.himolde.no
Sider:	35
Pris:	Kr 50,-
ISSN	0806-0789
ISBN	978-82-7830-196-8

Sammendrag

Innføringen av Samhandlingsreformen innebærer at kommunene skal få en sterkere ansvars- og oppgavemessig rolle enn tidligere, blant annet innen rehabiliteringsfeltet. For at kommunene skal kunne imøtekomme dette trenger de styrket kompetanse og økt faglig bredde. Aure kommune har med sin nærhet til spesialisthelsetjenesten ved Aure rehabiliteringssenter en unik mulighet for kompetanseoverføring for å kunne påta seg et større ansvar for rehabiliteringsbrukere i kommunen. Prosjektet Livsnær livshjelp er et samhandlingsprosjekt mellom kommunen og rehabiliteringssenteret, og en del av kommunens initiativ til å utvikle nye, bedre rehabiliteringstilbud gjennom hjemmetjenester med mer forebygging i tjenestene.

Hovedmålet med FoU-prosjektet var å gi en oversikt over nå-situasjonen for samhandling mellom Aure kommune og rehabiliteringssenter, samt innad hos begge parter på rehabiliteringsfeltet. Forsknings spørsmål som er forsøkt besvar i prosjektet er om partene er likeverdige, om de har tillit til hverandres intensjoner i prosjektet Livsnær livshjelp, hvordan de opplever eget ansvar for rehabilitering etter samhandlingsreformen og deres syn på kompetanse på rehabiliteringsfeltet.

Kartleggingen av nå-situasjonen for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen tyder på at noe samarbeid eksisterer, men ingen formell samhandling. Det er behov for å utvikle rutiner og retningslinjer for samhandlingen, og tilrettelegge for felles møtearenaer for informasjons- og kompetanseutveksling. Prosjektet avdekket et behov for kompetanseheving innen både samhandlingsfeltet og rehabilitering, primært i kommunen.

Prosjektet er utviklet i samarbeid med prosjektet Livsnær livshjelp, og finansiert av VRI Møre og Romsdal (Møre og Romsdal Fylkeskommune og Norges Forskningsråd), Aure kommune og Helse Møre og Romsdal HF ved Aure rehabiliteringssenter.

FORORD

Denne rapporten er basert på et oppdrag fra Aure kommune og Aure rehabiliterings-senter i forbindelse med prosjektet Livsnær livshjelp. FoU-prosjektet har hatt som mål å gi en oversikt over nå-situasjonen for samhandling mellom partene i prosjektet, og gi et bedre kunnskapsgrunnlag til å kunne utforme tiltak og tjenester i prosjektet til det beste for brukerne.

Datainnsamlingen har bestått av en spørreskjemaundersøkelse i et utvalg ansatte hos begge parter, samt et gruppeintervju av prosjektgruppen i etterkant av spørreskjemaundersøkelsen. Både den kvantitative og kvalitative datainnsamlingen ble gjennomført i desember 2013.

Møreforskning Molde vil takke alle respondenter som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen, og informantene i prosjektgruppen som deltok på gruppeintervjuet.

Aud Bente Skar har bidratt til utsending av informasjonsskriv og spørreskjemaundersøkelsen, motivert ansatte til å besvare undersøkelsen og gitt innblikk i referater og dokumentasjon om prosjektet forøvrig. Vi ønsker og takke for hennes bidrag!

Molde, februar 2014

Guri Kaurstad
Prosjektleder

Elisabet Witsø

Kari Bachmann

INNHold

Forord	5
Innhold	7
1 Innledning.....	9
1.1 Samhandlingsreformen og endringer i rehabiliteringstilbud i spesialist- og kommunehelsetjenesten	9
1.2 Livsnær livshjelp	10
1.2.1 Organisering av Livsnær livshjelp	10
1.2.2 FoU behov	11
1.3 Prosjektets formål	11
2 Materiale og Metode	13
2.1 Spørreskjemaundersøkelsen	13
2.2 Gruppeintervju av prosjektgruppen.....	13
2.2.1 Analyser av gruppeintervju	14
2.3 Etske hensyn.....	14
3 Spørreskjemaundersøkelse om samhandling	15
3.1 Populasjonen	15
3.2 «Nå-situasjonen» for samhandling i Aure.....	15
3.3 Dagens rehabiliteringstilbud i Aure.....	19
3.4 Syn på fremtidig samhandling og rehabiliteringstilbud i Aure	20
3.5 Aktørenes syn på kompetanse	21
3.6 Forventninger til prosjektet Livsnær livshjelp.....	22
4 Intervju prosjektgruppen Livsnær livshjelp.....	25
4.1 Endringer som følge av Samhandlingsreformen.....	25
4.2 Hva er god samhandling for prosjektgruppen?	25
4.3 Samhandling innad på egen arbeidsplass	26
4.4 Samhandling mellom kommunen og rehabiliteringssenteret	26
4.5 Parter og arbeidet i prosjektet Livsnær livshjelp	27
4.6 Syn på sterke og svake sider ved prosjektet Livsnær livshjelp	27
4.7 Prosjektgruppens forventninger til prosjektet Livsnær livshjelp.....	28
5 Oppsummering.....	29
6 Konklusjon	31
7 Referanser	33
8 Vedlegg.....	35

1 INNLEDNING

1.1 Samhandlingsreformen og endringer i rehabiliteringstilbud i spesialist- og kommunehelsetjenesten

Begrepet samhandling omhandler det som foregår mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre. Samhandling består av utveksling av verdier/tjenester, at man er gjensidig avhengig av hverandre, utvikling av forpliktelser, at man tar hensyn til hverandres handlinger og at det er et maktspekt i samhandlingen (likt eller skjevt fordelt) (Martiniussen, 1986). Samhandlingsreformen ser på samhandling som et uttrykk for «helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte».

Samhandlingsreformen, innført 1.1.2012, kommer som en følge av at helsetjenesten slik den er i dag ikke vil kunne møte fremtidens utfordringer knyttet til demografisk utvikling og økte behandlingstkostnader. Etter at man fra 70-tallet har sett en sterk satsing på spesialisering og vekst av spesialisthelsetjenester, skjer det nå en overføring av oppgaver og ansvar tilbake til primærhelsetjenesten i kommunene (De Maeseneer et al, 2008).

Samhandlingsreformen innebærer blant annet at kommunene skal få en sterkere rolle med hensyn til ansvar og oppgaver. I flere land er det vist at styrking av generalistkompetansen og primærhelsetjenesten har ført til bedre helse i befolkningen, til en lavere kostnad og med større likhet, enn gjennom styrking av spesialisthelsetjenestene (Starfield og Macinko, 2005). Helse- og omsorgsdepartementet mener at rehabiliteringsfeltet er et felt hvor det er naturlig å gi kommunene større ansvar i henhold til reformen (HOD, 2011). De legger spesielt vekt på at brukerne bør få rehabiliteringstilbud i nærheten av hjemmet, og at brukere med behov for tverrfaglig oppfølging over lengre tid bør få tilbud om dette i hjemkommunen. Det faktum at rehabilitering skal føre pasienten frem til størst mulig grad av selvstendighet (selvhjulpenhet) (NOU, 1997) gjør at det som oftest kreves en tverrfaglig tilnærming til rehabiliteringen. For at kommunene skal kunne imøtekomme kravet om tverrfaglighet trenger de styrket kompetanse og økt faglig bredde. Dette er en utfordring i mange kommuner. Helsetilsynets tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem i 2010 viste mangler innen tverrfaglig samarbeid, for små ressurser innen fysio- og ergoterapi og ikke tilstrekkelig prioritering av kompetanse og opplæring (Statens helsetilsyn, 2010). Videre opplever flere i praksisfeltet at arbeidsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet er uklar (Hansevik, 2012).

Sammen med et stadig økende behov for rehabilitering må kommunene og spesialisthelsetjenesten samhandle godt og effektivt for å sikre brukerne tilstrekkelige rehabiliteringstilbud. Aure kommune har med sin nærhet til spesialisthelsetjenesten ved Aure rehabiliteringssenter en unik mulighet for kompetanseoverføring for å bedre og utvikle egne rehabiliteringstjenester. Det vil gjøre dem klar for å påta seg et større ansvar for rehabiliteringsbrukere i kommunen i fremtiden. Gjennom utvikling av god samhandling mellom kommunen og rehabiliteringssenteret kan man utnytte kompetansen på tvers og utvikle tjenester til brukernes beste.

1.2 Livsnær livshjelp

Aure kommune er en langstrakt kommune på nordvest landet i øvre del av Møre og Romsdal fylke. Aure kommune ble i 2006 slått sammen med Tustna kommune. Kommunen hadde, pr. 1.1.13, 3 567 innbyggere fordelt på 653 km². Det er to sykehjem i kommunen. På et av sykehjemmene er Aure helsetun lokalisert med egen behandlings- og rehabiliteringsavdeling. Aure rehabiliteringssenter er en del av klinikk for rehabilitering i Helse Møre og Romsdal og ligger i Aure kommune. Aure rehabiliteringssenter er en institusjon med døgnplasser innen spesialisert rehabilitering og behandler brukere/pasienter fra hele fylket, men flest kommer fra nordenden av fylket. Henvisningene kommer fra fylkets sykehus, samt kommunenes fastleger. Henvisningene relateres til mange ulike sykdommer/lidelser, med flest innen nevrologiske sykdommer og muskel- og skjelettlidelser. Felles for alle som får tilbud ved senteret er at de har behov for tverrfaglig rehabilitering.

Prosjektet Livsnær livshjelp er et samhandlingsprosjekt, opprettet i 2013, mellom Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter, der målet er å finne en metode for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Prosjektet er en del av kommunens initiativ til å utvikle nye hjemmetjenester med mer forebygging i tjenesten og å dreie rehabiliteringen i retning av hverdagsrehabilitering i kommunen. Dette innebærer en stor og omfattende omstilling av de hjemmebaserte tjenestene slik man kjenner de i dag. Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmetode som går ut på at de som mottar hjemmesykepleie eller annen bistand skal trenes opp til å bli mer selvhjulpne (NOU, 2011). Arbeidsmetoden går ut på å sette inn mye ressurser tidlig i håp om å hindre eller redusere videre funksjonstap hos brukeren (NOU, 2011).

Målgruppen i Livsnær livshjelp er de brukerne som i dag faller mellom tilbudene hos rehabiliteringssenteret og kommunen. Prosjektet skal bidra til å gi dem et tverrfaglig rehabiliteringstilbud. Dette er brukere som enten er hjemmeboende og står i fare for funksjonstap, har gjentatte tidligere døgnbaserte rehabiliterings- eller korttidsopphold og/eller er innlagt for spesialisert rehabilitering etter skade, operasjoner og sykdom, og som trenger kommunal oppfølging over tid. Ved å rette seg mot denne målgruppen skal prosjektet bidra til å sikre behandlingsskjeden mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen gjennom kompetanseoverføring og samhandling. Prosjektet skal arbeide for kompetanseoverføring gjennom hospitering og rullering av fagpersonell begge veier, etablere tverrfaglige team på tvers, arrangere felles fagdager, kurs og opplæring av ansatte, etablere lærings- og mestringstilbud til brukere og pårørende og gi dagtilbud der det kan være hensiktsmessig. De tverrfaglige teamene som skal arbeide med rehabiliteringstilbudet vil bestå av fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og hjelpepleiere som enten arbeider ved rehabiliteringssenteret eller i kommunen. Det er vesentlig i prosjektet å dra fordeler av nærheten til spesialistkompetanse og fagressurser og få bedre kjennskap til hverandres utfordringer. Forventningen er at denne satsningen kan føre til redusert antall gjentatte innleggelses i spesialisthelsetjenesten og bedre helsen i befolkningen til en lavere kostnad, i samsvar med Samhandlingsreformens intensjoner.

1.2.1 Organisering av Livsnær livshjelp

Prosjektet har ansatt en prosjektleder fra Aure rehabiliteringssenter på fulltid. Prosjektet er organisert med en styringsgruppe på toppen. Styringsgruppen er sammensatt av enhets-

ledere innen sykehjem, hjemmetjeneste, enhet for helse og familie i Aure kommune, rådmann i Aure kommune, seksjonsleder og avdelingsleder fysioterapi ved Aure rehabiliteringssenter, samt prosjektleder. Styringsgruppen består av seks personer. I tillegg til styringsgruppen er det opprettet en prosjektgruppe sammensatt av åtte representanter fra Aure kommune og 2 fra Aure rehabiliteringssenter. Representantene fra kommunen består av personer fra faggruppene sykepleier (fra sykehjem og hjemmetjeneste), ergo-terapeut og fysioterapeut, mens representantene fra rehabiliteringssenteret består av fysioterapeut og sykepleier. I tillegg deltar prosjektleder.

