
RAPPORT NR. 1506 | Guri K. Skrove, Gøril Groven og Kari Bachmann

SAMMEN OM REHABILITERING I NÆRMILJØET

Sluttevaluering av «Livsnær livshjelp» - et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure



TITTEL	Sammen om rehabilitering i nærmiljøet. Sluttevaluering av «Livsnær livshjelp» - et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure
FORFATTERE	Guri K. Skrove, Gøril Groven og Kari Bachmann
PROSJEKTLEDER	Guri K. Skrove
RAPPORT NR.	1506
SIDER	33
PROSJEKTNUMMER	2545
PROSJEKTITTEL	Livsnær livshjelp
OPPDRAGSGIVER	Prosjektet Livsnær livshjelp: Aure kommune og Helse Møre og Romsdal ved Aure rehabiliteringssenter
ANSVARLIG UTGIVER	Møreforskning Molde AS
UTGIVELSESTED	Molde
UTGIVELSEÅR	2015
ISSN	0806-0789
ISBN (TRYKT)	978-82-7830-220-0
ISBN (ELEKTRONISK)	978-82-7830-221-7
DISTRIBUSJON	Høgskolen i Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no www.moreforsk.no

SAMMENDRAG

Denne rapporten presenterer resultater fra sluttevalueringen av Livsnær livshjelp. Formålet har vært å undersøke hvorvidt Livsnær livshjelp har påvirket samhandlingen om rehabiliteringstilbudet mellom og innad i tjenestene i Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter, samt hvordan det har påvirket rehabiliteringstilbudet som gis i kommunen. Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte i kommunen og ved rehabiliteringssenteret som arbeider med rehabilitering i Aure. Prosjektgruppen i Livsnær livshjelp ble også intervjuet. Resultatene er sett i sammenheng med resultater fra en kartlegging Møreforskning Molde gjennomførte før prosjektet.

Prosjektet har ført til bedre samhandling mellom aktørene innen rehabilitering, blant annet ved å sette tverrfaglige møter i system og innføre felles kartlegginger av rehabiliteringsbrukere i hjemmetjenesten. Den største endringen prosjektet har ført til er endrede holdninger til samarbeid og rehabilitering, samt kunnskapsoverføring mellom aktørene. Det er imidlertid fremdeles forbedringspotensial innen samhandling om rehabiliteringstilbudet i kommunen.

Den forskningsbaserte evalueringen er finansiert av midlene i prosjektet Livsnær livshjelp via Helse Møre og Romsdal HF og Aure kommune.

© FORFATTER/MØREFORSKING MOLDE

Forskriftene i åndsverksloven 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 er all annen eksemplar fremstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.

FORORD

Denne rapporten presenterer resultater fra sluttevalueringen av prosjektet "Livsnær livshjelp – samhandling om rehabilitering i nærmiljøet". Sluttevalueringen ble initiert av prosjektgruppen i prosjektet.

Vi vil takke prosjektleder i Livsnær livshjelp, Aud Bente Skar, for muligheten til å gjennomføre sluttevalueringen, god hjelp og tilbakemeldinger underveis i prosjektet. Vi vil også takke alle respondentene i spørreundersøkelsen som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet, og informantene fra prosjektgruppen som stilte opp på telefonintervju. Sluttevalueringen har vært helt avhengig av deres velvilje til å besvare våre spørsmål og dele av sine erfaringer og synspunkter rundt prosjektet med oss. Det har vært interessant å få anledning til å følge opp et prosjekt som vi gjennomførte en kartlegging for i forkant av prosjektperioden.

Vi håper resultatene fra kartleggingen før prosjektet og denne sluttevalueringen kan være til nytte for rehabiliteringstilbudet i Aure, og for andre kommuner som arbeider med lignende problemstillinger.

Guri K. Skrove
Prosjektleder
Forsker ved Helse, Utdanning og Samfunn, Møreforskning Molde AS

INNHold

Forord.....	5
Innhold	7
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn	8
2 Livsnær livshjelp – samhandling om rehabilitering i nærmiljøet	9
3 Sluttevalueringens formål	11
4 Metode og datainnsamling	12
4.1 Spørreundersøkelsen	12
4.2 Intervjuundersøkelsen	14
4.3 Etske hensyn.....	15
5 Resultater	15
5.1 Hvilke endringer har prosjektet ført til?.....	15
5.2 Prosjektets vinninger.....	23
5.3 Prosjektets sårbarheter	27
6 Oppsummering hovedfunn og diskusjon	30
6.1 Konklusjon	32
7 Referanser	32
8 Vedlegg.....	33

1 INNLEDNING

Denne rapporten presenter resultater fra sluttevalueringen av prosjektet Livsnær livshjelp og sammenligner sluttevalueringen med resultater fra en kartlegging av samhandlingen mellom partene i prosjektet Livsnær livshjelp før prosjektet ble startet (Kaurstad, Witsø og Bachmann, 2014).

Prosjektet *Livsnær livshjelp – samhandling om rehabilitering i nærmiljøet* har vært et samarbeidsprosjekt mellom Aure kommune og Helse Møre og Romsdal, ved Aure rehabiliteringssenter. Livsnær livshjelp ble initiert på bakgrunn av en felles oppfatning om at det har vært en uheldig endring i rehabiliteringstilbudet som følge av at kommunen gradvis har tatt over tilbudet til flere brukere fra spesialisthelsetjenesten. Dette har i følge kommunen og rehabiliteringssenteret ført til en reduksjon i det samlede tjenestetilbudet til kommunens innbyggere og at enkelte tilbud har falt helt bort.

1.1 BAKGRUNN

Rehabilitering skal styrke brukerens muligheter for å gjenvinne tapt funksjonsevne, bidra til egenmestring og opprettholdelse av best mulig funksjonsnivå. Rehabilitering (og habilitering) defineres som (Forskrift om habilitering og rehabilitering, §2):

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

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten gir rehabiliteringstjenester, og samhandling mellom etater og tjenestenivå er nødvendig for å gi et godt og helhetlig rehabiliteringstilbud. Det har imidlertid vært for lite av den nødvendige samhandlingen mellom etater og tjenestenivå i rehabiliteringstilbudet til at man får til dette (Helsedirektoratet, 2012).

Rehabilitering skal fortrinnsvis ytes på laveste effektive omsorgsnivå, og det har vært en gradvis overføring av mer ansvar for rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (HOD, 2007). Dette er særlig fordi man ønsker at rehabiliteringstilbud skal gis i nærheten av hjemmet og at brukere med behov for tverrfaglig oppfølging over lengre tid skal få tilbud om dette i hjemkommunen (ibid.). Men kravet om tverrfaglighet i rehabilitering kan være utfordrende for mange kommuner, som har behov for økt kompetanse og faglig bredde. En ansvarsfordeling der spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for brukerne med komplekse og krevende behov synes derfor å være gjeldende (Deloitte, 2013). Nyere forskning viser en økt prioritering av rehabilitering i kommunene med økt andel rehabiliteringsplasser, noe som tyder på at rehabilitering er i ferd med å samles som en del av det kommunale tjenestetilbudet (Abelsen m.fl., 2014). Flere kommuner satser også mer på hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten (ibid.). 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 2011:11, 2011). Arbeidsmetoden går ut på å sette inn mye ressurser tidlig i håp om å hindre eller redusere videre funksjonstap hos brukeren (NOU 2011:11, 2011).

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten innen rehabilitering kan være vanskelig å definere tydelig i praksis. Når det er stort behov for spesialisering, høy kompleksitet eller intensitet i oppfølgingen indikerer det behov for spesialisthelsetjenester (Helsedirektoratet, 2012). Når behovet heller mer i retning av kunnskap om muligheter og begrensninger i nærmiljøet, langvarig og koordinert oppfølging indikerer det behov for tjenester i kommunen (ibid.). Til tross for at ulike behov fordrer ulike løsninger må det kommunale tjenesteapparatet i brukerens nærmiljø stort sett alltid involveres (ibid.). Kompleksiteten i ansvars- og oppgavefordelingen beskrevet over tydeliggjør behovet for samhandling og informasjonsdeling mellom etater og tjenestenivå for å unngå at brukeren står uten rehabiliteringstilbud eller med et tilbud som ikke er forankret og følges opp. Den uklare ansvars- og oppgavefordelingen kan også føre til at noen brukere faller mellom rehabiliteringstilbud som gis i kommunen og de som gis i spesialisthelsetjenesten. Risikoen for dette øker når ansvaret for rehabiliteringstilbud nå gradvis overføres til kommunene, før kommunene har bygd opp sin kapasitet og kompetanse innen rehabilitering (Deloitte, 2013). I en slik overgangsfase kan man risikere at enkelte brukergrupper "mister" sitt rehabiliteringstilbud.

For å imøtekomme utfordringene med stadig større overføring av rehabiliteringstilbud fra spesialisthelsetjenesten til kommunen har Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter utviklet et samhandlingsprosjekt rehabilitering i nærmiljøet. Prosjektet fikk navnet Livsnær livshjelp – samhandling om rehabilitering i nærmiljøet.

2 LIVSNÆR LIVSHJELP – SAMHANDLING OM REHABILITERING I NÆRMILJØET

I dette kapittelet følger en beskrivelse av prosjektet Livsnær livshjelp og av arbeidet som er gjort i prosjektet basert på prosjektlederens egen prosjektrapport (Skar, 2015). Dette er altså prosjektgruppens egen opplevelse av prosjektet og utfall av prosjektet.

Aure kommune er en langstrakt kommune på nordvestkysten i øvre del av Møre og Romsdal fylke. Aure kommune ble i 2006 slått sammen med Tustna kommune. Kommunen hadde, pr. 1.1.15, 3 545 innbyggere og et areal på 653 km². 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, som er lokalisert i Aure kommune. Aure rehabiliteringssenter er en institusjon med døgnplasser innen spesialisert rehabilitering og behandler brukere/pasienter fra hele fylket, men flest fra den nordlige delen. 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 spesialisert, tverrfaglig rehabilitering.

Aure kommune og ved Aure rehabiliteringssenter har en felles oppfatning om at det har vært en uheldig endring i rehabiliteringstilbudet som følge av at kommunen gradvis har tatt over tilbudet til flere rehabiliteringsbrukere fra spesialisthelsetjenesten. Dette mener de har ført til en reduksjon i det samlede tjenestetilbudet til kommunens innbyggere og at enkelte rehabiliterings tilbud har falt helt bort. Begge ønsket derfor å finne en metode for samhandling som sikret et godt rehabiliteringstilbud til alle brukerne, også de som havner i grenseland mellom eksi-

sterende tilbud. Videre ønsket Aure kommune å bygge opp rehabiliteringstilbudet i kommunen ved å dreie hjemmetjenesten i retning av hverdagsrehabilitering. På bakgrunn av dette ble prosjektet *Livsnær livshjelp – samhandling om rehabilitering i nærmiljøet* etablert høsten 2013. Prosjektet har vart ut 2014.

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter, der målet er å finne frem til en samarbeidsstruktur og arbeidsform mellom helseforetak og kommune for å fremme og vedlikeholde funksjoner hos den kroniske pasienten og rehabilitering etter skade, operasjoner og sykdom. Prosjektet er også en del av kommunens initiativ til å utvikle nye hjemmetjenester med mer forebygging i tjenesten og å dreie rehabiliteringen i retning av hverdagsrehabilitering.

Målgruppen i Livsnær livshjelp har vært «grensebrukerne». Grensebrukerne defineres i prosjektet som (Skar, 2015):

«brukere som tidligere jevnlig har funnet et tilbud hos spesialisthelsetjenesten, og som nå i større grad opplever å få avslag på spesialisert rehabilitering, forventes å bli fulgt opp i hjemkommunen, og som dermed står i stor fare for å ikke motta rehabilitering».

Inklusjonskriterier for brukerne i prosjektet var (Skar, 2015):

- Har behov for oppfølging fra flere tjenesteytere i kommunen
- Er hjemmeboende og står i fare for funksjonstap
- Har tidligere gjentatte døgnbaserte rehabiliterings- eller korttidsopphold
- Er innlagt for spesialisert rehabilitering etter traume/skader/varig funksjonstap og trenger kommunal oppfølging over tid
- Er i stand til å være aktivt deltagende og følge opp sine oppgaver i rehabiliteringen

På tjenestesiden ble prosjektet avgrenset til å gjelde hjemmetjenesten, kommunale fysioterapeuter, ergoterapeut og korttids-/rehabiliteringsavdelingen. Ved rehabiliteringssenteret var i utgangspunktet alle fagpersoner tilgjengelige for prosjektet.

Prosjektet ble organisert med en styringsgruppe, prosjektgruppe og referanse/fagrådsgruppe. Styringsgruppen besto av rådmann og enhetsledere fra kommunen, samt seksjonsleder og avdelingsleder fra rehabiliteringssenteret. I prosjektgruppen satt til sammen sju personer fra kommunen og to fra rehabiliteringssenteret, samt en brukerrepresentant. Referanse/ fagrådsgruppen besto av fagpersoner fra rehabiliteringssenteret, Helse Møre og Romsdal, Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal og brukerrepresentant. Prosjektet er finansiert gjennom omsøkte samhandlingsmidler fra Helse Møre og Romsdal som har gått til personalressurser og kompetansehevende kurs og konferansedeltakelser. I tillegg har prosjektet blitt tildelt midler til en forskningsbasert kartlegging av samhandlingens situasjon før prosjektgjennomføring. Prosjektet har ellers inngått i vanlig drift hos aktørene.

