



Masteroppgave

ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

**Samhandlingsreform i startgropen-
ledelsesutfordringer og samarbeidsforhold i et
samhandlingsprosjekt**

Rune Aakvik Pedersen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 90

Molde, 15.05.14



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 45

Veileder: Turid Aarseth

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 15.05.14

Forord

Denne oppgaven markerer avslutningen av min mastergradsutdanning i samfunnsendring, organisasjon og ledelse. Interesse for samfunnsfag har jeg alltid hatt, men med bakgrunn fra et annet fagfelt, medisin, har min vei inn i dette studiet likevel vært noe utradisjonell. En interesse for organisasjon og ledelse etter flere år som tillitsvalgt i store organisasjoner og et behov for kunnskap om ledelse i min jobb, gjorde at jeg søkte videreutdanningen *Ledelse i helse- og sosialtjenesten* (LIHS) – som er et samarbeid mellom høyskolene i Møre og Romsdal. Oppildnet av nye innsikter og inspirert av dyktige fagpersoner ved Høgskolen i Molde, bestemte jeg meg etter dette for å ta masterstudiet i samfunnsendring, organisasjon og ledelse. Etter å ha studert ytterligere 2 år ved Høgskolen i Molde, kan jeg nå konkludere med at de høye forventningene skapt ved deltagelse i LIHS ble innfridd.

Å nå sine mål som student har mye til felles med andre oppnåelser i livet. Ett slikt fellestrekk er at man sjelden står alene bak oppnåelsen. Jeg vil derfor takke Høgskolen i Molde som har gitt meg denne muligheten og familien for tålmodighet og forståelse underveis. Jeg vil også takke Guri Kaurstad og Møreforskning Molde AS for velvillig samarbeid i forbindelse med utarbeidelse av spørreskjema og innhenting av data. En spesiell takk går til min veileder Turid Aarseth som både har inspirert meg til å ta fatt på mastergraden og som har gitt meg uvurderlig hjelp i gjennomføringen av denne oppgaven.

Kristiansund N 14.05.2014

Rune Aakvik Pedersen

Sammendrag

Samhandlingsreformen er siden januar 2012 under gradvis innføring, og representerer vår tids største omlegging av arbeidsdelingen i norsk helsevesen. Reformen skal møte helsevesenets framtidige utfordringer knyttet til pasienters behov for koordinerte tjenester, forebygging av sykdom og en demografisk utvikling som er antatt å ville kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Samhandling i reformens forstand er synonymt med samarbeid. Selv om samhandling eller samarbeid ikke er noe nytt i helsevesenet, er fokus i litteraturen ofte på målbare helseeffekter, og ikke på samarbeidet i seg selv.

Denne oppgaven belyser betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak med samhandlingsreformen som kontekst. Det er en casestudie, og caset er et lokalt initiert samhandlingsprosjekt mellom kommune og helseforetak i rehabiliteringsfeltet – et ektefødt barn av samhandlingsreformen. På bakgrunn av teori om samarbeid, ble det utviklet et spørreskjema til et utvalg av aktører i samhandlingsprosjektet. Tidspunktet for undersøkelsen er ved innledningen av prosjektet og funnene gjenspeiler aktørenes motivasjon for deltagelse, syn på trusler og muligheter og holdninger til sentrale dimensjoner av samarbeidet.

Opgaven viser at begrepet samhandling vekker positive generelle assosiasjoner, men at aktørene tenderer til å se flere problematiske dimensjoner i konkrete forhold på eget felt. Betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak i samhandlingsreformen er langt mer komplekse og utfordrende enn man først kan få inntrykk av.

Innhold

Kapittel 1. Tema og problemstilling	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Presentasjon av tema	4
1.3 Problemstilling	4
1.4 Oppgavens oppbygging.	5
Kapittel 2. Teori- og analyseramme	6
2.1 Innledning	6
2.2 Vitenskapsteoretisk ramme.....	7
2.3 Presentasjon av Vangen og Huxhams teori om samarbeid.....	8
2.4 Kunnskapsstatus på feltet	16
2.5 Fra teori til case.....	19
Kapittel 3. Beskrivelse av livsnær livshjelp.....	20
3.1 Aure kommune.....	20
3.2 Helse Møre og Romsdal HF og Aure rehabiliteringssenter.....	20
3.3 Livsnær livshjelp.....	21
Kapittel 4. Metodisk tilnærming	25
4.1 Innledning	25
4.2 Valg av metode.....	25
4.3 Casestudier.....	27
4.4 Vanlige kvalitative tilnærminger	28
4.5 Spørreskjema som metode.....	29

4.6 Gjennomføring av undersøkelsen.....	33
4.7 Etikk.....	34
4.8 Diskusjon av den valgte metode.....	34
Kapittel 5. Resultater fra undersøkelsen.....	37
5.1 Innledning.....	37
5.2 Analyse og tolkning av data.....	37
5.3 Hovedfunn.....	59
Kapittel 6. Avslutning	61
6.1 Delkonklusjoner; resultater holdt opp mot problemstilling.....	61
6.2 Konsekvenser og betydning.....	63
6.3 Oppsummering og hovedkonklusjon.....	65
6.4 Avsluttende refleksjoner.....	67
Vedlegg	
1 Felles spørreskjema med Møreforskning Molde AS.....	70
2 Spørreskjema for denne oppgaven med plottede svar i tabeller.....	77
Litteraturliste	80

Kapittel 1. Tema og problemstilling

1.1 Bakgrunn

Samhandling har alltid vært sentralt i helsesektoren (Melby og Tjora 2013). Mengden av biomedisinsk kunnskap er i seg selv så stor at det er utenkelig at enkeltpersoner kan besitte dyptpløyende og oppdatert kompetanse på mer enn svært begrensede områder. For å kunne forenkle, håndtere, sortere og lage system i kunnskapen er medisinsk vitenskap – som all annen vestlig vitenskap etter Descartes – fraksjonert. I helsefagene er dette i dag mest synlig i spesialisthelsetjenesten, hvor spesialiteter er organisert etter organsystemer og den enkelte helsearbeider har fokus på «sitt felt,» enten det er hjerte, lunge, tarm, nyre eller nervesystem. I arven fra Descartes har ett skille stått seg spesielt godt; skillet mellom ånd og materie og dermed psyke og soma- sjel og kropp.

Søkemotoren PubMed som er verdens største database innen biomedisinske fag, hadde i 2005 om lag 16 millioner artikler og antallet øker med ca. en million årlig. I tillegg er helseproblemer gjerne komplekse og de fleste personer over 65 år har to eller flere kroniske eller langvarige sykdommer, definert som multimorbiditet (Barnett et al. 2012). Ofte er disse sykdommene fordelt på flere organsystemer hos en og samme pasient, noe som nødvendiggjør tjenester fra flere organspesialister.

Helhetlig behandling og omsorg krever derfor kompetanse fra mange aktører som på en eller annen måte må samhandle. I tillegg er helsetjenesten nødvendigvis organisert geografisk. Samlet sett medfører dette et behov for at aktører samhandler langs tidslinjen og på tvers av geografi og fag fra pasienten eller pårørende tar kontakt med helsetjenesten, via initial vurdering og personlig undersøkelse lokalt til det definerte eller fortsatt uavklarte problemet meldes fra for eksempel fastlege eller legevakslege til akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) og derfra til ambulansse. Når ambulanssepersonalet henter- og siden leverer pasienten til et akuttmottak og når pasienten skal kanaliseres videre til operasjon eller annen behandling. Når pasienten skal videre fra behandling til overvåkning, sengepost, sykehjem, etterbehandling, rehabilitering eller til sitt eget hjem med eller uten assistanse av kommunalt organisert hjemmetjeneste. Og når pasienten i

den grad det er behøvelig, skal tilbys et koordinert, trygt og rasjonelt opplegg for videre oppfølging.

Kort sagt krever helsetjenesten en omfattende samhandling mellom ulike aktører som jobber samtidig med samme pasient og mellom ulike aktører som overleverer og overtar omsorgen for pasienten langs tidslinjen. Samhandling i helsetjenesten er altså ikke noe nytt. «Det som er nytt, er den enorme vekten som nå legges på samhandling i helsepolitikken.» (Melby og Tjora 2013, 13).

Samhandlingsreformen er siden januar 2012 under gradvis innføring. Reformen er svaret på utfordringer myndighetene har identifisert og som er knyttet til pasienters behov for koordinerte tjenester, forebygging av sykdom og en demografisk utvikling som er antatt å ville kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Samhandlingsreformen er en omfattende endringsprosess, noe som også understrekes av de definerte «hovedgrepene» i reformen som blant annet omfatter en «ny framtidig kommunerolle» og en utvikling av spesialisthelsetjenesten «slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 15).

Det er vel kjent at en rekke faktorer kan stimulere til- eller føre til motstand mot - endring (Jacobsen 2004). Lite er imidlertid foreløpig kjent om hvordan slike faktorer forholder seg innenfor rammen av samhandlingsreformen.

Begrepet samhandling brukes i sammenheng med reformen som uttrykk for

helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. (Helse- og omsorgsdepartementet 2009,13).

Uten at det hadde forandret vesentlig på det semantiske innholdet i begrepet samhandling, kunne det i denne definisjonen uten videre blitt byttet ut med samarbeid. Samarbeid og samhandling kan derfor betraktes som synonymer. (Schönfelder 2013, 63).

Det legges med andre ord opp til at en felles forståelse av målsettinger skal være grunnlaget for nye samarbeidsformer og ny oppgavefordeling. Samarbeid krever tillit (Osbourne 2010) og endring av oppgavefordeling krever kunnskapsoverføring. Min påstand er at det mangler kunnskap om graden av enighet rundt målsettinger, tillitsforhold og innstilling til kunnskapsoverføring blant de aktørene som skal samarbeide i samhandlingsreformen.

Et område som er særlig aktuelt i samhandlingsproblematikken er rehabilitering. Rehabilitering betyr direkte oversatt « å gjeninnsette verdighet.» I St. meld. Nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk, defineres rehabilitering slik:

tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (Sosial- og helsedepartementet 1998).

Rehabilitering er dermed et fagområde hvor samarbeid mellom aktører inngår i selve definisjonen. På denne måten er rehabilitering i sin natur et felt i - eller nær - selve kjernen av samhandlingsreformen. Dette er også erkjent i Stortingsmelding nr. 47; «Rehabilitering og samhandling er to sider av samme sak.» (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 62).

Som et ledd i arbeidet med å realisere samhandlingsambisjonene innen rehabiliteringsfeltet satses det blant annet på å gi støtte til konkrete prosjekter. Helse Midt- Norge RHF har lyst ut midler til samhandlingsprosjekter og Aure Rehabiliteringssenter har sammen med Aure Kommune i mai 2013 etter søknad blitt tildelt midler til prosjektet «Livsnær livshjelp.» Dette er et prosjekt der en ønsker å finne frem til en ny samarbeidsstruktur mellom helseforetak og kommune for å fremme og vedlikeholde funksjoner hos pasienter med kroniske lidelser. Likeledes skal man finne fram til samarbeidsstrukturer for rehabilitering etter skade, operasjoner og sykdom. Prosjektet er således et pilotprosjekt i kjernen av samhandlingsreformen, og et egnet utgangspunkt for å studere aktørenes ståsted

samt drivkrefter for - og motstand mot endringer innen rammen av samhandlingsreformen.

1.2 Presentasjon av tema

Samhandlingsreformen representerer den mest omfattende endring av arbeidsdelingen i norsk helsevesen i vår tid og vil ha dyptgripende organisasjonsmessig betydning for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Konsekvensene av omleggingene som er tenkt, vil kunne spores ned til individnivå, og der ha betydning for den enkeltes arbeidsplass, faglige utviklingsmuligheter og karrieremuligheter. Samhandlingsreformen skal drives fram i den enkelte kommune og i det enkelte samarbeid på tvers av tidligere og nåværende faglige og administrative grenser. Kunnskap om aktørenes utgangspunkt med hensyn til samarbeid og deres syn på trusler og muligheter i endringsprosessen er av betydning for ledelse og planlegging av samarbeid, styring av prosjekter i reformen og for utvikling av insentiver for å drive reformen videre i ønsket retning.

1.3 Problemstilling

Oppgaven skal gi kunnskap om ansatte i kommune og helseforetak sine oppfatninger omkring målsetninger, samarbeid, tillitsforhold og syn på trusler, muligheter og problemer i innledningen av et samhandlingsprosjekt.

Tilnærmingen er å undersøke aktørenes utgangspunkt for samarbeid i et samhandlingsprosjekt i en distriktskommune, for på denne måten å kunne identifisere mulige tema av særlig betydning for ledelse og tilrettelegging av fremtidige prosjekter med samarbeid i helsetjenesten generelt og innenfor samhandlingsreformen spesielt.

Fokuset er på ett spesifikt samhandlingsprosjekt; « Livsnær livshjelp,» men jeg vil trekke ut empirisk kunnskap med ekstern validitet som kan være overførbart til samhandlingsreformen generelt.

Samhandlingsprosjektet «Livsnær livshjelp» er en anledning til å studere betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak innen rammen av samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i Vangen og Huxhams (2010) teoretiske tilnærming, skal følgende delspørsmål belyses 1) Hva slags motivasjon har aktørene for sin deltagelse i prosjektet? 2) Hvilke trusler og muligheter ser aktørene i et slikt prosjekt? 3) I hvilken grad har de samarbeidende aktørene samme mål for samarbeidet? Kan aktørene samles om et felles mål? 4) Har aktørene tillit til hverandre? 5) Hva er aktørenes syn på kunnskapsoverføring fra/ til sin samhandlingspartner? Dette danner en ramme for operasjonalisering av problemstillingen gjennom utvikling av et spørreskjema.

1.4 Oppgavens oppbygging.

I neste kapittel skal jeg vise hvordan jeg knytter problemstillingen i denne oppgaven opp mot teori, der Vangen og Huxham (2010) representerer et sentralt teoretisk utgangspunkt. Jeg skal redegjøre for kunnskapsstatusen på feltet og diskutere den valgte teoretiske rammen.

Kapittel 3 beskriver caset «Livsnær livshjelp,» som er utgangspunktet for undersøkelsen

I kapittel 4 beskriver jeg de forskningsmetodene som kan være aktuelle i en slik undersøkelse og begrunner valget av metode for denne oppgaven. Jeg redegjør nærmere for spørreskjema som metode og hvordan undersøkelsen ble gjennomført.

I Kapittel 5 presenterer jeg resultater fra undersøkelsen; respondentenes svar på spørreskjemaet. Resultatene analyseres og tolkes i lys av den teorien jeg redegjorde for i kapittel 2.

I kapittel 6 vil jeg gjøre en oppsummering og trekke konklusjoner.

Blant vedleggene finnes spørsmålene som ble utarbeidet for denne oppgaven, spørreskjema som forelagt respondentene etter at spørsmålene ble samordnet med spørreundersøkelse ved Møreforsking Molde AS og plottede tabeller med svar fra respondenter.

Kapittel 2. Teori- og analyseramme

2.1 Innledning

Når en skal studere organisasjoner, eller som her studere samarbeidet mellom organisasjoner i en endringskontekst, er det grunnleggende å definere hva som skal studeres og med hvilket utgangspunkt. Oppgaven må med andre ord presiseres og avgrenses. Hva som skal studeres har jeg presentert i første kapittel, nemlig betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak innen rammen av samhandlingsreformen. Verktøyene som tas i bruk for å studere organisasjonen, de vitenskapelige metodene, omtales i kapittel 4. I dette kapitlet er fokuset på utgangspunktet, det vitenskapelige ståsted: teorien.

Teori (av gresk *theoria*, anskuelse, oppfatning) i en vitenskapelig forstand dreier seg om et system av antagelser og utsagn som muliggjør utledning av nye utsagn eller forklaring eller forutsigelse av hendelser innen det området som systemet (teorien) er ment å gjelde for (Johannessen 1991). Et teoretisk utgangspunkt gir oss med andre ord muligheten til å komme med nye og begrunnede utsagn eller vurderinger i det fagområdet der teorien er ment å gjelde. Gitt at teorien er allment akseptert i fagområdet og utsagnet er i overensstemmelse med teorien etter logiske slutningsregler, vil det nye utsagnet også måtte aksepteres som en gyldig deduksjon. Teorien er dermed ikke bare en synsvinkel, også et fundament som ny kunnskap bygger på.

Samfunnsvitenskapelig teori kan defineres som

et sett eller et system av begreper og relasjoner som står i et gjensidig forhold til hverandre, og som sammenfatter og ordner forutsetninger, antagelser og kunnskap om samfunnet (Grønmo 2004, 34).

Begreper utgjør dermed grunnkomponenter i en teori om samfunnet, og teorien består også av sammenhengen mellom grunnkomponentene og relasjoner mellom disse sammenhengene. Samfunnsvitenskapelig teori er en systematisk refleksjon om samfunnsmessige forhold som er mer eller mindre empirisk forankret. Den kan omfatte refleksjoner omkring faktiske forhold i samfunnet som er kjent gjennom

empiriske undersøkelser, refleksjoner om begrunnede antagelser som kan undersøkes empirisk eller refleksjoner basert på antagelser om samfunnsmessige forhold som ikke kan undersøkes empirisk (Grønmo, 2004).

På den annen side kan samfunnsvitenskapelig empiri være mer eller mindre teoretisk fortolket. Samfunnsforskning karakteriseres med andre ord av et samspill mellom teori og empiri om samfunnsmessige forhold (Grønmo 2004, 36).

2.2 Valg av vitenskapsteoretisk ramme

Kriterier for en anvendbar teori i denne oppgaven må derfor være at teorien omfatter begreper relevante for problemstillingen. Begrepene danner grunnkomponentene i teorien. Feiring og Solvang (2013) hevder at det fra et sosiologisk ståsted er sentralt å forankre analysearbeidet i begreper som ikke tilhører det feltet som blir undersøkt, og viser til at dette er et krav til sosiologisk analyse formulert av Pierre Bourdieu inspirert av Gaston Bachelard. Å velge en teori som fokuserer på andre aspekter ved samhandling eller samarbeid enn det som er nedfelt i samhandlingsreformen og det som er nedfelt i prosjektbeskrivelsen til Livsnær livshjelp vil være i tråd ved denne veiledningen fra Feiring og Solvang. Teorien skal være allment akseptert innenfor sitt fagområde og den skal være utgangspunkt for teoretisk informerte problemstillinger og analyseramme. På denne måten kan man starte med en problemformulering som baserer seg på en foreliggende teori, gjennomføre undersøkelser og ende opp med en teoretisk fortolkning av de empiriske analyseresultatene. Dette er et vanlig opplegg for en samfunnsvitenskapelig studie (Grønmo 2004).

I denne oppgaven har jeg på denne bakgrunnen valgt Vangen og Huxhams (2010) teori om samarbeid slik den er framlagt i boken *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* fra 2010.

2.3 Presentasjon av Vangen og Huxhams teori om samarbeid

Denne teorien vil stå sentralt resten av oppgaven, og jeg skal derfor redegjøre inngående for den.

2.3.1 Generelt

Teorien bygger på omfattende empiri. Den er utviklet fra forskning som har pågått siden 1989, hvor forfatterne etter egne opplysninger har arbeidet med og samlet data fra mange og ulike samarbeidssituasjoner. Forskningen har omfattet ulike aktører, også representanter med forskjellige roller i organisasjoner som på ulike måter har vært involvert i samarbeid. Samarbeidene som forfatterne har studert, spenner fra samarbeid med to deltagere til internasjonale, verdensomspennende nettverk og berører nesten alle aspekter av offentlig og frivillig sektor. Samarbeidene har blant annet dreid seg om helse og utdanning, samfunnsutvikling og økonomisk utvikling.