1.2.2 FoU behov

Innføring av nye arbeidsmetoder i kommunehelsetjenesten krever ny organisering og struktur av tjenestene. Dette krever innovasjon og endring. Det er variasjon blant kommunene i landet i forhold til hvordan de organiserer arbeidet med videreutvikling av hjemmetjenestene, og det er behov for følgeevaluering av ulike modeller for å dokumentere hvilke modeller som fungerer. Prosjektet Livsnær livshjelp har derfor kontaktet Møreforskning Molde AS for en ekstern evaluering av prosjektet. Evalueringen av prosjektet vil i første fase, som presentert i denne rapporten, omhandle «nå-situasjonen» for samhandling mellom Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter, samt innad i helsetjenestene hos begge parter før de nye tjenestene blir implementert fra januar 2014.

Evalueringen vil se nærmere på kriteriene som styrings- og prosjektgruppen anser som avgjørende for kvaliteten på prosjektet og de nye tjenestene:

- Kommune og rehabiliteringssenter opplever seg som reelle, likeverdige parter
- Partene har tillit til hverandres intensjoner med prosjektarbeidet
- Partene har god kompetanse på fag, økonomi og samhandling
- Partene er bevisst sitt ansvar som følge av samhandlingsreformen
- Partene har stor grad av nærhet til arbeidsfeltet og brukerne

Evalueringen vil bidra til å gi prosjektet større overføringsverdi til andre kommuner i landet, og sikrer dokumentasjon av utgangspunktet før implementering av prosjektet for planlagt undersøkelse av langtidseffekter.

1.3 Prosjektets formål

Hovedformålet med evalueringen var å gi en oversikt over nå-situasjonen for samhandling mellom Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter, samt innad hos begge parter på rehabiliteringsfeltet.

Forskningsspørsmål som besvares:

- Opplever kommune og rehabiliteringssenteret seg som likeverdige parter i prosjektet?
- Har de tillit til hverandres intensjoner med prosjektarbeidet?
- Hvordan opplever de sitt ansvar etter samhandlingsreformen?
- Opplever de å ha tilstrekkelig kompetanse innen rehabiliteringsfeltet?

FoU-prosjektet har bistått Livsnær livshjelp med forskningskompetanse til å utvikle et prosjekt som sikrer mulighet for senere forskningsbasert evaluering av prosjektet.

2 MATERIALE OG METODE

I denne delen av FoU-prosjektet er det innhentet både kvantitative og kvalitative data. De kvantitative dataene fra spørreskjemaundersøkelsen har vært viktig for å undersøke nå-situasjonen for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen i et representativt utvalg ansatte, og for å gi de ansatte mulighet til å dele sine erfaringer og forventninger knyttet til prosjektet Livsnær livshjelp.

For å undersøke hvordan samhandlingen fungerer i praksis ble det foretatt et gruppeintervju av prosjektgruppen. Kvalitative intervju åpner for mer utdypende svar enn spørsmål i en spørreskjemaundersøkelse, og gjør at informantene selv også kan ta opp viktige saker, argumenter og erfaringer/opplevelser som ikke dekkes av intervjuguiden. Målet med det kvalitative intervjuet har vært å gi en forståelse av samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, og hvilke prosesser prosjektgruppen har vært med på. Intervjuet bidro til innsyn i samarbeidsrutiner og samhandlingsformer som eksisterer i dag, og hvilke forventninger/ønsker prosjektgruppen har for å opprettholde, endre eller forbedre disse. Deltagerne i prosjektgruppen er direkte berørt av det samarbeidsklimaet som eksisterer. Sammenligninger av data fra intervjuet med data fra spørreskjemaundersøkelsen bidro til å forstå hvordan synet på samarbeid og samhandling er hos ansatte ved de ulike instansene.

2.1 Spørreskjemaundersøkelsen

Et representativt utvalg blant ansatte med >75 prosent stillingsandel ved Aure rehabiliteringssenter eller ved sykehjem eller hjemmetjenesten i Aure kommune, samt kommunale leger ble forespurt om deltagelse i spørreskjemaundersøkelsen. Utvalget inkluderte også medlemmene i styrings- og prosjektgruppen i Livsnær livshjelp. Totalt 35 respondenter ble forespurt om deltagelse. Blant disse hadde 25 personer Aure kommune som arbeidsgiver og 10 personer Aure rehabiliteringssenter som arbeidsgiver. Sentrale tema i spørreskjemaet var samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen per i dag, holdninger til dagens samhandling, positive sider ved samhandlingen, utfordringer ved samhandlingsrelasjonen, forslag til forbedringer og ønsker/tanker rundt fremtidig samhandling og til prosjektet Livsnær livshjelp.

Bokstaven N brukes i tabeller og figurer. Denne refererer til hvor mange individer prosenttallene eller gjennomsnittstallene er basert på.

2.2 Gruppeintervju av prosjektgruppen

Av de ti deltagerne i prosjektgruppen var det sju som deltok i gruppeintervjuet. Alle ble forespurt om å delta i gruppeintervju. Intervjuet ble gjennomført på Aure rehabiliteringssenter i forbindelse med avtalt møte i prosjektgruppen. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, og transkribert i etterkant.

Intervjuet ble gjennomført etter en semi-strukturert intervjuguide. Sentrale tema for intervjuet var blant annet hvilket syn prosjektgruppen hadde på samhandlingen mellom

rehabiliteringssenteret og kommunen på undersøkelsestidspunktet, arbeidet i prosjektgruppen, spesielle utfordringer knyttet til samhandling, muligheter for forbedring av samarbeidet og samhandlingen i prosjektet og mellom partene. Intervjuet omhandlet også hvordan Samhandlingsreformen har endret ansvaret om rehabiliteringstilbud, rutiner for samhandling og hvordan tverrfaglig samhandling gjennomføres i hverdagen. I intervjuene fikk prosjektgruppen utdype hvilke forventninger og ønsker de har for utfallet av prosjektet Livsnær livshjelp, og hva de mener må til for å nå sine målsettinger. Informantene ble også spurt om å skrive ned fem sterke og fem svake sider ved prosjektet. Fokuset har gjennom intervjuet vært på deltagerens erfaringer og synspunkter på samarbeidet og samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, og innad i prosjektgruppen.

2.2.1 Analyser av gruppeintervju

De kvalitative analysene av intervjuet kan deles i fire steg. Først ble intervjuet lest med et åpent sinn for å kunne skape en oversikt over materialet og eventuelle mønstre. I andre steg ble utsagn som reflekterte de ulike meningene trukket frem. Det gjaldt både unike utsagn og utsagn med lignende innhold. Slik ble teksten dekontekstualisert, men fremdeles beholdt nær deltagerens egne ord. Utsagnene ble kodet, fremhevet og sammenlignet. Koder med lignende innhold ble satt sammen i kategorier for å få frem en meningsfylt sammenheng. Under tolkingen ble materialet rekontekstualisert når de kategoriserte temaene ble satt inn i en teoretisk sammenheng.

2.3 Etske hensyn

Prosjektet ble vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Personvernombudet) før oppstart. Deltagerne ble tilsendt informasjonsskriv om prosjektet i forkant av datainnsamlingen. Deltagerne i spørreskjemaundersøkelsen ga sitt samtykke om frivillig deltagelse i prosjektet og rett til å trekke seg uten å oppgi begrunnelse ved å besvare spørreskjemaundersøkelsen. Deltagerne i gruppeintervjuet ga skriftlig samtykke på frivillig deltagelse i prosjektet og rett til å trekke seg uten å oppgi begrunnelse. Deltagere som ikke ønsket å delta på gruppeintervjuet ble fritatt fra å delta på møtet i prosjektgruppen hvor intervjuet ble foretatt. Materialet var avidentifisert og ble behandlet konfidensielt ved Møreforskning Molde. Etter prosjektslutt ble materialet makulert i overensstemmelse med NSDs prosedyrer og Helsinki deklarasjonen.

3 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE OM SAMHANDLING

3.1 Populasjonen

Tabell 3.1 presenterer fordelingen av type ansatt i forhold til arbeidsgivere i utvalget. Av totalt 35 respondenter som ble forespurt, svarte 27 på undersøkelsen (77 prosent), derav 18 fra Aure kommune og 8 fra Aure rehabiliteringssenter. De fleste som svarte var ansatt uten lederrolle eller lederansvar (n=13) og 7 ansatte var leder, enhetsleder eller avdelingsleder (6 ledere fra Aure kommune og 1 leder fra Aure rehabiliteringssenter). Sju av respondentene var med i prosjektgruppen, mens 3 var medlem av styringsgruppen. Ettersom spørreskjemaundersøkelsen har et lite utvalg (få respondenter) bør en være noe kritisk til resultatene på enkeltspørsmål, men det viktigste er at undersøkelsen gir en pekepinn på dagens nå-situasjon for samhandling.

Tabell 3.1. Fordeling type ansatt i forhold til arbeidsgiver (N=27). Tall er antall respondenter.

Type ansatt	Arbeidsgiver		
	Ukjent (N=1)	Aure kommune (N=18)*	Aure rehabiliteringssenter (N=8)**
Ansatt uten lederrolle/lederansvar (N=13)	1	7	5
Leder/enhetsleder (N=8)	0	6	2
Ukjent (N=6)	0	5	1

*6 medlemmer av prosjektgruppen, 3 medlemmer av styringsgruppen

**1 medlem av prosjektgruppen

3.2 «Nå-situasjonen» for samhandling i Aure

Spørreskjemaundersøkelsen skulle blant annet si noe om «nå-situasjonen» for samhandling mellom Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter før implementering av rehabiliterings-tilbudet i prosjektet Livsnær livshjelp. Innledningsvis ble respondentene stilt følgende åpne spørsmål: «Hva er samhandling for deg? Hva legger du i begrepet samhandling?». De aller fleste respondentene hadde en formening om hva samhandling er for noe (21 respondenter svarte på spørsmålet), men det kom frem at de har litt forskjellige oppfatninger. Nesten samtlige omtaler samhandling som et samarbeid mellom en eller flere personer, mellom instanser og mellom ulike behandlingsnivå. Her er noen utsagn om samarbeid og om samhandling:

«Samarbeid på tvers av arbeidsplasser.....» (rehabiliteringssenteret)

«Tverrfaglig samarbeid» (ukjent arbeidsgiver)

«Godt og åpent samarbeid mellom de forskjellige tjenestene i kommunen og mot spesialisthelsetjenesten» (kommunen)

«Gjøre noe sammen. Være enig om ett felles mål, og arbeide sammen mot det» (rehabiliteringssenteret)

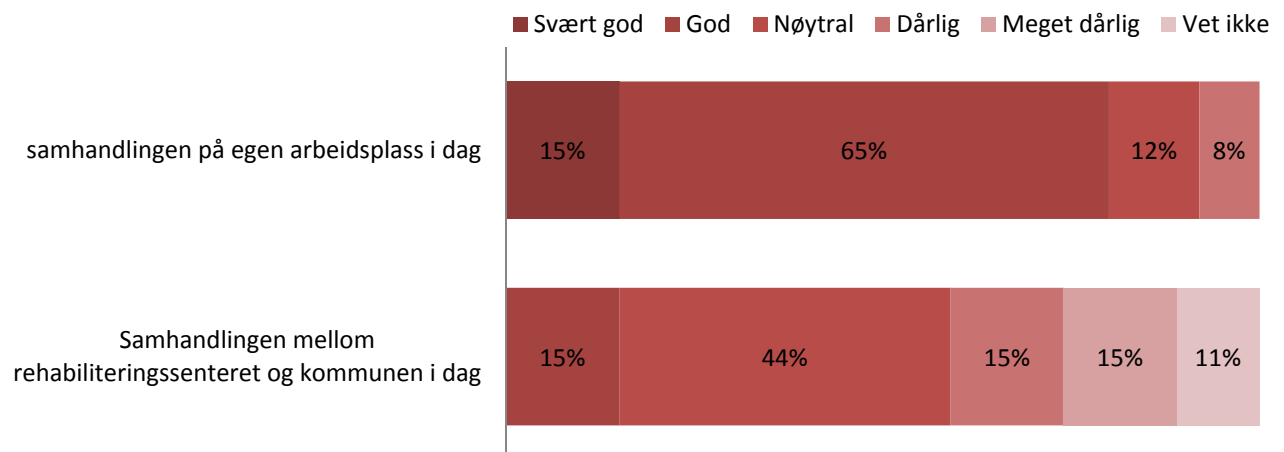
De aller fleste mener at kommunikasjon og informasjon mellom instansene er viktig for samhandlingen, noen utsagn som reflekterer dette:

«Alltid kjempe for tett dialog med alle instanser til beste for bruker» (kommunen)
 «God kommunikasjon» (rehabiliteringssenteret)
 «Orientering, informasjon, opplysning» (ukjent arbeidsgiver)

Mange oppfatter samhandling som tett relatert til tjenestene som tilbys brukeren, helhetlige pasientforløp, og kvalitet på tjenestene. Her er noen utsagn med brukeren i sentrum av samhandlingen:

«Best mulig tilbud og tjeneste til brukeren» (kommunen)
 «Bedre pasientforløp» (kommunen)
 «Flytende overgang fra en linje til en annen....» (kommunen)
 «Samhandling er en måte å arbeide rundt brukeren, ikke ett mål i seg selv» (rehabiliteringssenteret)

Videre spurte vi de ansatte om hvordan de vil beskrive samhandlingen på egen arbeidsplass. Åttien prosent av de ansatte synes at samhandlingen på egen arbeidsplass var god eller svært god (figur 3.1). Når vi spurte de ansatte om hvordan de vil beskrive samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen på undersøkelsestidspunktet svarte derimot kun 15 prosent at denne var god. Tretti prosent syntes den var dårlig eller meget dårlig, og hele 55 prosent hadde ingen formening eller visste ikke om samhandlingen mellom rehabiliteringssenter og kommunen var god eller dårlig (figur 3.1). Det var ingen forskjell i svarene fra ansatte ved rehabiliteringssenteret og i kommunen på dette spørsmålet.