Prosjektet har vektlagt å bygge rehabiliteringstjenester i kommunen. Hensikten med det var at kommunen kunne nyttiggjøre seg og videre øke kompetansen som ble bygd opp i prosjektperioden. Kompetansebygging har vært sentralt i prosjektet, og man har hatt fokus på å bygge kompetanse på samhandling, tverrfaglighet og rehabilitering. Formålet var at dette skulle læres gjennom samhandling i praktisk arbeid opp mot brukerne. I tillegg ble det arrangert to fagdager og hospitering mellom aktørene. Målet var kompetanseoverføring mellom aktørene, faglig påfyll, bli bedre kjent med hverandres oppgaver og ansvar, muligheter og begrensinger, og bli bedre kjent med hverandre for å senke terskelen for samhandling. To tverrfaglige team med

ansatte både fra rehabiliteringssenteret og kommunen ble opprettet. Teamene var geografisk fordelt og skulle sørge for at brukerne skulle oppleve mer samordning av tjenestene og et mer helhetlig rehabiliteringstilbud.

Annenhver uke ble det gjennomført et tverrfaglig møte for tjenesteyterne i prosjektet. Her skulle begge aktører delta, og dette ble hovedmøteplassen i prosjektet. Til sammen 16 brukere i alderen 40-95 år, flest over 75 år, har vært inkludert i prosjektet og fulgt opp med tiltak i kortere eller lengre perioder. Det har vært stor overvekt av brukere som fylte inklusjonskriteriene i området til det ene tverrfaglige teamet, noe som har ført til at det andre teamet har fått deltatt i vesentlig mindre grad i det praktiske prosjektet. Tilgang på fagpersonell i kommunen, spesielt i forhold til ergo- og fysioterapikompetanse har også vært en utfordring i den praktiske delen av prosjektet. Ved helsetunet i kommunen har man lyktes med å samle alle korttids-, rehabiliterings- og avlastningssengene i en etasje nær ergo- og fysioterapeut. Dette har gjort det enklere å ha fokus på rehabilitering.

I løpet av prosjektperioden kom det nye pleie- og omsorgsmeldingssystemet (PLO) på plass i kommunen og ved rehabiliteringssenteret. Dette lettet informasjonsflyten på tvers av nivåene og bidro til økt samarbeid. I tillegg fikk hjemmetjenesten håndholdte terminaler og hadde dermed alltid tilgang på oppdatert tiltaksplan for brukerne sine. Det har derimot vært utfordringer knyttet til at deler av hjemmetjenesten ikke kan se hva ergo- og fysioterapeut har journalført og omvendt. Prosjektmedarbeiderne konkluderer med at det er behov for mer åpenhet i journalsystemet for å bedre samarbeidet.

Det er i prosjektet utviklet prosedyrer for samhandling, arbeid med hjemmeboende brukere og for kartlegging av brukerne, men disse er foreløpig ikke formelt godkjent og implementert i praksis. Brukerne som har vært inkludert i prosjektet har gitt tilbakemelding om at de er motivert og opplever at de mestrer mer i hverdagen. Prosjektet rapporterer at de som har deltatt aktivt i prosjektarbeidet har økt sin kompetanse, og at de som har hospitert har opplevd det som et svært lærerikt og motiverende tiltak.

Prosjektgruppen konkluderer med at det bør fortsettes med felles fagdager årlig, hospitering mellom partene og at kommunen bør ha en ergoterapeut fast ansatt for å skape forutsigbarhet i rehabiliteringstilbudet i kommunen. Prosjektgruppen opplever at det er stort behov for at noen har et overordnet ansvar for å drifte og koordinere rehabiliteringssamarbeidet i kommunen videre etter at prosjektet nå er avsluttet. De mener at det nå er viktig at det legges til rette med fagressurser og tid til å fortsette med tverrfaglig kartlegging og faste tverrfaglige møter slik som prosjektet har fått i gang.

3 SLUTTEVALUERINGENS FORMÅL

Denne sluttevalueringen hadde som formål å undersøke hvorvidt Livsnær livshjelp har påvirket samhandlingen om rehabiliteringstilbudet mellom og innad i tjenestene i Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter, samt hvordan det har påvirket rehabiliteringstilbudet som gis i kommunen.

Forskningsspørsmål som skulle besvares i sluttevalueringen:

- Hvilke endringer har prosjektet Livsnær livshjelp ført til for rehabiliteringstilbudet?
 - Har prosjektet ført til endring i samhandlingen om rehabiliteringstilbudet?
 - Har prosjektet endret ansvars- og oppgavefordelingen innen rehabilitering?
- Hvordan har ansatte i kommunen og ved rehabiliteringssenteret opplevd prosjektet?
 - Har kommunen og rehabiliteringssenteret vært likeverdige parter i prosjektet?
 - Har de hatt tillit til hverandres intensjoner og arbeidsmetoder?

4 METODE OG DATAINNSAMLING

Datainnsamlingen i sluttevalueringen er todelt. Den består av en spørreundersøkelse blant alle ansatte i tjenestetilbud både i Aure kommune og ved Aure rehabiliteringssenter som har vært involvert i Livsnær livshjelp, samt en intervjuundersøkelse blant medlemmene av prosjektgruppen i Livsnær livshjelp.

4.1 SPØRREUNDERSØKELSEN

4.1.1 FORMÅL

Dataene fra spørreundersøkelsen hadde som formål å gi de ansatte som hadde vært tilknyttet Livsnær livshjelp en stemme i sluttevalueringen av prosjektet.

4.1.2 GJENNOMFØRING

Spørreundersøkelsen ble gjennomført som en elektronisk undersøkelse. Undersøkelsen ble sendt ut 23. februar 2015 via Questback til e-postadressene til respondentene. Det ble sendt inntil tre purringer på manglende svar.

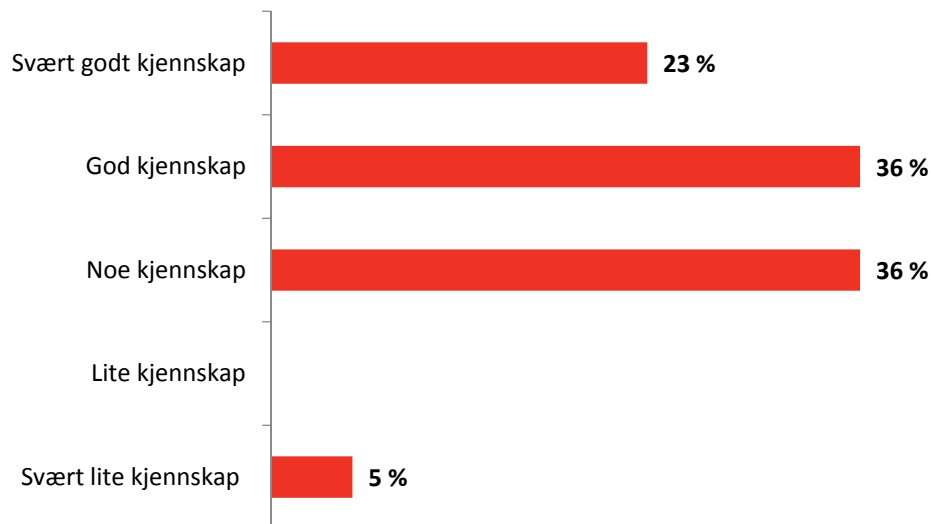
4.1.3 UTVALG OG SVARPROSENT

Tilsammen 65 ansatte ved Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter som har vært involvert i samhandlingsprosjektet ble valgt ut til å delta i spørreundersøkelsen, disse utgjorde populasjonen i sluttevalueringen. I Aure kommune ble ansatte i hjemmetjenesten, sykehjemmene, ergoterapitjenesten, psykiatritjenesten, fysioterapitjenesten og legetjenesten inkludert i utvalget. De kommunalt ansatte som ble ekskludert fra utvalget var ansatte ved habilitering demens, omsorgsbolig demens, flyktningetjenesten, sekretærer, ansatte ved langtidsavdeling sykehjem, helsesøster, vikarer og timelønnede. Ved Aure rehabiliteringssenter besto utvalget av sykepleiere, miljøterapeuter, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere, lege, hjelpepleiere og representanter fra ledere. Her ble nytilsatte etter samhandlingsprosjektets oppstart (januar 2014), kjøkkenpersonale, vaktmestertjenesten, renhold, nattevakter, resepsjonister og tilkallingsvikarer ekskludert fra spørreundersøkelsesutvalget.

Det var til sammen 44 personer som svarte på spørreundersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 68 prosent. I utvalget som svarte på undersøkelsen var 36 prosent ansatt ved Aure

rehabiliteringssenter og 64 prosent i Aure kommune. Ansatte med lederansvar utgjorde 9 prosent av utvalget, mens ansatte uten lederansvar utgjorde resterende 91 prosent i utvalget.

Til tross for at respondentene i utvalget i spørreundersøkelsen er ansatt i tjenester som har vært involvert i prosjektet ønsket vi å undersøke hvilken kjennskap de selv mente at de hadde til prosjektet. Resultatene er presentert i figur 1. Over halvparten av respondentene svarte at de hadde svært god eller god kjennskap til prosjektet. Det var 36 prosent som svarte at de hadde noe kjennskap til prosjektet, mens 5 prosent svarte at de hadde svært lite kjennskap til prosjektet. Vi har valgt ikke å ekskludere de 2 respondentene som svarte at de hadde svært lite kjennskap til prosjektet i analysene av resultatene.



Figur 1. Hvor god kjennskap har du til prosjektet Livsnær livshjelp? (N=44). Prosent.

4.1.4 SPØRRESKJEMAET

Spørsmålene i spørreundersøkelsen er utviklet på bakgrunn av resultater fra kartleggingen før Livsnær livshjelp (Kaurstad, Witsø og Bachmann, 2014) og på bakgrunn av prosjektgruppens sluttrapport om Livsnær livshjelp. Prosjektleder i Livsnær livshjelp har gitt tilbakemelding på spørreskjemaet, hvilket var viktig for å vurdere og å sikre spørsmål batteriets relevans. Det endelige spørreskjemaet finnes i Vedlegg A.

Spørreskjemaet var inndelt i fire hovedkategorier:

- Bakgrunnsinformasjon – 5 spørsmål
- Vurdering av samhandling om rehabiliteringstilbud i Aure – 13 spørsmål
- Resultater av prosjektet Livsnær livshjelp – 4 spørsmål
- Hva opplever du prosjektet Livsnær livshjelp har ført til? – 11 spørsmål

Spørreskjemaet besto av totalt 33 spørsmål. Det var stort sett lukkede svaralternativ (avkrysning), men det var også to åpne kommentarfelt i skjemaet for å gi respondentene anledning til å komme med egne refleksjoner eller utdype ved behov.

4.2 INTERVJUUNDERSØKELSEN

4.2.1 FORMÅL

Formålet med å gjøre en intervjuundersøkelse i denne sluttevalueringen var å gå i dybden for å hente ut mer kunnskap om temaet som undersøkes. Medlemmene i prosjektgruppen i Livsnær livshjelp ble også intervjuet ved kartleggingen før prosjektstart og det var derfor naturlig å følge opp med intervju av de samme informantene i sluttevalueringen.

I intervjuundersøkelsen ønsket vi å få vite mer om hva prosjektet har ført til (endringer, bedringer) ut fra deres egne erfaringer som arbeidstaker på sin arbeidsplass, i den profesjonen de selv forvalter. Vi ønsket å få fram så konkrete beskrivelser som mulig både av endringer i samhandlingen og endringer i praksis.

4.2.2 GJENNOMFØRING OG UTVALG

Utvalget for intervjuundersøkelsen var medlemmene i prosjektgruppen i Livsnær livshjelp. Prosjektleder innhentet kontaktinformasjon til prosjektmedlemmene og de ble kontaktet via e-post med informasjon om intervjuundersøkelsen og forespørsel om deltakelse. Prosjektmedlemmene kunne selv velge tidspunkt for intervju. Det ble purret en gang per e-post, deretter ble prosjektmedlemmene kontaktet via telefon. Av de 10 medlemmene i prosjektgruppen var det tre personer som av ulike grunner trakk seg fra evalueringen. Til sammen 7 personer ble intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført som telefonintervju. To forskere fra Møreforskning gjennomførte intervjuene. Begge bidro til å utvikle intervjuguiden og hadde god kjennskap til prosjektet. Telefonintervju i seg selv er allikevel ikke uproblematisk ettersom det fratru intervjuer muligheten til å tolke informantens kroppsspråk og reaksjoner. Dette kan medføre at man mister noe av budskapet informanter formidler og at man blir mindre fleksibel i forhold til intervjuguiden. Intervjuene ble ikke tatt opp på bånd, men svarene ble notert underveis. Fordelen med det er at man får foretatt en analytisk sortering av datamaterialet under innsamlingen. Vi opplever at intervjuguiden var hensiktsmessig i forhold til formålet med undersøkelsen og at intervjuene dekket problemstillingene i prosjektet på en god måte.