Teoriens anatomi

Teorien er strukturert rundt to bærende elementer. Den strukturert rundt spenningen mellom fordeler og ulemper ved samarbeid, «collaborative advantage» - den synergien som kan bli skapt gjennom å jobbe i fellesskap på den ene siden og «collaborative inertia» - tendensen til at samarbeid kan gå sakte eller være konfliktfylt på den andre siden. Den er også strukturert rundt drivkreftene til de som leder samarbeid, slik som frykt og belønning.

En deskriptiv og preskriptiv teori.

Siden teorien illustrerer kompleksiteten i samarbeidssituasjoner og de iboende utfordringene i slike situasjoner, er den deskriptiv. Den er imidlertid også preskriptiv fordi den belyser temaer som må løses, men uten å gi noen eksakt oppskrift for hvordan dette skal gjøres. På denne måten mener forfatterne at de tar høyde for de mange samarbeidssituasjonenes ulike egenart og at ulike ledelsestiltak kan ha både positive og negative effekter. Teorien gir derimot pekepinner til aspekter ved samarbeidssituasjoner som behøver grundig

overveielse og ledelse, forfatterne kaller disse aspektene «konseptualiseringer» eller «rammeverk.». Bidraget tar for seg fire slike konseptualiseringer eller rammeverk, og disse relaterer seg til i) enighet om målsetninger, ii) tillitsforhold, iii) kulturell diversitet og iv) holdninger til kunnskapsoverføring.

2.3.2 Vangen og Huxham (2010) om ledelse av målsettinger for samarbeid

Å se spesifikt på målsettingene til et samarbeid er av betydning, siden ledere i samarbeidsprosjekter ofte står overfor problemer knyttet til det å enes om felles mål. Forfatterne beskriver et paradoks i det å søke enighet om felles mål for samarbeid. Paradokset ligger i at muligheten for å hente ut fordeler fra et samarbeid beror på at heterogene partnere med ulike ressurser, erfaringer og ekspertise gir synergieffekter. I ulikhetens natur ligger imidlertid også, i alle fall delvis, ulike roller og visjoner, og dermed også ulike ønsker for samarbeidet. Dette paradokset gjør at det i praksis kan være problematisk å enes om målsettinger. Vangen og Huxham argumenterer her for at denne problematikken kan forstås bedre gjennom å atskille mål som påvirker handling gjennom seks dimensjoner.

Den første dimensjonen dreier seg om nivå og skiller de målene som individer ønsker å oppnå fra målsettingene til organisasjonene eller til samarbeidet. Dermed må det tas hensyn til at målsettinger på så vel organisasjonsnivå som på individnivå motiverer og påvirker atferden til de som deltar i samarbeidet.

Den andre dimensjonen dreier seg om opprinnelse, og her framholder forfatterne at om samarbeidet har sitt mandat fra, eller begrenses av, myndigheter, nasjonal eller lokal politikk eller andre organisasjoner eller individer utenfor samarbeidet, så vil dette ha effekt på målsettingene i samarbeidet.

Den tredje dimensjonen omhandler autentisitet. Deltagere i et samarbeid kan være i en situasjon hvor de egentlig ikke er tilhengere av en eksternt påført målsetting, eller de kan konstruere mål, *pseudo-mål*, for sin organisasjon for å legitimere sitt eget engasjement i samarbeidet.

En fjerde dimensjon kaller forfatterne relevans. Denne dimensjonen skiller de målene som er, eller skulle vært, direkte relevant for samarbeidet fra de som er tett relatert til samarbeidet, men ikke eksplisitt del av det.

Den femte dimensjonen er innhold, og relateres til hva samarbeidet dreier seg om, men også hvordan samarbeidet gjennomføres for eksempel hvordan kommunikasjon foregår eller et hvilket som helst annet aspekt av samarbeidsprosessen.

Den sjette og siste dimensjonen er grad av åpenhet. Målsettinger kan være åpne og eksplisitt uttrykte, men de kan også være skjulte. Det kan være mange årsaker som ligger bak at man velger å skjule målsettinger fra andre deltagere i samarbeidet, også i de tilfellene hvor partene har genuine gode intensjoner for samarbeidet.

Samlet sett illustrerer dette hvordan mål relevante for en samarbeidssituasjon relaterer seg, ikke bare til samarbeidet, men også til enkeltindividers, grupper og organisasjoners ambisjoner. Målsettingene kan stamme fra personer involvert i samarbeidsprosjektet, men også fra eksterne interessenter. De kan være genuine, men de kan også være påskudd for deltagelse i samarbeidet. De kan relatere seg til så vel arbeidsmåte som resultat og kan være åpne, men også skjulte.

Kompleksiteten av dette ene aspektet, eller denne ene konseptualiseringen som forfatterne kaller det, gir oss en pekepinn om hvor problematisk samarbeid kan være. Å analysere målsettinger gjennom disse seks dimensjonene kan gi en bedre forståelse av samarbeidssituasjonen, og dermed hjelpe oss med å lede den bedre. Forfatterne gir det rådet at det kan være praktisk klokt for partnere i et samarbeid å komme i gang med noen håndgripelige tiltak, uten nødvendigvis å være helt enige om målsettinger. Partnere bør forsøke å oppnå tilstrekkelig enighet til at arbeidet går framover, men hva som er tilstrekkelig enighet vil variere fra situasjon til situasjon.

2.3.3 Vangen og Huxham (2010) om tillit i samarbeidet

Tillit er en suksessfaktor av betydning for et samarbeidsprosjekt, men mange situasjoner preges av manglende tillit. Dette paradokset gjør at det er nødvendig å se på hvordan tillit kan bygges og vedlikeholdes mellom partnere i et samarbeid. Forfatterne legger til grunn to ulike tilnærminger i initieringen av et tillitsforhold, å etablere forventninger til samarbeidets framtid eller å ta risiko. Når det første steget så er tatt, kan tillit utvikles over tid og man kan oppnå at partene blir villige til å ta større risiko fordi en grunnleggende tillit er tilstede. Dette kaller Vangen og Huxham en «trust- building loop,» som er en klassisk «positive feedback loop» og som jeg i fortsettelsen kaller tillitssirkelen.

Initiering av tillitssirkelen

Kompleksitet og uklarhet er kjennetegn ved samarbeid og kan danne barrierer for tillitsbygging. Denne uklarheten kan i praksis omfatte noe så elementært som hvem partnerne er, typisk vil det være ulike syn på hvem som er sentrale deltagere i et samarbeid, hvilket mandat de har, hvem de representerer og hva rollene deres er. Det å etablere enighet om mål som kan initiere tillitsbyggingens gode sirkel, kan derfor vise seg å være vanskelig i praksis. Å ta risiko med formålet å bygge tillit krever en risikohåndtering assosiert med forhandlinger om målsettinger, strukturell uklarhet, forventninger og vilje og evne til å gjennomføre avtaler. Siden slik risikohåndtering er så ressurskrevende og stiller så store krav til ferdigheter og situasjonsforståelse, anbefaler forfatterne denne innfallsvinkelen til tillitssirkelen bare der hvor tillit ikke kan bygges inkrementelt.

Opprettholdelse av tillitssirkelen

Vangen og Huxham påpeker at kontinuerlig oppmerksomhet mot tillitsforhold er nødvendig for å opprettholde tillitssirkelen og det er nødvendig at deltagerne jobber sammen og gradvis utvikler sine ambisjoner for samarbeidet.

Organisasjoner er i sin natur dynamiske, og dette er enda mer karakteristisk for samarbeidsprosjekter fordi de er følsomme for endringer i hver av partnerorganisasjonene. Tillitssirkelen er sårbar også for ubalanse i maktforhold. Det uunngåelige fenomenet at noen deltagere er mer sentrale i prosjektet enn andre, vil typisk gi atferd som kommer i veien for tillitsbygging. Evnen til å

akseptere ubalanser i maktforhold, forståelsen av at maktforhold kan endres i løpet av samarbeidet og evnen til å tolke atferd med utspring i disse ubalansene, kan hjelpe til å hindre tap av tillit. Samarbeid er som nevnt dynamisk i sin natur og derfor må man kontinuerlig være oppmerksom på de mange aspektene av samarbeidet med betydning for tillit. Å ignorere ett slikt aspekt kan føre til brudd i tillitssirkelen.

2.3.4 Vangen og Huxham (2010) om ledelse av kulturell diversitet

Vi har allerede sett at ulikheter mellom partnere i et samarbeid er en kilde til så vel fordeler som ulemper. En betydelig del av disse ulikhetene kan være rotfestet i nasjonal-, organisasjons- eller profesjonskulturer som partene identifiserer seg med. Partneres kulturelle ulikheter interagerer og skaper spenninger. Her danner Vangen og Huxham tre konsepter for slike spenninger.

Det første angår spenningen som ligger i å stå overfor annerledeshet, og har med individers oppfatninger og forventninger til sine partnere å gjøre. Det er nødvendig å bygge en kulturell bevissthet for å forebygge, tåle og håndtere feilaktige forventninger og oppfatninger om overlegenhet. Samtidig må en unngå stereotypiens fallgruber. Spenningen oppstår som følge av at det i prosessen med å bygge kulturell bevissthet ligger et behov for å generalisere og danne begreper. Dermed er risikoen for å lære stereotyper stor.

Den andre spenningen dreier seg om partneres ulike arbeidsmåter og ulike måter å interagere på. Det viktigste aspektet her er kommunikasjon som kommer til uttrykk både gjennom språket og gjennom etikette. Ulike fagspråk og ulik organisasjonsspesifikk sjargong øker mulighetene for mistolkninger og misforståelser.

Det tredje, å omfavne forskjellene som ligger i individuelle oppfatninger, atferd og ekspertise samtidig med forskjellene som ligger i organisasjonenes systemer og prosedyrer er helt avgjørende for å kunne hente ut fordeler av samarbeidet. Dette peker i sin tur mot ytterligere tre spenningsfelt som henger sammen med hverandre. Disse omfatter spenningen mellom fleksibilitet og etablerte prosedyrer,

spenningen mellom autonomi og tilregnelighet og spenningen mellom å beholde kontroll versus å håndtere kompleksitet. Fleksibilitet i strukturer og prosesser er nødvendig for å legge til rette for ulikheter, samtidig er etablerte faste strukturer gjerne det som gjør organisasjoner i stand til å bidra inn i samarbeidet i utgangspunktet.

Enkeltindividene trenger autonomi til å handle på vegne av sine organisasjoner, mens tilregnelighet er nødvendig for å beskytte organisasjonens interesser. Å beholde kontroll er nødvendig for å styre den felles agendaen i riktig retning, mens i å håndtere kompleksitet ligger evnen til å gi de samarbeidende aktørene spillerom slik at potensialet for synergier kan hentes ut. Vangen og Huxham (2010) illustrerer gjennom disse begrepene at kulturelle forskjeller kan ha innvirkning på alle aspekter av samarbeidet og at suksess i ledelsen av kulturell ulikhet forutsetter et bevisst fokus på en rekke problemstillinger som oppstår som et resultat av kulturell interaksjon.

2.3.5. Vangen og Huxham (2010) om holdninger til kunnskapsoverføring

Det kan være mange grunner til å samarbeide, men det å lære av hverandre er sentralt for ethvert samarbeid. Holdninger til kunnskapsoverføring kan imidlertid variere. Kunnskapsoverføring kan være selve grunnen, eller deler av grunnen, til å sette i stand et samarbeid. Oftest er imidlertid kunnskapsoverføring noe som skjer parallelt med forfølgelsen av det uttrykte målet for samarbeidet. Ny kunnskap, en kunnskap som ingen av partene hadde på forhånd, kan også bli dannet som et resultat av samarbeidet og er et sentralt konsept i innovasjonsledelse. Aktører i et samarbeid kan innta ulike holdninger til kunnskapsoverføring. Vangen og Huxham (2010, 176) presenterer stereotypene på denne måten:

- i) Egoistisk: Vi tar fra deg uten å gi tilbake.
- ii) Delende, utvekslende: Vi tar fra deg og vi gir til deg. Du tar fra oss og gir til oss.
- iii) Delende, utforskende: Vi tar fra deg og vi gir til deg. Du tar fra oss og gir til oss. Sammen lærer vi å lage kunnskap.

iv) Tilsidesettende: Å lære av eller med partnere er ikke noe vi tenker på.

For å forstå mer av de holdningene som aktører bringer med seg inn i et samarbeid, er det ifølge Vangen og Huxham (2010) nyttig å bryte ned stereotypiene til mindre enheter, slik som aktørenes holdning til gi og ta imot kunnskap fra en partner. I begge tilfellene åpner det for mange muligheter.

- a) Holdninger til å gi av sin kunnskap. En organisasjon kan være tilbakeholdende med å gi av sin kunnskap av protektive grunner, man stoler ikke på partneren og derfor holder man tilbake kunnskap. Årsaken til å ikke dele av sin kunnskap kan imidlertid også være usikkerhet i betydningen av man ikke stoler på sin kunnskap, og derfor ikke vil dele den ut. I begge tilfeller vil partneren kunne oppfatte dette som egoistisk. Motsatt kan det å gi kunnskap oppfattes som uttrykk for en aktverdig positiv holdning til kunnskapsdeling, selv om tanken som ligger til grunn er mindre enn aktverdig. Her trekker forfatterne fram eksemplene med den proaktive og egoistiske «tvangsforing,» hvor man gir kunnskap når man trenger at partneren forstår noe, og den hjelpsomme, men kontrollerende og instrumentelle «foreldrerollen,» som betegner at man gir kunnskap først når man vurderer at den er til nytte for partneren.
- b) Holdninger til å motta kunnskap er også ulike. Man kan være skjødesløs i sin forvaltning av kunnskap som har blitt en til del. Dette illustrerer forfatterne med tilfellet hvor man ikke hadde tenkt å ta noe fra partneren, men når man likevel har kunnskapen, så bruker man den. Selv om dette går på bekostning av partneren. Man kan også være egoistisk i måten man mottar kunnskap på, for eksempel gjennom kun å ta til seg kunnskap som man mener en selv har nytte av, uten hensyn til at partneren kan ha nytte av at en besitter kunnskap. Det å motta kunnskap kan også begrenses av tillit, man tar ikke imot kunnskap fordi man ikke stoler på at kunnskapen er korrekt. En partner kan også mangle kompetansen til å motta kunnskap.

2.3.6 Vangen og Huxham (2010) om å forstå suksessfullt samarbeid

Ovenfor har jeg redegjort for Vangen og Huxham sin teori på fire områder; målsettinger, tillit, kultur og kunnskapsoverføring. Dette er noen, men ikke alle, av temaene som utgjør helhetsbildet av samarbeid. Temaene henger sammen og de påvirker hverandre. Samarbeid er så komplekst at forfatterne konkluderer med at uten bevissthet om de enkelte bestanddelene, hvorav noen viktige er belyst ovenfor, er det mer sannsynlig at et samarbeid fører til «collaborative inertia» enn til «collaborative advantage.»

Selv om det er mange suksesshistorier, er suksessen sjelden fullstendig. Forfatterne minner oss her om at en nøkkel til å oppnå suksess ligger i å vite hvordan man skal gjenkjenne den. Suksess kan nemlig være mye bredere enn å oppnå et mål man formulerte innledningsvis. Suksessen kan også ligge i samarbeidsprosessen, det overhodet å ha klart å samarbeide. Suksessen kan ligge å ha nådd milepæler underveis, milepæler som kanskje ikke engang var definerte da samarbeidet startet. Anerkjennelse kan også være en suksess, slik anerkjennelse kan komme i form av hederlig omtale i media eller forespørsler om råd eller hjelp til andre samarbeidsprosjekter. Suksess kan også relateres til personlig stolthet. Alle disse perspektivene på suksess kan tilsammen danne et grunnlag for realistiske forventninger til – og evalueringer av - et samarbeidprosjekts suksess.

2.3.7 Vangen og Huxhams bidrag er en del av et større bilde

Denne tilnærmingen som jeg nå har redegjort for informerer mitt empiriske arbeid. Vangen og Huxhams teoretiske bidrag er likevel bare en del av et større bilde i forståelsen av de kreftene som er i bevegelse i samhandlingsreformen. I fortsettelsen skal jeg presentere en noe bredere teoretisk kontekst ved å se nærmere på forskning med relevans for samhandlingsreformen og dermed for mitt prosjekt.

2.4 Kunnskapsstatus på feltet

Denne oppgaven tar mål av seg til å studere betingelsene for samarbeid mellom helseforetak og kommune innenfor rammene av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen er i en forskningssammenheng ett nytt fenomen og det ligger i sakens natur at det forefinnes lite forskning på en reform som siden 2012 er under gradvis innføring. Forståelsen av forhold knyttet til reformen må derfor i stor grad støtte seg til kunnskap som har sitt utspring fra andre kontekster enn reformen i seg selv. Som tidligere diskutert i denne oppgaven er imidlertid ikke samhandling noe nytt i helsevesenet.

Mye av litteraturen om samarbeid innen helsefagene måler effekter av samarbeid gjennom endepunkt som dødelighet eller funksjonsnivå i de aktuelle pasientgruppene, uten å vurdere samarbeidet i seg selv. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har lagd en rapport om effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer (Ranheim et al. 2010). Arbeidsform og målgruppe har mye til felles med Livsnær livshjelp og fokusområder i samhandlingsreformen. Rapporten kom i stand etter bestilling fra Helse Sør RHF som ønsket å få belyst om slike tiltak medførte forbedret helse for pasientene og redusert bruk av spesialisthelsetjenesten. Forskerne støtter seg på oppsummert forskning, i alt 20 systematiske oversikter. Til tross for dette er en av konklusjonene at de finner mangelfull dokumentasjon for å kunne trekke klare konklusjoner og gi sikre anbefalinger om hvordan tverrfaglige tiltak for de fleste pasienter med kroniske sykdommer bør organiseres.

En mindre del av litteraturen fokuserer blant annet på organiseringen av helsetjenester og gir normative tilrådinger for behandling, oppfølging og oppgavefordeling, vanligvis basert på omfattende medisinsk organrettet forskning. Denne delen av litteraturen består i stor grad av faglige retningslinjer. I Norge er det Helsedirektoratet som har ansvar for utarbeidelsen av nasjonale faglige retningslinjer og det foreligger i øyeblikket 61 slike organspesifikke nasjonale faglige retningslinjer. Ett eksempel på en slik retningslinje er *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* (Helsedirektoratet

2010). Denne retningslinjen er representativ for denne typen litteratur i det at den forutsetter et samarbeid og gir medisinsk begrunnede tilrådinger til enkeltaspekter ved samarbeidet, uten å gå nærmere inn på betingelsene for samarbeidet. Samarbeidsteoretiske aspekter er ikke vektlagt.

I en artikkel om sykepleieres oppfatninger om organisasjonsmessige faktorer av betydning for samarbeidsforhold (Smith et al. 2010) påpekes det at samarbeidsforholdene påvirkes av konteksten til den organisasjonen helsearbeideren jobber, men at det er begrenset kunnskap omkring betydningen som organisasjonsmessige forhold har. I studien som er basert på semistrukturerte intervjuer av sykepleiere i Montreal, kommer det fram at ett moment er av særlig betydning for samarbeid, nemlig det å være tilgjengelig for samarbeid. Arbeidsdagens struktur og mangel på tid, er dermed organisasjonsmessige forhold som forfatterne påpeker kan være til hinder for utviklingen av samarbeidsforhold. Utvikling av samarbeid er med andre ord avhengig av at det er tid til rådighet for å kommunisere med partnerne i samarbeidet og at det finnes kanaler for kommunikasjonen.