Figur 3.1. Respondentenes beskrivelse av samhandlingen på undersøkelsestidspunktet (N=27).

I tillegg til å beskrive samhandlingen på en skala fikk de ansatte anledning til å kommentere samhandlingen på egen arbeidsplass og samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen i et åpent felt. Sju personer kommenterte på spørsmålet om samhandlingen på egen arbeidsplass. Disse kommentarene gikk stort sett på konkrete forslag til endringer. Blant disse ble det nevnt behov for flere stillinger innen fysioterapi og ergoterapi i

kommunen, prosedyrer som sørger for lik oppfølging av alle brukere. Her er noen av utsagnene om samhandlingen innad på egen arbeidsplass:

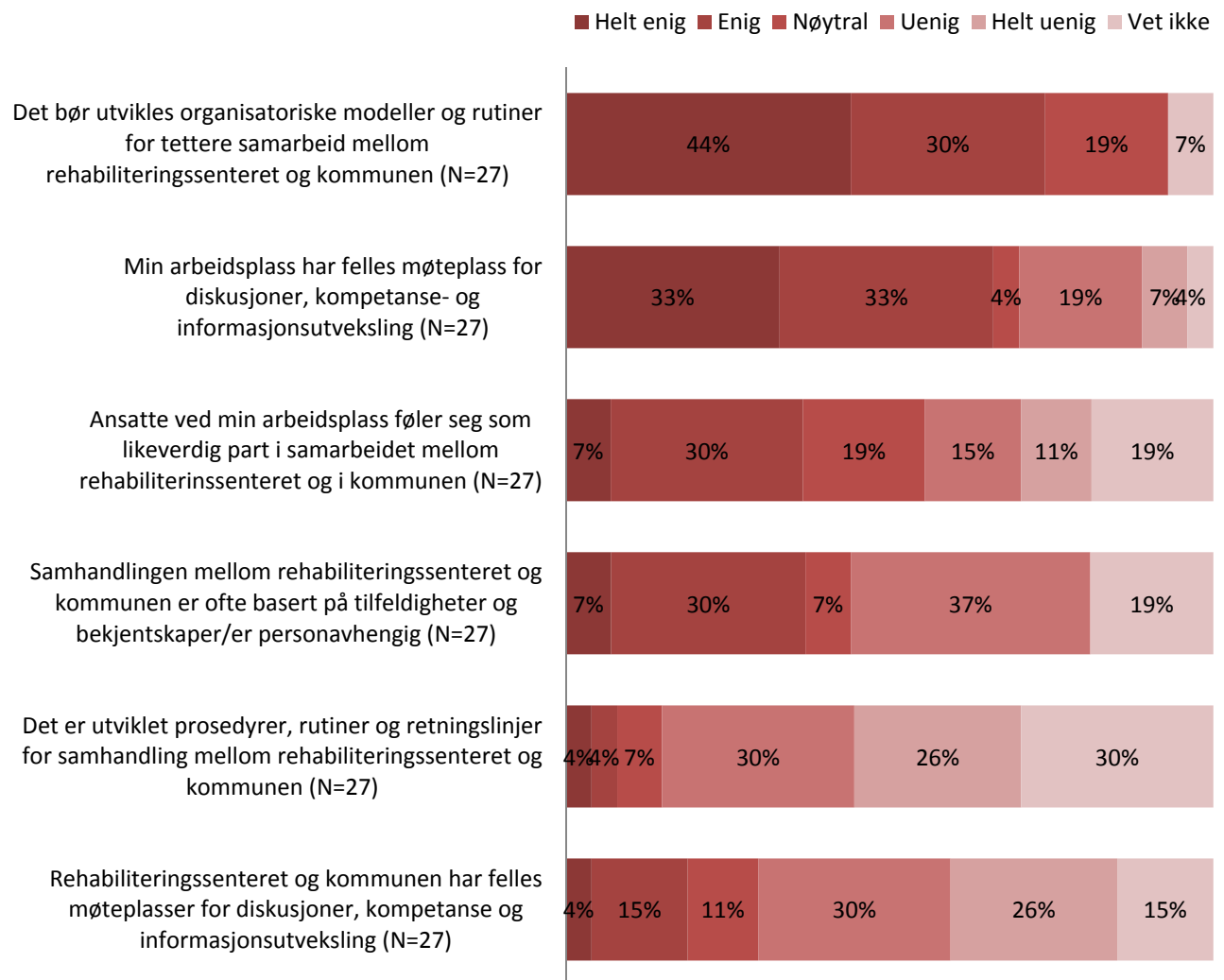
«*Det tar lang tid og målrettet tverrfaglig samarbeid før god samhandling etableres*» (rehabiliteringssenteret)
«*Den er bra, men kan sikkert bli bedre*» (rehabiliteringssenteret)
«*Savner avlastningsplasser for å få faglig utbytte*» (kommunen)

Ni personer kommenterte på spørsmålet om samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, disse kommentarene var gjennomgående negative. Av respondentene fra rehabiliteringssenteret nevnes det blant annet at kommunen burde bruke kompetansen og lære mer av rehabiliteringssenteret, at de er givende instans til kommunen, samt at rehabiliteringssenteret savner mer kontakt med kommunen. Fra kommunens side nevnes det at kommunikasjonen fra rehabiliteringssenteret ofte oppleves som enveis, og at man ikke kjenner til hverandres tilbud. Her er noen utsagn som representerer et negativt syn på dagens samhandling:

«*Finnes ikke*» (kommunen)
«*Kan ikke se noen samhandling per dags dato*» (rehabiliteringssenteret)
«*Har ikke hatt tradisjon for samhandling før*» (rehabiliteringssenteret)
«*Tradisjonelt har vi hatt lite kontakt/samhandling*» (kommunen)

Figur 3.2 viser respondentenes svar vedrørende i hvilken grad man er enig/uenig i ulike påstander om dagens samhandling på egen arbeidsplass og mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Den påstanden flest var helt enig eller enig i (74 prosent) var at det bør utvikles organisatoriske modeller og rutiner for tettere samarbeid mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. På undersøkelsestidspunktet var 56 prosent av respondentene helt uenig eller uenig i at det var utviklet slike prosedyrer, rutiner og retningslinjer for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, mens 30 prosent ikke visste. Tilsvarende var over halvparten (56 prosent) helt uenig eller uenig i at rehabiliteringssenteret og kommunen har felles møteplasser for diskusjoner, kompetanse og informasjonsutveksling, mens 15 prosent ikke visste. Det var flest ansatte fra Aure rehabiliteringssenter som var uenig i denne påstanden, med 87 prosent mot 39 prosent i kommunen. Innad på egen arbeidsplass derimot mener 67 prosent at de stort sett har felles møteplasser for diskusjoner, kompetanse og informasjonsutveksling. Dette er i samsvar med at nesten samtlige opplever at samhandlingen innad på egen arbeidsplass er god.

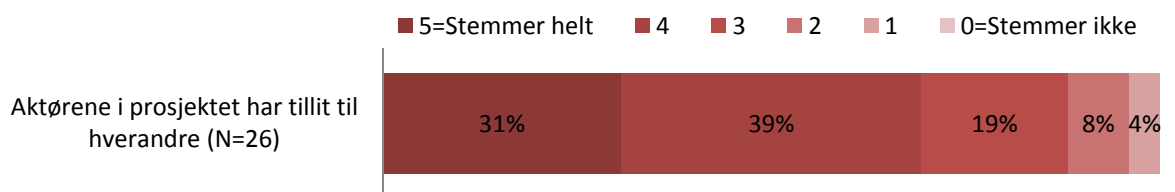
Bare 37 prosent svarte at de var helt enig eller enige i at ansatte ved deres arbeidsplass føler seg som likeverdig part i samarbeidet mellom rehabiliteringssenteret og i kommunen, mens 25 prosent var helt uenig eller uenig i denne påstanden. Blant de som var helt uenig eller uenig var det ansatte fra Aure kommune som hadde svart. En like stor andel (37 prosent) var enig i eller uenig i at samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen ofte er basert på tilfeldigheter og bekjentskaper/er personavhengig. Disse resultatene er i samsvar med opplevelsen respondentene har av samhandling mellom aktørene (figur 3.1).



Figur 3.2. Responentenes syn på påstander om samhandling.

Respondentenes skulle svare i hvilken grad man er enig eller uenig i ulike påstander.

Figur 3.3 viser respondentenes syn på hvilken tillit aktørene har til hverandre. Sytti prosent synes at det stemmer helt eller veldig godt at rehabiliteringssenteret og kommunen har tillit til hverandre. Kun 12 prosent synes dette stemmer dårlig eller ikke i det hele tatt.

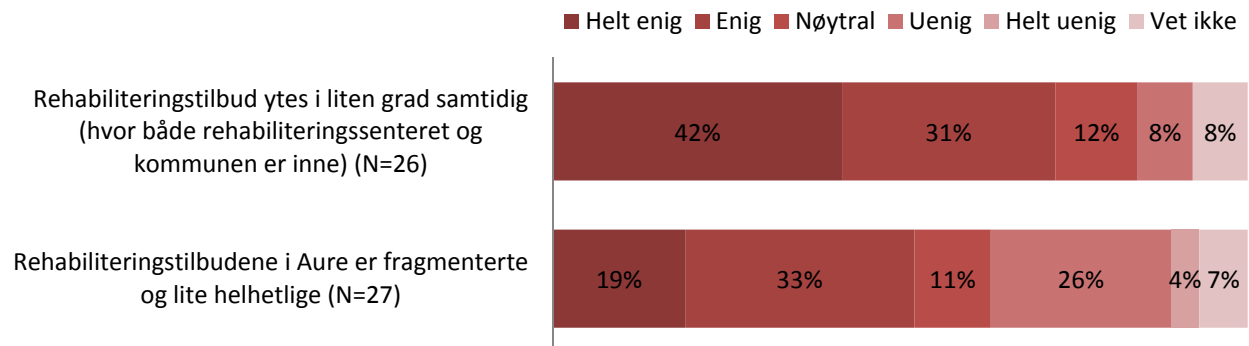


Figur 3.3. Aktørenes tillit til hverandre.

Respondentenes skulle svare i hvilken grad påstanden stemte med deres syn.