4.2.3 INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden ble bygget opp rundt følgende hovedtema:

- Bakgrunnsinformasjon om informanten, informantens stilling og arbeidsoppgaver
- Endringer prosjektet har ført til
- Samhandling mellom partene og internt på arbeidsplassen om rehabiliteringstilbud
- Hva har man lært – og hvordan er veien videre etter prosjektet

Informantene ble bedt om å relatere sine svar til sin egen arbeidsplass og sin egen rolle i prosjektet.

4.3 ETISKE HENSYN

Prosjektet er vurdert og godkjent av personvernombudet. Alt datamateriale ble anonymisert etter at datainnsamlingen var fullført. Prosjektet har fulgt regler og hensyn til konfidensialitet, anonymisering og frivillig deltakelse. Etiske betraktninger er ivaretatt ved at alle har fått informasjon om prosjektet; betydningen av den enkeltes deltakelse i prosjektet, samt prinsippet om frivillig deltakelse og retten til å trekke seg fra prosjektet uten å oppgi begrunnelse.

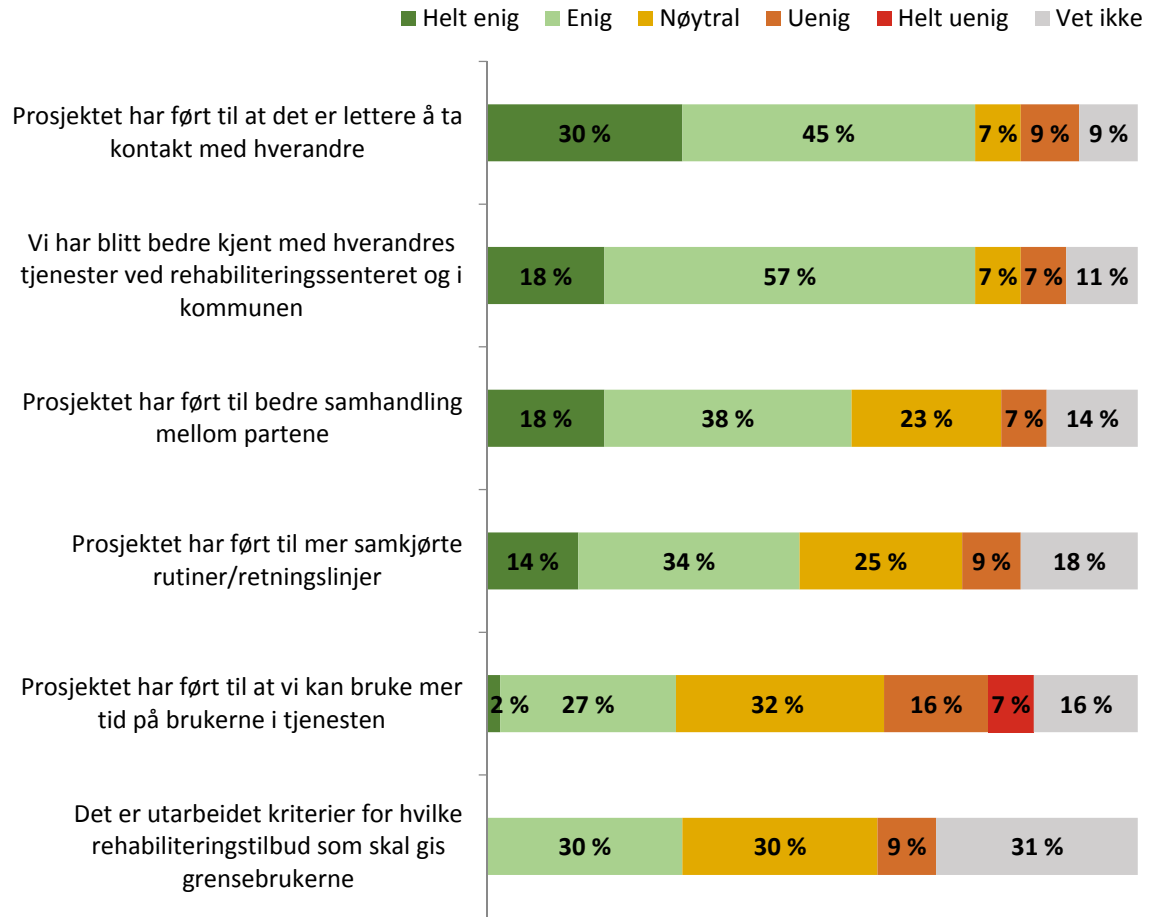
5 RESULTATER

I denne delen vil vi presentere funn fra de to undersøkelsene i sluttevalueringen: Spørreskjema-data, besvart av de som arbeider med rehabiliteringspasienter både i kommunen og ved rehabiliteringssenteret, og intervjudata fra 7 deltagere fra prosjektgruppa i Livsnær livshjelp.

Formålet med spørreskjemaundersøkelsen var å få et innblikk i hvilke endringer prosjektet har ført til for praksisfeltet og de som arbeider med rehabiliteringstilbud i Aure. Formålet med intervjuene var å få informantene til å beskrive med egne ord hvilke endringer de opplevde at prosjektet hadde ført til, først og fremst med eksempler fra egen arbeidsplass. Vi ønsket også informantenes vurdering av hva de har lært av prosjektet, hva som har kommet ut av det, og hva som har vært utfordrende. Informantene uttalte seg også om hva de mente gjensto etter prosjektslutt, hva som er viktig å arbeide videre med. Informantene er samstemte i det de fortalte til oss, det vil si: De har på mange vis fortalt «den samme historien» sett fra ulike posisjoner, og det er derfor lett å presentere funnene samlet.

5.1 HVILKE ENDRINGER HAR PROSJEKTET FØRT TIL?

Vi spurte respondentene i spørreundersøkelsen i denne sluttevalueringen hvor enig de var i en rekke påstander som omhandlet hvilke endringer prosjektet har ført til, resultatene er presentert i figur 2. Det var flest som svarte at de var helt enig i at prosjektet har ført til at det er lettere å ta kontakt med hverandre (30 prosent). Til sammen svarte hele 75 prosent at de var enten helt enig eller enig i at prosjektet har ført til at det er lettere å ta kontakt med hverandre og like mange svarte at de var helt enig eller enig i at de er blitt bedre kjent med hverandres tjenester. Over halvparten, 56 prosent, svarte at de var helt enig eller enig i at prosjektet har ført til bedre samhandling mellom partene.



Figur 2. I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander? (N=44). Prosent.

I kartleggingen som ble gjennomført i forkant av prosjektet (Kaurstad, Witsø og Bachmann, 2014) hadde nesten alle respondentene forventninger til at prosjektet ville føre til at det ble lettere å ta kontakt med hverandre. Videre hadde over halvparten av respondentene i kartleggingen forventninger til at de ville bli bedre kjent med hverandres tjenesten, at prosjektet ville føre til bedre samhandling og mer samkjørte rutiner/retningslinjer. Funnene fra sluttevalueringen tyder på at prosjektet har ført til endringer på de områdene som kartleggingen viste at flest hadde forventninger til at prosjektet ville gi endringer.

5.1.1 HOLDNINGER OG KUNNSKAP – EN NY MÅTE Å JOBBE MED PASIENTEN PÅ

Informantene opplever at prosjektet har påvirket både egne holdninger og kulturen på arbeidsplassen. Det har blitt en annen måte å tenke på for deres egen del, og også blant andre ansatte. Holdningsendringen skjedde først i prosjektgruppen, men har i løpet av prosjektperioden spredd seg til andre ansatte. Endringene i holdninger har også fått ringvirkninger utover arbeidet rettet mot målgruppen i prosjektet, og trekkes inn i arbeidet ved andre avdelinger og tjenester:

«Det er jo de samme folkene som går mellom avdelingene, da sprer tanken om rehabilitering og aktivitet seg.»

Holdningsendringen omhandler i hovedsak synet på rehabilitering og synet på bruk av fysisk aktivitet, trening og egenmestring i rehabiliteringstilbudet og omsorgstjenestene. Man har gått fra å tenke pleie og omsorg, både i hjemmetjenesten og ved rehabiliteringsavdelingen, til å bli mer bevisst på en aktiv rehabilitering og behovet for trening. I tillegg nevnes det at hjemmetjenesten endret holdning fra å «ikke ha tid» til å endre seg, til å være positive til endring og til å bruke tiden hos brukerne på en annen og ny måte. Før tok man seg gjerne ikke tid til å trene brukerne i hjemmet slik som de gjør nå. Ved hjelp av en positiv innstilling har prosjektmedarbeiderne en innstilling om at de kan klare mye med de ressursene de har, enn de hadde tidligere.

Flere av informantene forteller om motstand også fra brukernes side i begynnelsen. Mange synes det var nytt og skummelt. Det var behov for å endre holdningen også hos brukerne fra å få hjelp til det meste til at de skulle klare mer selv. Det at tjenesteyteren skal ha hendene mer på ryggen og la brukeren selv gjøre jobben opplevdes av enkelte som negativt. Det har handlet om å flytte innsatsen fra pleieren til brukeren. Ivrig pleiehender skulle være mindre ivrige og «legge henda mer på ryggen»:

«Hvorfor står du der og ser på, når det går mye fortere om du hjelper til.»

«Pasienten hjelper seg selv, ikke vi dem.»

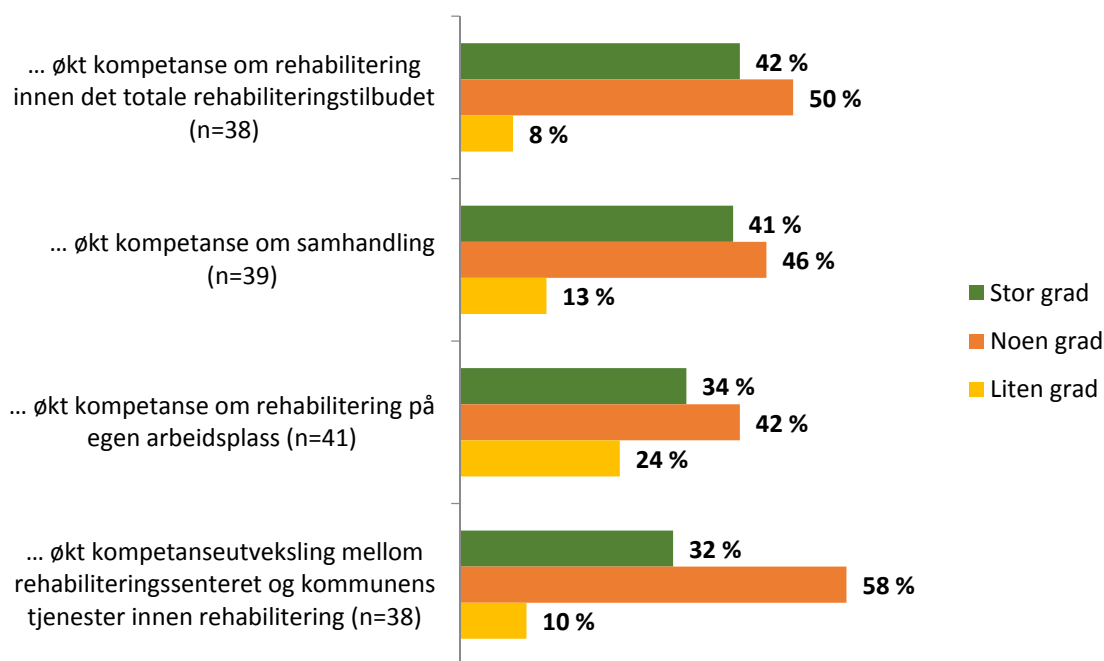
Holdningsendringene har i følge informantene sammenheng med økt kompetanse innen både rehabilitering og samhandling. Informantene selv trekker særlig frem økt kunnskapsnivå hos sykehjemmene og hjemmetjenesten om rehabilitering generelt og om hverdagsrehabilitering som en av de store endringene etter prosjektet. Det nevnes imidlertid at det fremdeles er et stort kompetansebehov i kommunen og at rehabiliteringssenteret bør involveres enda sterkere enn de har vært hittil.

Vi spurte også respondentene i spørreundersøkelsen i hvilken grad de mente at prosjektet hadde ført til endringer i samhandlings- og rehabiliteringskompetansen. Resultatene er presentert i figur 3. Av respondentene svarte 42 prosent at prosjektet i stor grad har ført til økt kompetanse innen rehabiliteringstilbudet i kommunen. Videre svarte 41 prosent at prosjektet i stor grad har ført til økt kompetanse om samhandling, 34 prosent økt kompetanse om rehabilitering på egen arbeidsplass og 32 prosent mente prosjektet har ført til økt kompetanseutveksling mellom rehabiliteringssenteret og kommunens tjenester innen rehabilitering.

Dersom man slår sammen svarkategoriene stor grad og noen grad ser vi at for hvert av områdene vi spurte om var det om lag 80-90 prosent av respondentene som opplevde at prosjektet har ført til økt kompetanse. Det var flest som svarte at prosjektet i liten grad har ført til økt kompetanse innen rehabilitering på egen arbeidsplass (24 prosent). Dette tyder på at prosjektet har lyktes med å besvare noen av de mest sentrale forventningene de ansatte hadde til prosjektet i forkant, nemlig kompetanseheving om både rehabilitering og samhandling (Kaurstad, Witsø og Bachmann, 2014). Samtidig kommer det frem både av intervju- og spørre-

undersøkelsen at hospiteringsordningen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen har vært mindre benyttet enn forventet og ønsket.