Corwin og kolleger (2012) presenterer i en artikkel en studie av et innovasjonsarbeid ved Haukeland Universitetssykehus i Bergen. Målet har vært å forhindre underernæring av innlagte pasienter, og tidligere forsøk på å forhindre slik underernæring har ikke vist særlig suksess. En stor del av utfordringen har ligget i at ansvaret for ernæring av pasientene har vært spredd over flere avdelinger og yrkesgrupper. De konkluderer blant annet med at samarbeid i seg selv kan bidra til å overvinne organisatoriske og finansielle hindringer for endringen. Forfatterne identifiserer følgende faktorer som avgjørende for at samarbeidet lykkes: Klare målsettinger, klar struktur for gjennomføring av prosjektet, rekruttering av dedikerte deltagere, enighet om regler og roller, tillit og koordinering, direkte kommunikasjon ansikt til ansikt, å verdsette oppnåelser underveis samt å gi innovasjonen synlighet og publisitet. Dette er funn som i stor grad er i tråd med Vangen og Huxham (2010).

Mørk og kolleger (2013) ser i et kapittel i boka *Samhandling for helse* (Tjora og Melby (red.), 2013) på hvorfor tverrfaglig samhandling knyttet til utvikling og implementering av nye behandlingsformer kan være utfordrende. Utgangspunktet

er en studie av Intervensjonssenteret, som er en tverrfaglig FoU (forsknings- og utviklings) -avdeling ved Oslo universitetssykehus. Fokus er ikke på maktforhold eller motstand mot endring, men på hvordan samhandling mellom ulike epistemiske kulturer (leger, ingeniører, sykepleiere og radiografer) kan være utfordrende. Forfatterne påpeker at i en slik «konstellasjon av sammenkoblede praksiser» ligger det innebygde kulturelle utfordringer som kan hemme mulighetene for tverrfaglig samhandling og læring. For å forklare disse utfordringene peker forfatterne på en spenning som ligger mellom lokal praksis og den medisinske forskningens i orientering mot globale nettverk. Hvert praksisfelleskap som i denne sammenhengen ved Intervensjonssenteret defineres som sykepleiere, leger, ingeniører og radiografer er nemlig samtidig en del av et praksisnettverk som strekker seg langt utover den umiddelbare jobbsammenhengen. Mens legene har en sterk lojalitet rettet mot en internasjonal referansegruppe, ga sykepleierne uttrykk for en lokal orientering som legger større vekt på pasientenes umiddelbare behov og forbedring av daglig praksis. Forfatterne argumenterer for at spenningen mellom lokal praksis og den medisinske forskningens orientering mot globale ekspertnettverk i en del tilfeller kan trenge «et nytt balansepunkt» og at

den samhandlingen som er nødvendig på systemnivå for å skape en integrert helhet til beste for pasientene, er utfordrende når praksisfelleskap som representerer ulike epistemiske kulturer skal samhandle (Tjora og Melby 2013, 275).

I en artikkel om partnerskap mellom forvaltningsnivå, ser Fimreite og Selle (2013) på hvordan partnerskapet mellom stat og kommune i Nav fungerer. Slike partnerskap er i de siste årene nemlig introdusert på flere viktige områder i Norge. Ett motiv som Nav- reformen har til felles med samhandlingsreformen er å sikre sømløs oppgaveløsning på tvers av nivåer og/ eller sektorer. I helsevesenets tilfelle på tvers av primær- og spesialisthelsetjenestenivået, i Navs tilfelle en samordning av tjenester og ytelser innen trygdefeltet, arbeidsmarkedstiltak og sosialhjelp. Evalueringen av Nav-reformen indikerer at denne samordningen er mer utfordrende mellom nivåer enn den er mellom sektorer. Med bakgrunn i ulike dimensjoner av partnerskap, grad av formalisering, grad av permanens, grad av private deltagere og grad av frivillighet, påpeker forfatterne at offentlige

partnerskap kan ha svært ulik strukturell utforming og grad av forpliktelse. En viktig utfordring er at styringsbetingelsene endrer seg når partnerskap på tvers av sektorer og nivå dannes. Siden partnerskap i utgangspunktet er en annen måte å styre på enn hierarki eller marked, må nye samordnings- og styringsmekanismer innføres. «I en avansert, nivå- og sektororganisert velferdsstat som den norske, har dette vist seg vanskelig på velferdsstatens kjerneområder.» (Fimreite og Selle 2013, 71). Samtidig utydeliggjør samordningen i partnerskap det politiske ansvaret for tjenestene og lokaldemokratiet kan på en slik måte komme under press. Dette er i tråd med Vangen og Huxham (2010) sin presisering av spenningen mellom autonomi og tilregnelighet.

2.5 Fra teori til case

Med dette kapitlet har jeg redegjort for den valgte teoretiske rammen, og forsøkt å formidle de sentrale aspektene av Vangen og Huxhams teoretiske perspektiv på samarbeid. Hovedpunkter har vært de spenningsområder innen samarbeidsforhold som angår målsettinger, tillit, kulturell diversitet og kunnskapsoverføring. Forståelsen av suksess i et samarbeid har jeg på bakgrunn av samme teori utvidet til å omfatte noe mer enn oppnåelsen av det initialt formulerte mål for samarbeidet.

En gjennomgang av kunnskapsstatusen på feltet viser at det forefinnes lite kunnskap om samarbeid innen rammen av samhandlingsreformen, og at den litteraturen som omhandler samarbeid innen helsefagene i stor grad måler helseeffekter, heller enn å vurdere samarbeidet i seg selv. I denne oppgaven ser jeg samhandlingsprosjektet Livsnær livshjelp som nettopp en anledning til å studere betingelsene for samarbeid mellom helseforetak og kommune innen rammen av samhandlingsreformen, og i neste kapittel skal jeg gjøre rede for dette prosjektet som er oppgavens case.

Kapittel 3. Livsnær livshjelp

3.1 Aure kommune

Aure kommune er en kystkommune nordvest i Møre og Romsdal fylke.

Nabokommunene er Smøla, Kristiansund og Halså på Nordmøre og Hemne i Sør-Trøndelag. Aure kommune og Tustna kommune ble slått sammen i 2006, kommunen har i dag om lag 3600 innbyggere.

På kommunen sine hjemmesider kan man lese at primærnæringene fremdeles står sterkt i Aure og det er ca. 110 registrerte gårdsbruk i drift. Ellers er næringslivet i kommunen preget av fiskeri- og havbruksnæringen med flere forholdsvis store anlegg innen matfisk og smolt. Det er verkstedindustri med 2 skipsverft flere mindre bedrifter innen verkstednæringen. Aure er også vertskommune for industrianlegget på Tjeldbergodden som består av metanolfabrikk, gassmottaksanlegg og luftgassfabrikk .

Kommunen har to sykehjem. Det ene er en del av Aure Helsetun der også andre helsetjenester som legekontor, hjemmetjeneste, psykiatritjeneste, ergoterapi og fysioterapitjenesten er lokalisert. I 2012 ble det åpnet en ny korttidsavdeling ved dette sykehjemmet; Aure helsetun – behandlings og rehabiliteringsavdeling, med 4 pasientrom. Avdelingen er Aure kommune sin satsning for å møte nye og økte oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen (Aure kommune 2014).

Målsettingen er å gi medisinsk behandling som alternativ til sykehusinnleggelse og ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus samt å tilby korttids rehabiliteringsopphold for hjemmeboende.

3.2 Helse Møre og Romsdal HF og Aure rehabiliteringssenter

Helse Møre og Romsdal HF har ansvaret for den offentlige spesialisthelsetjenesten i fylket. Hovedoppgavene er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Foretaket har om lag 4200 årsverk fordelt på 6300 ansatte. I tillegg til 4 sykehus driver foretaket institusjoner for psykiatri og rehabilitering (Helse Møre og Romsdal 2014).

Aure Rehabiliteringssenter ble etablert i 1980 og ble i forbindelse med helseforetaksreformen i 2002 en del av Helse Nordmøre og Romsdal HF. Nå er senteret en del av klinikk for rehabilitering i Helse Møre og Romsdal og har i overkant av 31 årsverk fordelt på 40 ansatte. Det er 12,5 stillinger for sykepleiere, 4 fysioterapeutstillinger samt en stilling for turnusfysioterapeut og 1,5 ergoterapeutstilling. Senteret tilbyr døgnplasser innen spesialisert rehabilitering til pasienter med ulike diagnoser. Pasientene kommer til individuelle eller gruppebaserte opphold etter henvisning fra sykehus eller fastleger.

3.3 Livsnær livshjelp

3.3.1 Generelt

Livsnær livshjelp med undertittelen «Rehabilitering i nærmiljøet,» er et lokalt samhandlingsprosjekt mellom Aure kommune og Helse Møre og Romsdal HF ved Aure rehabiliteringssenter:

Et prosjekt der en ønsker 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. (Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter og Aure kommune 2013, 1).

Prosjektet skal ta for seg «grensepasienter.» Pasienter som tidligere har funnet et tilbud hos spesialisthelsetjenesten og som nå i større grad opplever å få avslag på spesialisert rehabilitering. Grunnet varierende rehabiliteringstilbud i kommunene anser man at det er fare for at enkelte pasienter med behov for rehabilitering faller utenfor. Man vil derfor ta for seg pasienter tilhørende i Aure kommune som er hjemmeboende og står i fare for funksjonstap, som tidligere har hatt gjentatte døgnbaserte rehabiliterings- eller korttidsopphold eller som er innlagt for spesialisert rehabilitering etter traume/ skader/ varig funksjonstap og som trenger kommunal oppfølging over tid.

Målet er å kunne dreie rehabilitering i retning mot hverdagsrehabilitering i kommune. Dette er en stor og omfattende omstilling av de hjemmebaserte tjenestene slik man kjenner de i dag. En ser for seg at dette prosjektet kan bidra til å sikre behandlingskjeden mellom spesialisthelsetjeneste og kommune i startfasen ved kompetanseoverføring og samhandling. (Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter og Aure kommune. 2013, 6).

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmetode som går ut på at de som mottar hjemmesykepleie eller annen bistand skal trenes opp til å bli mer selvhjulpne (NOU 2011). Arbeidsmetoden går ut på å sette inn mye ressurser tidlig i håp om å hindre eller redusere videre funksjonstap hos brukeren (NOU 2011).

3.3.2 Organisering av prosjektet

Fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere som arbeider med spesialisert rehabilitering (Aure rehabiliteringssenter) og generell rehabilitering (Aure kommune) skal samarbeide i tverrfaglige team med fokus på et mer samordnet pasientforløp. Det er tenkt at det skal foregå en rullering av faggruppene uavhengig av hvor man er ansatt eller hvor rehabiliteringen skal foregå. Prosjektet har ansatt en fysioterapeut fra Aure rehabiliteringssenter som prosjektleder i fulltid og styres av en gruppe på 6 personer, styringsgruppen. Styringsgruppen er sammensatt av enhetslederne for sykehjem, hjemmetjeneste, enhet for helse og familie i Aure kommune, rådmann i Aure kommune, seksjonsleder og avdelingsleder for fysioterapi ved Aure rehabiliteringssenter og prosjektleder. Det er også opprettet en prosjektgruppe med 8 representanter fra Aure kommune (sykepleiere fra sykehjem og hjemmetjeneste, ergoterapeut og fysioterapeut) og 2 fra Aure rehabiliteringssenter (sykepleier og fysioterapeut). I tillegg deltar prosjektleder også her.

3.3.3 Tiltak planlagt i prosjektperioden

I prosjektperioden skal det skje en kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ved rullering/ hospitering av fagpersonell. Det skal etableres tverrfaglige team på tvers av første- og andrelinjetjenesten. Det skal arrangeres felles fagdager «slik at man som likeverdige parter får kjennskap til utfordringer og kompetanse andre steder i behandlingsskjeden og bryter ned eventuelle hinder for samarbeid.» (Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter og Aure kommune 2013, s 6). Det skal gjennomføres kurs og opplæring av ansatte og etableres lærings- og mestringstilbud for pasienter og pårørende. Der det kan være hensiktsmessig skal det etableres «dagtilbud.»

3.3.4 Prosjektets mål

Hovedmålet for prosjektet angis å være at

Pasienter med funksjonsnedsettelser etter hjerneslag og/ eller andre kroniske, gjerne progredierende lidelser, skal motta et rehabiliteringstilbud som fremmer og bevarer optimal funksjon for hver enkelt (Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter 2013, 7).

Det er også formulert et delmål som er å

Ha tilstrekkelig kompetanse og ressurser i kommunen til å dreie hjemmetjenestetilbudene mot hverdagsrehabilitering, slik at man reduserer (re)innleggelse i spesialisthelsetjenesten og begrenser døgnbaserte sykehjemsopphold (Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter 2013, 7).

3.3.5 Tidsramme og finansiering

Livsnær livshjelp er et desentralisert prosjekt etter et lokalt initiativ i Aure. Etter søknad ble prosjektet i mai 2013 tildelt samhandlingsmidler fra Helse Midt- Norge RHF for ett år, med mulighet til forlengelse. I denne omgangen fikk prosjektet tildelt 1 060 000 kroner. I tillegg har prosjektet fått tildelt VRI (Virkemidler for

regional FoU og Innovasjon) fra VRI Møre og Romsdal (Møre og Romsdal Fylkeskommune og Norges Forskningsråd) til finansiering av rapport utarbeidet av Møreforskning (Kaurstad, Witsø og Bachmann 2014). Det arbeides for å få forlenget finansieringen og for å utvide prosjektet til å gjelde for flere kommuner.

Oppsummert er Livsnær livshjelp er et ektefødt barn av samhandlingsreformen. Det er et lokalt initiert samarbeid mellom kommune og helseforetak, finansiert med midler tildelt av det regionale helseforetaket. Det tar for seg et sentralt felt i samhandlingsreformen og har ambisjoner om ekspansjon og generalisering av de metoder for samhandling man kommer fram til i prosjektet.

Kapittel 4. Metodisk tilnærming

4.1 Innledning

En hovedregel for vitenskapelig virksomhet er å velge en metode som er adekvat i forhold til problemstillingen (Malterud 2002). Vitenskapelige metoder er regler eller retningslinjer som forskning baserer seg på og som kan brukes til å evaluere kunnskap (Frankfort- Nachmias og Nachmias 1996).

Mens forskningsetikk omfatter et sett av normer som skal sikre at vitenskapelig virksomhet er moralsk forsvarlig, utgjør vitenskapelige metoder et sett av retningslinjer som skal sikre at vitenskapelig virksomhet er faglig forsvarlig (Grønmo 2004, 27).

Metodelæren viser hvordan vi kan gå fram for å framskaffe kunnskap og sikre at denne kunnskapen oppfyller krav til vitenskapelig kvalitet. Jeg skal i dette kapitlet tar ikke forsøke å gi noen helhetlig oversikt over samfunnsvitenskapelige metoder, men heller gi en bakgrunn for å forstå de metodevalgene som er gjort i denne oppgaven og belyse den valgte metodes muligheter, begrensninger, styrker og svakheter.

4.2 Valg av metode

Forskningsspørsmålet, eller det som i vitenskapelige undersøkelser gjerne kalles problemstillingen, danner utgangspunktet for valg av metode. Problemstillingen utformes ofte rent språklig som et spørsmål, men kan også utformes annerledes, for eksempel som en påstand som skal bekreftes eller forkastes eller et emne som skal belyses.

...problemstillingen er et av de aller mest sentrale elementene i forskningsprosessen. Hvordan problemstillingen utformes, har stor innvirkning på den videre utviklingen av forskningsprosessen og kan få

avgjørende betydning for de forskningsresultatene vi kommer fram til (Grønmo 2004, 62).

Problemstillingen må altså formuleres klart og fullstendig, og formuleringen må reflektere en åpenhet i forhold til forskningsresultatet. Den har betydning for selve forskningsprosessen og hvorvidt prosjektet er gjennomførbart innenfor de rammene som foreligger.

De fleste problemstillinger er for store eller for komplekse til å kunne løses uten å deles opp i mindre enheter – delspørsmål eller subproblemer. Delspørsmålene må være fullt ut forskbare enheter, de må være klart knyttet til fortolkningen av data, de bør være få og til sammen må de kunne dekke alle områder av betydning for hovedspørsmålet (Leedy og Ormrod 2013).

I denne oppgaven er hovedproblemstillingen å studere betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak. Når det gjelder formulering, passer dette inn i kategorien «emne som skal belyses» ovenfor. For operasjonalisering er problemstillingen for kompleks, og må derfor deles opp i forskbare delspørsmål. Jeg har valgt disse på et teoretisk informert grunnlag. Delspørsmålene er 1) Hva slags motivasjon har aktørene for sin deltagelse i prosjektet? 2) Hvilke trusler og muligheter ser aktørene i et slikt prosjekt? 3) I hvilken grad har de samarbeidende aktørene samme mål for samarbeidet? 4) Har aktørene tillit til hverandre? 5) Hva er aktørenes syn på kunnskapsoverføring fra/ til sin samhandlingspartner? Disse spørsmålene er mulig å belyse, de er relativt få og til sammen dekker de områdene av betydning for hovedproblemstillingen når teorien til Huxham og Vangen legges til grunn.

Metodelæren skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Som begrepene antyder retter kvantitativ metode seg mot det som kan kvantifiseres; telles eller måles, mens kvalitativ metode er rettet mot å genere kunnskap hvor man undersøker egenskaper – eller kvaliteter – som vanskelig lar seg telle. Eksempel på dette kan være mening eller karaktertrekk ved fenomener. Typisk vil man ved anvendelse av kvantitativ metode ha behov for et stort antall forekomster som man kan benytte som grunnlag for statistiske beregninger, mens kvalitativ metode typisk vil bli brukt der man har et mindre antall forekomster – noen ganger bare en

– som studeres i dybden. Siden det å kvantifisere står så sentralt i menneskets tankegang, er det likevel vanlig at det forekommer mengdeangivelser og hyppighetsanslag også i kvalitative forskningsrapporter (Repstad 2009).

Målgruppen for undersøkelsen i denne oppgaven er liten, 35 personer er identifisert som aktuelle respondenter. Forskningsspørsmålene dreier seg om holdninger, forståelser, oppfatninger, meninger og motiver. Alt dette er komplekse fenomener som må forstås, beskrives, tolkes utfra sin naturlige kontekst. I prosjektet ligger det dermed best til rette for bruk av kvalitative metoder. Selv om det kan være aktuelt å gjøre enkelte optellinger eller hyppighetsanslag ut fra data som innsamles, er det derfor i utgangspunktet ikke aktuelt å hente inn data med det for øye å gjennomføre statistiske analyser.

4.3 Casestudier

I en casestudie undersøker man et bestemt individ, et program eller en hendelse i dybden og over en definert tidsperiode (Leedy og Ormrod 2013). En casestudie kan være spesielt egnet til lære mer om en lite kjent eller dårlig forstått situasjon. Casestudien kan også brukes til å kaste et kritisk lys over eksisterende teori (Repstad 2007). I denne oppgaven er fokuset på ett enkelt case, Livsnær livshjelp; en single case undersøkelse. Man kan imidlertid også studere to eller flere cases. Disse kan gjerne være like eller ulike på bestemte måter, og slik kan man gjøre sammenligninger, bygge teori eller foreslå generaliseringer (Leedy og Ormrod 2013). Slike tilnærminger kalles multiple casestudier.

Ulike metoder kan tas i bruk i casestudier. Forskeren kan samle data om individ(er), program(er) eller hendelse(r) gjennom observasjon, intervju, dokumenter, spørreskjema eller audiovisuelt materiale. Det er også naturlig å få med detaljer om den konteksten som caset befinner seg i. Dette kan være fysiske omgivelser og historiske, politiske og sosiale faktorer med innvirkning på situasjonen.

Gjennom å identifisere casets kontekst, hjelper forskeren andre som senere leser forskningsrapporten å trekke konklusjoner om i hvilken grad studiens

funn kan være generaliserbare til andre situasjoner (Leedy og Ormrod 2013, 141).

4.4 Vanlige kvalitative tilnærminger

Begrepet kvalitativ forskning omfatter en rekke tilnærminger til forskning som har det til felles at de studerer fenomener i sine naturlige omgivelser og at de tar mål av seg å studere eller forstå kompleksiteten til disse fenomenene (Leedy og Ormrod 2013).