3.3 Dagens rehabiliteringstilbud i Aure

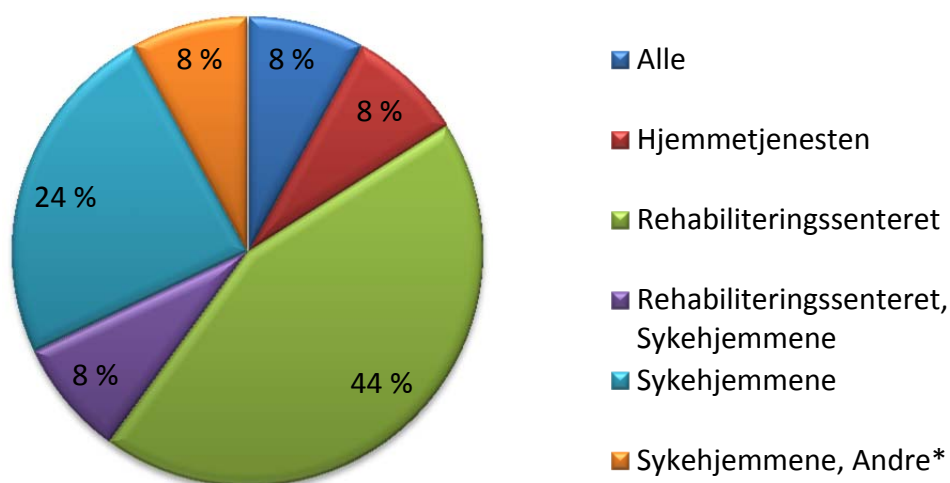
Hele 73 prosent mente at rehabiliteringstilbud i Aure i liten grad ytes samtidig, hvor både rehabiliteringssenteret og kommunen er inne samtidig (figur 3.4). Omtrent halvparten (52 prosent) av respondentene mente at rehabiliteringstilbudene i Aure er fragmenterte og lite helhetlige, mens 30 prosent var helt uenig i eller uenige i denne påstanden. Her var det 7 representanter fra Aure kommune som var uenige, og 1 fra Aure rehabiliteringssenter.



Figur 3.4. Syn på dagens rehabiliteringstilbud i Aure.

Respondentenes skulle svare i hvilken grad man er enig eller uenig i påstandene.

Videre spurte vi respondentene om hvem de mente tar mest ansvar for oppfølging av brukere med rehabiliteringsbehov. De fleste av respondentene (44 prosent) mente at det var rehabiliteringssenteret som tar mest ansvar for oppfølging av brukere med rehabiliteringsbehov, mens 24 prosent svarte sykehjemmene (figur 3.5). Det var først og fremst ansatte ved Aure rehabiliteringssenter som hadde svart at de selv tok mest ansvar, bortsett fra en som mente at alle aktører tok ansvar. Ansatte fra kommunen hadde svart at det var like mye rehabiliteringssenteret (n=4) eller rehabiliteringssenteret og sykehjemmene (n=2), som sykehjemmene (n=6) som tok mest ansvar, i tillegg til en som svarte enten alle aktører, hjemmetjenesten eller sykehjemmene og andre.



Figur 3.5. Respondentenes mening om hvem som tar mest ansvar for oppfølging av brukere med rehabiliteringsbehov (N=25).

*Lege, fysioterapeut, pårørende

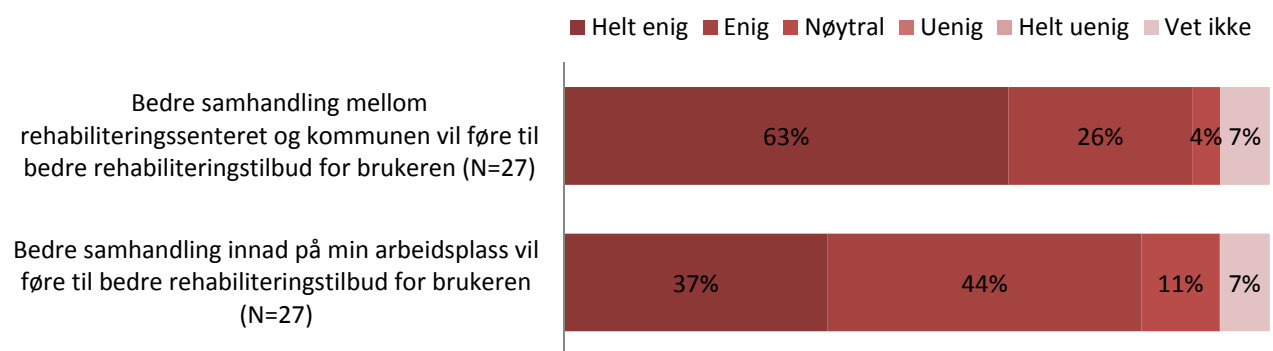
Respondentene fikk anledning til å kommentere spørsmålet i et åpent felt, seks respondenter hadde kommentert og mente stort sett at det ikke er noe enten eller hvem som tar ansvar. En respondent skriver:

«Dette er et lurespørsmål. Alle har ansvar for de brukerne man har. Dette her er vanskelig når det ikke finnes retningslinjer hva er spesialisert rehabilitering.»

Hvem som tar ansvar er avhengig av hvor brukeren kommer fra, brukerens behov og diagnose – «rett bruker på rett sted», og at man tar ansvar for de brukerne man har, slik har alle et ansvar for oppfølging av brukere med rehabiliteringsbehov.

3.4 Syn på fremtidig samhandling og rehabiliteringstilbud i Aure

De fleste (88 prosent) var enig i at bedre samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, men også innad på sin arbeidsplass (81 prosent), ville føre til bedre rehabiliteringstilbud for brukeren (figur 3.6).



Figur 3.6. Betydningen av bedre samhandling for rehabiliteringstilbudet til brukeren.

Respondentenes skulle svare i hvilken grad man er enig eller uenig i ulike påstander.

De aller fleste svarte bekreftende på det åpne spørsmålet om de ønsket seg en endring i samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen om rehabiliteringstilbud. Kommentarer til dette spørsmålet var at det vil være en fordel å samarbeide mer for å styrke kompetansen og at rehabiliteringssenteret sitter på mye erfaring som alle kan dra nytte av. Videre ønsket man at det ble satt av mer tid til samhandling, og at det blir etablert faste rutiner for tverrfaglig samarbeid. Her er noen av kommentarene:

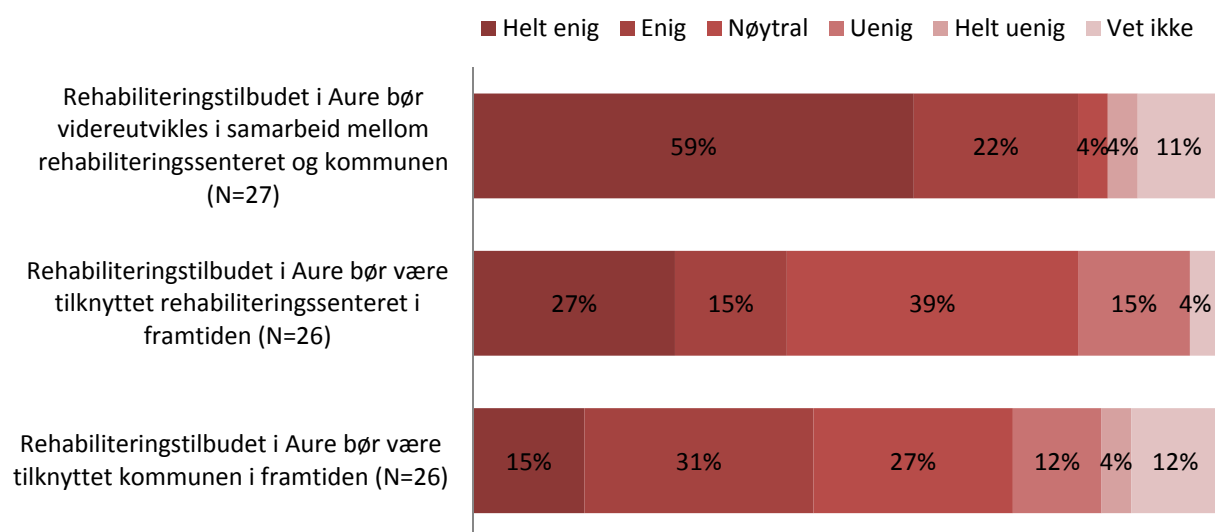
«Det er behov for et bedre og tettere arbeid» (kommunen)
 «Faste rutiner for tverrfaglig samarbeid. Informasjon i forkant, kartlegging i felleskap og oppfølging.» (rehabiliteringssenteret)
 «Ja – mer fokus på samhandling» (kommunen)

Selv om de fleste hadde svarte at de var fornøyd med samhandling innad på egen arbeidsplass (figur 3.1), så kom det allikevel fram at de fleste ønsket en endring i samhandlingen også innad på sin arbeidsplass om rehabiliteringstilbud, eller mente at det var et forbedringspotensial der.

Her er noen av kommentarene om endring i samhandling på egen arbeidsplass:

«Ja, kan alltid bli enda bedre» (rehabiliteringssenteret)
 «Kommunen må bli mye bedre til å samarbeide tverrfaglig» (kommunen)
 «Mer tid til tverrfaglig samarbeid. Spesielt kartlegging tverrfaglig. Det blir lett fleirfaglig.»
 (rehabiliteringssenteret)

Videre spurte vi de ansatte om hvor rehabiliteringstilbudet i Aure bør være i fremtiden. Åttien prosent var enig i at rehabiliteringstilbudet i Aure bør videreutvikles i samarbeid mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, 8 prosent var uenig og 11 prosent visste ikke. Førtito prosent var enig i påstanden om at rehabiliteringstilbudet i Aure bør være tilknyttet rehabiliteringssenteret i fremtiden, mens 46 prosent var enig i påstanden om at det burde være tilknyttet Aure kommune i stedet (figur 3.7). Både på påstanden om rehabiliteringstilbudet burde være tilknyttet rehabiliteringssenteret i fremtiden og på påstanden om at rehabiliteringstilbudet burde være tilknyttet kommunen i fremtiden svarer flest av rehabiliteringssenterets ansatte «nøytral». Kommunens ansatte er de som er helt enig i eller enig i begge påstandene, mens også av kommunens ansatte er en del (om lag en fjerdedel) «nøytral» til påstandene.



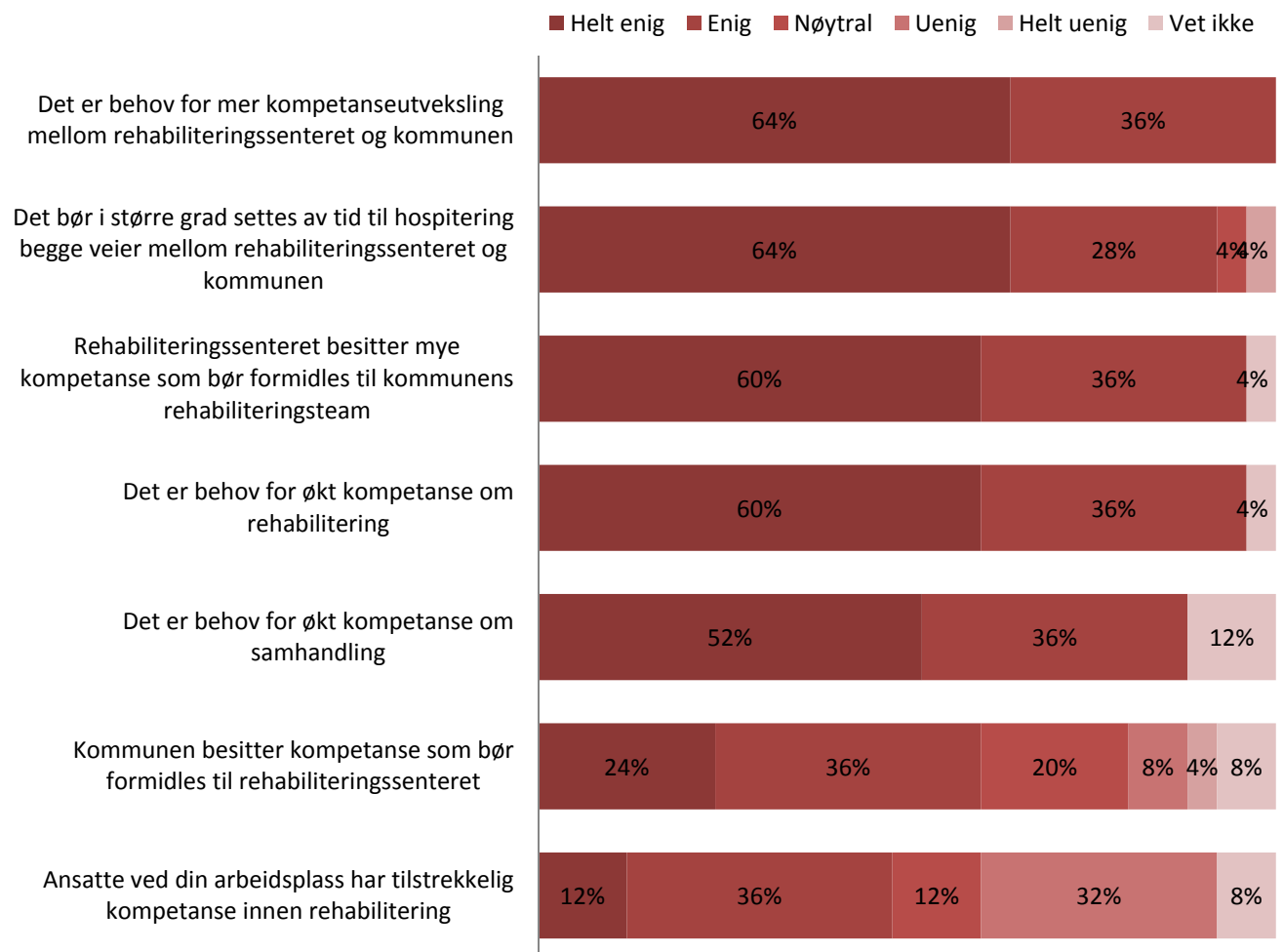
Figur 3.7. Framtidig samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen.