Når vi deler respondentene i spørreundersøkelsen inn i grupper etter arbeidsgiver, kommer naturlig nok forskjellen i kunnskapsnivået om rehabilitering også til syne: Ved rehabiliteringssenteret svarte 47 prosent at prosjektet i liten grad har ført til økt kompetanse om rehabilitering på egen arbeidsplass, mens det i kommunen var omvendt og 46 prosent svarte at prosjektet i stor grad har ført til en slik endring på deres arbeidsplass (data ikke vist). Ettersom arbeidet i prosjektet i størst grad har vært rettet mot rehabiliteringstjenestene i kommunen er det ikke så overraskende at det er de ansatte i kommunen som har opplevd den største kompetansehevingen under prosjektperioden. Et lignende funn fant vi når vi sammenlignet svar fra ansatte i kommunen og ansatte ved rehabiliteringssenteret på spørsmålet om kompetanseheving innen samhandling. Igjen var det flere ansatte i kommunen enn ansatte ved rehabiliteringssenteret som i stor grad opplevde at prosjektet hadde ført til økt kompetanse om samhandling (data ikke vist).



Figur 3. I hvilken grad mener du at prosjektet Livsnær livshjelp har ført til... (N=44, respondenter som har svart "vet ikke" er omkodet til missing value). Prosent.

5.1.2 DET Å ARBEIDE SAMMEN, LØSE OPPGAVENE FELLES, IKKE SIDE VED SIDE

For å få til kompetanseheving og holdningsendring blant ansatte og brukere på tvers av aktører og tjenester, må man jobbe sammen. Samarbeidet i prosjektet har derfor vært sentralt for utfallet prosjektet har fått. Informantene fortalte at prosjektet har gitt dem praktisk øvelse i å jobbe sammen for å løse oppgavene. Holdningsendringene førte også til at det var lettere å samarbeide.

«Jeg synes det er mest internt at vi merker endringen. Likens samarbeidet med de øvrige kommunale tjenestene; vi snakkes ikke bare på telefon som før, men nå møtes vi på kontor og i møter, og vi drar sammen på hjemmebesøk til pasientene.»

Informantene opplever at de nå samarbeider mer om pasientene enn før prosjektet, og at man ikke i like stor grad arbeider på hver sin post, men arbeider mot samme mål. Samarbeidet innad i kommunen har blitt mye bedre, og det var kanskje her det var mest å hente i utgangspunktet. Det har derimot vært få brukere i prosjektet som har vært innom rehabiliteringssenteret. Dette har ført til at rehabiliteringssenteret ikke er trukket så mye med i prosjektet, og heller ikke samarbeidet så mye med de kommunale tjenestene, som tenkt innledningsvis. Samarbeidet mellom rehabiliteringssenteret og kommunen beskrives allikevel som godt. Prosjektet har ført til at det har blitt enda lettere å ta kontakt med hverandre. Likevel betegnes samarbeidet generelt mellom kommunens tjenester og rehabiliteringssenteret som uendret etter prosjektet. Dette skyldes som nevnt over få felles brukere og at det ikke har blitt flere felles møteplasser. Det er tydelig at det oppleves som enklere å få til tett samarbeid rundt brukerne innad på institusjonene (for eksempel ved rehabiliteringssenteret og i sykehjemmene) enn ute i hjemmetjenesten. Både på grunn av nærheten til hverandre og muligheter for prioritering av tidsbruk.

Selv om informantene opplever at prosjektet til en viss grad har ført til endring i samhandlingen mellom aktørene, fremhever de at man kan alltid bli bedre, og at man er ikke ferdig utlært på ett år. En videreføring og bedre utnyttelse av hospiteringsløsningen mellom alle involverte aktører fremheves som viktig for å videreutvikle samarbeidet.

Figur 4 viser hvordan respondentene i spørreundersøkelsen vurderte samhandlingen innad på egen arbeidsplass og mellom rehabiliteringssenteret og kommunen i sluttevalueringen. Vi ser at 80 prosent vurderte samhandlingen mellom yrkesgruppene på egen arbeidsplass som svært god eller god. Ingen vurderte samhandlingen som dårlig, men 16 prosent svarte at den var både og.

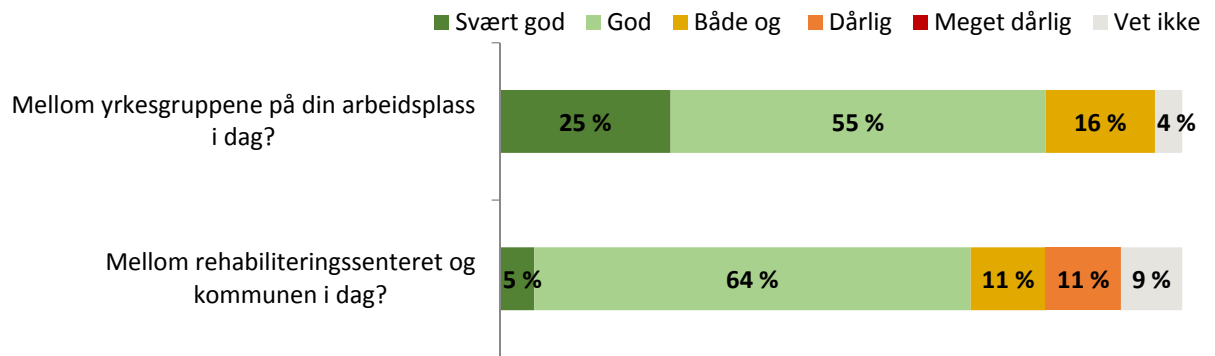
Dersom man ser dette resultatet opp mot resultatene fra kartleggingen før prosjektet (Kaurstad, Witsø og Bachmann, 2014), var det like mange som svarte at samhandlingen mellom yrkesgruppene på egen arbeidsplass var svært god eller god. I sluttevalueringen var det imidlertid flere som svarte at samhandlingen var svært god sammenlignet med kartleggingen før prosjektet. I kartleggingen var det også noen som svarte at samhandlingen var dårlig, det var det ingen som svarte i sluttevalueringen.

I sluttevalueringen vurderte 69 prosent samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen som svært god eller god, 11 prosent svarte både og, 11 prosent dårlig, mens 9 prosent svarte at de ikke visste. Det var i sluttevalueringen 5 prosent som svarte at samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen var svært god, mens i kartleggingen før prosjektperioden var det tre ganger så mange som beskrev samhandlingen som svært god. Men det var imidlertid også 30 prosent som svarte at samhandlingen var dårlig eller svært dårlig ved tidspunktet for kartleggingen, mens det kun var 11 prosent som svarte at samhandlingen var dårlig etter prosjektslutt. Det er altså færre som vurderer samhandlingen mellom aktørene som dårlig etter prosjektet.

På bakgrunn av dette kan vi si at det var flere ansatte som opplevde samhandlingen innad på egen arbeidsplass som svært god enn det var ansatte som opplevde at samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen var svært god etter prosjektet. Det ser ikke ut til å være store endringer i opplevelsen av samhandlingen om rehabiliteringstilbudene etter prosjektet.

Resultatene går derimot i retning av at flere opplever samhandlingen som god og færre opplever samhandlingen som dårlig etter prosjektet Livsnær livshjelp.

En mulig forklaring på at færre svarte at de opplevde samhandlingen som svært god etter prosjektslutt sammenlignet med hvor mange som svarte det samme før prosjektstart kan være at prosjektlederens tilknytning til rehabiliteringssenteret har sørget for en tett kontakt mellom aktørene under prosjektperioden. Når denne tette kontakten opphørte ved prosjektslutt kan det være at flere opplever samhandlingen mellom aktørene som mindre god enn de gjorde før prosjektstart fordi de sammenligner den med samhandlingen de hadde under prosjektperioden.



Figur 4. Hvordan vil du beskrive samhandlingen.... (N=44). Prosent.

5.1.3 KONKRETE UTFALL AV PROSJEKTET

Noen av endringene man har sett i rehabiliteringstilbudet i Aure de siste årene vokste fram på bakgrunn av samhandlingsreformen som ble innført i 2012. Den praktiske måten å jobbe på – sammen, om hverdagsrehabilitering – det er imidlertid noe nytt som har kommet med prosjektet Livsnær livshjelp. Under presenteres en rekke konkrete utfall av prosjektet.

Felles tverrfaglige møter - "Tirsdagsmøtene"

Prosjektet har ført til at tirsdagsmøtene brukes til en utsjekk på om man har behov for videre samhandling rundt enkeltbrukeres behov og forløp. Etableringen av en fast tverrfaglig møtearena som man bruker ved behov for å avklare brukeres videre behov, planer og forløp, er en positiv vinning i prosjektet. Det har tidligere også vært tverrfaglige møter, men å få inn møtene i en overordnet prosedyre og få satt det i system er nytt og beskrives som både nyttig og nødvendig. Det at man deltar på møtene sammen har bidratt sterkt til holdningsendringene under prosjektperioden, og har gjort det lettere å komme til hverandre med saker.

Aktivitetstiltak – "Fredagstrimmen"

Informantene snakker varmt om det nye aktivitetstilbudet rehabiliteringsbrukerne nå får hver fredag, som regel kalt «Fredagstrimmen». Det er et populært tiltak for brukerne, det er ikke bare et tilbud om fysisk aktivitet, den sosiale dimensjonen er også viktig for brukerne. For de ansatte fra kommunen representerer fredagstrimmen også samhandling i praksis, da de bytter på å ha ansvaret for arrangementet.

Som en indirekte følge av prosjektet er det også satt i gang andre aktiviteter, for eksempel ved det ene sykehjemmet hvor alle beboere har fått treningsplaner. Det er også startet opp aktiviteter og spill flere ganger i uken.

«Det er blitt mer liv i huset, alt dette er kommet i gang som en følge av reformen og prosjektet.»

Endringene som er gjort i aktivitetstilbudet er gjort i samarbeid med fysioterapeut, og endringene beskrives som små for de utførende partene, men som en stor og positiv endring for brukerne. I hjemmetjenesten ser man endringer også i form av at ledig tid blir brukt til å gå tur med brukerne.

Felles tverrfaglig kartlegging hjemme hos brukeren

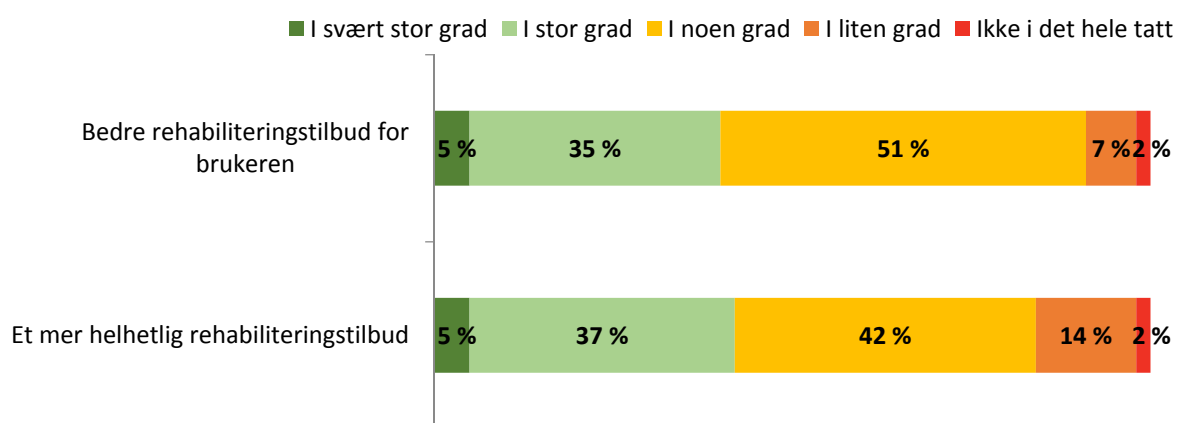
En ny rutine der ulike aktører fra kommunen drar hjem til rehabiliteringsbrukeren og gjør en felles vurdering av brukerens behov er iverksatt gjennom prosjektet. Disse felles kartleggingene er nye og er noe av det som er satt i system i prosjektet. Under kartleggingene gjennomføres en tverrfaglig drøfting av hvordan brukeren kan hjelpes. Fokus er på at brukeren skal få bo hjemme mest mulig, og da blir hjelpemidler og avlastningsmåter hjemme sentralt.

«At pasienten får bo i hjemmet sitt lengst mulig og greier seg lengst mulig selv. Få endret livskvaliteten i hjemmet.»

Opplevelsen av endringene i rehabiliteringstilbudet

Respondentene i spørreundersøkelsen ble bedt om å vurdere i hvilken grad prosjektet har ført til endringer i rehabiliteringstilbudet for brukeren og om det har bidratt til et mer helhetlig rehabiliteringstilbud. Resultatene er presentert i figur 5.

Omtrent like mange (henholdsvis 40 og 42 prosent) svarte at prosjektet i svært stor eller stor grad hadde ført til et bedre rehabiliteringstilbud for brukeren og til et mer helhetlig rehabiliteringstilbud. For begge påstandene var det imidlertid flest som valgte det mer nøytrale svaralternativet "i noen grad". Det var få (til sammen 9 og 16 prosent) som svarte på den negative siden av skalaen. Resultatene tyder på en endring i positiv retning, men at det foreløpig ikke har ført til store forbedringer i rehabiliteringstilbudet.



Figur 5. I hvilken grad mener du at prosjektet Livsnær livshjelp har ført til... (N=44). Prosent.