I observasjonsstudier registrer man hvordan mennesker oppfører seg i visse situasjoner.

Observasjon har den verdi at den gir forskeren et mer direkte inntak til sosial interaksjon og sosiale prosesser, der spørreundersøkelser og dokumentanalyse ofte bare kan gi indirekte, annenhånds informasjon (Repstad 2009, 33).

Forskeren må treffe en rekke valg. Skal det legges opp til en deltagende observasjon eller en strukturert observasjon med på forhånd utformede observasjonsskjema og uten deltagelse i aktørenes virksomhet? I tilfellet deltagende observasjon må man få formell adgang til det stedet, feltet, hvor observasjonen skal foregå. Deltagende observasjon krever også at man oppnår aksept og tillit blant de som skal observeres. Forskeren må velge posisjon som deltager og dermed synsvinkel som observatør. Innenfor samme felt er det mulig å plassere seg i ulike posisjoner, for eksempel blant forskjellige grupper av ansatte i en bedrift (Grønmo 2004, s 143). Siden det ikke er mulig å observere alt, må forskeren velge et fokus for sin observasjon.

Blant de vanlige problemene i slike studier er forskningseffekt; ved åpen observasjon vil aktørene opptre annerledes enn de ellers ville ha gjort, nettopp fordi de blir observert. Dette fenomenet har blitt kjent som Hawthorne- effekten etter det berømte eksperimentet ved Western Electric Companys fabrikk i Hawthorne ved Chicago på 1920- OG 1930-tallet. Der undersøkte man produktivitet, og fant, ikke overraskende, at produktiviteten økte når testpersonenes arbeidslys ble forbedret. Det som var overraskende, var at

produktiviteten også økte i et påfølgende eksperiment hvor lyset ble skrudd ned! (Halvorsen 2011). Et annet vanlig problem er at man kan miste den akademiske distansen og få personlige interesser i det som skjer i feltet, av sosialantropologene kalt «to go native,» en problemstilling som blir satt ytterligere på spissen om man skulle kjenne noen av aktørene eller ha forbindelser til feltet fra før.

I en kvalitativ dokumentanalyse bruker man skrevne tekster som kilde eller data for undersøkelsen. Dokumenter gjennomgås systematisk av forskeren for å hente ut relevant informasjon om de forholdene som skal studeres. Dokumentene kan i prinsippet være av mange slag, for eksempel møtereferater, bøker, lover, regelverk, brev, brosjyrer eller avisartikler. Forskerens perspektiv er også her av betydning, siden det kan påvirke utvelgingen og tolkningen av tekstene. Kildekritikk og kontekstuelle vurderinger er viktige oppgaver for den som gjennomfører slike undersøkelser (Grønmo 2004).

Utspørring av respondenter kan gjøres på flere måter. Det kan gjøres som intervju individuelt eller i grupper, såkalte fokusgruppeintervjuer. Respondenter kan også utspørres skriftlig gjennom spørreskjema, og i neste delkapittel skal jeg redegjøre nærmere for spørreskjema som metode. Spørreskjema har jeg valgt i denne oppgaven av flere årsaker. Det er tidsmessig besparende og gir en avstand mellom forskeren og respondenten.

4.5 Spørreskjema som metode

Spørreundersøkelser kan uformes kvantitativt eller kvalitativt. Kvantitative spørreskjema er aktuelle der man ønsker kunnskap om fordelingsmønstre i en stor befolkning (Repstad 2007).

Spørreskjemaer er en vanlig brukt metode innen samfunnsvitenskapene og mange har direkte erfaring med metoden fra ulike undersøkelser hvor de selv har vært respondenter. Spørreskjemametoden er effektiv og mange kan svare på kort tid. Lærebøker i metode (Svartdal 2009, Leedy og Ormrod 2013) lister vanligvis opp praktiske råd for utformingen av spørreskjemaer til bruk i vitenskapelige

undersøkelser og råd for gjennomføringen av slike prosjekter. Man skal planlegge timing, slik at svarraten ikke blir lidende under at skjemaet kom respondentene i hende på et ubeleilig tidspunkt. Man skal forsøke å sette seg i respondentens sted, slik at man utformer selve skjemaet på en måte som gjør terskelen for å svare lavest mulig. Og det er viktig å motivere respondentene, gi dem lyst til å svare. Som alle andre metoder for datainnsamling, har spørreskjemametoden sine svakheter. «For at spørreskjema skal gi verdifulle data, må de være grundig planlagt, konstruert og distribuert.» (Leedy og Ormrod 2013,191). Jeg skal her belyse noen sentrale aspekter fra metodelitteraturen om spørreskjema.

4.5.1 Vanlige svarformater

I prinsippet kan spørsmål stilles på 2 måter. Den ene måten er å formulere åpne spørsmål, hvor respondenten kan besvare spørsmålet fritt (open-ended). Den andre muligheten er å bare tillate forhåndsbestemte eller begrensede svarmuligheter (closed-ended). I dette tilfellet oppgis svaralternativer som respondenten skal vurdere. Hvis forskerens siktemål er å identifisere hva folk mener om et saksforhold, kan det være fornuftig å bruke åpne spørsmål. Hvis forskeren kan spesifisere svaralternativene på en velbegrunnet måte, og disse fortøner seg dekkende for de fleste respondentene er det imidlertid fordel med å bruke lukkede spørsmål. Disse er nemlig raskere å svare på og enklere å tolke for forskeren (Svartdal 2009).

Begrensede svarmuligheter kan gis på flere måter. Svar kan gis i en av 2 avgrensede kategorier, som å krysse av for kjønn (mann/kvinne) eller typiske ja/ nei spørsmål, for eksempel «*røyker du?*» Svar kan også gis i en av flere avgrensede kategorier, som for eksempel å krysse av for hva slags frukt man har spist siste uke på en liste over all slags frukt. Man kan også be respondenten om å uttrykke grad av enighet på en skala fra helt enig til helt uenig. Man må da ta stilling til hvorvidt respondenten skal kunne stille seg nøytral (vet ikke/ nøytral) – altså at det oppgis et oddetall på en vurderingsskala – eller om respondenten skal «tvinges» til å velge tilbøyelighet gjennom at vurderingsskalaen har et partall antall

valgmuligheter. Spørreskjemaer kan også be respondenten om å rangere svaralternativer.

4.5.2 Formuleringer i spørreskjemaer

En hovedregel for spørreskjemaer og en forutsetning for at svarene skal kunne tolkes, er at spørsmålene er så entydige som mulig. Spørsmålene må naturligvis være tilpasset respondentenes forutsetninger og generelt så lettfattelige som mulig.

Svartdal (2009) oppgir enkelte «sjekkpunkter» for formuleringer i spørreskjemaer: Disse sjekkpunktene omfatter spesifikke spørsmål, tvetydigheter og uklare språkbruk, ladede ord, hypotetiske spørsmål, ledende spørsmål og kontekst.

Sekvens effekter er også relevant i spørreskjemaer og det er vel kjent at rekkefølgen spørsmål stilles i, kan ha betydning for svaret. Antagelser innbygd i spørsmålet kan være problematiske og det klassiske eksempelet her er «Når sluttet du å slå din kone?» Til sist nevnes sosial forstillelse. Med sosial forstillelse vises det her til det fenomen at folk ønsker å framstå som positive, også i svar på spørreskjemaer. Fordi folk gjerne vil framstå i et positivt lys – også overfor en helt fremmed forsker, må man være påpasselige med spørsmål som impliserer sosialt negative svar.

4.5.3 Informasjon fra spørreskjema-undersøkelser

Spørreskjema kan brukes til innhenting av mange typer informasjon, slik som demografiske data, atferd, kunnskap og som i denne oppgaven: holdninger, meninger, aspirasjoner og forventninger.

4.5.4 Feilkilder, svakheter og fallgruber

Uansett hvilke metoder vi velger å bruke, bringer vi med oss en forforståelse som er tilstede, både når vi lager intervjuguide og spørreskjema og ikke minst når vi tolker dataene. (Gjerberg 2005, 175).

Ovenfor er det redegjort for svarformater og formuleringer i spørreundersøkelser. Det å ikke ta hensyn til disse vil kunne gi opphav til feilkilder i studien. En viktig feilkilde er at folk besvarer spørsmål ut fra en tanke om hva de burde mene, snarere enn hva de faktisk mener (Svartdal 2009). Dette kan henge sammen med sosial forstillelse som nevnt under formuleringer i spørreskjemaer eller med respondentens ønske om å være konforme. Ofte vil et problem være en lav svarrate, typisk 50% eller lavere i postsendte spørreundersøkelser og enda lavere i e-postede spørreskjema (Leedy og Ormrod 2013). Et eksempel på en stor undersøkelse med spørreskjema som møtte slike problemer er Folkehelseinstituttets undersøkelse «Sex og helse 2008,» hvor et spørreskjema ble sendt pr. post til 10000 personer. Skjemaet hadde en rekke spørsmål om seksuell praksis og relaterte temaer. Under 20 % returnerte skjemaene og de skjemaene som ble mottatt var ofte ufullstendig utfylt. Folkehelseinstituttet måtte trekke den konklusjon at svarene ikke var representative for befolkningen og avsto fra analyser av materialet (Elstad 2010).

Selv om deltagelsen, eller responsraten målt etter andelen som returnerer svarskjema er høy, kan det være frafall i besvarelsen av enkeltspørsmål, partielt frafall. Dette åpner for nye problemstillinger; hva er årsaken til det partielle frafallet og hvilken betydning har det for analysen?

Andre metoder enn spørreskjema, slik som observasjon og intervjuer eller fokusgruppeintervjuer kan gi tilleggsinformasjon ved at man kan observere det sosiale samspillet i miljøet og danne et annet og mer direkte bilde enn det som en skjemabasert formell spørreundersøkelse med liten eller ingen personlig kontakt med respondentene gir.

4.6 Gjennomføring av undersøkelsen

Det ble utviklet et spørreskjema (vedlegg 2) med bakgrunn i teori om samarbeid og ved hjelp av metodelære som redegjort for ovenfor. Underveis i arbeidet med denne oppgaven, fikk Møreforskning Molde AS i oppdrag av Aure kommune og Aure rehabiliteringssenter å lage en rapport (Kaurstad, Witsø og Bachmann 2014) i forbindelse med prosjektet Livsnær Livshjelp. Denne rapporten skulle bli til på bakgrunn av blant annet en spørreskjemaundersøkelse. Det ble derfor tatt kontakt med Møreforskning Molde AS og innledet et samarbeid om utferdigelse av spørreskjema. Siden denne oppgaven og Møreforskning Molde sin rapport skulle springe ut av samme prosjekt og ha de samme respondenter, ble det naturlig å slå sammen de to spørreskjemaene til ett (vedlegg 1). Dette blant annet for å unngå forvirring blant respondenter og for å unngå «uttretting» av de samme respondentene.

Et representativt utvalg bestående av ansatte med stillinger berørt av samhandlingsprosjektet og med mer enn 75 prosent stillingsandel ved Aure rehabiliteringssenter, ved sykehjem og i hjemmetjenesten i Aure kommune, samt kommunelege ble forespurt om å delta i spørreskjemaundersøkelsen. Utvalget inkluderte medlemmene i styrings- og prosjektgruppen i Livsnær livshjelp. Totalt 35 personer ble forespurt om deltagelse. Av disse hadde 25 personer Aure kommune som arbeidsgiver og 10 personer Aure rehabiliteringssenter som arbeidsgiver.

	Rehabiliteringssenteret	Kommunen	Ukjent	Sum
Teoretisk populasjon	10	25	0	35
Respondenter	8	17	2	27

Tab. 4.1. Teoretisk populasjon og respondenter. Absolutte tall.

Tabell 4.1 viser at av en teoretisk populasjon på 35, returnerte 27 utfylt spørreskjema (vedlegg 1) til Møreforskning Molde. Mens åtte angir

rehabiliteringssenteret som arbeidsgiver, har 17 har krysset at for at kommunen er deres arbeidsgiver. To respondenter har ikke angitt arbeidsgiver.

Mens åtte har krysset av for at de er ledere eller enhetsledere, har 13 krysset av for at de ikke har lederrolle eller lederansvar og seks har ikke angitt stillingsnivå. Blant dem som har svart, sier seks at de er medlemmer i prosjektgruppen og tre at de er medlemmer av styringsgruppen, mens 18 ikke angir tilhørighet til noen av disse gruppene.

Etter at utfylte spørreskjema var mottatt, ble innsamlet data fordelt til sine respektive prosjekter; Møreforskning Molde AS sin rapport (Kaurstad, Witsøe og Bachmann 2014) og denne oppgaven.

4.7 Etikk

Gjennom Møreforskning Molde AS ble prosjektet vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Personvernombudet) før oppstart. Deltagerne ble tilsendt informasjonsskriv fra Møreforskning Molde om prosjektet i forkant av datainnsamlingen. Deltagerne i spørreskjemaundersøkelsen ga sitt samtykke om frivillig deltagelse i prosjektet og ble informert om sin rett til å trekke seg uten å oppgi begrunnelse. Besvarelsene var anonyme.

4.8 Diskusjon av den valgte metode

I dette kapitlet har jeg så langt redegjort generelt for de delene av samfunnsvitenskapelig metode som er av direkte betydning for denne oppgaven og pekt på hvordan de forholder seg til undersøkelsen i denne oppgaven. Jeg har også redegjort for noe av det som tangerer oppgaven på en slik måte at det er naturlig å ta med for forståelsen av de valg som er foretatt. Avslutningsvis skal jeg presentere noen betraktninger om utfordringer knyttet til metode som er spesielt relevante for denne oppgaven.

4.8.1 Kontekst og muligheter for strategisk svargivning

Samhandlingsreformen som kontekst er redegjort for i kapittel 1 og kapittel 3 presenterer helseforetaket, kommunen og caset Livsnær livshjelp. Det dreier seg om et samhandlingsprosjekt mellom Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter og Aure kommune innen rammen av samhandlingsreformen. Initiativet er lokalt og finansieringen kommer fra det regionale helseforetaket, Helse Midt- Norge RHF, etter søknad på utlyste samhandlingsmidler. Til forståelsen av konteksten må det også tilføyes at Aure rehabiliteringssenter i perioder har vært nedleggingstruet, og at dette har vært aktuelt så sent som i 2013 (Nordvestnytt 2013). Dette kan åpne for strategisk svargivning, at respondentene svarer det som de mener kan gagne en sak de er opptatt av eller som er viktig for dem. Dette kan åpenbart få betydning datakvaliteten. Samtidig er endringer i form av effektivisering, slankeprosesser og nedleggelse noe som preger spesialisthelsetjenesten i Norge generelt (Gisvold, Røe og Aakre 2014). Samhandlingsreformen i seg selv er også en del av en slik omlegging, det er dermed vanskelig å tenke seg en studie av samhandlingsreformen hvor ikke slike fenomener kan spille inn.

4.8.2 Datakvalitet, validitet og reliabilitet

Begrepene validitet og reliabilitet står sentralt i litteraturen om kvalitet på forskning. Reliabilitet oversettes gjerne til norsk med pålitelighet (Repstad 2007) og brukes i vurderingen av hvor gode måleinstrumenter som er brukt og hvor presise eller pålitelige data vi har fått. Teoretisk sett har et datamateriale høy reliabilitet hvis ulike innsamlinger om samme fenomen med samme undersøkelsesopplegg gir høy grad av sammenfallende resultater. Som nevnt ovenfor kan strategisk svargivning true reliabiliteten og validiteten i en undersøkelse som denne.

Validitet kan oversettes med gyldighet (Repstad 2007) og dermed hvorvidt våre data gir et gyldig grunnlag til å trekke de konklusjonene vi gjør: Kan forskningsspørsmålet besvares med den informasjonen vi har? I undersøkelsesopplegget for denne oppgaven må det presiseres enkelte begrensninger i validiteten. For det første spør jeg respondentene om de har tillit

til hverandre. Det er tvilsomt om man kan måle aktørenes tillit til hverandre ved å spørre dem. Det er derfor viktig å være bevisst på hva man faktisk har målt; i dette tilfellet er ikke det aktørenes tillit til hverandre i en absolutt forstand, men heller et mer indirekte mål på aktørenes oppfatninger om hvordan tillitsforholdene mellom partene er. For det andre ble respondentene spurt om hvor godt orientert de er om innholdet i samhandlingsreformen. Datamaterialet basert på dette spørsmålet kan brukes til å trekke konklusive slutninger på spørsmål om *hvor godt orientert aktørene opplever å være*, men er ikke valid til å konkludere i spørsmålet om *hvor godt orientert aktørene faktisk er*.

4.8.3 Egen rolle og forskningseffekt

I denne studien har forskeren hatt en yrkesmessig tilknytning til det studerte caset i form av et tidsbegrenset deltidsengasjement som nevrolog hos en av partnerne i prosjektet. Under temaet forskning på hjemmebane i boken «Mellom nærhet og distanse», advarer forfatteren mot å involvere seg i forskning der man står i et sterkt avhengighetsforhold til miljøet man forsker på eller aktører i miljøet. Dette kan nemlig føre til at utfallet av forskningen kan få sterke konsekvenser for forskeren selv, og dermed påvirke forskningsresultatet (Repstad 2007). Etter en vurdering har jeg kommet fram til at et så sterkt avhengighetsforhold ikke foreligger i dette tilfellet. Det er likevel på sin plass å erkjenne at så vel forforståelse som fortolkninger kan påvirkes av den yrkesmessige tilknytningen. «Med forskningseffekt menes alle virkninger på aktørene og deres samspill av at de er under utforskning og vet om det.» Repstad 2007, 66). Dette fenomenet beskrev jeg i kapittel 4.4. Valget av spørreskjema som metode er som nevnt i 4.4 begrunnet i flere dimensjoner. At det gir en avstand mellom forskeren og respondenten har jeg vurdert som spesielt fordelaktig i forhold til eventuelle forskningseffekter i en situasjon der forskeren har en yrkesmessig tilknytning til det studerte caset. I tillegg ble selve undersøkelsen gjennomført i regi av Møreforskning Molde AS, noe som også bidro til en viss distanse til det undersøkte feltet. Samarbeidet gav også et faglig fellesskap av verdi for gjennomføringen av denne oppgaven.

Kapittel 5. Resultater fra undersøkelsen

5.1 Innledning

I det følgende skal jeg presentere de svarene som deltagerne i spørreundersøkelsen ga. Materialet skal jeg presentere tema for tema, altså som en temabasert analyse av datamaterialet. Resultatene fortolkes i lys av teori, og i kapittel 6 besvarer de forskningsspørsmålene.

Populasjonen er begrenset, og selv om deltagelsen var høy, er antallet svar er derfor nokså få (27 personer returnerte utfylt spørreskjema). Ikke alle har besvart alle spørsmålene, slik at enkelte delspørsmål har større partielt frafall enn andre. Jeg har derfor valgt å presentere absolutte tall der opptellinger gjøres. Prosentberegninger har jeg bevisst unnlatt å gjøre, da det kan tilsløre at grunnlaget er lite og en kan bli forledet til å overdrive forskjeller i svargivingen.

5.2 Analyse og tolkning.

De innledende spørsmålene i undersøkelsen omhandler respondentenes oppfatninger om samhandlingsreformen generelt. Samhandlingsreformen som begrep er godt kjent i befolkningen i sin alminnelighet. Utvalget for denne undersøkelsen opplever seg som vi skal se, også godt orientert om innholdet i reformen. Respondentenes mange og reflekterte svar på svake og sterke sider av reformen underbygger dette. Svarene på spørsmålet om hva respondentene legger i begrepet samhandling viser gjennomgående at samarbeid, likeverdighet mellom partnere, enighet om felles mål, organisering og kommunikasjon vektlegges. Deltagerne er med andre ord innforståtte med at de befinner seg i en endringssituasjon (reform) hvor samarbeid er sentralt, og de knytter dette opp mot dimensjoner av samarbeid som er kjent fra teorien til Vangen og Huxham (2010). Respondentenes svar på hva de legger i begrepet samhandling kan dermed sees

som en ytterligere legitimering av anvendelsen av Vangen og Huxham sin teori i fortolkningen.