Respondentenes skulle svare i hvilken grad man er enig eller uenig i ulike påstander.

3.5 Aktørenes syn på kompetanse

Respondentene ble spurt om deres syn på eksisterende kompetanse og behov for kompetanseheving i tilknytning til samhandling og rehabiliteringsfeltet, resultatene er fremstilt i figur 3.8. Alle respondentene var helt enig i eller enig i påstanden om at det er behov for kompetanseutveksling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Nesten alle (82 prosent) svarte at de var helt enig i eller enig i at det bør i større grad settes av tid til hospitering begge veier mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Hele 96 prosent var helt enig i eller enig i at rehabiliteringssenteret besitter mye kompetanse som bør formidles

til kommunens rehabiliteringsteam, og like mange var helt enig i eller enig i at det er behov for økt kompetanse om rehabilitering og 88 prosent at det er behov for økt kompetanse om samhandling. Tilsammen 48 prosent svarte at de var helt enig i eller enig i at ansatte ved egen arbeidsplass har tilstrekkelig kompetanse innen rehabilitering, mens 32 prosent var uenig i dette. Det var flest (n=7) ansatte ved Aure kommune som var uenig i denne påstanden, mot 1 fra rehabiliteringssenteret. Seksti prosent var helt enig i eller enig i at kommunen besitter kompetanse som bør formidles til rehabiliteringssenteret, 2 personer fra Aure kommune var uenig i dette.



Figur 3.8. Aktørenes syn på kompetanse om samhandling og rehabilitering.

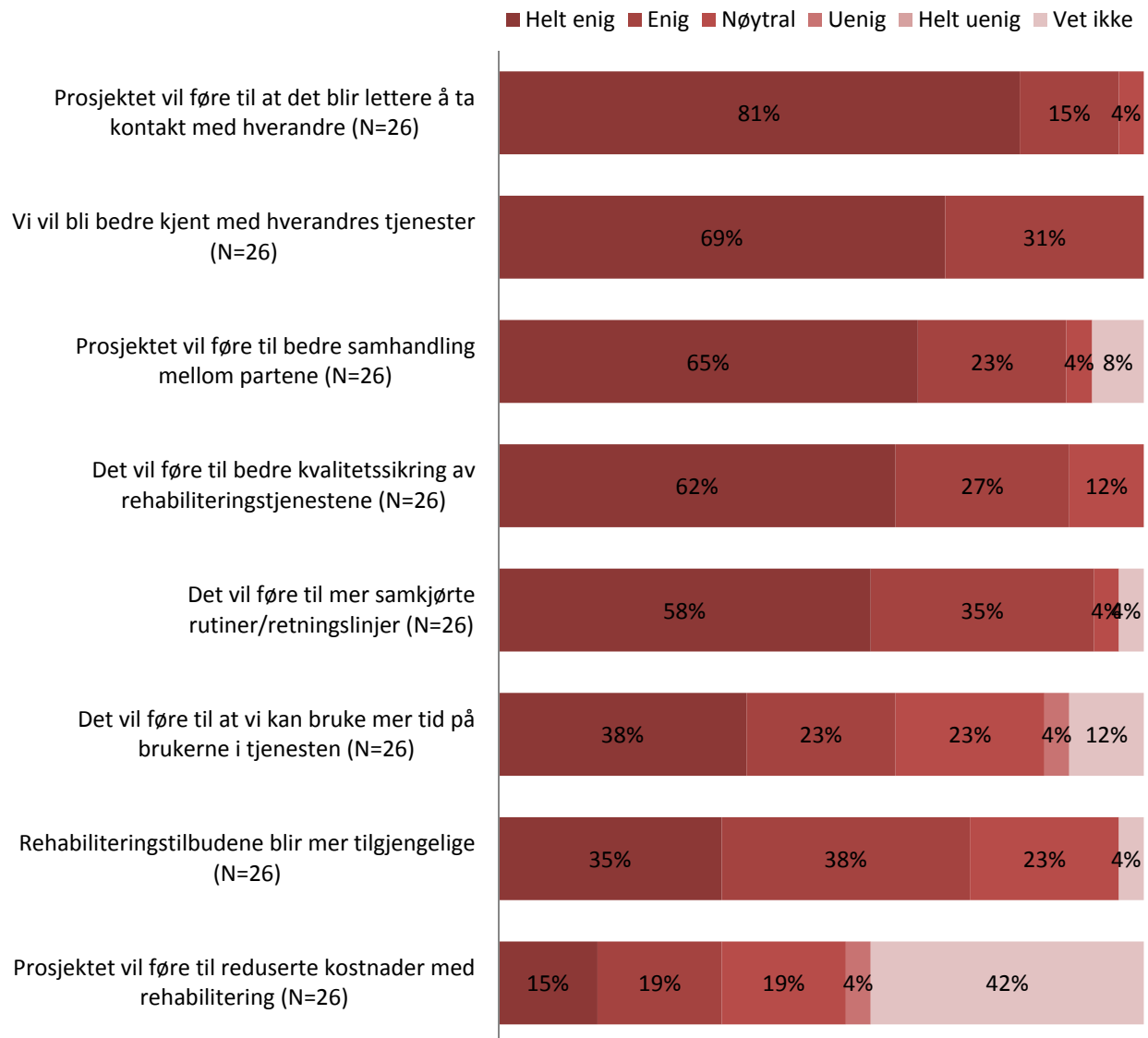
Respondentenes skulle svare i hvilken grad man er enig eller uenig i ulike påstander.

3.6 Forventninger til prosjektet Livsnær livshjelp

Vi spurte de ansatte om deres forventninger til prosjektet Livsnær livshjelp gjennom en rekke påstander, disse er presentert i figur 3.9. Av påstandene var alle de ansatte helt enig i eller enig i at prosjektet vil gjøre at de blir bedre kjent med hverandres tjenester, 96 prosent helt enig i eller enig i at prosjektet vil føre til at det blir lettere å ta kontakt med hverandre. Videre var 88 prosent av respondentene helt enig i eller enig i at prosjektet vil føre til bedre samhandling mellom partene. De aller fleste (89 prosent) var helt enig i eller enig i at

prosjektet vil føre til bedre kvalitetssikring av rehabiliteringstjenestene, og 93 prosent helt enig i eller enig i at det vil føre til mer samkjørte rutiner/retningslinjer. Syttitre prosent hadde forventninger til at prosjektet vil føre til at rehabiliteringstilbudene blir mer tilgjengelige.

Det var litt mer usikkerhet knyttet til om prosjektet vil føre til at man får mer tid til brukerne i tjenesten (61 prosent), og over halvparten svarte at de ikke visste eller hadde ingen formening om prosjektet vil føre til reduserte kostnader med rehabilitering.

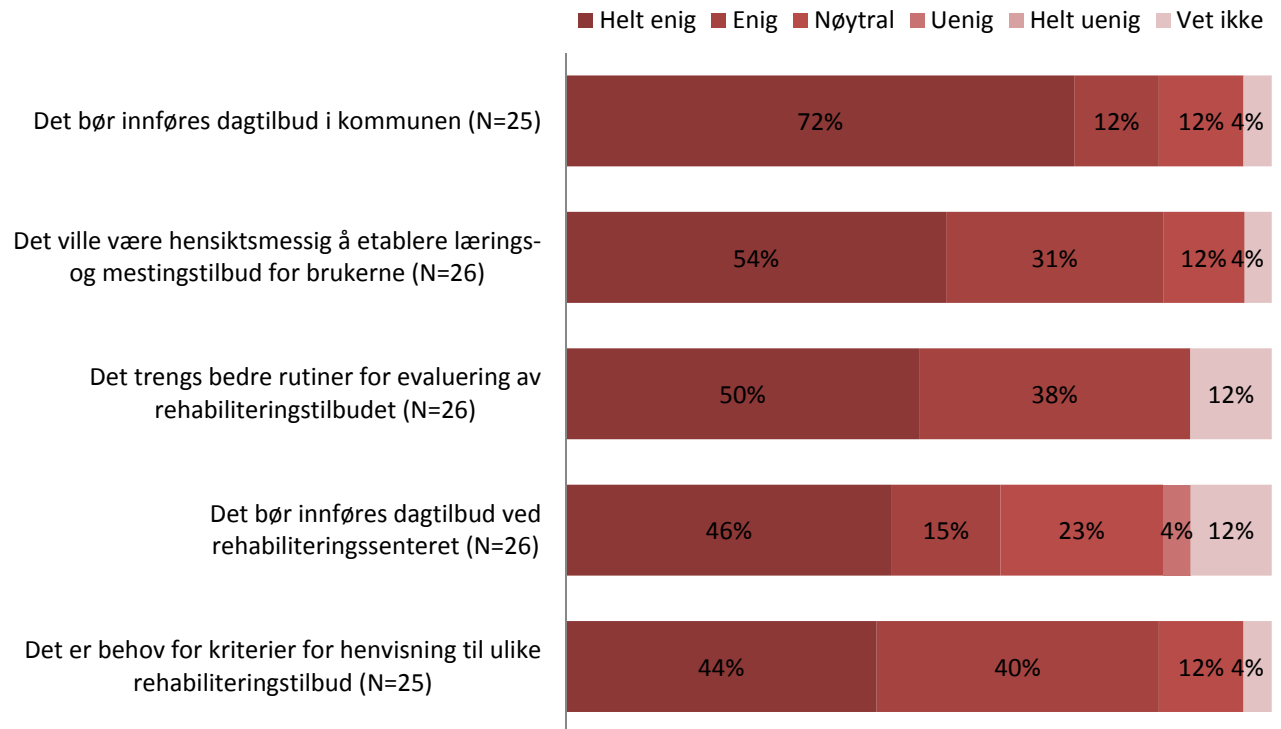


Figur 3.9. Forventninger til prosjektet Livsnær livshjelp.

Respondentenes skulle svare i hvilken grad man er enig eller uenig i ulike påstander.

Avslutningsvis ble de ansatte bedt om svare i hvilken grad de var enig eller uenig i ulike påstander om foreslåtte endringer i rehabiliteringstilbud i Aure, presentert i figur 3.10. Flest av de ansatte (88 prosent) var helt enig i eller enig i at det er behov for bedre rutiner for evaluering av rehabiliteringstilbudet. Åttifire prosent var helt enig i eller enig i at det bør innføres dagtilbud i kommunen, mens 61 prosent var helt enig i eller enig i at det bør

innføres dagtilbud ved rehabiliteringssenteret. De aller fleste (85 prosent) var enig i at det ville være hensiktsmessig å etablere lærings- og mestringstilbud for brukerne. Åttifire prosent var helt enig i eller enig i at det er behov for kriterier for henvisning til ulike rehabiliteringstilbud. Det var ingen store forskjeller i svarene fra kommunen og rehabiliteringssenteret.



Figur 3.10. Syn på foreslåtte endringer i rehabiliteringstilbudet i Aure.

Respondentenes skulle svare i hvilken grad man er enig eller uenig i ulike påstander.

4 INTERVJU PROSJEKTGRUPPEN LIVSNÆR LIVSHJELP

Det var varierende deltagelse blant informantene i prosjektgruppen under intervjuet. Om lag halvparten av prosjektgruppen engasjerte seg aktivt i intervjuet, mens resterende halvparten forholdt seg for det meste passive under intervjuet. Av de som oftest styrte ordet var både ansatte ved rehabiliteringssenteret og i kommunen representert. Man fikk under intervjuet inntrykk av at partene snakket fritt i hverandres tilhør. Det var satt av god tid til intervjuet slik at alle fikk anledning til å komme til ordet dersom de ønsket det.