5.1.4 VURDERING AV SAMHANDLINGEN OM REHABILITERINGSTILBUD I AURE

Vi spurte respondentene under spørreundersøkelsen i hvilken grad de var enig/uenig i en rekke påstander om rehabiliteringstilbudet i Aure. Resultatene er presentert i figur 6. Det var flest som svarte at de var helt enig eller enig i at det bør utvikles organisatoriske modeller og rutiner for tettere samarbeid mellom rehabiliteringssenteret og kommunen (80 prosent). Noe over halvparten, 57 prosent, var helt enig eller enig i at de har felles møteplasser for diskusjon, kompetanse- og informasjonsutveksling innad på egen arbeidsplass.

Det var 46 prosent som svarte at de var helt enig eller enig i at det var utviklet prosedyrer, rutiner og retningslinjer for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Men det var påfallende mange, 32 prosent, som svarte at de ikke visste om det var utviklet slike prosedyrer, rutiner og retningslinjer. Det var færrest, 23 prosent, som svarte at de var helt enig eller enig i påstanden om at rehabiliteringstilbudet i Aure er fragmentert og lite helhetlig, mens 37 prosent svarte at de var uenig eller helt uenig i denne påstanden.

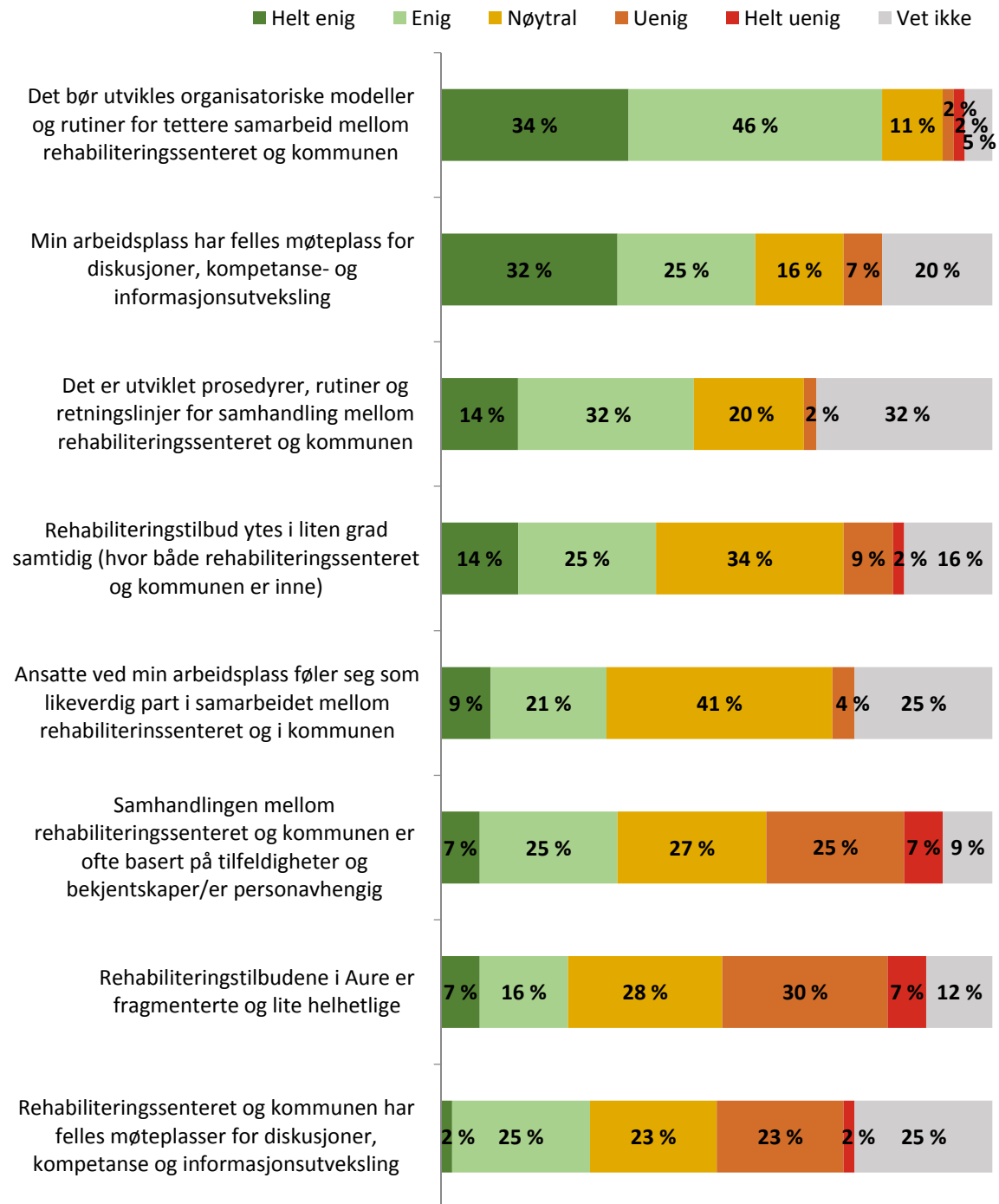
På flere av påstandene var det relativt stor andel som valgte å bruke svaralternativet "nøytral". Flest var det som svarte "nøytral", 41 prosent, på i hvilken grad de var enig/uenig i påstanden om at ansatte ved deres arbeidsplass følte seg som likeverdig part i samarbeidet mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Her er det sannsynligvis et forbedringspotensial.

I kartleggingen før prosjektet Livsnær livshjelp ble igangsatt var det flest av respondentene som svarte at de var helt enig eller enig i at det burde utvikles organisatoriske modeller og rutiner for tettere samarbeid mellom rehabiliteringssenteret og kommunen (Kaurstad, Witsø og Bachmann, 2014). Ettersom det også i sluttevalueringen er flest som var helt enig eller enig i denne påstanden, kan det tyde på at dette fremdeles oppleves som mangelfullt og noe som mange mener det er behov for.

Den største forskjellen mellom resultatene fra kartleggingen før prosjektet og sluttevalueringen på hvorvidt respondentene var enig/uenig i påstanden om at det er utviklet prosedyrer, rutiner og retningslinjer for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen. Vi minner om at formell status ved begge undersøkelsene var lik: Det fantes ingen formelt godkjent prosedyre for samhandling hverken da kartleggingen i forkant skjedde, eller ved tidspunktet da sluttevalueringen ble gjennomført i februar/ mars 2015. I kartleggingen svarte under 10 prosent at det var utviklet prosedyrer, rutiner og retningslinjer for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, mens over halvparten mente at det ikke var det. I sluttevalueringen derimot mente om lag halvparten av respondentene at det var utviklet slike prosedyrer, rutiner og retningslinjer, mens kun 2 prosent var uenig eller helt uenig i det.

Det kan synes paradoksalt at samme virkelighet – ingen formelt godkjente prosedyrer for samhandlingen – får så ulike svar, men det er et uttrykk for at de som er spurt i denne undersøkelsen, det vil si de som jobber med rehabilitering i Aure, har opplevd en endring i samhandlingen og i praksis for samarbeidet. Det er fremdeles behov for en formalisert og mer overordnet modell og rutine for samarbeidet mellom rehabiliteringssenteret og kommunen som er kjent for alle.

Ellers var det relativt små forskjeller mellom resultatene for de ulike påstandene fra kartleggingen og fra sluttevalueringen.



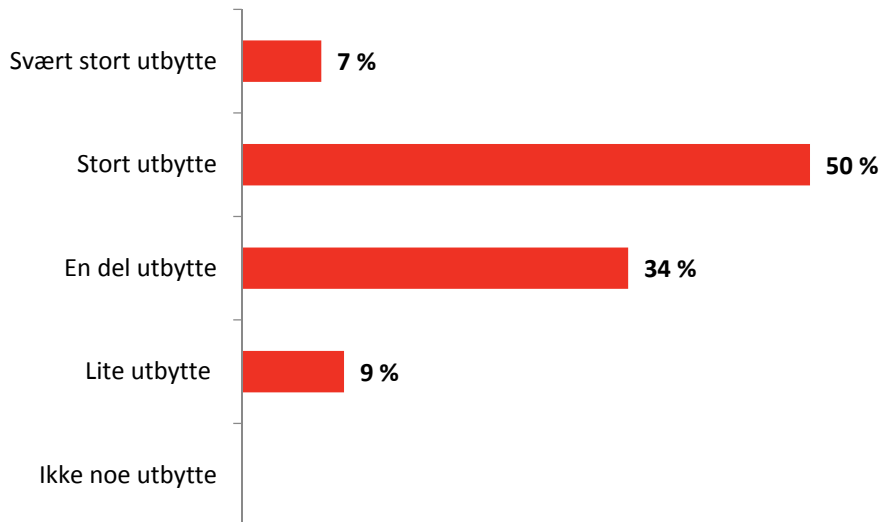
Figur 6. I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander? (N=44). Prosent.

5.2 PROSJEKTETS VINNINGER

Prosjektbasert arbeid innen helsetjenester kan brukes for å prøve ut noe, evaluere resultatet og justere tjenestene i retning av et bedre tjenestetilbud. Erfaringene fra «Livsnær livshjelp», kan tenkes å ha læringsverdi for andre som planlegger å gjennomføre tilsvarende samhandlingsprosjekter. Det var derfor sentralt å undersøke hvilket utbytte praksisfeltet mente at prosjektet

Livsnær livshjelp hadde hatt for rehabiliteringstilbudet. Figur 7 gir en oversikt over respondentenes vurderinger av dette.

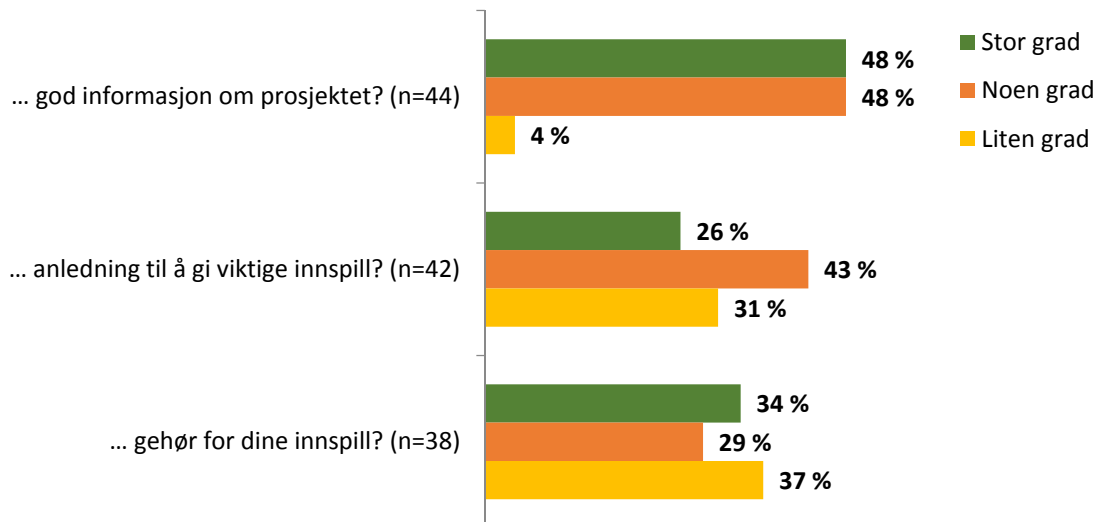
Alle respondentene mente at rehabiliteringstilbudet i Aure hadde hatt utbytte av prosjektet. Sju prosent vurderte utbyttet som svært stor, 50 prosent som stort og 34 prosent som en del. Kun 9 prosent mente at rehabiliteringstilbudet hadde hatt lite utbytte av prosjektet. De fleste i praksisfeltet opplevde altså at prosjektet har vært nyttig for rehabiliteringstilbudet.



Figur 7. Alt i alt, hvordan vurderer du utbyttet av prosjektet Livsnær livshjelp for rehabiliteringstilbudet i Aure kommune? (N=44). Prosent.

Vi ønsket å vite mer om hvor godt informert respondentene var om prosjektet og hvordan de opplevde egen innflytelse på prosjektet. Resultatene er presentert i figur 8. Om lag halvparten, 48 prosent, av respondentene svarte at de i stor grad hadde fått god informasjon om prosjektet mens det pågikk. Like mange (48 prosent) svarte at de i noen grad hadde fått det. Kun 4 prosent i utvalget opplevde at de ikke fikk god informasjon om prosjektet underveis.

Det var 26 prosent som opplevde at de i stor grad fikk anledning til å komme med viktige innspill underveis i prosjektet. Førtitre prosent svarte at de i noen grad fikk gitt viktige innspill, mens 31 prosent svarte at de i liten grad fikk gitt det. Trettifire prosent opplevde at de i stor grad fikk gehør for innspillene sine underveis i prosjektet, 29 prosent svarte i noen grad, mens 37 prosent opplevde at de i liten grad fikk gehør for sine innspill til prosjektet. Disse resultatene kan tyde på at flere i praksisfeltet hadde ønsket å få bidra mer inn i prosjektet eller opplevde at de ikke kom helt igjennom med sine innspill til prosjektet. Det kan ha vært en for enveisrettet kommunikasjon mellom prosjektgruppen og praksisfeltet.



Figur 8. Underveis i prosjektet, i hvilken grad har du fått... (N=44, respondenter som har svart "vet ikke" er omkodet til missing value). Prosent.