Det er her på sin plass å minne om prosjektets forskningsspørsmål:

- 1) Hva slags motivasjon har aktørene for sin deltagelse i prosjektet?
- 2) Hvilke trusler og muligheter ser aktørene for seg i et slikt prosjekt
- 3) I hvilken grad har de samarbeidende aktørene samme mål for samarbeidet? Kan aktørene samles om et felles mål?
- 4) Har aktørene tillit til hverandre?
- 5) Hva er aktørenes syn på kunnskapsformidling fra/ til sin samhandlingspartner?

Til sammen skal svarene på disse spørsmålene belyse betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak innen rammen av samhandlingsreformen som er konteksten til det studerte caset. Temaene for de to første spørsmålene lar seg gjenkjenne fra omtalen av de bærende elementene fra Vangen og Huxham (kapittel 2.3.1), men uten at teorien gir noen direkte veiledning for tolkningen av denne delen av datamaterialet. På den annen side er det ikke samlet inn datamateriale på alle områder som teorien omhandler (f. eks. ledelse av kulturell diversitet). De tre siste spørsmålene svarer overens med sentrale konseptualiseringer i Vangen og Huxham sin teori og det innsamlede materialet krever en grundigere tolkning før konklusjoner trekkes i kapittel 6. Disse spørsmålene omhandler mål, tillit og kunnskapsformidling.

5.2.1 Kjennskap til samhandlingsreformen

Deltagerne ble spurt om hvor godt orientert de er om innholdet i samhandlingsreformen, her fikk de fire forhåndsdefinerte svaralternativer: *svært godt, godt, middels* eller *lite orientert*.

Hvor godt orientert om samhandlingsreformen opplever deltagerne å være

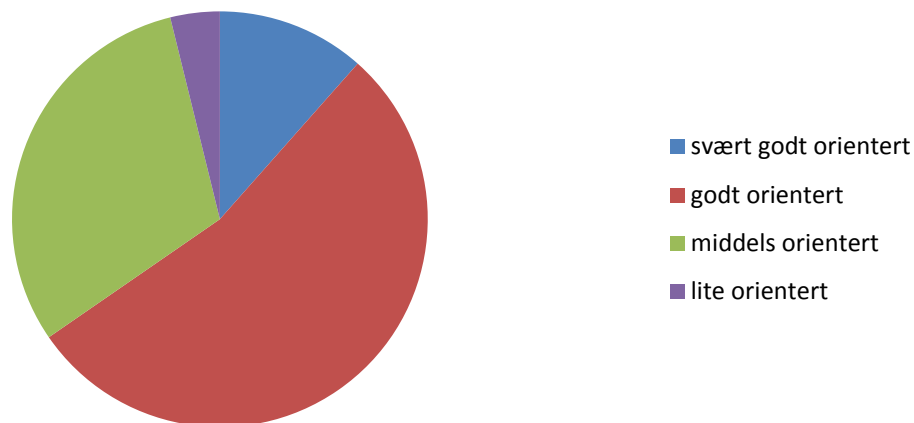


Fig. 5.1. Kjennskap til samhandlingsreformen. N = 26. Absolutte tall.

Nesten alle (26 av 27) svarte. De fleste, 14 personer, opplever at de er godt orientert. Tre angir at de er svært godt orientert om innholdet i samhandlingsreformen, 8 er middels orientert og 1 opplever seg lite orientert. Svarfordelingen viser en viss variasjon i grad av orientering, men hovedtyngden av respondentene må sies å oppleve seg godt orientert om reformen.

5.2.2 Sterke og svake sider ved samhandlingsreformen

Respondentene ble bedt om kort å redegjøre for sterke og svake sider ved samhandlingsreformen, slik den arter seg på deres arbeidsfelt.

Samhandlingsreformens sterke sider

Når det gjelder sterke sider, kan svarene grupperes etter respondentenes vektlegging av ulike forventninger til positive effekter av samhandlingsreformen; det angår pasientenes situasjon, organiseringen av arbeidet, økonomi, kvaliteten på tjenestene, fagutvikling, jobbattraktivitet, samarbeidsforhold og spesialisthelsetjenestens situasjon. Videre vektlegger enkelte respondenter de positive intensjonene som ligger til grunn for samhandlingsreformen, styrking av

egen arbeidsplass eller de praktiske utslag av reformen som man allerede har sett.

Pasientens situasjon: Forhold som angår pasientenes situasjon er det de fleste av respondentene trekker fram som sterke sider ved samhandlingsreformen. Åtte av respondentene nevner slike forhold eksplisitt i sine svarskjema. Oppfatningene er at pasientene får raskere hjelp og at behandling i større grad kan skje i hjemkommune eller nært hjemmet. Dette er noen av utsagnene:

«Pasienten blir bedre ivaretatt med hensyn til rehabilitering.»

«Pasientene får tjenester på lavest mulige nivå - bra både med tanke på belastning for pasientene og økonomisk ressursbruk.»

«Pasienten kan få raskere hjelp.»

Organisering av arbeidet og økonomi: Det ble påpekt at samhandlingsreformen «fremmer sømløst pasientforløp» og at pasienter får tjenester nærmere hjemmet, noe som blir sett på som positivt både med tanke på pasientens situasjon og de ressursene som brukes.

Tjenestetilbudet og kvaliteten på tjenestene: Noen ser samhandlingsreformen som et «insitament for kvalitetsforbedring i tjenestene» og for etablering av nye teknologiske løsninger. Det påpekes også at samhandlingsreformens sterke side ligger i en mulighet for å styrke det kommunale tjenestetilbudet.

Fagutvikling: Flere påpeker også forhold som gjelder fagutvikling som sterke sider ved samhandlingsreformen. Man opplever, som en av respondentene formulerte seg, at samhandlingsreformen «bringer frem behov for å tenke på nye måter, et behov for tverrfaglighet og samarbeid.» Nye utfordringer beskrives som spennende for helsepersonellet som må øke sin kompetanse. Samhandlingsreformen gir muligheter for større fagutvikling i kommunen og «kommunene stimuleres til å øke sin kompetanse,» som en annen formulerte det.

Jobbattraktivitet: Nye utfordringer sees på som positivt, og noen av respondentene framholder at flere utfordringer «gir mer attraktive arbeidsplasser for helsepersonell i kommunene.»

Samarbeidsforhold: Blant de områdene som flest respondenter påpeker som sterke sider ved samhandlingsreformen, finner vi også det som angår samarbeidsforhold. De som trekker fram dette fokuserer på at samhandlingsreformen vil føre til økt tverrfaglig samarbeid og økt kommunikasjon og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Spesialisthelsetjenestens situasjon: Betydningen av et kritisk lys på ressursbruken i sykehus blir poengtert, og sammenfallende med dette nevnes også at samhandlingsreformen legger til rette for at sykehusene lettere får sendt ut utskrivningsklare pasienter til et lavere omsorgsnivå i kommunene.

Intensjoner: De av respondentene som fokuserer på samhandlingsreformens intensjoner ser «rett behandling på rett sted til rett tid» og ivaretagelsen av innbyggernes/ pasientenes interesser som sterke sider ved reformen.

Praktiske utslag allerede inntrådt: Mens de fleste av respondentene har svart ut fra forventninger til framtidige effekter av reformen, har noen valgt å påpeke effekter som allerede er inntrådt. Her nevnes at terskelen for å ta imot øyeblikkelig hjelp- pasienter ved sykehjemmet nærmest er borte, det er åpnet en rehabiliteringsavdeling ved sykehjemmet som et resultat av samhandlingsreformen og at det nå er slik at man alltid har tjenester å tilby, både i institusjon og i hjemmebasert omsorg.

Samhandlingsreformens svake sider.

Finansiering, falske forhåpninger, manglende kompetanse i kommunene, at enkelte pasientgrupper vil miste tilbud, problematikk knyttet til overgangsfasen, samarbeidsproblemer, manglende nasjonale retningslinjer og vilkårlighet i hvilke pasientgrupper som vil nyte godt av reformen. Dette er de sentrale områdene som blir trukket fram som svake sider ved samhandlingsreformen.

Finansiering: Åtte personer nevner finansiering som en svak side ved samhandlingsreformen. Gjennomgående er oppfatningen at de nye oppgaver tilføres uten at det følger med midler eller at tiltakene som forventes er underfinansiert. Her er noen representative utsagn:

«Krever flere ressurser, men de blir ikke alltid tilført.»

«Kommunene har ikke fått økonomisk kompensasjon som står i forhold til nye oppgaver.»

«Medfinansieringsansvaret er for uklart.»

Økte krav til arbeidstakerne: Enkelte påpeker at nye oppgaver og arbeidsmetoder vil stille nye krav til arbeidstakerne. En kommentar går i retning av en bekymring for at det kan bli behov for tilstedeværelse på flere arenaer samtidig, og at nye arbeidsformer med mer samarbeid og møter er en utfordring i forhold til arbeidets natur. Sykepleiere og andre går i turnus, det vil si at man har arbeidstid til forskjellige tider på døgnet, det å få samlet personalet til møter er derfor en velkjent utfordring for disse yrkesgruppene.

Falske forhåpninger: At det som kommuniseres ut til befolkningen om samhandlingsreformen kan gi forventninger til tjenester som ikke kan innfris i praksis, blir også kommentert:

«Kan skape forventninger i befolkningen om bedre tilgang til gode helsetjenester.»

«Forventingene til innbyggerne er ikke i tråd m/reformen.»

Manglende kompetanse og ressurser i kommunene: Utilstrekkelig kompetanse og ressurser i kommunene er blant de problemområdene som blir påpekt av flere respondenter. Mange påpeker sammenhengen med økonomi, mens noen vektlegger manglende faglig tyngde:

«Fysioterapitjenesten er svak i kommunen.»

«Det følger ikke tilstrekkelige ressurser med rammeoverføringene til å bygge opp et godt nok tjenestetilbud i kommunene.»

Pasientens situasjon: Enkelte pasientgrupper vil miste tilbud. Vi har tidligere sett at forhold som berører pasientenes situasjon sorterer blant temaene som flest ansatte trekker fram som sterke sider ved samhandlingsreformen. Likevel er forhold som berører pasientens situasjon også blant de områdene som får flest kommentarer som svake sider ved reformen. Flere bemerker at enkelte pasientgrupper kan miste tilbud, og her er noen av utsagnene:

«Brukere som skulle hatt spesialisert rehabilitering får tilbud på et «lavere» nivå på grunn av at økonomiske hensyn går først, ikke pasientens beste.»

«Økende antall eldre/ynge med sammensatte behov dom får et kortere opphold uten tverrfaglig team.»

«Færre rehabiliteringsplasser.»

Overgangsfaseproblematikk: Flere respondenters uttalelser trekker i retning av at problemer knyttet overføring av oppgaver til kommunene vil ta tid å løse. En svakhet ved samhandlingsreformen er dermed et for optimistisk syn på hvor raskt kommunene kan bli i stand til å overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Her er et utvalg av uttalelsene:

«Reformen ble innført fra dag 1. -før kommunene fikk tid til å bygge opp kompetanse og utvikle tjenestetilbudene.»

«Det tar tid å endre holdninger og arbeidsmetoder.»

«Rehabilitering er et eget fagfelt og krever stor grad av samarbeid mellom mange faggrupper. Jeg tror mange kommuner har for liten kunnskap om rehabilitering, og trenger lang tid på å høyne sin kompetanse.»

«Det tar tid å endre holdninger og arbeidsmetoder.»

«Kommunene har ikke rukket å bygge opp tilstrekkelig kompetanse for å håndtere nye oppgaver.»

Vilkårlighet og manglende nasjonale retningslinjer: Flere av de ansatte etterlyser klarere retningslinjer og føringer for utformingen av samhandlingsreformen. Det at reformen ikke har vært utprøvd i et pilotområde og at det framstår som vilkårlig hvilke pasientgrupper som skal prioriteres, påpekes også som svake sider ved reformen. Her er noen av respondentenes utsagn som illustrerer dette:

«Mangler helhetsvurdering av de ulike yrkesgruppene i fremtidens helsetjeneste.»

«Økonomiske insentiver styrer hvor tiltak blir igangsatt.»

«Reform som ikke er utprøvd i pilotområder/kommuner.»

«Det ligger ikke noe regionale eller nasjonale retningslinjer for hvordan dette gjennomføres, hvilke pasientgrupper for eksempel prioriteres, svært vilkårlig hvem som får tjenester i flere yrkesgrupper.»

«For lite strategisk forankring.»

Samarbeidsproblemer og ansvarsforhold: Flere av respondentene trekker fram samarbeidsproblemer som de allerede observerer som svake sider ved samhandlingsreformen. Dette går på samarbeid innad i egen organisasjon, men også på samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Noen opplever at samhandlingsreformen legger opp til ansvarsfraskrivelse og oppgavefraskrivelse. Her er noen av utsagnene:

«For dårlig samarbeid innad i kommunen.»

«De ulike helseforetakene skyver fra seg oppgaver til kommunene.»

«Ansvarsfraskrivelse.»

Samlet sett viser svarene at respondentene er bevisste både de potensielle forbedringene og de latente «farene» ved reformen. Respondentene tenderer til å være positive til reformens intensjoner og de mer generelle sidene av reformen, men mer negative til konkrete, nære konsekvenser på eget felt. Slik sett kan man si at reformens gode intensjoner bekreftes, men at usikkerheten med hensyn til muligheten for å realisere intensjonene understrekes.

5.2.3 Fordeler av reformen

Respondentene ble spurt om hvem de tror vil ha mest fordeler av reformen, om de tror dette er helseforetak eller kommune. De ble også bedt om å angi hvilke fordeler de ser for seg. Spørsmålet var dels lukket på den måten at det la opp til et fritekstsvar, men ba respondentene om å velge mellom to på forhånd angitte svaralternativer. Det var et nokså stort frafall i besvarelsen av dette spørsmålet, av de 14 som besvarte fordeler svarene seg slik:

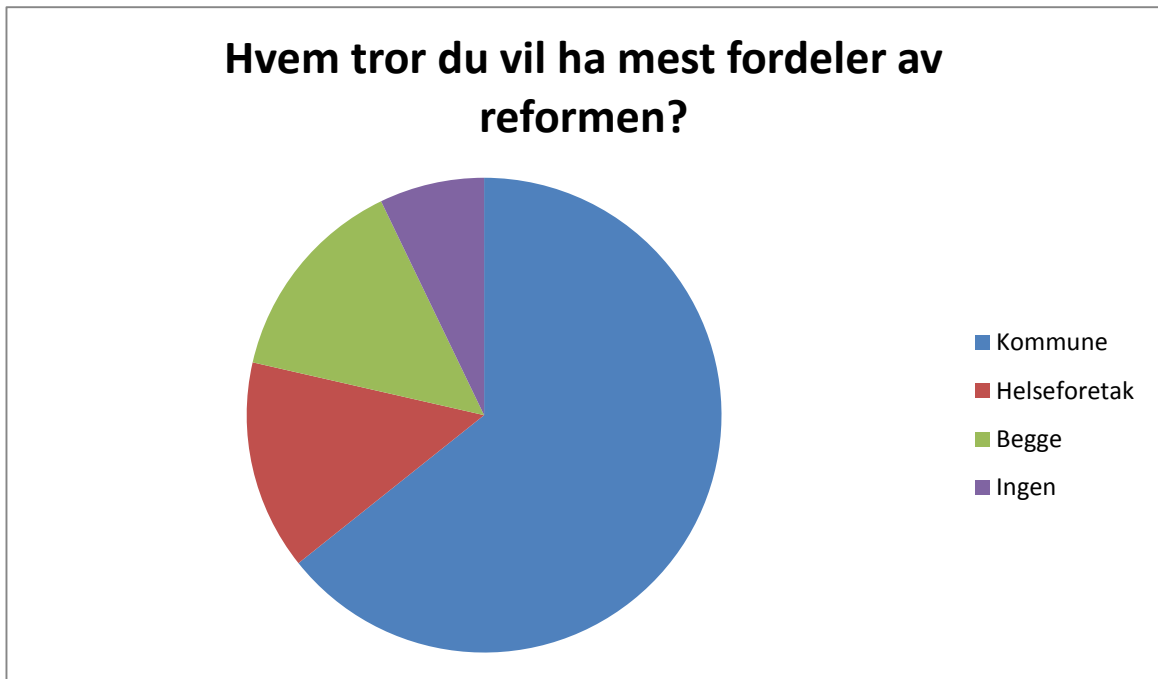


Fig. 5.2. Fordeler av reformen. N = 14.

Ni av respondentene oppfatter at det er kommunene som vil ha mest fordeler av reformen, mens bare to av respondentene oppfatter at det er helseforetakene som vil ha mest fordeler. To personer svarer at de tror begge vil ha fordeler, mens én mener at ingen vil ha fordeler av reformen.

Når det gjelder hvilke fordeler man ser for seg, nevner respondentene at kommunene får flere nye oppgaver på bekostning av spesialisthelsetjenesten og at det vil skje en kompetanseoppbygging i kommunene. Her er noen svar:

«Kommunen. Ny organisering, nye tilbud som kommer brukerne til gode.»

«Kommunen kan få fordeler med økt kompetanse og bedre samarbeid med 2. linjetjenesten.»

«Kommunen, i og med at rehabilitering bygges ned i helseforetaket. Kommunen vil få flere oppgaver, men det vil også gi utfordringer i forhold til økt driftsnivå og økt ressursbruk. Men flere oppgaver gir flere utfordringer og spennende arbeidsplasser.»

Svarene må sies å bekrefte ett av hovedmålene bak reformen, nemlig at kommunene skal få økt ansvar og ambisjonsnivå i pasientbehandlingen. Det er uklart hva som er årsaken til at så få svarer på dette spørsmålet. En mulighet er en uvilje blant respondenter med et helsefaglig ståsted til å se at ikke bare pasientene, men også organisasjonene er interessehavere i den endringen som er på gang. En av kommentarene kan støtte en slik antagelse:

«Håper mest at pasienten vil ha mest fordeler.»

En annen mulig tolkning er en uvilje til å se reformen som et 0 – sum spill.

5.2.4 Forståelsen av samhandlingsbegrepet

Av de 27 respondentene som leverte inn svarskjema, svarte 22 på spørsmålet «Hva er samhandling for deg? Hva legger du i begrepet samhandling?» Gjennomgående vektlegger respondentene samarbeid, likeverdighet mellom partnere, enighet om felles mål, organisering og kommunikasjon. Flere bemerker tverrfaglighet og sømløse overganger mellom ulike tjenester. Mens noen tar utgangspunkt i at samhandling er noe som skal skje på et overordnet nivå eller mellom administrative enheter, fokuserer andre på samhandling som noe som foregår mellom individer som er yrkesaktører og atter andre tar utgangspunkt i at brukerne av tjenestene er del i samhandlingen. Dette er noen av svarene:

«Godt og åpent samarbeid mellom de forskjellige tjenestene i kommunen og mot sykehusene/ spesialisthelsetjenesten.»

«Sømløst pasientforløp der tilbyderne har en samarbeidsform preget av respekt og likeverdighet. Pasienten skal ha fokus, og tjenestetilbyderne skal sørge for at disse fungerer knirkefritt med naturlige overganger med tanke på ansvarsfordeling.»

«Samhandling for meg er at alle aktørene rundt pasienten har et godt samarbeid. At prosesser planlegges i god tid og inkluderer alle aktører. Informasjonsutveksling rundt pasienten slik at alle er godt forberedt på

oppgaven de skal utføre og at pasient/ pårørende føler trygghet og forutsigbarhet.»