4.1 Endringer som følge av Samhandlingsreformen

Det er en noe varierende syn blant ansatte i kommunen og ved rehabiliteringssenteret på hvor store endringer i ansvaret for rehabiliteringstilbud de mener Samhandlingsreformen har ført til. Selv om ansatte ved rehabiliteringssenteret mener at det er en del brukere som ikke lenger skal til dem, men som heller skal rehabiliteres i kommunen, opplever de en sterkere nedgang i søknader på rehabiliteringsplass ved senteret enn de hadde ventet. Til en viss grad mener de at dette kan skyldes forflytningen av enkelte brukere fra rehabiliteringssenteret til kommunen. Ansatte i kommunen på sin side mener også at færre enn tidligere får innvilget søknad om rehabiliteringsplass ved senteret, men at de ikke har fått informasjon om hvem som fremdeles kan få tildelt plass ved rehabiliteringssenteret og ikke. Slik informasjon skal, i følge rehabiliteringssenteret, være utsendt til legene, men informasjonen har ikke kommet videre til ansatte ved kommunens sykehjem og helsetun. Det råder derfor tydeligvis en forvirring rundt hvilke grupper som kan søke rehabiliteringsplass ved senteret for øyeblikket.

Ansatte ved kommunens sykehjem og helsetun opplever endringene i ansvarsroller for rehabiliteringstilbud som utfordrende. Brukere har erfaring med å bli tildelt en gitt periode for rehabilitering ved senteret, mens de samme brukerne i kommunen beholder plassen sin så lenge helsen tilsier at de har behov for det. De ansatte opplever at de må strekke seg hver dag på grunn av alle de nye pasientene, og at det er vanskelig å få til tilstrekkelig tverrfaglighet i rehabiliteringen. Særlig er det mangel på tilgjengelige ressurser til fysioterapi. En informant fra kommunen uttaler:

«...vi trenger mer tverrfaglighet og mer tid...».

Oppsummert er det overført ansvar for en del av rehabiliteringsbrukerne fra rehabiliteringssenteret til kommunen som følge av Samhandlingsreformen. Det er tydelig at kommunen har fått mer ansvar og flere brukere enn de har ressurser til, og at de ikke har fått god nok informasjon om ansvarsfordelingen.

4.2 Hva er god samhandling for prosjektgruppen?

Når prosjektgruppen ble spurt om hva de mener er god samhandling kom det frem at de fleste er mest opptatt av hvordan samarbeid om hverdagslige gjøremål fungerer. God informasjonsflyt, og da særlig mellom instansene ved overflytning av brukere nevnes av flere

i intervjuet. Informantene er opptatt av at det må være en lavterskel for å ta kontakt. Dette kan oppnås ved at det er tydelige linjer og lett tilgjengelighet. At både ansatte i kommunen og ved rehabiliteringssenteret trekker mot samme mål er en viktig forutsetning for god samhandling.

4.3 Samhandling innad på egen arbeidsplass

Kommuneansatte er opptatt av felles møter som grunnlag for samhandling. De forteller at de ofte bruker telefon for å opprette kontakt på grunn av lange avstander og innkaller til sporadiske møter ved behov.

På rehabiliteringssenteret har de rutiner for faste tverrfaglige møter, og informantene herfra mener at samhandlingen, slik som informasjonsflyten innad på senteret er god. Mye av forklaringen på det er nok som de selv sier tilgjengeligheten med alle ansatte samlet under samme tak. I kommunen er dette mer komplisert med store avstander og mange instanser:

«Det er jo to kommuner som er slått sammen, og vi (Aure kommune) har to sykehjem og vi har to legekontor, tre fysioterapeuter, så at det er lange avstander og mange forskjellige instanser gjør at samhandlinga blir tyngre, innenfor kommunen.»

Det var på undersøkelsestidspunktet ikke faste tverrfaglige møter innad i kommunen, men det forelå planer om å få til dette. Informanter fra rehabiliteringssenteret anså det som positivt i forhold til samhandlingen innad at det var få personer å forholde seg til, og lettvis med daglig kontakt mellom disse.

På rehabiliteringssenteret forholder de ansatte seg i større grad enn i kommunen til prosedyrer:

«Vi (rehabiliteringssenteret) har prosedyrer på alt fra gjennomføring av teamet til hvordan vi skal jobbe med folk fra de kommer inn.»

Ansatte ved rehabiliteringssenteret virker å være fornøyd med hvordan rehabiliteringen på senteret fungerer, og at de i tillegg til prosedyrene også har mye uformell kontakt etter behov.

4.4 Samhandling mellom kommunen og rehabiliteringssenteret

Samhandlingen mellom kommunen og rehabiliteringssenteret ble av informantene beskrevet som tilfeldig. Rehabiliteringssenteret har ingen faste møtepunkt i kommunen, og det finnes ingen prosedyrer som regulerer samhandling eller kontakt mellom partene.

Arbeidshverdagen i kommunen og rehabiliteringssenteret er relativt ulik. Det er derfor ikke bare å overføre for eksempel skjema og prosedyrer fra rehabiliteringssenteret til kommunen. Prosjektet Livsnær livshjelp skal bidra til å finne gode, enkle og brukervennlige løsninger som kan fungere for hver enkelt. Prosjektgruppen er klar over at det vil bli utfordrende å få endringer satt ut i praksis. Før de nye tjenestene kan fungere optimalt er

det i følge prosjektgruppen en del ting som må på plass i kommunen. Her nevnes koordinerende enhet, faste felles fagmøter og andre kontaktpunkter. En av informantene påpeker her:

«Det er mye vi egentlig kan lage på enkelt nivå, uten at det tar så mye ressurser i hverdagen vår.»

4.5 Parter og arbeidet i prosjektet Livsnær livshjelp

Informantene gir inntrykk av at det er enighet mellom kommunens og rehabiliterings-senterets interesser i prosjektet. Begge parter har et ønske om bedre, endrede tjenester for brukerne gjennom mer tverrfaglig samarbeid og samhandling. Det er tilsynelatende ingen uenighet om hensikten med prosjektet.

På spørsmål om det er tillit og likeverdighet mellom partene i prosjektet, blir dette bekreftet av prosjektgruppen. Videre mener informantene at det er «*lett stemning*» blant deltagerne i prosjektet, og god styring med en engasjert prosjektleder. Dette mener flere har vært avgjørende for god fremdrift selv om prosjektarbeidet kommer i tillegg til ordinære arbeidsoppgaver. For ytterligere fremdrift foreslås det at det burde fastsettes et felles møtepunkt hver uke.

4.6 Syn på sterke og svake sider ved prosjektet Livsnær livshjelp

Informantene ble spurt om å skrive ned inntil 5 stikkord knyttet til sterke sider og 5 stikkord knyttet til svake sider ved prosjektet Livsnær livshjelp. De tre sterke sidene som oftest ble nevnt både av ansatte i kommunene og på rehabiliteringssenteret er fordelene prosjektet kan ha for brukerne, i form av bedre, mer helhetlige tjenester og bedre innsikt i egen behandling. Deretter ble påvirkningen prosjektet kan ha på samhandling og tverrfaglig samarbeid mellom kommunen og rehabiliteringssenteret nevnt, samt forventningen om at prosjektet vil bidra til økt kompetanse og faglig styrking innen rehabiliteringsfeltet i kommunen. Av andre sterke sider nevnes bedring av prosedyrer og arbeidsrutiner og en langsiktig økonomisk gevinst i form av bedre utnyttelse av eksisterende ressurser, og redusert behov for tjenester blant brukerne.

Det er større variasjon i hva informantene beskriver som svake sider ved prosjektet. Blant ansatte i kommunene er flest opptatt av at prosjektet er tidkrevende og at det kan gå utover kvaliteten på tjenestene til brukerne som ikke er inkludert i de nye tjenestene. Prosjektet er dessuten kostbart, noe enkelte mener kan gjøre det vanskelig å overtale politikerne til å innvilge penger til prosjektet. Enkelte av de ansatte i kommunen mener at prosjektet vil få utfordringer knyttet til endring av eksisterende kultur og holdninger, både hos ansatte, brukere og pårørende, og at det medfører ekstra byråkrati. En av de ansatte på rehabiliteringssenteret trekker frem at prosjektet bygger enda flere tiltak i allerede pressede organisasjoner. Videre uttrykkes bekymring for om man kommer til å oppnå prosjektets målsetting, om dette er det riktige tilbudet å bygge på, og om tilbudet vil bli videreført i etterkant av prosjektperioden. Av andre svake sider ved prosjektet nevnes særlig at innføringsprosessen vil bli tidkrevende og at legene burde vært mer involvert i prosjektet.

4.7 Prosjektgruppens forventninger til prosjektet Livsnær livshjelp

Prosjektgruppen har forventninger til at prosjektet vil gjøre det mulig å innføre faste tverrfaglige møter ukentlig. Dette er noe flere av informantene påpeker som en viktig prioritering flere ganger gjennom intervjuet. Videre er det forventninger til at prosjektet skal få ringvirkninger innad i helse- og omsorgstjenestene og føre til en ny måte å gi tjenester på, samt sørge for at de som per i dag ikke får noe rehabiliteringstilbud får nettopp dette. I forhold til brukerne uttrykkes det ønske og forventning om at prosjektet vil gi mer motiverte brukere som i større grad tar ansvar for egen opptrening. En informant sier:

«Vi må kjempe for at brukerne skal bli motivert til å ta vare på egen helse, det må være hovedmålet vårt.»

Informantene mener med dette at det er behov for en holdningsendring og forventningsendring blant brukerne også. Mange brukere er vant til å være mottaker av tjenester uten forventninger til egeninnsats. Det er viktig å ha i bakhodet at for mange kan tjenestene de får være en viktig del av sosialiseringen i hverdagen, og for å øke motivasjonen til å gjøre en egeninnsats som fører til redusert behov for tjenester kan andre sosiale tilbud, som dagtilbud, være viktig for mange brukere.

Vi spurte også prosjektgruppen om de hadde noen forventninger til en økonomisk effekt av prosjektet. Her er informantene tydelig på at de mener prosjektet vil føre til at brukerne får mindre behov for tjenester og at tjenestene vil kunne gjennomføres mer effektivt og dermed frigjøre ressurser. Men informantene påpeker at de ikke ønsker å redusere antall stillinger eller at de frigjorte ressursene skal fjernes fra tjenestene:

«Altså vi er ikke ute etter å redusere stillinger, vi er ute etter å bruke ressursene best mulig.»

I forhold til hvordan informantene mener at oppstarten av prosjektet Livsnær livshjelp har påvirket samhandlingen mellom kommunen og rehabiliteringssenteret før implementeringen av de nye tjenestene, trekkes informasjonsmøte om prosjektet med alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene, generelle prosjektmøter og hospitering mellom instansene frem som viktige elementer. Flere mener at prosjektet gjennom disse virkemidlene allerede har gjort det er lettere å ta kontakt med ulike personer, økt motivasjon for å delta i prosjektet blant ansatte og brukere og bidratt til fagutveksling. Informantene er allikevel opptatt av at endringer kommer til å ta tid. Holdninger og miljø skal endres, og «det skjer ikke over natten». En annen utfordring som en informant tok opp er den økonomiske innstillingen til kommunen. Dette har ført til at enkelte rehabiliteringspasienter ikke har fått det tilbudet de har behov for i kommunen.

5 OPPSUMMERING

Samhandling kan defineres og forklares på ulike måter. Når vi spurte ansatte ved Aure rehabiliteringssenter og i Aure kommune om hva de la i begrepet samhandling, var det tydelig at de ansatte har en noe ulik tolkning av begrepet. Uansett hva man legger i begrepet så vil samhandling være preget av både samarbeid og samordning (Orvik 2004), og dette kom tydelig frem i svarene vi fikk. Både svarene i spørreskjemaundersøkelsen og intervjuet med prosjektgruppen bar preg av at de ansatte anser samarbeid og samhandling som to sider av samme sak. Svarene tyder på at de anser samhandlingen som god når samarbeid om hverdagslige gjøremål fungerer, og det er god informasjonsflyt mellom aktørene. I teorien er ikke samarbeid nødvendigvis like forpliktende som samhandling og samordning, som handler om å binde noe sammen, for eksempel gjennom avtaler, felles møteplasser eller arbeidsprosedyrer (Orvik, 2004). Denne undersøkelsen tyder på at det er lite samhandling mellom aktørene, men at de ved behov samarbeider om hverdagslige gjøremål. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen viser at kun 15 prosent mente at samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen var god på undersøkelsestidspunktet. Hele 81 prosent mente at samhandlingen var god innad på egen arbeidsplass, men allikevel mente like mange at en forbedring av samhandlingen innad på egen arbeidsplass ville ført til et bedre rehabiliteringstilbud for brukeren og 86 prosent mente det var behov for økt kompetanse om samhandling.