5.2.1 Å VELGE UT GRENSEBRUKERE – FELLES KARTLEGGING AV BRUKERE

Prosjektet har sørget for å gi et rehabiliteringstilbud til brukere som har havnet i en grense mellom eksisterende rehabiliteringstilbud ved rehabiliteringssenteret og i kommunen. Felles kartlegging av mulige deltakere til prosjektet – identifiseringen av grensebrukere som ville kreve samhandling mellom de ulike aktørene – ser ut til å ha vært et smart grep for jobbe tverrfaglig og pasientsentrert alt fra starten av prosjektet. Det er imidlertid noen negative sider ved denne måten å jobbe på: I en mindre kommune ser man at antallet brukere i målgruppen kan være så lavt at ikke alle aktører får delta i prosjektet og prøvd ut den nye praksisen på lik linje. Små forhold skaper også en sårbarhet i forhold til fagressurser, noe som var spesielt uttalt innen ergoterapi, men også fysioterapi i dette prosjektet.

I en felles kartlegging må alle perspektiver bli hørt, og man får anledning til å se samme sak fra flere sider. Det har gitt noen øyeåpnere, man har kunnet snappet opp tips og råd, og fått innsikt i ulike tilnæringsmåter fra de ulike profesjonene. En informant understreket også at dette gjorde brukeren tryggere: Brukeren så at de ulike aktørene samarbeidet, det ble klart for dem at hele forløpet ble avklart mellom de involverte partene, at løpet ble planlagt og koordinert, og ikke ville bli tilfeldig. Det ga også en forutsigbarhet til brukerne, og de kunne selv følge med på hva som skulle skje fremover.

Informantene har sett nytte av de tverrfaglige kartleggingene de har gjort hjemme hos brukerne. Dette handler både om å bedre finne en tverrfaglig løsning på forløpet og planlegge et mulig rehabiliteringsforløp i fellesskap. For eksempel har ergoterapeut kunnet gitt råd til hjemmetjenesten om hvilke hjelpemidler det kan søkes om for at brukeren skal heller kunne bo hjemme lenger enn å ha et lengre tilbud på sykehjem, og fysioterapeuten har bidratt med treningsplaner for å opprettholde fysisk funksjonsnivå. Det er først etter prosjektslutt at modellen med å gjennomføre felles kartleggingsmøter hjemme hos brukerne trekker inn flere ansatte enn deltagerne i prosjektgruppen. Prosjektet utviklet en modell i praksis, og i ettertid trekkes flere ansatte inn i den nye praksisen.

5.2.2 FAGDAGER

De to fagdagene som er arrangert i prosjektperioden, har høstet lovord. De gav mye kunnskap, nye perspektiver og inspirasjon, og sist men ikke minst fungerte de som en felles møteplass for aktørene. Her var også brukerrepresentanten i prosjektgruppen involvert og holdt et innlegg om egne erfaringer.

Fagdagene er noe av det prosjektgruppen selv mener det er viktig å videreføre etter prosjektet.

5.2.3 FÆRRE SVINGDØRSPASIENTER

Sagt fra sykehjem: At hjemmetjeneste i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut har lagt grunnen for at flere kronikere kan være lengre hjemme, at de sammen har funnet løsninger og tilrettelagt for at det er målet, å la pasientene i større grad klare seg hjemme, har ført til merkbart færre «svingdørspasienter» på sykehjemmet. Fokuset på å gjøre brukerne i stand til å bo lengre hjemme har også endret på inntaksrutinene ved sykehjemmet. Det kan oppfattes som en høyere terskel for å legge noen inn på korttidsavdeling eller avlastning og i stedet prioritere bruk av rehabiliteringsplasser og tilrettelegging for hverdagsrehabilitering i hjemmet i samarbeid med hjemmetjenesten.

5.2.4 ETABLERE RUTINER OG PROSEDYRER

Gjennom prosjektet har aktørene fått utviklet rutiner og prosedyrer knyttet til samhandling og arbeid med grensebrukerne – men lærdommene har overføringsverdi også til andre pasienter «de er med i dragsuget». Disse prosedyrene var imidlertid ikke formelt godkjent og implementert ved prosjektslutt, men er tydeligvis i det minste delvis tatt i bruk. På sin side har rehabiliteringssenteret utarbeidet en prosedyre for kontakten de har med kommunen, og denne prosedyren kan legges til grunn for deres samhandling med de andre kommunene de betjener.

Informantene har i alle fall en oppfatning av at det går an å få til ting, stadig være i endring og ikke nødvendigvis gjøre ting på samme måte som før ved å arbeide mot et felles mål. Ved å utarbeide prosedyrer for de endringene prosjektet har kommet frem til legges det til rette for videreføring av arbeidsmåtene etter prosjektslutt.

5.2.5 FELLES KOORDINERING MED ANDRE TVINGER FRAM BEDRE PLANLEGGING SELV

Det kan se ut som at det å involvere seg tettere i en felles og tverrfaglig kartlegging og planlegging rundt samme bruker, fordrer at også den enkelte tjeneste i større grad ser brukeren i et mer helhetlig perspektiv.

«Vi har blitt flinkere til å se hele pasienten, ikke bare problembehovet».

Dette handler også om å se pasientens behandlingsforløp ut over den innsatsen og tjenesten du skal levere selv, og endre egne rutiner for å komme mer i forkant av hva som kan tenkes å bli fremtidige behov. En informant reflekterte over at neste trinn var å «lage bedre rutiner for eget arbeid»:

«Utarbeide forskjellige rutiner overfor enkeltpasienter, undersøkelser og problemstillinger som gjelder den enkelte pasient. At jeg skal unngå å få ting i fanget, men heller tar opp problemstillinger med andre instanser, ikke vente til senere, men at jeg er mer forutseende og avklarer ting med en gang.»

5.3 PROSJEKTETS SÅRBARHETER

Det å være en liten kommune, der enkeltpersoner er ansatt for å dekke en hel funksjon/ tjenestetilbud fra kommunen, skaper naturlig nok en stor sårbarhet overfor uforutsette hendelser eller andre utfordrende situasjoner. Dette ligger som et bakteppe for prosjektets gjennomføring, men informantene uttrykker at de har fått til å akseptere rammebetingelsene – slik er det – og så har man likevel prøvd å dra prosjektet i land, selv om forholdene har vært krevende.

«Prosjektet har haltet seg videre».

5.3.1 RAMMEBETINGELSER

Manglende ergoterapeut

Flere informanter peker på manglende rammebetingelser, noe som har gitt et prosjekt «som har haltet videre». Først og fremst gjelder dette mangelen på ergoterapeut tilgjengelig inn i prosjektet. I etterpåklokskapens lys er det noen informanter som påpeker at prosjektet hadde tjent på å utsette oppstart til ergoterapeut var tilgjengelig, eller legge et større press på kommunen for å få en raskere avklaring på dette. Da ergoterapeut kom med i slutten av prosjektperioden «skjøt prosjektet fart».

Mangelen på tid til prosjektet

Flere informanter trekker fram manglende tidsressurser til prosjektet som en stressfaktor, særlig i starten. Samtidig utvises det forståelse for at man har de rammene man har. Det å skulle gjøre ting «oppå sine vanlige oppgaver» har tidvis vært vanskelig å gjennomføre. Fordelen med denne måten å gjennomføre prosjekter på er at man tvinges til å ikke legge listen for høyt, men å gjøre endringer som er gjennomførbare i hverdagen.

Mangelen på tid til hospitering

Prosjektet la opp til kunnskapsutveksling og økt kjennskap til hverandre gjennom hospitering. Og de som har gjennomført hospitering, er fornøyd med det. Flere informanter nevner imidlertid at flere skulle ha benyttet seg av løsningen, og at det også er behov for at ansatte ved rehabiliteringssenteret hospiterer i de kommunale tjenestene.

Mangelen på én person som drar enhetene i retning av samhandling

Mangelen på en samlende og koordinerende enhet som har trøkket på samhandling – «en som drar oss framover, sammen» mangler når prosjektlederrollen nå forsvinner sammen med prosjektets avslutning. En koordinerende enhet som består av flere enhetsleder som må gjøre den koordinerende samhandlingsinnsatsen på toppen av sin ordinære jobb, blir vurdert som for lite trøkk og kapasitet til å lykkes med den veien som er påbegynt.

Trøkk fra ledelsen under prosjektet og for veien videre etterlyses også. Lederne bidro til å sette prosjektet i gang og søke etter midler for finansiering, men deretter ble prosjektet mer eller mindre gjennomført på avdelingsnivå uten at ledelsen etterspurte det. Det har blant annet derfor vært veldig viktig å ha en engasjert prosjektleder, og at prosjektet har knyttet til seg ildsjeler som har sørget for fremdrift og spredd prosjektet videre.

Brukerrepresentant som står utenfor prosjektets målgruppe

Brukerrepresentanten i prosjektgruppen ble nærmest en observatør ettersom brukeren ikke var bruker av tjenestene som ble utviklet i prosjektet. Det kan være at det ville vært en fordel om brukerrepresentanten var bruker av tjenestene og dermed hadde fått bedre innsikt i tjenesteutøvelsen og prosjektet.

5.3.2 ENDRING TAR TID

Alle informantene understreker at ett år er for kort tid til at endring setter seg. Det å endre innstillingen til ansatte som ikke har vært direkte involvert i prosjektet og hos brukere som ikke forstår verdien i å gjøre ting på «den tungvinte måten, selv, når de ansatte kan gjøre det mye raskere» har vært krevende. I dette bildet får omfanget på prosjektet, at det har involvert få brukere, betydning for hvilken «impact» man kan forvente at et prosjekt som dette får.

*«Det tok lang tid til innstillingen til de fleste begynte å snu seg.»
«Jeg synes ett år er for kort. Vi er egentlig i startfasen! Vi har ikke fått muligheten til å teste det ut ordentlig.»*

Falle tilbake til gammel vane

Informantene uttrykte bekymring for å falle tilbake til gamle vaner nå som prosjektet var avsluttet. Med dette mente de å tenke mer kun på sin del av problemet, i stedet for mulighetene til å løse oppgavene sammen. Det er frykt for at skylappene tas på igjen, der man slutter å se på tvers av tjenestetilbudet, slutter å tenke helhetlig rundt hvordan pasienten skal få det bedre.

En informant uttrykte sin bekymring slik:

«Nå er prosjektet forbi, og dermed er det også forbi i hodene til de fleste. Det satte seg ikke fast, nå føler de seg ikke ansvarlige lenger.»

Informantene var alle positive til at de gjennom prosjektet har begynt å samarbeide tettere, både gjennom felles hjemmebesøk hos pasienten, tverrfaglige møter og etablering av «Fredagstrimmen» der ansvaret for gjennomføringen er delt mellom kommunale aktører innen rehabilitering. Men informantene uttrykte også en bekymring for hva som skjer når prosjektet ikke videreføres. På spørsmålet hva som nå er viktigst å få til, hvor går veien videre, svarte en av informantene:

«De tverrfaglige møtene, at vi ikke sklir tilbake til gamle vaner, der vi jobber ved siden av hverandre.»

En annen informant var tydelig i ønsket om en fastere tilknytning til rehabiliteringssenteret:

«Det å ha hatt et felles møtepunkt, så det ikke flyter ut i ikke noe. Greit nok at vi ikke har felles pasienter, men at vi skulle fått til et eller annet fast møtepunkt med rehabiliteringssenteret. Om det kunne vært å gå på kurs i lag eller om de hadde opptreningen for oss.»

Informantene var også opptatt av at holdningene som nå var bygget opp ikke må gå tapt når prosjektet avsluttes. Det ble pekt på de overordnede prosedyrene, at de må brukes aktivt for ikke å glemme det man har lært, men holde fokuset fortsatt.

«Har mye holdninger nå som vi kan bygge på. Det burde vært et prosjekt over mange år for å få dette skikkelig på plass.»

5.3.3 MANGLENDE AVTALE/ PROSEDYRE MED HELSEFORETAKET OM SPESIALISTTJENESTER

Informantene rapporterte at de har blitt bedre kjent med hverandre. Både hjemmetjenesten og sykehjem har nå nærmere kontakt med og bedre innsikt i både fysio- og ergoterapi – der har det blitt bedre samhandling og skjedd en kunnskapsoverføring. Informantene i prosjektgruppa svarte også at de har lært mye om rehabilitering. Men de peker på at kontakten med rehabiliteringssenteret ikke er formalisert inn i en jevn form, de har ingen felles møtarenaer etter prosjektets avslutning.

«Vi i kommunen trenger også hjelp fra noen andre, fra spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsker meg en åpnere dør til spesialisthelsetjenesten rundt noen pasienter, der vi står fast eller når jeg ser pasienten trenger noe hos spesialisthelsetjenesten.»

Tyngden av tjenestetilbudet ligger på kommunal side, og det er her koordineringen må skje, det er et kommunalt lederansvar å få sine funksjoner til å fungere sammen snarere enn side om side. Fokuset i prosjektet har også vært på dette, men førstelinje etterlyser bedre tilgang på spesialisttjenestene og kompetansen som ligger der.