«Likeverdig partnerskap der alle parter er like viktige for pasientens helhetlige tilbud, pluss utveksling av kompetanse, kunnskap og pasientinformasjon mellom ulike nivåer/ etater.»

«En måte å organisere arbeidet på i fellesskap, viktig med forståelse om hva det skal samhandles om.»

«Bedret kommunikasjon og samarbeid om enkeltpasienter og dermed bredere kunnskap og raskere hjelp til pasienten.»

«Samhandling for meg er å være i kontakt og jobbe i samarbeid med de instanser rundt brukeren han eller hun trenger for å oppnå målet sitt i rehabilitering. Ser samhandling som en prosess der brukeren har en viktig rolle. Samhandling er en måte å arbeide på rundt brukeren, ikke et mål i seg selv.»

Det er tydelig at begrepet vekker positive assosiasjoner hos respondentene. Samtidig viser svarene at mens noen vektlegger samhandling som et middel, synes andre å oppfatte samhandling som en kvalitet i seg selv. Samhandling blir med andre ord et lite differensierende begrep som omfatter «alt godt.»

5.2.5 Motivasjon

Respondentene ble bedt om å rangere tre dimensjoner av motivasjon for deltagelse i prosjektet fra 0 – *ingen betydning* til 5- *svært stor betydning*. Dimensjonene var mulighet for egen fagutvikling, utvikling av egen arbeidsplass og yrkesmessige fordeler. 26 respondenter besvarte dette spørsmålet. Svarene fordelte seg som vist på figur 5.3:

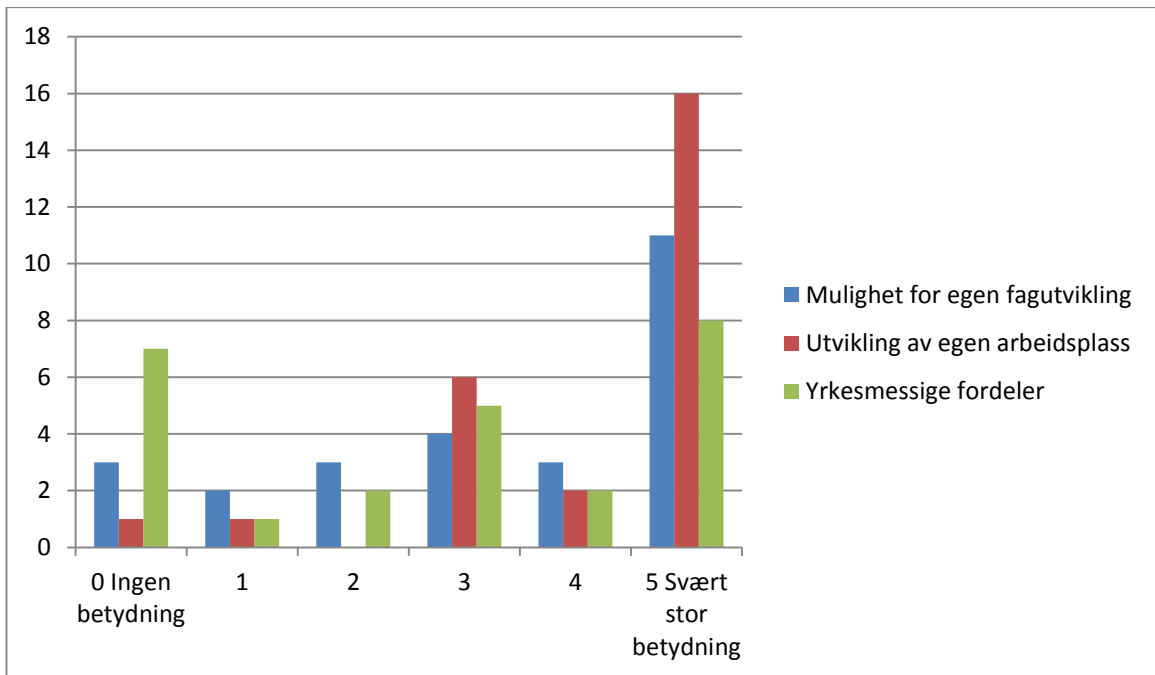


Fig 5.3. Motivasjon for prosjektdeltagelse. N = 26. Absolutte tall.

Sentraltendensen er at utvikling av egen arbeidsplass er viktig for motivasjonen, 16 oppgir at dette er av svært stor betydning. Fagutvikling er også viktig, 11 av respondentene oppgir at muligheten for egen fagutvikling er av svært stor betydning (svaralternativ 5). Når det gjelder betydningen av yrkesmessige fordeler er svarene mer spredt. Syv ansatte angir at yrkesmessige fordeler har ingen betydning, mens åtte sier at det har svært stor betydning i motivasjonen for deltagelse i prosjektet.

De ansatte ble også bedt om å angi andre forhold av betydning for deres motivasjon. 14 svarte utdypende på dette spørsmålet og svarene reflekterer en stor variasjon i motivasjonen for deltagelse. Enkelte opplever det motiverende i seg selv at det skjer en endring, noen finner motivasjon i utsiktene til bedre tjenester for brukerne, noen motiveres av muligheter for fagutvikling, noen av karrieremuligheter i den andre organisasjonen og noen av det å sikre at egen spesialkunnskap får sin plass i prosjektet

5.2.6 Potensielle trusler

De ansatte ble spurt om deltagelse i prosjektet kan ha negative konsekvenser for dem og i så fall hvilke. 18 besvarte dette spørsmålet. De fleste mente at deltagelse ikke kunne ha negative konsekvenser for dem, men noen var bekymret for mulige negative konsekvenser.



Fig 5.4. Mulighet for negative personlige konsekvenser. N = 18.

I alt 12 svarte at deltagelse ikke kunne ha negative konsekvenser for dem, eller at de trodde at deltagelse ikke kunne ha negative konsekvenser. Av de seks som svarte at deltagelse kunne ha negative konsekvenser angir to personer muligheten for prosjektet mislykkes eller ikke når målsettingene som den negative konsekvensen de frykter. Tre av respondentene angir at merarbeid med endrede arbeidsoppgaver eller mer arbeidspress er mulige negative konsekvenser, én ser muligheten for å bli gjort overflødig som følge av endringene i organisering.

De samme 18 respondentene svarte også på neste spørsmål som lød: «Kan deltagelse i prosjektet ha negative konsekvenser for din arbeidsplass? I så fall

hvilke?» Her svarte de fleste at deltagelse i prosjektet heller ikke kan ha negative konsekvenser for deres arbeidsplass.



Fig 5.5. Mulighet for negative effekter på egen arbeidsplass. N = 18.

De som svarer ja, begrunner dette med uro i organisasjonen med merarbeid og stress og to respondenter anfører at det kan føre til overflødighet og nedleggelse av arbeidsplasser.

Nederlaget for den enkelte ved at prosjektet mislykkes eller ikke når målsettingene, kan knapt oppfattes som alvorlige individuelle negative konsekvenser. Å miste jobben, er derimot en alvorlig negativ konsekvens for individet. Det er med andre ord bare en av respondentene som nevner det som kan betraktes som en mulig alvorlig negativ individuell konsekvens. Denne undersøkelsen avdekker dermed ikke noen stor grad av frykt for negative konsekvenser for egen del som drivkraft blant deltagerne. Slike alvorlige negative konsekvenser blir imidlertid nevnt, slik at det er holdepunkt for å påpeke en viss uro blant de ansatte.

5.2.7 Tillit

Under temaet tillit, ble respondentene bedt om å ta stilling til tre påstander ved å rangere disse fra 0 - *stemmer ikke* til 5- *stemmer helt*. Påstandene lød som følger: *aktørene i prosjektet har tillit til hverandre*, *jeg har tillit til rehabiliteringssenteret* og *jeg har tillit til kommunen*. 25 respondenter besvarte, og svarene fordeler seg som vist i figur 5.6:

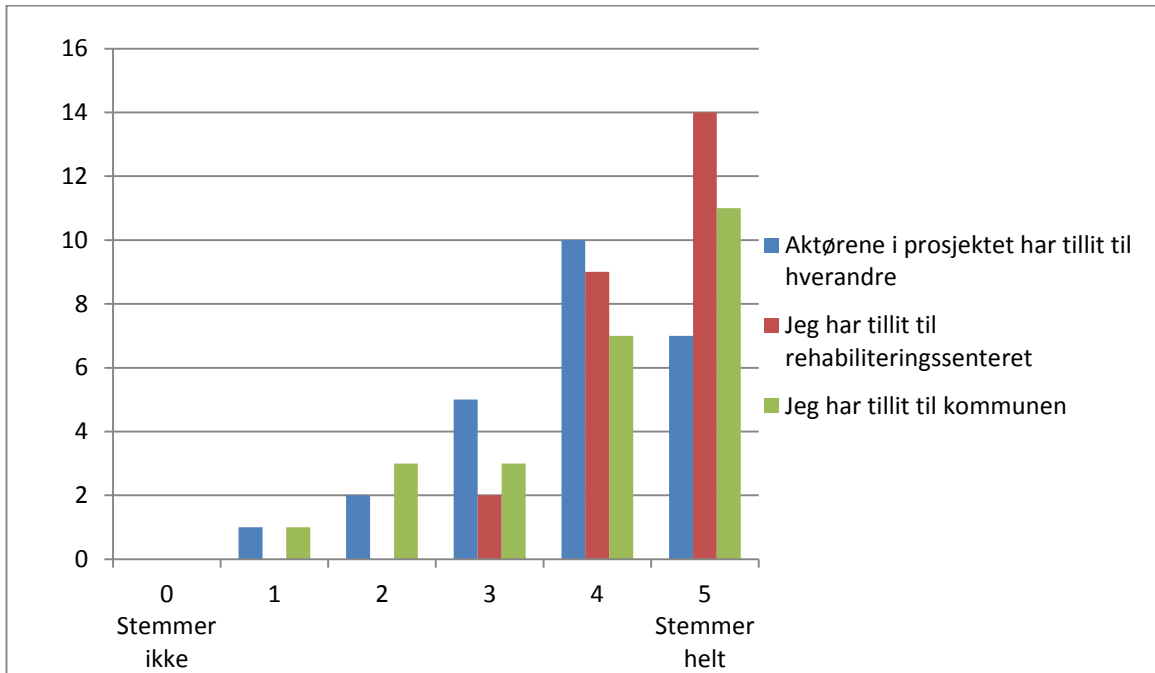


Fig 5.6. Tillit. N = 25. Absolutte tall.

Søylediagrammet ovenfor viser hvordan respondentenes angivelse av tillit til rehabiliteringssenteret, til kommunen og deres oppfatning av aktørenes tillit til hverandre i stor grad følger samme mønster. Diagrammet viser at hovedtyngden av svarene gjenspeiler at aktørene har tillit til hverandre og at en stor del av respondentene angir stor grad av tillit til kommunen og rehabiliteringssenteret. Alle vurderer at påstanden «jeg har tillit til rehabiliteringssenteret er mer riktig enn den er feil (svaralternativ 3, 4 eller 5). Fire personer har imidlertid krysset av for at påstanden «jeg har tillit til kommunen» er mer feil enn den er riktig (svaralternativ 0,1 eller 2), og tre oppfatter at påstanden «aktørene i prosjektet har tillit til hverandre» er mer feil enn den er riktig.

Respondentene ble også bedt om å oppgi «*andre forhold av betydning for tillitsforholdene i prosjektet.*» Fem personer ga kommentarer til dette delspørsmålet. De peker på viktigheten av tillit, det forhold at kommunen får nye satsningsområder samtidig som rehabiliteringssenteret mister oppgaver og at informasjonsflyten er av betydning. Tre kommentarer til andre forhold av betydning for tillit skal jeg gjengi i sin helhet:

«Legenes syn på prosjektet.»

«Kommunen og rehabiliteringssenteret har ulike arbeidsgivere og vil påvirkes av faktorer som prosjektdeltagerne ikke nødvendigvis rår over. En 4 i alle feltene over er et utslag av dette. Lysten og viljen hos deltagerne er god.»

«Noen er spesialister, andre ikke. Kan være noen føler på det.»

Tillitsforhold står sentralt hos Vangen og Huxham (2010), og det understrekes at tillit er en nødvendighet for et vellykket samarbeid. Paradokset er at mange samarbeid preges av mistillit. Denne undersøkelsen viser at et flertall mer enig enn uenig i at aktørene har tillit til hverandre og at de har tillit både til kommunen og til rehabiliteringssenteret. Ved første øyekast kan det dermed se ut som om det er gode tillitsforhold i prosjektet.

Det er imidlertid verd å merke seg at et mindretall er uenig. Tre personer er mer uenig enn enig i at aktørene i prosjektet har tillit til hverandre og fire personer er mer uenig enn enig i at de har tillit til kommunen.

Bare syv av 25 respondenter svarte at det «*stemmer helt*» at aktørene i prosjektet har tillit til hverandre. 14 av 25 respondenter sier at det «*stemmer helt*» at «*jeg har tillit til rehabiliteringssenteret,*» og 11 av 25, altså under halvparten, sier at det «*stemmer helt*» at «*jeg har tillit til kommunen.*» Dette funnet er i tråd med Vangen og Huxham (2010) som viser til at tilliten i samarbeidsprosjekter ofte er svak, om den i det hele tatt er til stede.

Blant de utfyllende kommentarene fra respondentene, gjenga jeg noen i sin fullstendighet ovenfor. Vangen og Huxham påpeker i sin framstilling av tillitsforhold at organisasjoner er dynamiske i sin natur, og at dette gir enda sterkere utslag i

samarbeidsprosjekter, siden de er følsomme for endringer i hver av partnerorganisasjonene. En av respondentene påpekte nettopp dette: Selv om lyst og vilje er god, påvirkes prosjektet av faktorer som prosjektdeltagerne ikke rår over. Dette forklarer respondenten med at det er ulike arbeidsgivere i prosjektet.

Asymmetriske maktforhold er også blant de fenomenene som problematiseres i teorien, tilliten er sårbar for ubalanse i maktforhold. Det at noen deltagere er mer sentrale enn andre i et samarbeid ble nevnt i kapittel 2, og vil typisk gi atferd som kan komme i veien for tillitsbygging. Grunnlaget for at noen er mer sentrale enn andre, kan blant annet ligge i kompetanse, i helsevesenet gjerne formalisert som spesialisering. En respondent uttrykte nettopp at det kunne være problemer knyttet til at noen er spesialister og andre ikke. Kommentaren antyder at det også i denne dimensjonen av tillitsbygging foreligger en problematikk i dette samarbeidsprosjektet som er kjent fra teorien om samarbeid.

Samlet sett tolker jeg tendensene i datamaterialet som et uttrykk for at det finnes svakheter i tillitsforholdene i prosjektet. Disse svakhetene er i stor grad i tråd med det som er kjent fra teorien om samarbeid til Vangen og Huxham (2010).

5.2.8 Syn på kunnskapsoverføring

Respondentene ble bedt om å ta stilling til påstandene « *vår organisasjon har mye å lære av vår samhandlingspartner* » og « *vi deler gjerne kunnskap med våre samarbeidspartnere i prosjektet.* » Svarene skulle rangeres fra 0 – *stemmer ikke til* 5 – *stemmer helt*, og er gjengitt i figur 5.7.

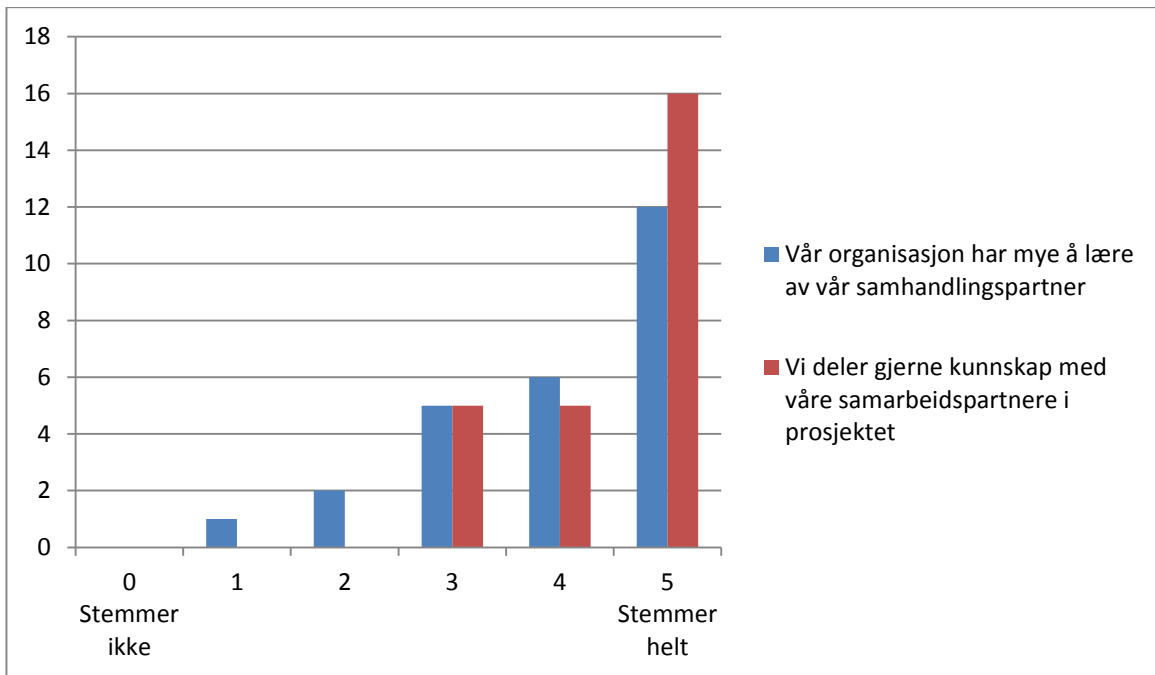


Fig 5.7. Syn på kunnskapsoverføring. N = 26. Absolutte tall.

Alle krysser av for at det er mer riktig enn feil (svaralternativ 3,4 og 5) at de gjerne deler kunnskap med sine samarbeidspartnere i dette prosjektet, mens tre angir at det er mindre riktig enn feil (svaralternativ 0, 1 og 2) at deres organisasjon har mye å lære av sin samhandlingspartner i dette prosjektet.

Det ble også spurt om andre forhold av betydning for kunnskapsoverføring i prosjektet. Her avga åtte personer kommentarer. Kommentarene peker på at informasjon, samarbeid, likeverdighet og tid til rådighet er av betydning.

Figur 5.7 viser at deltagerne stort sett var positive til å ta imot og å gi kunnskap, da de ble bedt om å ta stilling til påstandene «vår organisasjon har mye å lære av vår samhandlingspartner» og «vi deler gjerne kunnskap med våre samarbeidspartnere i prosjektet.» På samme måte som når det gjelder tolkningen av tillitsforhold, må det også her understrekes at på langt nær alle respondentene sa seg enige at påstandene stemmer helt. Under halvparten av respondentene mente at det «stemmer helt» at «vår organisasjon har mye å lære av vår samhandlingspartner,» mens 16 av 26 mente at det «stemmer helt» at «vi deler gjerne kunnskap med våre samhandlingspartnere i prosjektet.» Forskjellen i

tilslutningen til de to påstandene gjenfinnes også i den andre delen av skalaen, tre personer oppfatter at det er mindre riktig enn feil at deres organisasjon her mye å lære av sin samhandlingspartner. Som nevnt ansees tallmaterialet for lite til å gjøre statistiske beregninger, slik at en ytterligere analyse og fortolkning av denne forskjellen ikke er mulig.

Funnene i undersøkelsen velger jeg å tolke som uttrykk for at det finnes noe motstand mot kunnskapsoverføring blant deltagerne i prosjektet, men at tendensen helhetlig vurdert peker i retning av en positiv grunnholdning..

5.2.9 Mål.

For å kartlegge deltageres oppfatninger omkring målsettinger i prosjektet, ble de bedt om å ta stilling til tre påstander: «*Det er stor enighet om målene for prosjektet, målene er uklare*» og «*helseforetaket og kommunen har samme mål.*» Svarene skulle rangeres fra 0- *stemmer ikke* til 5- *stemmer helt*, og er gjengitt i figur 5.8.

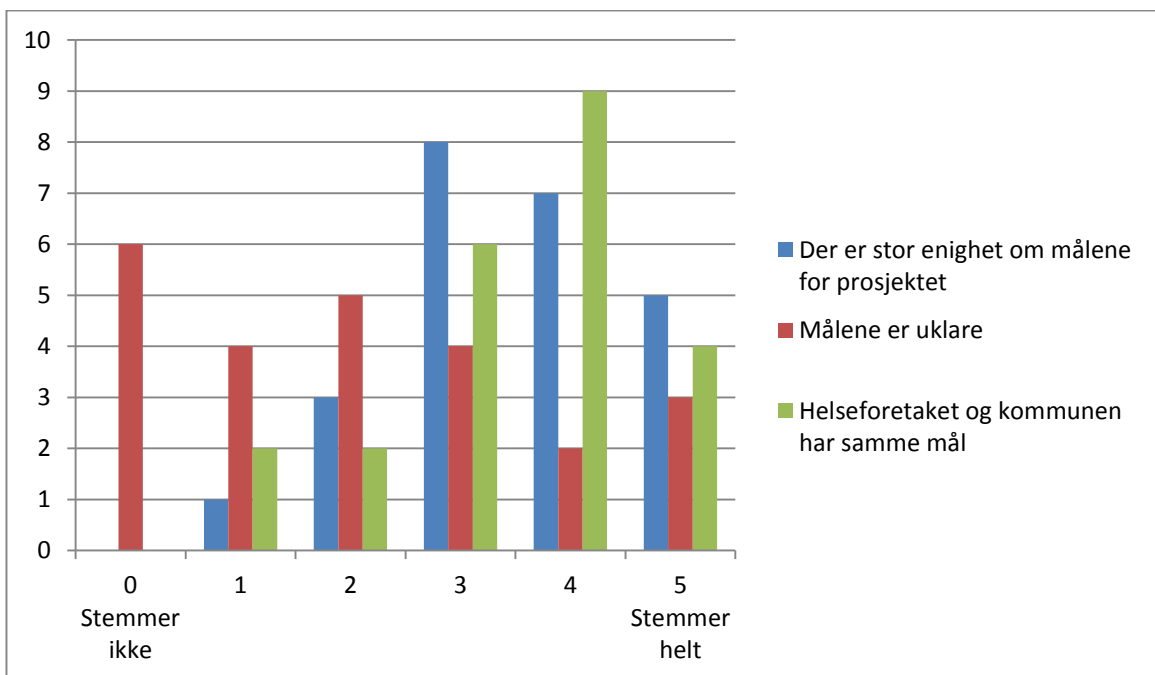


Fig 5.8. Syn på målene for prosjektet. N = 24.

Svarene viser ulike syn på hvorvidt målene er uklare. Sentraltendensen peker i retning av at respondentene i stor grad slutter seg til påstandene om at det er stor enighet om målene for prosjektet og at helseforetaket og kommunen har samme mål. Henholdsvis 20 og 19 personer er mer enige (svaralternativ 3, 4 og 5) enn uenige i disse påstandene. Imidlertid er et stort mindretall på ni personer er mer enig (svaralternativ 3, 4 og 5) enn uenig i at målene er uklare. Det er også ulike syn på enigheten om målene. Fire personer mener at det er mer feil (svaralternativ 0,1 og 2) enn riktig at det er stor enighet om målene i prosjektet og 4 personer krysset av for at det er mer feil (svaralternativ 0, 1 og 2) enn riktig at helseforetaket og kommunen har samme mål.

Til spørsmålet om «andre forhold av betydning for hvilke mål som legges til grunn for prosjektet,» avga bare to personer kommentar:

«Målene har delvis måttet bli justert ut ifra tilgjengelige ressurser/kapasitet.»

«Det kan være noe ulik oppfatning om hva som legges i rehabiliteringens definisjon og begrep.»

Vangen og Huxham (2010) poengterer at det ligger et paradoks i det å søke felles mål for samarbeid. Synergieffekter i et samarbeid springer ut av ulikheter; at heterogene partnere med ulike ressurser, erfaringer og ekspertise samarbeider. Denne ulikheten vil også gjenspeile seg i ulike ønsker for samarbeidet. Problematikken rundt ulike mål kan bedre forstås gjennom å se på målsettingene langs forskjellige dimensjoner: *nivå, opprinnelse, autentisitet, relevans, innhold og åpenhet*.

Denne undersøkelsen har vist at det er noe ulike syn på om kommunen og helseforetaket har samme mål. Det er også ulike syn på enigheten om målene og på hvorvidt målene er klare. Man kan dermed legge til grunn at det foreligger en

viss uenighet om mål i prosjektet. For å forstå mer av denne uenigheten, skal jeg her forsøke å belyse den med Vangen og Huxhams dimensjoner.

Nivå. Undersøkelsen viser at noen av deltagerne har oppfattet forskjeller i målsetningene på organisasjonsnivå. Fire personer krysset av for at det er mer feil enn riktig at helseforetaket og kommunen har samme mål.

Opprinnelse. Samhandlingsreformen er nasjonal politikk, og som sådan en ytre påført ramme for målene til samarbeidet. Denne rammen er felles for begge parter. Dette skulle i utgangspunktet legge bedre til rette for felles mål. Imidlertid er også lokal politikk medvirkende. Lokal politikk kan her forstås som både kommunens og helseforetakets politikk, og prosjektet er et resultat av et lokalt initiativ hvor disse aktørene har vært involverte. Man kan dermed legge til grunn minst tre mål opprinnelser; samhandlingsreformen sentralt, lokalt helseforetak og kommune. Denne undersøkelsen gir oss imidlertid ikke svar som belyser disse – eller de eventuelle andre - opprinnelsene nærmere.

Autentisitet. Vangen og Huxham (2010) tar også opp drivkrefter for samarbeid, som frykt og belønning. I spørsmålet om motivasjon for deltagelse reflekterte svarene store variasjoner. Motivasjon er beslektet med målsettinger, og individuelle motiver som karrieremuligheter eller det å sikre at egen spesialkunnskap får sin plass i prosjektet er faktorer av betydning for ulikheter i mål som spørreundersøkelsen avdekker.

Relevans. En kommentar fra respondenthold var at «Det kan nok være noe ulik oppfatning om hva som legges i rehabiliteringens definisjon og begreper.» Dette utsagnet kan tolkes som en ulikhet i kommunikasjon, noe som like gjerne ville passe under dimensjonen *innhold*, men plasseres likevel under *relevans* fordi det faktum at det er ulike oppfatninger av hva rehabiliteringsbegrepet omfatter, får betydning for ulikheter i syn på hvorvidt mål er relevante for samarbeidet som dreier seg om rehabilitering.

Innhold. Utover det som er kommentert under *relevans*, avdekker ikke undersøkelsen forhold som naturlig lar seg plassere under dimensjonen *innhold*.

Åpenhet. Av respondentene, er ni mer enig enn uenig i at målene er uklare. Dette kan være et uttrykk for at man er usikker på målene, at målene ennå ikke er ferdig klarlagt eller at målene er dårlig kommunisert. En respondent påpeker da også at «målene har delvis måttet bli justert ut ifra tilgjengelige ressurser/ kapasitet.» Svarene kan imidlertid også være uttrykk for at målene er skjulte. Vangen og Huxham (2010) påpeker at det kan være mange årsaker som ligger bak at man velger å skjule målsettinger for andre deltagere i samarbeidet. Dette kan være tilfellet også der partene har genuint gode intensjoner for samarbeidet.

Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger om mål i prosjektet, og at disse ulikhetene til en viss grad lar seg plassere inn i Vangen og Huxham (2010) sine dimensjoner for forståelse av ulikhet i mål.

5.3 Hovedfunn i undersøkelsen

Jeg har undersøkt oppfatninger og holdninger til en rekke temaer relevante for samarbeid blant aktørene i et samhandlingsprosjekt mellom kommune og helseforetak. Konteksten er samhandlingsreformen. I begrepet samhandling legger aktørene samarbeid, likeverd mellom partnere, enighet om felles mål, kommunikasjon, tverrfaglighet og sømløse sammenføyninger av tjenester. Aktørene opplever seg godt informert om innholdet i samhandlingsreformen, og blant reformens sterke sider vektlegger de positive effekter for pasientenes situasjon, organisering av arbeidet, økonomi, kvaliteten på tjenestene, fagutvikling, jobbattraktivitet og reformens generelle gode intensjoner. Av svake sider påpekes finansieringen, falske forhåpninger blant brukere, overgangsfaseproblematikk, manglende nasjonale retningslinjer og en viss grad av vilkårlighet i hvem som vil nyte godt av nye tiltak som reformen medfører.

Aktørene mener at det er kommunene, og ikke helseforetakene, som vil ha mest fordeler av reformen.

Utvikling av egen arbeidsplass og mulighetene for egen fagutvikling er viktige motivasjonsfaktorer for aktørene.

Undersøkelsen avdekker ikke noen stor grad av frykt for individuelle negative konsekvenser eller negative konsekvenser for egen arbeidsplass.

Når det gjelder tillit, angir en stor del av de spurte stor grad av tillit til rehabiliteringssenteret og en stor del av de spurte angir en stor grad av tillit til kommunen. Undersøkelsen viser likevel at det fins et mindretall som opplever at tillitsforholdene er dårlige.

Selv om respondentene i hovedsak stiller seg positive til spørsmålene om kunnskapsoverføring, viser undersøkelsen at det fins noe motstand mot kunnskapsoverføring blant deltagerne i prosjektet.

Aktørene har ulike syn på hvorvidt målene er klare.

Kapittel 6. Avslutning

6.1 Delkonklusjoner; resultater holdt opp mot problemstilling

Kapittel 5 har analysert og tolket svarene fra respondentene i lys av teori. Utgangspunktet er samhandlingsprosjektet «Livsnær livshjelp» som en anledning til å studere betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak innen rammen av samhandlingsreformen. I dette kapitlet holdes resultatene opp mot problemstillingen i et forsøk på å besvare de forskningsspørsmålene som ble framsatt i kapittel 1 og å trekke konklusjoner. Kapitlet avsluttes med en vurdering av konsekvenser og forslag til videre undersøkelser.

6.1.1 Aktørenes motivasjon for deltagelse i prosjektet

Undersøkelsen har vist at deltagerne i Livsnær livshjelp i stor grad motiveres av utsiktene til utvikling av egen arbeidsplass og av muligheten for å være med på en fagutvikling. Mange ser også dette samhandlingsprosjektet som en mulighet for å vinne egne yrkesmessige fordeler. Det siste er naturlig å se i lys av utviklingen av egen arbeidsplass, selv om noen også har svart at de motiveres av muligheten for en videre karriere i partnerorganisasjonen. Samlet sett peker dermed fagutvikling med sine mange fasetter og varierende innfallsvinkler til egen situasjon på arbeidsmarkedet seg ut som de klareste enkeltfaktorene som går igjen i respondentenes svar på hva som motiverer dem.

6.1.2 Trusler og muligheter

Slik respondentene i denne undersøkelsen ser det, gir samhandlingsreformen muligheter for bedre tjenester og bedret situasjon for pasientene. De peker på nye muligheter for fagutvikling og nye samarbeidsforhold som kan gi økt jobbattraktivitet. Samtidig uttrykker de bekymring for finansieringen og at det i en overgangsfase kan oppstå problemer knyttet til et for optimistisk syn på hvor raskt endringer kan implementeres uten at det oppstår et vakuum som enkeltpasienter blir lidende under.

På spørsmålet om hvem som vil ha mest fordeler av reformen, kommunene eller helseforetakene, må svarene tolkes dit hen at respondentene mener at fordelene er asymmetrisk fordelt. Det fleste mener at kommunene vil ha mest fordeler av reformen, bare to svarer at de tror helseforetakene vil ha mest fordeler. Sett i lys av hvor viktig utvikling av egen arbeidsplass er for de ansattes motivasjon, er dette en grunnleggende problemstilling som undersøkelsen identifiserer.

Når det gjelder prosjektet Livsnær livshjelp spesifikt, tror de fleste av respondentene ikke at deltagelse kan ha negative konsekvenser for dem. De fleste respondentene tror heller ikke at deltagelse i prosjektet kan ha negative konsekvenser for deres arbeidsplass. Noen anmerker økt arbeidspress og støy som mulige negative konsekvenser. Det er imidlertid viktig å merke seg at det fins et lite mindretall som uttrykker bekymring for å bli overflødige og at deres arbeidsplass ikke skal bestå.

6.1.3 I hvilken grad har de samarbeidende aktørene samme mål for samarbeidet?

Undersøkelsen har vist at det er ulike oppfatninger om mål for samarbeidet i Livsnær livshjelp.

I kapittel 5 ble de ansattes svar tolket i lys av Vangen og Huxham (2010) sin teori om samarbeid. For bedre å forstå de motsetningene som finnes, ble svarene forsøkt sett gjennom ulike dimensjoner av mål. På denne måten ble det identifisert oppfatninger om ulike målsettinger på organisasjonsnivå og det ble identifisert muligheter for svakhet i målenes autentisitet på individnivå. Det ble stilt spørsmål ved målenes relevans og åpenhet. Figur 5.8 viser spredningen i oppfatninger om mål i prosjektet.

Konklusjonen må dermed bli at de samarbeidende aktørene i dette prosjektet i stor grad tilkjennegir de samme paradokser og ulikheter i målsettinger som karakteriserer samarbeidsprosjekter generelt, og som Vangen og Huxham (2010) beskriver.

6.1.4 Har aktørene tillit til hverandre?

Svarene i spørreundersøkelsen tyder på at det i hovedsak er gode tillitsforhold mellom aktørene i samhandlingsprosjektet Livsnær livshjelp. Samarbeidet kan ikke på dette grunnlaget sies å være preget av mistillit, slik som Vangen og Huxham (2010) beskriver at mange samarbeid er. Undersøkelsen avdekker imidlertid svakheter i tillitsforholdene også her. Tolkningen i kapittel 5 viste at disse svakhetene til en viss grad kan knyttes til samarbeidets følsomhet for endringer i hver av partnerorganisasjonene som prosjektdeltagerne ikke rår over, og til asymmetriske maktforhold.

6.1.5 Hva er aktørenes syn på kunnskapsoverføring fra/ til sin samhandlingspartner?

I hovedsak stiller deltagerne i denne undersøkelsen seg positive til kunnskapsoverføring både fra og til sin samhandlingspartner, men som påpekt i tolkningen i kapittel 5, finnes det noe motstand mot kunnskapsoverføring blant deltagerne i prosjektet. Ytterligere fortolkning eller forsøk på å stereotypere holdningene til kunnskapsoverføring lar seg ikke gjøre ut fra datamaterialet.

6.2 Konsekvenser og betydning

Denne studien har vist at Vangen og Huxham (2010) sin teori om samarbeid er aktuell i forståelsen av samarbeid innen rammen av samhandlingsreformen. Undersøkelsen gir funn som i stor grad stemmer overens med det som teorien predikerer, samtidig som teorien gir bidrag til en økt forståelse av de funnene som gjøres.

Med bakgrunn i teorien og funnene i spørreundersøkelsen blant deltagere i prosjektet Livsnær livshjelp skal jeg gi noen innspill eller forslag til tiltak som kan bidra til å øke sannsynligheten for at dette samarbeidsprosjektet skal kunne lykkes.

6.2.1 Generalisering

Siden funnene i undersøkelsen i stor grad er i tråd med hva man kan forvente ut fra teorien, velger jeg å samle tilrådinger til prosjektet Livsnær livshjelp og generaliseringer i samme kapittel. Man kan

ikke generalisere ukritisk ut fra en studie av et enkeltmiljø til lignende miljøer, men ofte kan man foreta en røff, skjønnsmessig vurdering av hvor representative funn er. (Repstad 2007, 25).

Et hovedbudskap hos Vangen og Huxham (2010) er at samarbeid er så komplekst at bevissthet om de enkelte bestanddelene er vesentlig for å oppnå suksess. Resultatene fra undersøkelsen peker på noen slike bestanddeler.

6.2.2 Tilrådinger

Denne undersøkelsen blant ansatte involvert i et samarbeidsprosjekt innen rammen av samhandlingsreformen, har vist at de ansatte i stor grad motiveres av utsiktene til fagutvikling og utsiktene til egne yrkesmessige muligheter. De ansatte opplever at samhandlingsreformen kan legge til rette for dette. Ledere i dette samhandlingsprosjektet og andre lignende prosjekter bør være seg bevisste på at dette er viktige motivasjonsfaktorer for de ansatte.

De ansatte opplever at samhandlingsreformen vil slå ulikt ut for kommuner og helseforetak, og at kommunene vil ha flest fordeler av endringene som reformen fører med seg. Dette vil kunne bidra til usikkerhet for ansatte i helseforetakene og det vil kunne true tilliten i samarbeidet mellom helseforetak og kommune. Ledere i samhandlingsreformen har en oppgave i å demme opp for slike skjevheter, gi egne og partneres medarbeidere trygghet og bidra til at tillit kan bygges og opprettholdes.

Når det gjelder mål for samarbeidet, har denne oppgaven vist at deltagernes oppfatninger på noen områder er ulike. Mål som er relevante for samarbeidssituasjonen kan finnes i mange dimensjoner, på individnivå og på

organisasjonsnivå. I oppgaven med å lede et samarbeid, kan det å forsøke å identifisere mål i flere dimensjoner være opplysende.

Den innsikten som man kan oppnå på denne måten kan være veldig verdifull for å forstå og å bedømme hvordan man best mulig kan samarbeide med partnere. (Vangen og Huxham 2010, 167 (min oversettelse)).

Som nevnt er det et kjennetegn ved samarbeidssituasjoner at det kan være problematisk å enes om mål, denne undersøkelsen viser at Livsnær livshjelp ikke er et unntak i så måte. Det er derfor tilrådelig å få i gang samarbeidet gjennom å starte med noen håndgripelige tiltak, uten at man nødvendigvis har full enighet om målsettinger. Partnere bør forsøke å etablere *tilstrekkelig* enighet til at samarbeidet kan gå videre. På denne måten kan man gradvis bygge tillit som et fundament for de senere vanskelige diskusjonene om mål (Vangen og Huxham 2010).

Tillit er nødvendig for et vellykket samarbeid, og tilliten i samarbeidsprosjekter har ofte svakheter. Denne undersøkelsen viser at også Livsnær livshjelp har slike svakheter, selv om de fleste respondentene opplever at tillitsforholdene er gode. Det er grunn til å tro at dette funnet er representativt for samarbeidsprosjekter innen samhandlingsreformen, slik det er for samarbeid generelt. Ledere i samhandlingsprosjekter må derfor ha fokus på å bygge og å vedlikeholde tillit. Undersøkelsen har antydnet to temaer av betydning for tilliten i dette prosjektet, og disse temaene er kjent fra teorien. For det første er organisasjoner dynamiske av natur. Dette gir enda sterkere utslag i samarbeidsprosjekter, siden de er følsomme for endringer i hver av partnerorganisasjonene. Slike endringer kan ødelegge for arbeid som lagt ned i å bygge gjensidig forståelse og tillit (Vangen og Huxham 2010). Ledere i slike prosjekter må derfor kontinuerlig rette oppmerksomhet mot tillitsforhold. For det andre er maktforhold gjerne asymmetriske, noe som enkelte svar i denne undersøkelsen også kan tas til inntekt for. Forståelsen av skjevheter i maktforhold, forståelsen av hvordan disse kan endres gjennom forløpet av et samarbeid og evnen til å tolke atferd betinget av maktforholdene kan bidra til å hindre at tillit går tapt (Vangen og Huxham 2010).

6.3 Oppsummering og hovedkonklusjon.

Jeg startet denne oppgaven med å beskrive at samhandling alltid har vært sentralt i helsesektoren og at begrepet samhandling i reformens forstand kan oppfattes som synonymt med samarbeid. Reformen legger opp til en omfattende endring av arbeidsdelingen og organiseringen av helsevesenet i Norge og skal drives gjennom i det enkelte helseforetak og i den enkelte kommune.

Samhandlingsreformens hovedide er at det over tid må utvikles et vesentlig bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestens ulike aktører. (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, 145).

Hovedproblemstillingen i oppgaven har vært å studere betingelsene for samarbeid mellom kommune og helseforetak med samhandlingsreformen som kontekst. Med dette utgangspunktet identifiserer denne oppgaven en rekke temaer som kan være av avgjørende betydning for å oppnå samhandlingsreformens intensjon om et vesentlig bedret samarbeid, uten at disse er problematisert i St. meld. Nr. 47 (2008 – 2009) (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Caset har vært et lokalt initiert samhandlingsprosjekt i en distriktskommune og undersøkelsen har vært sentrert rundt de samme elementene som bærer Vangen og Huxham (2010) sin teori om samarbeid, nemlig spenningen mellom fordeler og ulemper ved samarbeid og drivkreftene til aktører i samarbeidet, slik som frykt og belønning.

Betingelsene for samarbeid mellom helseforetak og kommune i samhandlingsreformen er langt mer komplekse og utfordrende enn det man kan få inntrykk av ved å lese St.meld. Nr 47 (2008- 2009). For det første drives aktørene som skal samarbeide av en motivasjon. Denne undersøkelsen har vist at nye muligheter knyttet til egen fagutvikling, karriere og utvikling av egen arbeidsplass kan være motiver hos den enkelte, men også at aktørene kan drives av frykt for egen arbeidsplass. Mangfoldige, motstridene eller ukjente drivkrefter og motiver blant aktørene i et samarbeid vil raskt kunne utvikle uforutsette problemer for

ledere i samarbeidet. For det andre legger samhandlingsreformen til grunn - i selve definisjonen av samhandling - at man skal nå «omforente mål,» men denne oppgaven viser at det slett ikke er gitt at målene er omforente. For det tredje er begrepet samhandling i reformens forstand synonymt med samarbeid. Samarbeid krever tillit og kunnskapsoverføring, men resultatene fra denne undersøkelsen viser at tilliten har svakheter og at det finnes motstand mot kunnskapsoverføring. Dette er med andre ord konkrete spenningsområder som denne oppgaven identifiserer og som ledere innen samhandlingsreformen må ha et kontinuerlig fokus på for å kunne lykkes i nå målene i samhandlingsreformen.

6.4 Avsluttende refleksjoner

Kan samhandlingsprosjektet Livsnær livshjelp bli vellykket?

I prosjektbeskrivelsen for Livsnær livshjelp (Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter og Aure kommune 2013) beskrives hovedmål og delmål, og disse er gjengitt i kapittel 3.3.4. Denne oppgaven har belyst noe av kompleksiteten ved samarbeidet, og pekt på konkrete utfordringer som i stor grad må kunne sies å være utfordringer for samarbeidsprosjekter innen samhandlingsreformen generelt.

En nøkkel til å oppnå suksess er å vite hvordan man skal gjenkjenne den; den kan være mye bredere enn oppnåelsen av noen av de målsettinger som ble satt opp ved starten. (Vangen og Huxham 2010, 180 (min oversettelse)).

Dette er et syn som er spesielt aktuelt for Livsnær livshjelp, siden prosjektet er et pilotprosjekt innen samhandlingsreformen og som sådan et prosjekt hvor en skal høste erfaringer med samarbeid. Suksessen kan dermed ligge i kunnskap og erfaringer ervervet i prosessen med samarbeid, eller oppnåelser underveis. Dette kan være oppnåelser på områder som overhodet ikke var identifisert da samarbeidet kom i stand, men som har oppstått i forløpet av samarbeidet. Denne oppgaven har vist at utfordringene er mange, og at samhandlingsprosjektet

Livsnær livshjelp kan oppnå suksess i flere dimensjoner enn de målsettingene som er definert i prosjektbeskrivelsen.

Forskningsveien videre

Litteratursøk gjort i forbindelse med denne oppgaven gir holdepunkter for at det er et gap mellom den delen av litteraturen som har et helsefaglig utgangspunkt og den delen av litteraturen som har et samfunnsfaglig utgangspunkt. Den aktuelle helsefaglig drevne litteraturen som i stor grad utgjøres av faglige retningslinjer, tar i liten grad hensyn til samarbeidsteoretiske aspekter. Selv om den enkelte ganger gir normative tilrådinger for hvordan enkelte aspekter av samarbeidet skal foregå og selv om tilrådingene er basert på grundig medisinsk dokumentasjon, er det fra nærliggende praksisfelt kjent at slike tilrådinger i seg selv ikke er nok til at de blir tatt til følge i helsefagene (Trewweek et al 2005). Et spørsmål blir dermed om det at denne delen av litteraturen generelt mangler fokus på organisasjonsteoretiske aspekter er en svakhet som truer gjennomføringen av ellers godt funderte tilrådinger.

Undersøkelsen i denne oppgaven finner sted i innledningen av et samhandlingsprosjekt og belyser noen dimensjoner av aktørenes utgangspunkt for samarbeidet mellom kommune og helseforetak. Flere undersøkelser av tilsvarende samhandlingsprosjekter er nødvendige for å få et sterkere fundament for tilrådinger til de aktørene som skal lede og drive fram samhandlingsreformen i de enkelte kommunene, i de enkelte fagfeltene og i de enkelte prosjektene. Oppgaven tar for seg rehabiliteringsfeltet. Teorigrunnlaget gir mulighet for en viss generalisering, men det er behov for mer kunnskap. Dette underbygges av funn i denne undersøkelsen som peker i retning av at aktørene er positive til samhandlingsreformens generelle sider, men tenderer til bedre å kunne identifisere problemer i det feltet de selv har et spesielt forhold til eller spesiell kunnskap om. Samhandlingsreformens intensjoner skal omsettes til praksis i alle deler av helsetjenesten, derfor er det behov for kunnskap fra flere felt.

Ulike metodologiske tilnærminger vil kunne gi tilleggsinformasjon. Ett alternativ kan være observasjon av hvordan samarbeidet faktisk foregår. Et annet alternativ er å studere dokumenter som genereres i prosjektene, slik som møtereferater, handlingsplaner eller prosedyrer.

Det vil også være av verdi å gjøre nye undersøkelser i forløpet av samarbeidet til Livsnær livshjelp, eller etter prosjektperioden. Man kan da få kunnskap om andre aspekter av betydning for samhandlingsreformen, basert på erfaringer aktørene har gjort seg i samarbeidet.

Vedlegg 1: Felles spørreskjema med Møreforskning Molde AS

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

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

For utfylling av spørreskjemaet:

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

BAKGRUNNSINFORMASJON

Arbeidsgiver: Aure Rehabiliteringssenter

Aure kommune

Stillingsnivå: Leder/enhetsleder

Ansatt uten lederrolle/lederansvar

Deltar i prosjektet Livsnær livshjelp: Medlem av prosjektgruppen

Medlem av styringsgruppen

VURDERING AV SAMHANDLINGSREFORMEN OG SAMHANDLING I AURE

Gjør kort rede for hva du ser som sterke og svake sider ved samhandlingsreformen (slik den arter seg på ditt arbeidsfelt):

Sterke sider ved samhandlingsreformen	Svake sider ved samhandlingsreformen

	Svært godt orientert	Godt orientert	Middels orientert	Lite orientert

Hvor godt orientert er du om innholdet i samhandlingsreformen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvem tror du vil ha mest fordeler av reformen, foretak eller kommune? Hvilke fordeler?				

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

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

Rehabiliteringssenteret Sykehjemmene
Hjemmetjenesten Andre: _____

	Svært god	God	Nøytral	Dårlig	Meget dårlig	Vet ikke
Sett ett kryss for hver linje						
Hvordan vil du beskrive samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen i dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:						
Hvordan vil du beskrive samhandlingen på din arbeidsplass i dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:						
				JA	NEI	Vet ikke
Er det utviklet prosedyrer, rutiner og retningslinjer for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:						

Har rehabiliteringssenteret og kommunen felles møteplass/arenaer for diskusjoner, kompetanse- og informasjonsutveksling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:			
Opplever du at ansatte ved din arbeidsplass føler seg som likeverdig part i samarbeidet mellom rehabiliteringssenteret og i kommunen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:			
Mener du at bedre samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen vil føre til bedre rehabiliteringstilbud til brukeren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:			

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Sett ett kryss for hver linje						
Samhandlingen mellom rehabiliteringssenteret og kommunen er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskaper/er personavhengig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det bør utvikles organisatoriske modeller og rutiner for tettere samarbeid mellom rehabiliteringssenteret og kommunen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringstilbudene i Aure er fragmenterte og lite helhetlige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringstilbud ytes i for liten grad samtidig (hvor både rehabiliteringssenteret og kommunen er inne).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AKTØRENES MOTIVASJON

	JA	NEI	Vet ikke
--	-----------	------------	-----------------

Ta stilling til følgende påstander:

	Stemmer ikke 0	1	2	3	4	Stemmer helt 5
Sett ett kryss for hver linje						
Aktørene i prosjektet har tillit til hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tillit til helseforetaket (sentralt/lokalt?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har tillit til kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre forhold av betydning for tillitsforholdene i prosjektet:

HVA ER AKTØRENES SYN PÅ KUNNSKAPSOVERFØRING TIL/FRA SIN SAMARBEIDSPARTNER?

	JA	NEI	Vet ikke
Slik du ser det, opplever ansatte ved din arbeidsplass, at de har tilstrekkelig kompetanse innen rehabilitering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentar:			

Ta stilling til følgende påstander:

	Stemmer ikke 0	1	2	3	4	Stemmer helt 5
Sett ett kryss for hver linje						
Vår organisasjon har mye å lære av vår samhandlingspartner i dette prosjektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi deler gjerne kunnskap med våre samarbeidspartnere i prosjektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre forhold av betydning for kunnskapsoverføring i prosjektet:

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Det er behov for mer kompetanseutveksling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunen besitter kompetanse som bør formidles til rehabiliteringssenteret.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringssenteret besitter mye kompetanse som bør formidles til kommunens rehabiliteringsteam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er behov for økt kompetanse om samhandling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er behov for økt kompetanse om rehabilitering.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det bør i større grad settes av tid til hospitering begge veier mellom rehabiliteringssenteret og kommunen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÅL FOR PROSJEKTET LIVSNÆR LIVSHJELP

Ta stilling til følgende påstander:

Sett ett kryss for hver linje	Stemmer ikke 0	1	2	3	4	Stemmer helt 5
Det er stor enighet om målene for prosjektet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målene er uklare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helseforetaket og kommunen har samme mål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre forhold av betydning for hvilke mål som legges til grunn for prosjektet:

FORVENTNINGER TIL PROSJEKTET LIVSNÆR LIVSHJELP

I hvilken grad er du enig/uenig i påstandene:

Sett ett kryss for hver linje	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Takk for at du tok deg tid til å delta!

Din deltagelse er viktig for prosjektet Livsnær livshjelp.

Vedlegg 2: Frekvenser plottet i denne oppgavens del av svarskjema

BAKGRUNNSINFORMASJON

Arbeidsgiver: Aure Rehabiliteringssenter 8 Aure kommune 17
Stillingsnivå: Leder/enhetsleder 8 Ansatt uten lederrolle/lederansvar 13
Deltar i prosjektet Livsnær livshjelp: Medlem av prosjektgruppen 6
Medlem av styringsgruppen 3

1)Gjør kort rede for hva du ser som sterke og svake sider ved samhandlingsreformen (slik den arter seg på ditt arbeidsfelt?):

Sterke sider ved samhandlingsreformen	Svake sider ved samhandlingsreformen

2) Hvor godt orientert er du om innholdet i samhandlingsreformen? (Kryss av)

svært godt orientert	godt orientert	middels orientert	lite orientert
3	14	8	1

3) Hvem tror du vil ha mest fordeler av reformen? Foretak eller kommune? Hvilke fordeler?

4) Hva er samhandling for deg? Hva legger du i begrepet samhandling:

5) Hva er din motivasjon for å delta i prosjektet "Livsnær livshjelp":

(Sett ett kryss for hver linje.)	Ingen betydning					Svært stor betydning
	0	1	2	3	4	
Mulighet for egen fagutvikling	3	2	3	4	3	11
Utvikling av egen arbeidsplass	1	1	0	6	2	16
Yrkesmessige fordeler	7	1	2	5	2	8

Andre forhold av betydning for din motivasjon:

Potensielle trusler

6) Kan deltakelse i prosjektet ha negative konsekvenser for deg? I så fall hvilke?

7) Kan deltakelse i prosjektet ha negative konsekvenser for din arbeidsplass? I så fall hvilke?

9) Har aktørene tillit til hverandre?

Ta stilling til følgende påstander:

(Sett ett kryss for hver linje.)	Stemmer ikke					Stemmer helt
	0	1	2	3	4	
Aktørene i prosjektet har tillit til hverandre	0	1	2	5	10	7
Jeg har tillit til rehabiliteringssenteret	0	0	0	2	9	14
Jeg har tillit til kommunen	0	1	3	3	7	11

Andre forhold av betydning for tillitsforholdene i prosjektet:

10) Hva er aktørenes syn på kunnskapsoverføring fra/ til sin samhandlingspartner?

Ta stilling til følgende påstander:

(Sett ett kryss for hver linje.)	Stemmer					Stemmer helt
	ikke	0	1	2	3	
Vår organisasjon har mye å lære av vår samhandlingspartner i dette prosjektet	0	1	2	5	6	12
Vi deler gjerne kunnskap med våre samarbeidspartnere i prosjektet	0	0	0	5	5	16

Andre forhold av betydning for kunnskapsoverføring i prosjektet:

11) Mål. Ta stilling til følgende påstander:

(Sett ett kryss for hver linje.)	Stemmer					Stemmer helt
	ikke	0	1	2	3	
Det er stor enighet om målene for prosjektet	0	1	3	8	7	5
Målene er uklare	6	4	5	4	2	3
Helseforetaket og kommunen har samme mål	0	2	2	6	9	4

Andre forhold av betydning for hvilke mål som legges til grunn for prosjektet:

Litteraturliste

Aure kommune. 2014. *Aure sjukeheim*. www.aure.kommune.no/aure-sjukeheim.aspx. (Lest 25.04.14).

Barnett, K, S. Mercer, M. Norbury, et al. 2012. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet 2012; 380:37-43.

Corwin, L, J. Corbin, og M. B. Mittelmark. 2012 *Producing synergy in collaborations: A successful hospital innovation*. The innovation journal: The public sector innovation journal, Volume 17(1), 2012, article 5

Elstad, Jon Ivar. 2010. «Spørreskjemaundersøkelsens fallgruber.» I *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*, red. Album, Hansen og Widerberg. Oslo, Universitetsforlaget.

Feiring, M. og P. K. Solvang. 2013. «Rehabilitering mellom medisin og samfunnsfag – en feltanalytisk skisse.» *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* 2013:1-2. Tilgjengelig fra www.praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2013-feiring-solvang.pdf (lest 20.03.14).

Frankfort- Nachmias, Chava og David Nachmias. 1996. *Research methods in the social sciences*, fifth edition. London: Arnold.

Gisvold, Sven Erik, Oluf Dimitri Røe og Marie Aakre. 2014. «Verdens beste?» *Kronikk i Adresseavisen* 22.04.14. Tilgjengelig fra <http://www.adressa.no/meninger/article9481423.ece> (Lest 30.04.2014)

Gjerberg, Elisabeth. 2005. «En vurdering av metodologiske styrker og svakheter med utgangspunkt i egen forskning på tjenesteyterne.» Fra *Helsetjenesteforskning*, red. Foss og Ellefsen. Oslo: Universitetsforlaget.

Halvorsen, Kjersti. 2011. « Hawthorne-effekten, organisasjonsteoriens placebo.» I *Kunnskap om ledelse – Festskrift for Torodd Strand*, red. Askvik, Espedal og Gammelsæter. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. 2010. *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Sider/default.aspx> (lest 25.04.2014).

Helse Møre og Romsdal 2014. Om oss <http://www.helse-mr.no/no/Om-oss/107788/> (Lest 25.04.2014).

Helse Møre og Romsdal/ Aure rehabiliteringssenter og Aure kommune. 2013. *Livsnær livshjelp; rehabilitering i nærmiljøet. Prosjektbeskrivelse*. Aure: Aure rehabiliteringssenter.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDF_S.pdf (Lest 25.04.2014).

Jacobsen, Dag I. 2004. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Johannessen, Kjell S. 1991. *Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi*. Bergen: Sigma forlag.

Kaurstad, Guri, Elisabet Witsø og Kari Bachmann. 2014. *Rapport 1403. Livsnær livshjelp. Rehabilitering i nærmiljøet*. Molde: Møreforskning Molde AS.

Leedy, P og J. Ormrod. 2013. *Practical research. Planning and design. Tenth edition*. London: Pearson.

Malterud, K. 2002. «Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger.» *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122:2468-72. Tilgjengelig fra <http://www.tidsskriftet.no/article/618649> (Lest 20.03.2014).

- Melby, Line og Aksel Tjora. 2013. «Samhandlingens mange ansikter» I *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mørk, B. E, M. Aanestad og T. Hoholm. 2013. «Tverrfaglig samhandling: En praksisbasert studie av utvikling og implementering av nye praksiser i sykehus.» I *Samhandling for helse*, red. Tjora og Melby. Oslo: Gyldendal.
- Nordvestnytt. 2013. *Kjemper mot nedlegging*. <http://www.nvnytt.no/alle-arterikler/samfunn-og-politikk/292-kjemper-mot-nedlegging> (Lest 30.04.2014).
- NOU. 2011. *Norges offentlige utredninger 2011:11. Innovasjon i omsorg*. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPD FS.pdf> (Lest 25.04.2014)
- Ranheim, T., S. Flottorp, A. Austvoll- Dahlgren og M. Johansen. 2010. *Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer. Rapport fra kunnskapssenteret nr 07-2010. Systematisk kunnskapsoversikt*. <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/attachment/9211> (lest 26.03.14).
- Repstad, Pål. 2007. *Mellom nærhet og distanse* 4. reviderte utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schönfelder, W. 2013. «Legenes posisjon i et tverrfaglig landskap: Samhandlingsreformen i et profesjonsteoretisk perspektiv.» I *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s 63
- Smith, K., M. Lavoie-Tremblay, M. Richer og S. Lanctot S. 2010. *Exploring Nurses Perceptions of Organizational Factors of Collaborative Relationships*. Health care manager 29(3):271-278, July/ September 2010.
- Sosial- og helsedepartementet. 1998. *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. St. meld. nr. 21 (1998- 1999)*. www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037 (lest 05.03.14).

Svartdal, Frode. 2009. *Psykologiens forskningsmetoder, en introduksjon*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. og L. Melby. 2013. *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal.

Treweek, S., S. Flottorp, A. Fretheim, K. Håvelsrud, D. Kristoffersen, A. Oxman og O. Aasland. 2005. «Retningslinjer for allmennpraksis- blir de lest og blir de brukt?» *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:300-3 Tilgjengelig fra : <http://www.tidsskriftet.no/article/1140021> (Lest 20.03.2014).

Vangen, Siv og Chris Huxham. 2010. "Introducing the theory of collaborative advantage." I *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*, red. S. P. Osborne. London: Routledge.