Samhandling baserer seg på tillit, gjensidighet i samhandlingen, likeverd og en fellesforståelse om hva det skal samhandles om (Orvik, 2004). I denne undersøkelsen er det en uoverensstemmelse mellom resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene i forhold til hvordan man oppfatter dette. I intervjuene svarer informanter fra både rehabiliteringssenteret og kommunen at de føler seg som likeverdige parter i prosjektet, og ingen har innvendinger på tilliten mellom partene. I spørreskjemaundersøkelsen derimot opplevde kun 37 prosent av de ansatte at de var likeverdige parter i samarbeidet mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Dette kan tyde på at de som deltar i prosjektgruppen i Livsnær livshjelp i større grad opplever å være likeverdige parter, sammenliknet med de ansatte som ikke deltar i prosjektgruppen. Resultatene antyder at et grunnleggende element for samhandling trenger å komme på plass før god samhandling kan oppstå.

Felles møtearenaer er et annet viktig element for samhandling. På undersøkelsestidspunktet hadde rehabiliteringssenteret slike faste møtearenaer, mens det ikke fantes rutiner for slikt i kommunen. Det var heller ingen faste møtearenaer mellom ansatte ved rehabiliteringssenteret og i kommunen. I spørreskjemaundersøkelsen var det allikevel 19 prosent som mente at det eksisterte felles møtearenaer for diskusjoner, kompetanse og informasjonsutveksling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, og over halvparten svarte at dette eksisterte på egen arbeidsplass.

Over halvparten av respondentene i spørreskjemaundersøkelsen mener at det ikke finnes prosedyrer, rutiner og retningslinjer for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, og 74 prosent mener at dette bør utvikles for å få til et tettere samarbeid. Dette stemmer med det som kom frem i intervjuet. Informantene i prosjektgruppen la vekt på at det bør utvikles gode løsninger for dette som er enkle og brukervennlige. Det kom også

frem i intervjuet at kommunen mangler koordinerende enhet, og at dette ville kunnet lette samhandling om pasienter mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Koordinerende enhet bør tilbys brukere med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, og skal sørge for nødvendig oppfølging av brukeren, samordne tjenestetilbudet og sørge for fremdrift i forhold til individuell plan. Koordinerende enhet i kommunen og i hvert helseforetak ble lovpålagt 1.1.12., og ville kunne bidratt som en kommunikasjonslinje mellom aktørene i prosjektet.

Respondentene i spørreskjemaundersøkelsen er delt relativt på midten i synet på om rehabiliteringstilbudene i Aure er helhetlige eller fragmenterte, men over 70 prosent mener at rehabiliteringstilbud i liten grad ytes samtidig. Videre mener nesten samtlige at bedre samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen ville ført til et bedre rehabiliteringstilbud til kommunen, og det er stor enighet om at rehabiliteringstilbudet i fremtiden bør videreutvikles i samarbeid mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Det er dessuten stor enighet om at det er behov for økt kompetanse om rehabilitering, at rehabiliteringssenteret besitter kompetanse som bør formidles til kommunens rehabiliteringsteam, at det er behov for kompetanseutveksling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen og at hospitering begge veier kan bidra til punktene over.

Av andre forhold av betydning for prosjektet ble det nevnt at nok og tilfredsstillende informasjon om prosjektet er grunnleggende for å få til en felles plattform. Prosjektet må dessuten forankres hos avdelingslederne som har nærmest kontakt med de ansatte og brukere, og som er uunnværlige ved implementering av ny kunnskap og metodikk. Enhetsledernivået må binde sammen og bidra organisatorisk for at en skal ha gode møteplasser for kunnskapsoverføring. Det må dessuten være hospitering begge veier, felles kurs og fagdager. Det må etableres gode verktøy for dokumentasjon, og gode samarbeidsrutiner. Det er mye god kunnskap hos begge aktører som bør nyttiggjøres til det beste for brukeren. Aktørene må ha tid og ressurser til å delta i prosjektet slik at alle ansatte (både ledere og andre) får et eierforhold til prosjektet.

I intervjuet hadde informantene mest forventninger til at prosjektet ville påvirke rehabiliteringstilbudet til brukerne i positiv grad, både ved å gi dem et bedre tilbud og påvirke deres syn på og motivasjon for deltagelse i egen rehabilitering. I spørreskjemaundersøkelsen mente flest at prosjektet ville føre til bedre samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, gjøre at det blir lettere å ta kontakt med hverandre, at begge parter blir bedre kjent med hverandres tjenester, bedre kvalitetssikring av rehabiliteringstjenestene, mer tilgjengelige tjenester og at partene får mer samkjørte rutiner og retningslinjer. Det er mer varierende i hvor stor grad populasjonen mener at prosjektet vil føre til mer tid til brukerne og reduserte kostnader med rehabilitering. Omtrent halvparten svarer at de ikke vet om prosjektet vil føre til reduserte kostnader med rehabilitering. Dette står i kontrast til prosjektgruppens syn på effekten prosjektet vil ha på rehabiliteringskostnader. Prosjektgruppen mener at prosjektet vil føre til at brukerne får mindre behov for rehabiliteringstilbud, samt at tjenestene vil bli mer effektive og at dette til sammen vil frigjøre ressurser. Prosjektgruppen er opptatt av at disse ressursene må bli i tjenestene og ikke fjernes.

6 KONKLUSJON

Samhandlingsreformen medførte et økt ansvar for rehabiliteringsoppgaver i kommunen, noe som øker behovet for, og gevinsten av, samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen i Aure. Kartleggingen av nå-situasjonen for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen tyder på at noe samarbeid eksisterer, men at det på undersøkelsestidspunktet ikke var noen reell samhandling mellom partene. Det er behov for å utvikle rutiner og retningslinjer for samhandlingen, og tilrettelegge for felles møtearenaer for informasjons- og kompetanseutveksling og øke kunnskapen om hverandres tjenester. Undersøkelsen viser et behov for kompetanseheving innen samhandlingsfeltet og om rehabilitering, primært i kommunen.

7 REFERANSER

De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 58(546), 3-4, 2008.

Martiniussen, W. Sosiologisk analyse en innføring. Oslo, Universitetsforlaget, 1986.

Norges offentlige utredninger (NOU). Innovasjon i omsorg. Rapport 11, 2011.

Norge offentlige utredninger (NOU). Omsorg og kunnskap. Rapport 20, 1997.

Orvik, A. Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo, J. W. Cappelens Forlag AS, 2004.

Hansvik, H.P. Rehabiliteringens plass i Samhandlingsreformen. Kronikk på www.namdalrehab.no, 2012.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Nasjonale strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011.

Statens helsetilsyn. Tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem. Internserien 9/2010.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank quarterly. 83(3):457-502, 2005.

8 VEDLEGG

KARTLEGGING AV SAMHANDLING I AURE KOMMUNE OG AURE REHABILITERINGSSENTER – I PROSJEKTET «LIVSNÆR LIVSHJELP»

Møreforskning Molde gjennomfører en spørreskjemaundersøkelse for Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter sitt prosjekt Livsnær livshjelp. Prosjektet Livsnær livshjelp har som formål å bedre samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, samt mellom aktørene i kommunen, om rehabiliteringstilbud. I hvilken grad passer påstandene under til dine forventninger til prosjektet. Spørreskjemaundersøkelsen kartlegger nå-situasjonen for samhandling mellom og innad i helsetjenestene deres. Med samhandling mener vi her at det din arbeidsplass gjør er tilpasset det den andre arbeidsplassen gjør, og at arbeidsplassene ikke motvirker hverandre. Spørreskjemaundersøkelsen vil danne grunnlag for arbeidet i prosjektgruppen, og gjør det mulig for ansatte å fremme sine meninger, erfaringer og forventninger. Besvar spørsmålene med utgangspunkt i hvordan du selv erfarer at situasjonen er i dag.

For utfylling av spørreskjemaet:

- Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- Bruk bare STORE BOKSTAVER i alle tekstfelt.

Legg skjemaet i den frankerte konvolutten og send den til Møreforskning innen torsdag 12. desember.

BAKGRUNNSINFORMASJON

- Arbeidsgiver:** Aure Rehabiliteringssenter Aure kommune
- Stillingsnivå:** Leder/enhetsleder Ansatt uten lederrolle/lederansvar
- Deltar i prosjektet Livsnær livshjelp:** Medlem av prosjektgruppen Medlem av styringsgruppen

VURDERING AV SAMHANDLING I AURE

Hva er samhandling for deg? Hva legger du i begrepet samhandling?

Hvem mener du tar mest ansvar for oppfølging av brukere med rehabiliteringsbehov?

- Rehabiliteringssenteret Sykehjemmene Hjemmetjenesten Andre: _____

FORVENTNINGER TIL PROSJEKTET LIVSNÆR LIVSHJELP
I hvilken grad er du enig/uenig i påstandene:

<i>Sett ett kryss for hver linje</i>	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Prosjektet vil føre til bedre samhandling mellom partene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet vil føre til at det blir lettere å ta kontakt med hverandre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi vil bli bedre kjent med hverandres tjenester.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det vil føre til mer samkjørte rutiner/ retningslinjer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det vil føre til at vi kan bruke mer tid på brukerne i tjenesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosjektet vil føre til reduserte kostnader med rehabilitering.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det vil føre til bedre kvalitetssikring av rehabiliteringstjenestene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringstilbudene bli mer tilgjengelige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det bør innføres dagtilbud i kommunen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det trengs bedre rutiner for evaluering av rehabiliteringstilbud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det bør innføres dagtilbud ved rehabiliteringssenteret.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det ville være hensiktsmessig å etablere lærings- og mestringstilbud for brukerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er behov for kriterier for henvisning til ulike rehabiliteringstilbud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for at du tok deg tid til å delta!
Din deltagelse er viktig for prosjektet Livsnær livshjelp.

PUBLIKASJONER AV FORSKERE TILKNYTTET HØGSKOLEN I MOLDE OG MØREFORSKING MOLDE AS

www.himolde.no – www.mfm.no

2012 - 2014

Publikasjoner utgitt av høgskolen og Møreforskning kan kjøpes/lånes fra
Høgskolen i Molde, biblioteket, Postboks 2110, 6402 MOLDE.
Tlf.: 71 21 41 61, epost: biblioteket@himolde.no

NASJONAL / NORDISK PUBLISERING

Egen rapportserie

Kaurstad, Guri; Witsø, Elisabet og Bachmann, Kari (2014): *Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1403. Molde: Møreforskning Molde AS 35 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Leverandøreffekter Ormen Lange 2008-2012.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1402. Molde: Møreforskning Molde AS 25 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund og Guvåg, Bjørn (2014): *Lean Shipbuilding II – Sluttrapport.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1401. Molde: Møreforskning Molde AS 29 s. Pris: 50,-

Rekdal, Jens; Larsen, Odd I; Løkketangen, Arne og Hamre, Tom N. (2013): *TraMod_By Del 1: Etablering av nytt modellsystem. Revidert utgave av rapport 1203.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1313. Molde. Møreforskning Molde AS 206 s. Pris: 200,-

Oterhals, Oddmund; Jünge, Gabriele Hofinger og Johannessen, Gøran (2013): *Biomarine næringer i region Nordvest. Utviklingstrekk, status og potensialer for nye biomarine næringer.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1312. Molde. Møreforskning Molde AS 31.s. Pris: 50,-

Bråthen, Svein; Denstadli, Jon Martin, Eriksen, Knut. S; Thune-Larsen, Harald og Tvetter, Eivind (2013): *Ferjefri E39 og mulige virkninger for lufthavnstruktur og hurtigbåtruter. En vurdering basert på en fullt utbygd E39.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1311. Molde. Møreforskning Molde AS 87 s. Pris: 100,-

Bremnes, Helge; Heen, Knut Peder og Hervik, Arild (2013): *Utredning av omstilling i Halden med og uten videreføring av IFEs øvrige forskningsaktiviteter etter dekommisjonering av Haldenreaktoren.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1310. Molde. Møreforskning Molde AS 47 s. Pris: 50,-