5.3.4 SAMHANDLING – «MAN KAN ALLTIDS BLI BEDRE»

De som har arbeidet med brukerne i prosjektet opplever at samhandlingen om rehabiliteringstilbudet til brukerne er blitt bedre. Men som en informant sier:

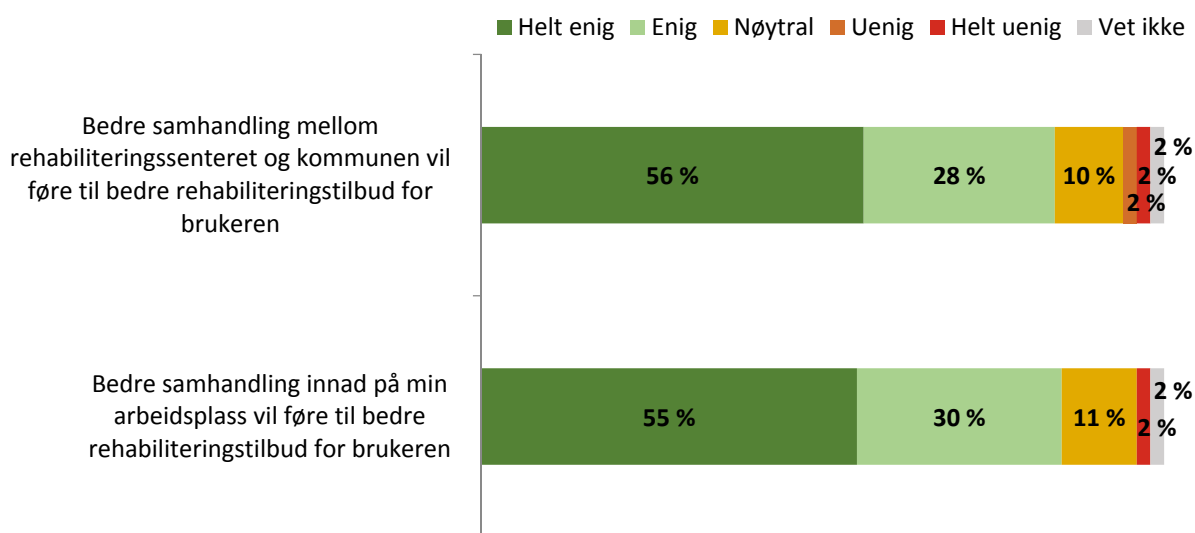
«... man kan alltid bli bedre.»

Det er derimot blitt mindre samhandling mellom de kommunale tjenestene og rehabiliteringssenteret i prosjektet enn flere hadde forventet. At prosjektlederen var ansatt i rehabiliteringssenteret har bidratt spesielt positivt for å senke terskelen for å ta kontakt med rehabiliteringssenteret, men flere uttrykker bekymring for om man klarer å opprettholde denne kontakten etter prosjektslutt.

Av respondentene i spørreundersøkelsen svarte omtrent like mange at de var helt enig eller enig i at bedre samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen og bedre samhandling innad på deres arbeidsplass ville føre til et bedre rehabiliteringstilbud for brukeren (henholdsvis

84 og 85 prosent, Figur 9). Dette tyder på at det fremdeles er behov for å bedre samhandlingen om rehabiliteringstilbudet i Aure.

I kartleggingen før prosjektstart fant vi en tilsvarende andel som svarte at rehabiliteringstilbudet til brukerne ville blitt bedre med bedre samhandling både mellom rehabiliteringssenteret og kommunen og innad på egen arbeidsplass (Kaurstad, Witsø og Bachmann, 2014). Vi minner om at resultatene ikke er direkte sammenlignbare, men dette kan antyde at det fremdeles ikke har skjedd så store endringer i samhandlingen om rehabiliteringstilbudet i Aure at endringen oppleves av hele praksisfeltet. Endring tar tid, og særlig endring i samhandling.



Figur 9. I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander... (N=44). Prosent.

6 OPPSUMMERING HOVEDFUNN OG DISKUSJON

I dette kapittelet vil vi oppsummere hovedfunnene i sluttevalueringen og kort diskutere disse. Avslutningsvis vil vi forsøke å konkludere ved å se kartleggingen før prosjektet opp mot denne sluttevalueringen.

Livsnær livshjelp er et prosjekt som er knyttet opp til en smal gjennomføring med grense-pasienter og utprøving av ny praksis primært for et avgrenset utvalg av deltakere i prosjektgruppen og i de kommunale tjenestene. Det skaper en sårbarhet i prosjektet på flere vis. For det første, det å være en liten kommune betyr at prosjektet hviler på enkeltpersoner som skal fylle en hel funksjon. For eksempel finnes det bare én ergoterapeut som var tilknyttet prosjektet. Når en slik sentral funksjon faller bort får det store konsekvenser for hele prosjektet. Et tilsvarende prosjekt i en større kommune ville kunne trekke veksler på en større «pool» av deltakere, som for eksempel å dekke ergoterapeutfunksjonen i prosjektet gjennom flere personer og ved behov lettere skaffe til veie slik kompetanse. Tilgjengelighet av nok fagressurser innen nødvendige profesjoner for rehabiliteringsarbeid har vært en av de sentrale utfordringene i dette prosjektet. Ved bortfall av fagpersoner har det vært tidkrevende å innhente erstatninger, og det har vært krevende å sette av nok ressurser i tjenestene til å arbeide tilstrekkelig med prosjektet.

Til tross for utfordringene opplever mange at prosjektet har vært nyttig og at rehabiliteringstilbudet i kommunen har hatt stort utbytte av det. Spesielt ansatte i de kommunale tjenestene har økt sin kompetanse både innen samhandling og rehabilitering i løpet av prosjektperioden. Det har skjedd en holdningsendring i retning av mer samarbeid og mer samkjøring av rehabiliteringstilbudet, samt en felles holdning om å arbeide for at flere kan bo hjemme lengst mulig. Ansatte i de kommunale tjenestene har fått opp øynene for å bruke trening og aktiviteter for å opprettholde og øke funksjonsnivået hos sine brukere for å nå dette omforente målet. Selv om fokuset i de ulike tjenestene gjerne er forskjellig, hvor noen har mest fokus på diagnose mens andre er mer opptatt av funksjon har man klart å respektere hverandres holdninger og forskjeller og arbeidet sammen for å endre tjenestene. Det er lagt vekt på verdien av å se behovet til en bruker fra flere synsvinkler og utnytte den ulike kompetansen som har vært tilgjengelig i de tverrfaglige teamene. Sammen har de langt på vei klart å endre fokuset fra pleie og sykdom til rehabilitering. Tjenesteyterne samarbeider mer om brukerne og de tverrfaglige møtene og felles kartlegging av brukerne er satt i system under prosjektperioden. Selv om prosjektet har ført til mer kunnskap om og bedre samhandling svarer flere imidlertid at bedre samhandling både intern på egen arbeidsplass, men også mellom rehabiliteringssenteret og kommunen ville ført til et bedre rehabiliteringstilbud. Medlemmene i prosjektgruppen ønsket i utgangspunktet at prosjektet skulle vare over flere år, ettersom de forutså at endringene ville ta lengre tid enn ett år. Mangel på videre finansiering gjorde at prosjektet kun ble driftet i ett år, og mange er redd for at man nå skal glemme det man har lært og falle tilbake til gamle vaner. Informantene påpeker at man er ikke utlært på ett år, og at det er behov for å bygge videre på de holdningene som nå er opparbeidet i prosjektet før samarbeidet sklir fra hverandre igjen. Svært mange opplever at prosjektet har gjort tjenestene bedre kjent med hverandre og at det har blitt lettere å ta kontakt.

Det er i prosjektet utviklet prosedyrer og retningslinjer for samarbeid og for rehabiliteringsarbeidet med grensebrukerne. Disse var ved prosjektslutt ikke formelt godkjent og implementert. De var allikevel til en viss grad tatt i bruk av prosjektgruppen og de tverrfaglige teamene. Selv om mange i spørreundersøkelsen etterlyser prosedyrer, rutiner og retningslinjer for samarbeid er holdningen til personene som skal utføre arbeidet kanskje like viktig. Det å bli gode på å løse problemer og utfordringer sammen er avhengig av ansatte som ser verdien og nytten av å arbeide tverrfaglig. Vår funn i sluttevalueringen tyder på at man har kommet godt på vei med å innføre en slik holdning i de tjenestene som har hatt brukere med i prosjektet. Det vil fremover bli interessant hvordan tjenesteyterne klarer å arbeide for å opprettholde denne. Informanter i prosjektgruppen peker på behovet for en samlende person til å drive dette arbeidet videre og sørge for at den nye arbeidsmåten blir vektlagt også fremover. Denne funksjonen falt ved prosjektslutt bort. Ansatte både ved rehabiliteringssenteret og i kommunen opplever fremdeles at rehabiliteringstilbudet ville tjene på bedre samhandling og dette bør vektlegges i det videre arbeidet med rehabiliteringstilbudet i kommunen.

Prosjektet har tatt tak i flere konkrete utfordringer med samarbeidet om rehabiliteringstilbudet. Et av disse er utfordringer knyttet til overføring av informasjon og videreføring av tiltak og planer mellom forvaltningsnivåene og mellom de kommunale tjenestene. Underveis i prosjektperioden er det innført nye elektroniske meldingssystem og åpnet for å gi de med behov for det tilgang til nødvendig og oppdatert informasjon via disse. Hjemmetjenesten har blant annet fått håndholdte terminaler som de kan ha med seg ut til brukerne og slik alltid ha oppdatert informasjon for hånden.

6.1 KONKLUSJON

Ifølge spørreundersøkelsen mente flertallet at rehabiliteringstilbudet i Aure kommune hadde hatt stort utbytte av å gjennomføre prosjektet Livsnær livshjelp. Prosjektet har ført til bedre samhandling mellom aktørene innen rehabilitering, blant annet ved å sette tverrfaglige møter i system og innføre felles kartlegginger av rehabiliteringsbrukere i hjemmetjenesten. Mange opplever at det er blitt lettere å ta kontakt med hverandre og at de er blitt bedre kjent med hverandres tjenester. Det har skjedd en kunnskapsoverføring om rehabilitering i prosjektet, fra rehabiliteringssenterets spesialister til kommunens førstelinje, først og fremst til deltagerne i prosjektgruppen. Endringen i ansattes holdninger til rehabilitering og samarbeid er en største endring prosjektet har ført til. Holdningene har gått fra et pleie og sykdomsfokus til fokus på trening og rehabilitering, og i retning av mer samarbeid om brukere.

Prosjektet hadde noen startvansker i form av at det manglet sentral fagkompetanse og brukere innen målgruppen for å innføre arbeidsmetodikken i praksis. I denne sluttevalueringen finner vi at ett år sannsynligvis ikke er tilstrekkelig til at nye holdninger får satt seg skikkelig i praksis, og at det er behov for å opprettholde trykket på samhandlingen og arbeidet med grensebrukerne i tiden fremover for å videreføre holdningene og arbeidsmetodikken prosjektet har innført.

7 REFERANSER

Deloitte (2013). *Utredning om utviklingen på rehabiliteringsområdet* (Kommunenes Sentralforbund). Hentet fra: <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Helse-og-omsorg/Omsorgstjenester/deloitte-rehabilitering/>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Helsedirektoratet (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* (Rapport IS-1947). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet>

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2007). *Nasjonale strategier for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Oslo.

Kaurstad, G. Witsø, E. og Bachmann, K. (2014). *Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet* (Møreforskning Molde Rapport nr. 1403). Molde: Høgskolen i Molde.

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Skar, A.B. (2015). *Livsnær livshjelp – samhandling om rehabilitering i nærmiljøet*. Prosjektrapport Helse Møre og Romsdal og Aure kommune (Rapporten kan skaffes ved å kontakte forfatteren).

8 VEDLEGG

Vedlegg A – Spørreskjema

VEDLEGG A – SPØRRESKJEMA



Sluttevaluering Livsnær livshjelp

Møreforskning Molde gjennomfører en spørreskjemaundersøkelse om prosjektet Livsnær livshjelp på Aure rehabiliteringssenter og i kommunens hjemmetjeneste og sykehjem blant ansatte og ledere som arbeider med brukere med behov for sammensatte helsetjenester. Forespørselen om deltagelse i undersøkelsen blir kun sendt til de som var ansatt ved rehabiliteringssenteret eller i kommunen før Livsnær livshjelp startet i januar 2014.

Prosjektet Livsnær livshjelp har hatt som formål å bedre samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen, samt mellom aktørene i kommunen, om rehabiliteringstilbud.

Vi i Møreforskning Molde AS ønsker dine vurderinger om rehabiliteringstilbudet i Aure kommune, både når det gjelder samhandling, kompetanse og utbytte av prosjektet. Besvar spørreskjemaet med utgangspunkt i dine egne erfaringer. Det tar om lag 10 minutter å fylle ut spørreskjemaet.

Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) har godkjent undersøkelsen, og Møreforskning Molde AS garanterer konfidensiell behandling av data. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av undersøkelsen.

Din identitet vil holdes skjult.

[Les om retningslinjer for personvern.](#) (Åpnes i nytt vindu)

Bakgrunnsinformasjon

Arbeidsgiver:

- Aure Rehabiliteringssenter
- Aure kommune

Stillingsnivå:

- Leder/ enhetsleder
- Ansatt uten lederrolle/ lederansvar

Hvor god kjennskap har du til prosjektet Livsnær livshjelp?