Heen, Knut Peder; Bremnes, Helge og Hervik, Arild (2013): *Utredning av den nærings- og forskningsmessige betydningen av IFEs nukleære virksomhet relatert til Haldenreaktoren.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1309. Molde. Møreforskning Molde AS 63 s. Pris: 100,-

Kaurstad, Guri; Bachmann, Kari og Oterhals, Geir (2013): *Gir deltagelse i frisklivscentralen i Molde et friskere liv? Deltagernes opplevelse av tilbudet, endring i fysiske parametere og helseatferd etter 3 måneder.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1308. Molde. Møreforskning Molde AS. 54 s- Pris: 100,-

Bremnes, Helge (2013): *Det regionale innovasjonssystemet i Møre og Romsdal. Møre og Romsdal som innovasjons- og kunnskapsregion.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1307. Molde. Møreforskning Molde AS . 55 s. Pris: 100,-

Oppen, Johan; Oterhals, Oddmund og Hasle, Geir (2013): *Logistikkutfordringer i RIR og NIR. Forprosjekt.* Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1305. Molde. Møreforskning Molde AS. 27 s. Pris: 50,-

Bergem, Bjørn G.; Bremnes, Helge; Hervik, Arild og Opdal, Øivind (2013): *Konsekvenser for Aukra som følge av utbyggingen av Ormen Lange. En oppsummering av analyser gjort av Møreforskning Molde*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1304. Molde. Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Johannessen, Gøran; Oterhals, Oddmund og Svindland, Morten (2013): *Sjøtransport Romsdal. Potensiale for økt sjøtransport i Romsdalsregionen*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1303. Molde. Møreforskning Molde AS. 33 s. Pris: 50,-

Rekdal, Jens og Zhang, Wei (2013): *Hamnsundsambandet. Trafikkberegninger og samfunnsøkonomisk kalkyle for 4 alternative traséer*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1302. Molde: Møreforskning Molde AS. 86 s. Pris: 100,-

Hervik, Arild; Bergem, Bjørn G. og Bræin, Lasse (2013) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2011*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1301. Molde: Møreforskning Molde AS. 71 s. Pris: 100,-

Larsen, Odd I (2012): *Samfunnsøkonomisk vurdering av reduksjon i tillatt totalvekt for vogntog fra 50 til 40 tonn og utvidet veinett for modulvogntog*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1217. Molde. Møreforskning Molde AS. 55 s. Pris: 100,-

Hervik, Arild; Oterhals, Oddmund; Bergem, Bjørn G. og Johannessen, Gøran (2012): *NCE Maritim klyngeanalyse 2012. Status for maritime næringer i Møre og Romsdal*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1216. Molde. Møreforskning Molde AS.

Guvåg, Bjørn; Oterhals, Oddmund; Johannessen, Gøran; Moghaddam, Sasan Mameghani; Seth, Anne Tafjord; Ona, Terje og Furstrand, Ronny (2012): *STX OSV. Supplier Analysis*. Report / Møreforskning Molde AS number. 1215. Molde. Møreforskning Molde AS 66 p. Price: 50,-

Kristoffersen, Steinar (2012): *NextShip – Lean Shipbuilding. State of the art and potential to be "lean" in multifariously distributed maritime design, engineering and construction*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1214. Molde. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund (2012): *Nyfrakt II. Sluttrapport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1213. Molde. Møreforskning Molde AS. 13 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund; Hjelle, Harald M.; Hervik, Arild og Bråthen, Svein (2012): *Nyfrakt II. Virkemidler for fornying av nærskipsflåten*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1212. Molde. Møreforskning Molde AS. 19 s. Pris: 50,-

Kristoffersen, Steinar (2012) *Safe and robust content distribution.: challenges and solutions related to internet-based sharing of business critical documentation*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1211. Molde. Møreforskning Molde AS 50 s. Pris: 100,-

Bråthen, Svein; Hagen, Kåre P.; Hervik, Arild; Larsen, Odd I.; Pedersen, Karl R.; Rekdal, Jens; Tveter, Eivind og Zhang, Wei (2012): *Alternativ finansiering av transportinfrastruktur. Noen utvalgte problemstillinger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1210. Molde. Møreforskning Molde AS. 92 s. Pris: 100,

Oterhals, Oddmund; Bråthen, Svein og Husdal, Jan (2012) *Diagnose for kystlogistikken i Midt-Norge – Forprosjekt*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1209. Molde. Møreforskning Molde AS 62 s. Pris: 100,-

Rekdal, Jens; Larsen, Odd I.; Steinsland, Christian og Zhang, Wei (2012) *Eksempler på analyser av Kjøprising med TraMod_By : konsekvenser av tidsdifferensierte bompengesatser i Oslo, Bergen og Trondheim*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1208. Molde. Møreforskning Molde AS.

Dugnas, Karolis og Oterhals, Oddmund (2012) *Logistikkoptimalisering i Villa-gruppen : kartlegging og forbedring av logistikkprosesser*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1207 KONFIDENSIELL. Molde. Møreforskning Molde AS. 53 s.

Rekdal, Jens; Larsen, Odd I.; Stensland, Christian, Zhang, Wei og Hamre, Tom N. (2012) *TraMod_By del 2. Delrapport 2 : eksempler på anvendelse*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1206. Molde. Møreforskning Molde AS. 140 s. Pris: 150,-

Bråthen, Svein; Halpern, Nigel og Williams, George (2012) *The Norwegian Air Transport Market in the Future. Some possible trends and scenarios*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1205. Molde: Møreforskning Molde AS. 82 s. Pris: 100,-

Hervik, Arild; Bræin, Lasse og Bergem, Bjørn G. (2012) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2010*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1204. Molde: Møreforskning Molde AS. 129 s. Pris: 150,-

Rekdal, Jens; Larsen, Odd I.; Løkketangen, Arne og Hamre, Tom N. (2012): *TraMod_By Del 1: Etablering av nytt modellsystem*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1203. Molde: Møreforskning Molde AS. 176 s. Pris: 200,-

Bråthen, Svein; Saeed, Naima; Sunde, Øyvind; Husdal, Jan; Jensen, Arne and Sorkina, Edith (2012): *Customer and Agent Initiated Intermodal Transport Chains*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1202. Molde: Møreforskning Molde AS. 153 s. Pris: 150,-

Bråthen, Svein; Draagen, Lars; Eriksen, Knut S.; Husdal, Jan, Kurtzhals, Joakim H. og Thune-Larsen, Harald (2012): *Mulige endringer i lufthavnstrukturen – samfunnsøkonomi og ruteopplegg*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1201. Molde: Møreforskning Molde AS. 125 s. Pris: 150,-

ARBEIDSRAPPORTER / WORKING REPORTS

Kaurstad, Guri; Hoemsnes, Helene; Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari (2014): *Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter blant barn og unge i Kristiansund. Levekårsprosjektet i Kristiansund*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1402. Møreforskning Molde AS. 75 s. Pris: 100,-

Rye, Mette (2014): *Merkostnad i privat sektor i sone 1A og 4A etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift. Estimat for 2014*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1401. Møreforskning Molde AS. 22 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri og Bachmann, Kari (2013): *Kvalitet i alle ledd. En analyse av endringsbehov i utrednings og behandlingslinjer for barn og unge med behov for sammensatte og koordinerte tjenester*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1303. Møreforskning Molde AS. 35 s. Pris: 50,-

Berge, Dag Magne (2013): *Utdanningsbehov, rekruttering og globalisering. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse blant bedrifter i den maritime klyngen i Møre og Romsdal*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1302. Møreforskning Molde AS. 46 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2013) *Merkostnad i privat sektor i sone 1A og 4A etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1301. Møreforskning Molde AS. 17 s. Pris: 50,-

Oterhals, Oddmund (2012) *Nyfrakt II. Vareierdeltakelse og kontraktsmegling*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1202. Møreforskning Molde AS. 12 s. Pris: 50,-

Rye, Mette (2012): *Merkostnad i privat sektor i sone 1a og 4a etter omlegging av differensiert arbeidsgiveravgift : estimat for 2012*. Arbeidsrapport / Møreforskning Molde AS nr. M 1201. Molde: Møreforskning Molde AS 19 s. Pris: 50,-

ARBEIDSNOTATER / WORKING PAPERS

Kjersem, Lise; Opdal, Øivind og Aarseth, Turid (2013) *Helsemessige effekter av opphold på Solgården : har et toukers opphold på Solgården målbare effekter på Eldres liv og helse?* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:1. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50. –

Bråthen, Svein; Kurtzhals, Joakim H. og Zhang, Wei (2013) *Masterplan for Trondheim Lufthavn Værnes 2012 : oppdaterte samfunnsøkonomiske analyser*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:2. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50. –

Bråthen, Svein og Zhang, Wei (2013) *Operativ organisering av lufttrafikkjenesten : anslag på lokal sysselsetting og produksjonsverdi*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:3. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50. –

Berge, Dag Magne (2013) *Innovasjon og politikk : om innovasjon i offentlig sektor*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:4. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 100. –

Halskau sr., Øyvind og Jörnsten, Kurt (2013) *Some new bounds for the travelling salesman problem*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2013:7. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50. –

Rønhovde, Lars Magne (2012) *Innovasjon i offentlig sektor : en studie av prosessene knyttet til initiering av og iverksetting av samhandlingsreformen i fem kommuner på Nordmøre*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:1. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50. –

Berg, Celia M.; Wallace, Anne Karin og Aarseth, Turid (2012) *IKT som hjelper og tidstyv i videregående skole : elevperspektiv på bruk av IKT i norsk og realfag*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:2. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 100. –

Helgheim, Berit Irene (2012) *Operasjonsforløp i kirurgisk divisjon : Sykehuset Østfold – forprosjekt : kommentarutgave*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:3. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 100.-

Lohne, Marianne og Ødegård, Atle (2012) *Fosterforeldres opplevelser av utilsiktet flytting : beskrivelse av prosjektet, foreløpige funn og refleksjoner*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:4. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50.-

Halskau sr., Øyvind (2012) *On routing and safety using helicopters in a hub and spoke fashion in the off-shore petroleum's industry*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:5. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50.-

Helgheim, Berit Irene og Foss, Bjørn (2012) *Redegjørelse for bruk av 25,25 transportvogntog i Nordland og Västerbotten : økonomiske og miljømessige konsekvenser*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:6. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50.-

Gjerde, Ingunn; Meese, Janny; Rønhovde, Lars; Stokke, Inger og Aarseth, Turid (2012) *Helhetlige pasientforløp i utvikling : del 1*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:7. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50.-

Gribkovskaia, Irina; Halskau sr., Øyvind and Kovalov, Mikhail Y, (2012) *Minimizing takeoff and landing risk in helicopter pickup and delivery operations*. Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde, nr. 2012:8. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50.-

Rapporter publisert av andre institusjoner

Eidhammer, Gunnar; Fluttert, Frans A. J.; Knutzen, Maria og Bjørkly, Stål (2013) *Early recognition method – ERM : Pilotfase 2 – 2009-2013*. Rapport / Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst, 2013-1. Oslo : Kompetansesenteret.

Olsen, Silvia Johanne; Bråthen, Svein; Aarhaug, Jørgen; Ramjerdi, Farideh; Julsrud, Tom Erik; Krogstad, Julie Runde og Bremnes, Helge (2013) *Regulering, kontrakt eller nettverk? : en drøfting av nye styringsinstrumenter i jernbanesektoren*. TØI-rapport, 1249/2013. Oslo : Transportøkonomisk institutt.

Nilsen, Inge Berg (red.); Angell, Elisabeth; Bergem, Bjørn Greger, Bræin, Lasse; Hervik, Arild; Nilsen, Trond og Karlstad, Stig (2012) *Erfaringsstudie om ringvirkninger fra petroleumsvirksomhet for næringsliv og samfunnet for øvrig*. Norut Alta Rapport, 2012:8. Alta : Norut.

© Forfatter/Møreforskning Molde AS

Forskriftene i åndsverkloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller fremstille eksemplar til privat bruk. Uten spesielle avtaler med forfatter/Møreforskning Molde AS er all annen eksemplarframstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.



MØREFORSKING
MOLDE

MØREFORSKING MOLDE AS
Britvegen 4, NO-6410 Molde
Telefon +47 71 21 40 00

mfm@himolde.no
www.moreforsk.no



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

HØGSKOLEN I MOLDE
Postboks 2110, NO-6402 Molde
Telefon +47 71 21 40 00
Telefaks+47 71 21 41 00

post@himolde.no
www.himolde.no