- Svært god kjennskap
- God kjennskap
- Noe kjennskap
- Lite kjennskap
- Svært lite kjennskap

Underveis i prosjektet, i hvilken grad har du fått

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt	
god informasjon om prosjektet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
anledning til å gi viktige innspill?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
gehør for dine innspill?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Alt i alt, hvordan vurderer du utbyttet av prosjektet Livsnær livshjelp for rehabiliteringstilbudet i Aure kommune?

- Svært stort utbytte
- Stort utbytte
- En del utbytte
- Lite utbytte
- Ikke noe utbytte

Vurdering av samhandling om rehabiliteringstilbud i Aure

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

Fleire kryss mulig

- Rehabiliteringssenteret
- Sykehjemmene
- Hjemmetjenesten
- Andre, spesifiser:

Hvordan vil du beskrive samhandlingen

Sett ett kryss for hver linje

	Svært god	God	Både og	Dårlig	Meget dårlig	Vet ikke
mellom rehabiliteringssenteret og kommunen i dag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mellom yrkesgruppene på din arbeidsplass i dag (eks: sykepl/fysio/ergo/psyk.helse)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommentar:

Vennligst sett ett kryss for hver linje

Hva opplever du at prosjektet Livsnær livshjelp har ført til?

I hvilken grad er du enig/ uenig i påstandene:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Prosjektet har ført til bedre samhandling mellom partene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prosjektet har ført til at det er lettere å ta kontakt med hverandre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi har blitt bedre kjent med hverandres tjenester ved rehabiliteringssenteret og i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prosjektet har ført til mer samkjørte rutiner/ retningslinjer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er utarbeidet kriterier for hvilke rehabiliteringstilbud som skal gis grensebrukerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prosjektet har ført til at vi kan bruke mer tid på brukerne i tjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I hvilken grad mener du at prosjektet Livsnær livshjelp har ført til

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
et bedre rehabiliteringstilbud for brukeren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
et mer helhetlig rehabiliteringstilbud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bedre samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bedre samhandling om rehabilitering på min arbeidsplass (i kommunen eller ved rehabiliteringssenteret)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har du noe mer du ønsker å legge til?

Takk for ditt svar!

PUBLIKASJONER AV FORSKERE TILKNYTTET HØGSKOLEN I MOLDE OG MØREFORSKING MOLDE AS

www.himolde.no – www.mfm.no

2013 - 2015

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

Egen rapportserie

Skrove, Guri K.; Groven, Gøril og Bachmann, Kari: *Sammen om rehabilitering i nærmiljøet. Sluttevaluering av "Livsnær livshjelp" – et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure*. Møreforskning Molde AS nr. 1506. Molde: Møreforskning Molde AS. 33 s.

Skrove, Guri K.; Oterhals, Geir; Groven, Gøril og Bachmann, Kari: *"Sulten og tørst, men Stikk UT! Først" En brukerundersøkelse av turkassetrimmen Stikk UT!* Møreforskning Molde AS nr. 1505. Molde: Møreforskning Molde AS. 40 s.

Bråthen, Svein; Svendsen, Hilde Johanne og Tveter, Eivind: *Samfunnsøkonomisk analyse av endret lufthavnstruktur i Sør-Norge*. Møreforskning Molde AS nr. 1504. Molde: Møreforskning Molde AS. 33 s.

Tveter, Eivind; Bråthen, Svein; Eriksen, Knut Sandberg; Svendsen, Hilde Johanne og Thune-Larsen, Harald: *Samfunnsøkonomisk analyse av lufthavnkapasiteten i Oslofjordområdet*. Møreforskning Molde AS nr. 1503. Molde: Møreforskning Molde AS. 50 s.

Kaurstad, Guri; Bachmann, Kari; Bremnes, Helge og Groven, Gøril: *KS FoU-prosjekt nr. 134033. Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Møreforskning Molde AS nr. 1502. Molde: Møreforskning Molde AS. 107 s.

Kristoffersen, Steinar og Mennink, Marcel: *Mulighetsanalyser for jaktturisme i Gjemnes*. Møreforskning Molde AS nr. 1501. Molde: Møreforskning Molde AS. 45 s. Pris: 50,-

Kaurstad, Guri; Oterhals, Geir; Hoemsnes, Helene, Ulvund, Ingeborg og Bachmann, Kari: *Deltakelse i organiserte fritidstilbud. Spesiell vekt på barn og unge med innvandrereforeldre*. Møreforskning Molde AS nr. 1417. Molde: Møreforskning Molde AS. 92 s.

Rekdal, Jens; Hamre, Tom N.; Løkketangen, Arne; Zhang, Wei og Larsen Odd I.: *Inkludering av innfartsparkering i TraMod_By: TraMod_IP*. Møreforskning Molde AS nr. 1416. Molde: Møreforskning Molde AS 125 s. Pris: 150,-

Kristoffersen, Steinar (2014): *Remontowa Launch and Recovery System (LARS) Minus 40*. Møreforskning Molde AS nr. 1415. Molde: Møreforskning Molde AS. 39 s. KONFIDENSIELL

Shlopak, Mikhail; Bråthen, Svein; Svendsen, Hilde Johanne og Oterhals, Oddmund: *Grønn Fjord. Bind II. Beregning av klimagassutslipp i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1413. Molde: Møreforskning Molde AS. 53 s. Pris: 100,-

Svendsen, Hilde Johanne; Bråthen, Svein og Oterhals, Oddmund: *Grønn Fjord. Bind I. Analyse av metningspunkt for trafikk i Geiranger*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1412. Molde: Møreforskning Molde AS. 27 s. Pris: 50,-

- Heen, Knut Peder (2014): *Kontraksstrategier for local leverandørindustri*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1411. Molde: Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-
- Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Solvoll, Gisle og Hanssen, Thor Erik Sandberg (2014): *Luftfartens betydning for utvalgte samfunnssektorer. Eksempler fra petroleum, kultur og sport*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1410. Molde: Møreforskning Molde AS. 98 s. Pris: 100,-
- Kristoffersen, Steinar; Shlopak, Mikhail; Oppen, Johan og Jünge, Gabriele (2014): *Logistikkoptimalisering i BioMar Norge AS*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1409. Molde: Møreforskning Molde AS. 41 s. Pris: 50,-
- Bråthen, Svein; Zhang, Wei og Rekdal, Jens (2014): *Todalsfjordforbindelsen. Anslag på trafikale og prissatte samfunnsøkonomiske konsekvenser*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1408. Molde: Møreforskning Molde AS. 47 s. Pris: 50,-
- Witsø, Elisabeth (2014): *IA-holdningsbarometer Møre og Romsdal. Ledere og ansattes erfaringer med og syn på IA-arbeidet i virksomheten*. Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1407. Molde: Møreforskning Molde AS. 51 s. Pris: 100,-
- Kristoffersen, Steinar; Jünge, Gabriele Hofinger og Shlopak, Mikhail (2014): *Planlegging, produksjon og prosessdata. Hva påvirker kvalitet og leveransepresisjon?* Rapport/Møreforskning Molde AS nr. 1406. Molde: Møreforskning Molde AS. 37 s. KONFIDENSIELL
- Bergem, Bjørn G., Hervik, Arild og Oterhals, Oddmund (2014): *Supplier effects Ormen Lange 2008-2012*. Rapport /Møreforskning Molde AS nr. 1405. Molde: Møreforskning Molde AS 27 s. Pris: 50,-
- Hervik, Arild; Bergem, Bjørn G. og Bræin, Lasse (2013) *Resultatmåling av brukerstyrt forskning 2012*. Rapport / Møreforskning Molde AS nr. 1404. Molde: Møreforskning Molde AS. 117 s. Pris: 150,-
- 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 Tveter, 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,-

ARBEIDSRAPPORTER / WORKING REPORTS

Grønvik, Cecilie Utheim og Julnes, Signe Gunn (2015): *Innovative læringsaktiviteter bidro til at sykepleie studenter opplevde læringsutbytte i kvantitativ metode.* Arbeidsrapport/Møreforskning Molde AS nr. M 1501. Møreforskning Molde AS. 26 s. Pris: 50,-

Larsen, Odd I. (2014): *Validering av godstransportmodellen.* Arbeidsrapport/Møreforskning Molde AS nr. M 1403. Møreforskning Molde AS. 31 s. Pris: 50,-

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,-

ARBEIDSNOTATER / WORKING PAPERS

Østby, May; Høium, Kari; Bromstad, Thrine Marie Nøst; Hurlen, Yngvar Bjarne; Brevik, Randi; Giskemo, Claus A.; Klintwall, Lars (2015) *"Jeg ønsker å lese bedre!" : intensiv leseopplæring for en elev med ADHD.*: Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:3. Molde, Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. 50,-

Bakken, Hege; Østby, May (2015) *"Mulig det finnes en angreknapp?" : mestringstillit og IKT-kompetanse hos den voksne deltids vernepleierstudent.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:2. Molde, Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. 50,-

Norlund, Ellen Karoline; Gribkovskaia, Irina; Laporte, Gilbert (2015) *Supply vessel planning under cost, environment and robustness considerations.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2015:1. Molde, Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. 50,-

Dale, Karl Yngvar (2014) *Traumatic stress, personality and psychobiological health : conceptualizations and research findings.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:6. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Norlund, Ellen Karoline; Gribkovskaia, Irina (2014) *Environmental performance of speed optimization strategies in offshore supply vessel planning under weather uncertainty.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:5. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Dale, Karl Yngvar; Ødegård, Atle (2014) *Examining the Construct of Dissociation within the Framework of G-theory.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, 2014:4. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Gjerde, Ingunn; Meese, Janny; Rønhovde, Lars; Aarseth, Turid (2014) *Helhetlige pasientforløp i utvikling : del 2.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, 2014:3. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Iversen, Hans Petter; Folland, Thore (2014) *Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene : organisering og ledelse : kommunenettverket.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:2. Molde: Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 50,-

Solnes, Oskar; Dolles, Harald; Gammelsæter, Hallgeir; Kåfjord, Sondre; Rekdal, Eddie; Straume, Solveig; Egilsson, Birnir (2014) *Toppfotballens betydning for vertsregionen : en studie av Molde Fotballklubs betydning for Molderegionen.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2014:1. Molde : Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk. Pris: 100,-

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

Jæger, Bjørn; Rudra, Amit; Aitken, Ashley; Chang, Vanessa; Helgheim, Berit Irene (2014) *ERP usage in global supply chains : educational resources.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2013:6. Molde : Høgskolen i Molde. Pris: 50,-

Pet'o, Miroslav; Jæger, Bjørn; Helgheim, Berit Irene (2014) *Information and communication aspects of logistics operations and their significance for managerial decision making.* Arbeidsnotat / Høgskolen i Molde - Vitenskapelig høgskole i logistikk, nr. 2013:5. 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,-

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

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,-

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.

Hanssen, Thor-Erik Sandberg; Solvoll, Gisle; Bråthen, Svein; Tveter, Eivind (2014) *Luftfartens betydning for universitet og høgskoler*. SIB-rapport, 3/2014. Bodø : Handelshøgskolen i Bodø.

Hovi, Inger Beate; Bråthen, Svein; Hjelle, Harald M.; Caspersen, Elise (2014) *Rammebetingelser i transport og logistikk*. TØI-rapport, 1353/2014. Oslo: Transportøkonomisk Institutt.

Knutzen, Maria; Bjørkly, Stål; Bjørnstad, Martin; Furre, Astrid; Sandvik, Leiv (2014) *Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012*. Ullevål: Oslo universitetssykehus HF.

Olaussen, Svein; Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Reigstad, Erlend; Bertschler, Gunnar; Dahl, Malin; Zhang, Wei; Rekdal, Jens Ludvig (2014) *Kvalitetssikring av konseptvalg (KS1) for transportsystemet i Tønsbergregionen : rapport til Samferdselsdepartementet og Finansdepartementet : versjon 1.0.* : Metier AS; Møreforskning Molde AS.

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.

Solibakke, Per Bjarte (2014) *Stochastic volatility models for the european electricity markets : Forecasting and extracting conditional moments for option pricing and implied market risk premiums*. USAEE Working Paper No. 14-169. Social Science Research Network (SSRN).

Solvoll, Gisle; Hanssen, Thor-Erik Sandberg; Bråthen, Svein; Tveter, Eivind; Zhang, Wei (2013) *Trafikale og økonomiske virkninger av økt rabattsats på ferjesamband*. SIB-rapport, 4. Bodø : Universitetet i Nordland : Handelshøgskolen i Bodø : Senter for Innovasjon og Bedriftsøkonomi (SIB AS).

Sundal, Hildegunn (2014) *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. Bergen : Universitetet i Bergen.

Thesen, Gunnar; Aaserød, Martin Ivar; Berge, Dag Magne; Bayer, Stian Brosvik; Leknes, Einar (2013) *Ett Hav : muligheter og utfordringer for sameksistens mellom petroleums- og sjømatnæringen*. Stavanger : IRIS 2013.

Thune-Larsen, Harald; Bråthen, Svein; Eriksen, Knut Sandberg (2014) *Forslag til anbudsopplegg for regionale flyruter i Sør-Norge*. TØI-rapport, 1331/2014. Oslo: Transportøkonomisk institutt.



MØREFORSKING

MOLDE

MØREFORSKING MOLDE AS

Britvegen 4

NO-6410 Molde

TEL +47 71 21 40 00

mfm@himolde.no

www.moreforsk.no

NO 984 369 344



MØREFORSKING



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk
