

Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 23-2011

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Fagmiljøer i Norge og i andre land benytter læringsnettverk til å spre kunnskap og forbedre kvaliteten i helsetjenesten. Problemstillingen i denne systematiske oversikten er todelt: Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner, avdelinger og organisasjoner? Hvilke suksesskriterer og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten? **Metode:** Søkestrategien består av tre elementer: Systematiske litteratursøk i relevante databaser. Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider. Innhente erfaring om læringsnettverk gjennom dialogkonferanse/ressurspersoner. **Resultat:** Vi identifiserte til sammen 113 referanser. 88 av disse var resultat av systematiske søk. I tillegg fant vi 24 norske rapporter og en vitenskapelig artikkel. Forskning viser en positiv men begrenset effekt av å organisere forbedringsarbeidet i læringsnettverk. Muligheten er derfor til stede for at deltakelse i slike nettverk kan bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Evaluering av læringsnettverk tyder på at deltakelse øker

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-438-5 ISSN 1890 - 1298

nr 23-2011

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden)

kvaliteten på tjenestene. Erfaringer viser at deltakere i læringsnettverk opplever faglig og organisatorisk utvikling, og at deltakelse skaper grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner. **Konklusjon:** Forskning viser en positiv, men begrenset effekt av å organisere forbedringsarbeidet i læringsnettverk. Erfaringer kan tyde på at deltakelse i læringsnettverk har økt kvaliteten på tjenestene. Deltakere i læringsnettverk gir uttrykk for faglig og organisatorisk utvikling og grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner. Planlegging og gjennomføring av læringsnettverk bør bygge på den forskningen og erfaringen som finnes når det gjelder sukseskriterier.

Tittel	Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring.
English title	Quality collaboratives as a tool in Quality Improvement – a summary of research and experiences.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør.
Forfattere	Bakke, Toril, seniorrådgiver, Kunnskapssenteret Udness, Ellen, seniorrådgiver, Kunnskapssenteret Harboe, Ingrid, forskningsbibliotekar, Kunnskapssenteret
ISBN	978-82-8121-438-5
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 23 – 2011
Prosjektnummer	673
Publikasjonstype	Systematisk kunnskapsoversikt
Antall sider	56 (121)
Oppdragsgiver	Seksjon for kvalitetsutvikling
Nøkkelord	Læringsnettverk, nettverk, kvalitetsforbedring, kvalitetsutvikling.
Sitering	Bakke T, Udness E, Harboe I. Quality collaboratives as a tool in Quality Improvement – a summary of research and experiences. Report from Kunnskapssenteret no. 23–2011. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2011.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulige helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Greetje Refvem, Tove Hovland, Hans Asbjørn Holm, Ingunn Grande, Hilde Skredtveit Moen, Anne Sofie Torp, Eli Ådnøy, Ann-Torunn Andersen, Janecke Thesen, Aleidis Skard Brandrud, Tor Carlsen, Kårhild Husom Løken, Gerd Andreassen og Marit Lang-Ree Finstad for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember, 2011

Hovedfunn

Læringsnettverk er et verktøy som blir brukt i forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten er å spre kompetanse på ulike områder og bedre kvaliteten på tjenestene. Kjernen i læringsnettverk er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling - og organisasjon. Dette er i tråd med føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015.

Hovedfunn

- Forskning fra systematiske oversikter viser at læringsnettverk kan ha en positiv, men begrenset effekt på kvalitetsforbedring. Svakheter i studiedesign gjør at vi ikke kan fastslå at rapporterte forbedringer skyldes deltakelse i læringsnettverk eller andre faktorer.
- Erfaringer fra læringsnettverk i Norge og andre land tyder på at deltakelse i læringsnettverk kan øke kvaliteten på tjenestene. I enkelte evalueringsrapporter underbygges dette med målinger som viser til dels store forbedringer, men det er vanskelig å dokumentere om forbedringene skyldes deltakelse i læringsnettverk eller andre faktorer.
- Erfaringer fra læringsnettverk tyder på at mange deltakere opplever faglig og organisatorisk utvikling, og at deltakelse skaper grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner.
- Forskning fra systematiske oversikter viser til noen suksesskriterier som må ivaretas hvis læringsnettverk skal bidra til kvalitetsforbedring, blant annet leder- og medarbeiderforankring, en organisasjonskultur som fremmer forbedringsarbeid og tilgang til nøyaktige og komplette data om egne tjenester. Erfaringer fra gjennomførte læringsnettverk støtter opp om disse suksesskriteriene.

Tittel:

Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring – en oppsummering av forskning og erfaringer.

Publikasjonstype:

Systematisk kunnskapsoversikt

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget på eget initiativ fra seksjon for kvalitetsutvikling

Når ble litteratursøket utført?

September 2011

Fagfeller:

Janecke Thesen, fastlege-/forsker/fagutvikler, Valestrand legekontor/Uni Helse Nklm/Universitetet i Bergen

Hans Asbjørn Holm, dr. med., tidl. fagdirektør i Den norske lægeforening og seniorrådgiver i Helsedirektoratet

Tove Hovland, Kommunaldirektør helse og omsorg, Tønsberg kommune

Sammendrag

Bakgrunn

Flere fagmiljøer, både i Norge og i andre land, benytter læringsnettverk til å spre kunnskap og forbedre kvaliteten på ulike områder i helsetjenesten, og det kan synes som om bruken av slike nettverk er økende. Problemstillingen i denne kunnskapsoppsummeringen er todelt:

1. Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner?
2. Hvilke suksesskriterer og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

Metode

Søkestrategien består av tre elementer:

- i. Systematiske litteratursøk i relevante databaser.
- ii. Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider.
- iii. Innhente erfaring om læringsnettverk gjennom dialogkonferanse/ressurspersoner.

Litteratursøket etter systematiske oversikter ble utført i september 2011. Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider etter rapporter om læringsnettverk ble gjennomført i løpet av juni og august 2011 og avsluttet 31. august.

Resultat

Vi identifiserte til sammen 113 referanser. 88 av disse var resultat av systematiske søk. I tillegg fant vi 24 norske rapporter og en vitenskapelig artikkel. Av de 88 referansene ble to vurdert som potensielt relevante og bestilt i fulltekst. Begge to oppfylte inklusjonskriteriene. Den ene av disse to systematiske oversiktene, Schouten et. al 2008: Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review, svarte på inklusjonskriteriene direkte; hvordan læringsnettverk påvirker kvalitetsforbedring i helsetjenesten generelt.

Den andre systematiske oversikten, Fung-Kee-Fung et. al 2009: Regional Collaborations as a Tool for Quality Improvements in Surgery, vurderte effekten av læringsnettverk spesifikt opp mot kvalitetsforbedring i kirurgisk praksis. Valget om inkludering ble tatt på bakgrunn av hensikten med prosjektet; samle inn så mye kunnskap som mulig om bruken av læringsnettverk uavhengig av hvilke områder som står i fokus i det enkelte nettverk.

Supplerende søk i Medline resulterte i en systematisk oversikt som ser på effekten av å lære opp helsepersonell i kvalitetsforbedring, Boonyasai et. al 2007: Effectiveness of Teaching Quality Improvement to Clinicians. Denne oversikten ble inkludert fordi opplæring i kvalitetsforbedring og bruk av metoder og verktøy står sentralt i mange læringsnettverk. Supplerende søk på hjemmesiden til tidsskriftet Implementation Science førte til funnet av en systematisk oversikt fra 2011 som evaluerer den påvirkningen forbedringsteam, både enkeltstående og i nettverk, har på kvalitet og pasientsikkerhet i akutt behandling, White et. al 2011: What is the value and impact of quality and safety teams? A scoping review. De inkluderte systematiske oversiktene var av moderat kvalitet.

Forskningen viser en positiv, men begrenset effekt av å organisere forbedringsarbeidet i læringsnettverk. Muligheten er derfor til stede for at deltakelse i slike nettverk kan bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. På grunn av svakheter ved studiene kan man ikke fastslå om de rapporterte forbedringene kommer som et resultat av deltakelse i læringsnettverk eller skyldes andre faktorer. På bakgrunn av denne forskningen kan derfor ikke effekten av å igangsette slike nettverk forutsis med stor sikkerhet.

En gjennomgang av evalueringsrapporter fra læringsnettverk i Norge og andre land tyder på at deltakelse har økt kvaliteten på tjenestene. I enkelte rapporter underbygges dette med før - og ettermålinger som viser til dels store forbedringer. Samtidig er det vanskelig å finne dokumentasjon som viser om forbedringene skyldes deltakelse i læringsnettverk og ikke andre faktorer. Erfaringer viser også at deltakere i læringsnettverk opplever faglig og organisatorisk utvikling, større forståelse for hverandres profesjon, og at deltakelse skaper grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner.

Diskusjon

Samhandlingsreformen som trer i kraft i 2012 legger sterke føringer for økt samhandling i helse- og omsorgstjenesten til beste for brukerne. I tillegg utfordres individfokuset på kompetanseutvikling; utdanning og opplæring av personell må i større grad tilpasses målene i samhandlingsreformen. Budskapet understrekes av Verdens helseorganisasjon (WHO) i "Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice". Hovedfokuset i kompetanseutvikling må være på samhandling; hvordan ulike profesjoner og organisasjoner kan og må jobbe

sammen med brukere/pasienter og deres pårørende for å sikre tjenester av høy kvalitet. Disse føringene gir samhandling en ideologisk overbygning slik at det blir en verdi i seg selv. I læringsnettverk kombineres felles kompetanseutvikling på tvers av fag, profesjon og organisasjon med opplæring i systematisk forbedringsarbeid. Slike nettverk kan derfor langt på vei synes å oppfylle de nye kravene til kompetanseutvikling; fra individfokus til felles kompetanseutvikling på tvers.

Utfordringene med læringsnettverk som er løftet frem, for eksempel at eventuelle forbedringer ikke dokumenteres, at team dropper ut underveis i prosessen, at det kan være kostbart, at det kan synes som om det er mangler når det gjelder planlegging og forankring før oppstart og i gjennomføringsfasen, samt at det ikke kan dokumenteres at forbedringene vedlikeholdes over tid, er alle faktorer som det er mulig å gjøre noe med. Dette kan blant annet gjøres ved hjelp av de suksesskriteriene som er identifisert: Lederforankring, eierskap til prosessen, utvikling av tillit på tvers av individer, profesjoner og organisasjoner, tilgangen på nøyaktige og komplette data, en infrastruktur som støtter nettverkene, tilgjengelige eksperter og tilgang til beste praksis på området.

Konklusjon

Forskning fra systematiske oversikter viser at læringsnettverk kan ha en positiv, men begrenset effekt på kvalitetsforbedring. Muligheten er derfor til stede for at deltakelse kan bidra til økt kvalitet i helsetjenesten. Erfaringer både fra Norge og andre land kan tyde på at deltakelse i læringsnettverk har økt kvaliteten på tjenestene. I enkelte evalueringsrapporter underbygges dette med målinger som viser til dels store forbedringer. Deltakere i læringsnettverk gir blant annet uttrykk for en opplevelse av faglig og organisatorisk utvikling, større forståelse for hverandres profesjon, og at deltakelse skaper grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner. Samtidig er det vanskelig å finne dokumentasjon som viser om forbedringene skyldes deltakelsen i seg selv, eller andre faktorer. Planlegging og gjennomføring av læringsnettverk bør bygge på den forskningen og erfaringen som finnes når det gjelder suksesskriterier. Læringsnettverk som settes i gang bør følges av forskning eller evalueres grundig.

Behov for videre forskning

Deltakelse i læringsnettverk kan kreve store investeringer både av tid og ressurser. Dette tilsier at mer forskning er ønskelig: Hvilke mekanismer er ansvarlig for hvilken effekt? Er det spesielle elementer som må være på plass for å øke mulighetene til å oppnå forbedringer gjennom læringsnettverk? Virker læringsnettverk for noen organisasjoner og ikke for andre? Nye studier for å finne effekten av læringsnettverk må designes på en slik måte at de forhindrer de metodologiske svakhetene som mange av de foreliggende studiene har.

Key messages (English)

Participation in quality collaboratives is one of the tools that are used to improve quality in the health care services. The purpose of such collaboratives is to increase competence in different areas, and to improve the quality of the services. The core is joint education and training across professions, departments and organizations. This is in line with the goals of the National health and care services plan (2011 – 2015).

Main findings

- The evidence underlying quality collaboratives is positive but limited. Weaknesses in study design means that one can not determine if the reported improvements are a result of participation in collaboratives, or due to other factors.
- Experience from quality collaboratives in Norway and other countries indicates that participation has increased the quality of the services. In some collaboratives before and after measurements indicate major improvements. However, it is difficult to document that the improvements are mainly due to participation in collaboratives, or because of other factors.
- Experience from collaboratives show that many participants experience professional and organizational development, and that participation provides a breeding ground for increased collaboration with other organizations.
- Research points to some success criteria necessary to achieve the goals of collaboratives. These include: Engagement by management and staff, an organizational culture who promotes quality improvement, and access to accurate and complete data about the quality of the services. Experiences from collaboratives supports the conclusion that these factors are of great importance.

Title:

Quality Collaboratives as a tool in Quality Improvement – a summary of research and experiences.

Type of publication:

Systematic review

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for studies: September 2011.

Peer review:

Janecke Thesen, fastlege-/forsker/fagutvikler, Valestrand legekontor/Uni Helse Nklm/Universitetet i Bergen

Hans Asbjørn Holm, tidl. fagdirektør i Den norske lægeforening og seniorrådgiver i Helsedirektoratet

Tove Hovland, Kommunaldirektør helse og omsorg, Tønsberg kommune

Executive summary (English)

Background

Quality collaboratives are being used to share knowledge and to improve quality in the health care services in Norway and internationally.

Objective

The objective of this project has been to find answers to the following questions:

1. Can collaboratives contribute to quality improvement in the health care services through mutual learning across different health professions/departments / organizations?
2. What success criteria and critical factors are identified using collaboratives as a tool in quality improvement?

Method

The Search strategy consisted of three elements:

1. Systematic literature search in relevant databases.
2. Search in relevant Norwegian and international websites.
3. Acquiring experience about collaboratives through structured dialogue and through experts.

The literature search for systematic reviews was conducted in September 2011. The search in relevant Norwegian and international websites was conducted in the summer of 2011 and ended 31 August. References were screened by two persons individually. Systematic reviews about the effect of collaboratives in the health care services were included. Quality assessment was made by two people individually, in accordance to the methods of The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) (www.epoc.cochrane.org).

Results

We identified a total of 113 references. 88 of these were the result of systematic search. In addition, we found 24 Norwegian reports and one scientific article. Of the 88 references in the systematic search, two references were considered potentially relevant and ordered in full text: Schouten et al 2008: Evidence for the impact of quality improvement collaborative: systematic review, and Fung-Kee-Fung et al 2009: Regional Collaborations as a Tool for Quality Improvements in Surgery. Both of the selected references turned out to be relevant and were included in the project.

Through a supplementary search in Medline we found a systematic review: Boonyasai et al 2007: Effectiveness of Teaching Quality Improvement to Clinicians. This review looks at the effectiveness of training health professionals in quality improvement, and was included because such training is central in many collaboratives.

A supplementary search on the webpage of the journal Implementation Science led to the discovery of a systematic review from 2011: White et al: What is the value and impact of quality and safety team? A scoping review. This review was also included on the basis of the purpose of the project - to collect as much knowledge about collaboratives as possible. The systematic reviews were of moderate quality.

The systematic reviews report positive but limited effect of organizing quality improvement as collaboratives. This means that participation in such collaboratives might contribute to better quality in the health care services. However, because of weaknesses in the studies included in the systematic review, we cannot determine if the reported improvements are a result of participation in the collaboratives, or due to other factors. At the present time the effect of participation in such collaboratives cannot be predicted with great accuracy.

A review of reports on collaboratives in Norway and other countries shows that the quality in the health care services has increased. In some reports before and after measurements indicate some major improvements. However, it is difficult to find documentation that shows that the improvements are due to participation in collaboratives, or because of other factors. Many participants express positive experiences. These experiences are, among other things, a sense of professional and organizational development, greater understanding of each other's profession within the team and within one's own organization. In addition, participation creates a breeding ground for increased collaboration with other organizations.

Discussion

Norway's Coordination Reform put strong emphasis on increased collaboration in the health care services for the benefit of the patients. The reform is challenging the individual focus on human resource development, education and training. These tasks must now be adapted to the goals in the reform. This message is also underlined by The World Health Organization (WHO): The main focus of expertise must be on collaboration - how the various professions and organizations can and must work together with users /patients and their families to ensure high quality in services. In this way of thinking, collaboration becomes a value in its self.

Collaboratives combine development of skills across profession, departments and organizations, with training in systematic quality improvement. Collaboratives thus to a large extent meet the new requirements for professional development, with a shift from individual focus to joint and cross-sectoral development of knowledge.

Some challenges have emerged; improvements are not documented; teams drop out during the process; participation can be expensive. There can be a lack of planning and a lack of anchoring before and during the intervention. There is no evidence that the improvements are sustained over time. It is possible to do something about these issues, for example through a focus on the success criteria that have been identified.

Conclusion

Evidence from systematic reviews shows that collaboratives can have a positive, but limited effect on quality improvement. It is therefore possible that participation contributes to better quality in the health care services. Experience from collaboratives in Norway and other countries indicates that participation has increased the quality. In some collaboratives before and after measurements indicate major improvements. However, it is difficult to document that the improvements are due to participation in collaboratives, or other factors. Studies of collaboratives show that many participants experience professional and organizational development, and that participation provides a breeding ground for increased collaboration with other organizations. However, it is difficult to document that the improvements are due to participation in collaboratives, or other factors. Planning and implementation of collaboratives should build on the research and experience that exists in relation to success criteria. Where adopted, collaboratives should be followed by research and rigorously evaluation.

Need for further research

Participation in collaboratives can require large investments of both time and resources. This suggests that more research is needed: What mechanisms are responsible for what effect? Are there specific elements that must be in place to increase the opportunities to achieve improvements through collaboratives? Does

participation in collaboratives work for some organizations and not for others? New studies to determine the effect of collaboratives must be designed in a manner that allows them avoid the methodological weaknesses found in many of the existing studies.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	3
Diskusjon	4
Konklusjon	5
Behov for videre forskning	5
KEY MESSAGES (ENGLISH)	6
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	7
Background	7
Objective	7
Method	7
Results	8
Discussion	9
Conclusion	9
INNHold	11
FORORD	13
PROBLEMSTILLING	15
INNLEDNING	16
Bakgrunn	16
Utfordringer i forhold til kompetanseutvikling	17
Læringsnettverk	18
Øvretveit et al. 2002: Quality collaboratives: lessons from research.	20
Hva får fagpersoner i helsetjenesten til å endre praksis?	27
METODE	29
Systematisk litteratursøk spørsmål 1	29
Inklusjonskriterier	30
Eksklusjonskriterier	30
Artikkelutvelging	30

Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider for spørsmål 1 og 2.	30
Inklusjonskriterier	31
Dialogkonferanse	32
RESULTAT	33
Systematisk søk for spørsmål 1	33
Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider for spørsmål 1 og 2	36
Innspill fra ressurspersoner på dialogkonferansen	41
DISKUSJON	45
Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten?	45
Suksesskriterier og kritiske faktorer	49
Føringer når det gjelder krav til kompetanse	52
Begrensninger ved rapporten	52
KONKLUSJON	54
Behov for videre forskning	55
VEDLEGG 1: FULLSTENDIG SØKESTRATEGI	57
VEDLEGG 2: INVITASJONSBREV DIALOGKONFERANSE	59
VEDLEGG 3: REFERAT FRA DIALOGKONFERANSE	61
VEDLEGG 4: TABELL OVER INKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER	71
VEDLEGG 5: SKJEMA TIL UTFYLLING	80
VEDLEGG 6: OVERSIKT NORSKE RAPPORTER	82
VEDLEGG 7: INNSPILL FRA RESSURSPERSONER	109
VEDLEGG 8: INNSPILL FRA EKSTERNE FAGFELLER	112
REFERANSER	117

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved seksjon for kvalitetsutvikling har i flere år organisert, vært veiledere for og evaluert læringsnettverk i Norge. Andre sentrale aktører på dette området er Den norske legeforening og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon. Det er også eksempler på at enkeltorganisasjoner – for eksempel et helseforetak, arrangerer egne læringsnettverk. Læringsnettverk benyttes til kvalitetsforbedring og kompetansespredning, og det kan synes som om slike nettverk stadig blir mer aktuelle. Blant annet startet den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen og Senter for allmennt medisinsk kvalitet (SAK) - et nasjonalt senter for allmennt medisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet, opp flere læringsnettverk høsten 2011.

Våren 2011 ble behovet for å innhente mer kunnskap om læringsnettverk slik det blir brukt i kvalitetsarbeid luftet for første gang. Fordi vi ønsket å oppsummere både *forskning* og *erfaring* er dette en systematisk kunnskapsoversikt, ikke en tradisjonell systematisk oversikt. Et sentralt spørsmål var om læringsnettverk kan bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner? Dette spørsmålet ble stilt blant annet på bakgrunn av samhandlingsreformen som formelt starter opp 01. januar 2012. Vi ønsket også å få økt kunnskap om det finnes faktorer som hemmer og fremmer nytten av læringsnettverk.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektansvarlig: Seksjonsleder Anders Vege, Kunnskapssenteret
- Prosjektleder: Seniorrådgiver Toril Bakke, Kunnskapssenteret
- Prosjektmedarbeider: Seniorrådgiver Ellen Udness, Kunnskapssenteret
- Forskningsbibliotekar: Ingrid Harboe, Kunnskapssenteret

Prosjektgruppen vil takke Gunn Elisabeth Vist og Liv Merete Reinart som har vært interne fagfeller og veiledere i dette prosjektet. Vi takker Trulte Konsmo, Michael de Vibe og Bjørnar Nyen i seksjon for kvalitetsutvikling for nyttige innspill.

Vi vil også takke Greetje Refvem, Ingunn Grande, Hilde Skredtveit Moen, Anne Sofie Torp, Eli Ådnøy, Ann-Torunn Andersen, Aleidis Skard Brandrud, Tor Carlsen, Kårhild Husom Løken, Gerd Andreassen og Marit Lang-Ree Finstad for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet.

Takk også til Tove Hovland, Hans Asbjørn Holm og Janecke Thesen som har vært eksterne fagfeller.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Navn

Avdelingsdirektør

Pål Jacobsen

Xxxx

Seksjonsleder

Anders Vege

Xxxx

Prosjektleder

Toril Bakke

Problemstilling

Læringsnettverk er et verktøy som etter hvert blir mye brukt i systematisk forbedringsarbeid til å spre kompetanse på ulike områder i helsetjenesten.

Problemstillingene i prosjektet har vært:

- Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner?
- Hvilke suksesskriterer og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

Innledning

Dagens praksis i helsetjenesten er ikke alltid i tråd med anbefalinger og retningslinjer på det faglige området (1-7). For å tette gapet mellom nåværende og beste praksis og organisere virksomheten slik at den driver kontinuerlig forbedringsarbeid - slik det blant annet stilles krav om i lovverket, iverksettes ulike tiltak (8-10). Noen av disse tiltakene har fokus på kompetanseheving. De kan for eksempel gjennomføres i regi av eksterne samarbeidspartnere i form av etter- og videreutdanning på høyskoler/universitet og andre utdanningsinstitusjoner. Andre tiltak – som ulike varianter av intern opplæring, utarbeides og gjennomføres lokalt. Dette gjelder både innad i de enkelte avdelingene i en organisasjon – for eksempel et sykehus eller et sykehjem, og/eller mellom ulike avdelinger i samme organisasjon.

I tillegg til mer formell etter- og videreutdanning og intern opplæring, kan kompetanseutvikling planlegges og gjennomføres i samarbeid med andre organisasjoner, for eksempel i form av læringsnettverk. Slike nettverk kan også gjennomføres internt i en organisasjon – for eksempel et helseforetak (11).

Bakgrunn

Flere fagmiljø - både i Norge og internasjonalt, har benyttet læringsnettverk i en årrekke som et verktøy for å spre kunnskap og forbedre kvaliteten på ulike områder i helsetjenesten. I England og Nederland blir nasjonale læringsnettverk finansiert av helsemyndighetene, og i Norge har vi eksempler på at slike nettverk finansieres av Den norske legeförening og Norsk Sykepleierforbund (12-14). Områdene som velges ut til forbedring i nettverk varierer over et bredt spekter og omfatter alt fra reduksjon av ventetid og feil i medikamenthåndtering, til det å fremme brukermedvirkning og forbedre kreftbehandling (12;13;15). Seksjon for kvalitetsutvikling er et av de fagmiljøene i Norge som har benyttet læringsnettverk som metode for å spre kunnskap på ulike områder. Dette arbeidet har bygget på The Breakthrough Series – gjennombruddsmetoden, en av de mest kjente formene for læringsnettverk. Metoden er utviklet av The Institute for Healthcare Improvement (13;16-24).

Det kan synes som om læringsnettverk i stadig større grad tas i bruk i forbedringsarbeid i Norge. Som eksempel kan nevnes at både den nasjonale

Pasientsikkerhetskampanjen og forprosjektet til Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) i Legeforeningen startet opp slike nettverk høsten 2011.

Utfordringer i forhold til kompetanseutvikling

Viktige element i læringsnettverk som et verktøy i systematisk forbedringsarbeid er begrepene ”kontinuerlig kompetanseutvikling” og ”lærende organisasjoner” (25;26). Disse begrepene knyttes blant annet til The University of Wisconsin. I 1907 ble det opprettet en egen avdeling som hadde som mål å knytte teori og forskning sammen i egne program og bringe kunnskapen ut i samfunnet til ulike målgrupper. Disse programmene er sentrale forløpere for både fjernundervisning, voksenopplæring og åpent universitet. I gjennomføringen av programmene ble det tatt i bruk en rekke innovative metoder istedenfor mer tradisjonelle forelesninger. Tilnærmingen - kjent som "The Wisconsin Idea", bygget på følgende: Det var de ansatte med mest kunnskap, ”professors of the highest rank”, som skulle ut i samfunnet og undervise. Pedagogiske virkemidler som ble tatt i bruk var brevkurs, skriftlig informasjonsmateriell og felles samlinger/seminar. Fokus i samlingene var spredning av kunnskap og forskning på et aktuelt område samt erfaringsutveksling, faglig påfyll og veiledning. Dette er pedagogiske metoder som gjenkjennes i læringsnettverk (27). Programmene har inspirert mange universitet og andre pedagogiske organisasjoner rundt omkring i verden gjennom hele det 20. århundre.

Koblingen av begrepet ”kontinuerlig” med kompetanseutvikling innen medisin og helsefag er heller ikke et nytt konsept. Det har fulgt disse områdene helt fra starten av blant annet gjennom kombinasjonen teoretiske studier og det å lære av mer erfarne kollegaer, etter- og videreutdanning og klinisk spesialistutdanning, samt deltakelse på kurs, konferanser, forelesningsrekker, workshops og seminar (9;28).

Individfokuset står sterkt når det gjelder kompetanseutvikling; det er det enkelte helsepersonells kompetanse som skal økes. Dette perspektivet har blitt kritisert, blant annet fordi etter- og videreutdanning i for liten grad har brukerfokus. Målene er ofte diffuse, og fokuset er i for liten grad relatert til de utfordringene fagfeltet står overfor. Av denne grunn kan det synes som om innholdet i de tradisjonelle etter- og videreutdanningene er av begrenset verdi i den komplekse virkeligheten helsetjenesten står overfor i dag. Det har også blitt reist kritikk mot intern opplæring fordi tiltaket kan ha flere svakheter: Innholdet reflekterer utfordringer/problemer som dukker opp fra uke til uke, det finnes ikke overordnede planer for arbeidet og kvaliteten varierer over tid alt etter hvem som deltar og hvem som har ansvar for å organisere opplæringen. Monitorering av egne tjenester gjøres ikke systematisk og følges heller ikke opp (2;29;30).

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) utfordres individfokuset på kompetanseutvikling; utdanning og opplæring av personell må tilpasses målene i samhandlingsreformen og det er nødvendig med nye kompetansekrav (2;31).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utgitt et eget “Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice”. Hovedfokuset er på samhandling – hvordan ulike profesjoner og organisasjoner kan og må jobbe sammen med brukere/pasienter og deres pårørende for å sikre tjenester av høy kvalitet (31). Samhandling får dermed en ideologisk overbygning og blir en verdi i seg selv, på samme måte som for eksempel brukermedvirkning. Slike, og liknende føringer, vil med all sannsynlighet få konsekvenser for hvordan det enkelte tjenestested planlegger og gjennomfører kompetanseutvikling: Fokuset flyttes fra den enkelte helsearbeiders kompetanse og over på den felles kompetansen som er nødvendig for å møte de store utfordringene helsetjenesten står overfor, ikke minst når det gjelder manglende samhandling.

Læringsnettverk

Læringsnettverk er en måte å organisere kompetanseutvikling på tvers av profesjon og organisasjon på. Begrepet er en norsk oversettelse av uttrykk som ”Community of practice”, og ulike varianter av ”Quality Improvement Collaboratives” (15;32). Læringsnettverk refereres til både som verktøy, metode, modell, konsept og tilnærming (12;13;15;19;30). I denne sammenhengen har vi valgt å vise til læringsnettverk generelt som et verktøy i forbedringsarbeid og ikke en metode. Årsaken er at slike nettverk blir gjennomført på forskjellige måter og inneholder for mange ulike elementer til å bli kalt en metode.

Et annet uttrykk som blir brukt om noe som på mange måter har det samme formålet som læringsnettverk er ”Interprofessional education (IPE)”. Hensikten med IPE er kvalitetsforbedring gjennom økte kunnskaper og deling av erfaringer på tvers av profesjoner og enheter innenfor eller mellom organisasjoner. Men det kan synes som om IPE i større grad er rettet inn mot felles utdanning av ulike profesjoner og team enn systematisk jobbing i nettverk. Samtidig er nøkkelbudskapet i IPE viktig – spesielt i forhold til samhandlingsreformen, fordi målet er å fremme ”collaborative practice-ready health workers”. Det vil si helsepersonell som har *lært* å samarbeide og er innstilt på å gjøre det (31;33). Denne tenkningen er i tråd med norske føringer når det gjelder kompetanseutvikling og samhandling. Nå vektlegges for eksempel betydningen samfunnskompetanse, dvs. kompetanse på tema som samfunnsforhold, samfunnssektorer, forvaltning, planarbeid og organisering relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid (2;34).

Uformelle og mer formelle ”læringsnettverk” har fungert som kompetansespredere og læringsarenaer så lenge det har eksistert mennesker på jorden (15;25;32). I nyere tid er læringsnettverk - som så mange andre verktøy og metoder når det gjelder kvalitetsforbedring, hentet fra prosessindustrien (25). Det understrekes at det ikke er læringsnettverk i seg selv som er en nyhet, *men erkjennelsen av at*

organisasjoner må ha en større bevissthet og være mer systematiske i forhold til kunnskapshåndtering (25).

De første dokumenterte læringsnettverkene i helsetjenesten ble gjennomført i USA i 1986 (12). I 1995 utviklet The Institute of Healthcare Improvement (IHI) The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement (19). Formelle læringsnettverk i helsetjenesten er relativt nytt i Norge, de første ble gjennomført som gjennombruddsprosjekt i regi av legeforeningen på slutten av 1990-tallet i tråd med IHIs modell (35).

Hva er et læringsnettverk?

Begrepet "læringsnettverk" benyttes om mange ulike former for felles kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner: Engasjerte fagpersoner samhandler i en kollektiv læringsprosess i forhold til et bestemt område som de er opptatt av. Etter hvert som erfaringen med og kunnskapen om slike nettverk har blitt systematisert og videreutviklet, har det blitt gjort forsøk på å beskrive begrepet nærmere. Det kan synes som om det er enighet om at følgende krav må oppfylles for å kalle noe et læringsnettverk og dermed skille det fra andre typer felles kompetanseutvikling (15;25;30):

- 1. Området:** Deltakerne i et læringsnettverk har et felles område de ønsker å forbedre. Et veldefinert og avgrenset område skaper en felles plattform å jobbe ut i fra og en bevissthet om hva som skal stå i fokus.
- 2. Nettverket:** Et læringsnettverk er en "sosial læringsfabrikk". Samlingene, opplevelsen av fellesskap og utviklingen av en "vi - følelse", legger grunnlaget for interaksjon og en relasjon basert på respekt og tillit. Det fremmer et ønske om og vilje til å dele ideer, stille vanskelige spørsmål, lytte til andre og hjelpe hverandre til ny innsikt.
- 3. Innhold:** Deltakerne utvikler en faglig plattform - en kunnskapsdatabase, gjennom felles opplevelser, historier, verktøy, og tilnærminger til utfordringer på eget fagfelt. For å oppnå dette kreves det at nettverket fungerer over en lengre tidsperiode.

Det er kombinasjonen av disse tre elementene som til sammen skaper et læringsnettverk. Og det er hvordan disse tre elementene utvikles sammen over tid som avgjør hvor nyttig deltakerne opplever at nettverket er (12;25).

På tross av at læringsnettverk kan anta ulike former, har det i praksis vist seg at de har flere kjennetegn felles:

- Tverrfaglighet.
- Deltakerne er opptatt av å forbedre tjenestene på et område som kjennetegnes av store variasjoner i kvaliteten, eller der hvor det er et gap mellom beste praksis og dagens praksis.

- Deltakerne får innblikk i forskning på det utvalgte området, og lærer beste praksis av eksperter eller andre som har gjennomført forbedringen på området.
- Deltakerne lærer om og bruker forbedringsmetodikk i arbeidet.
- Teamene lager målbare mål for forbedringsområdet og samler data for å kunne følge med om målene blir nådd.
- Teamene møter hverandre flere ganger på samlinger for å lære metoder, dele erfaringer og rapportere om resultat og diskutere spredning av ny kunnskap.
- Mellom samlingene møtes medlemmene i hvert enkelt team regelmessig. De får oppfølging/veiledning i denne perioden gjennom for eksempel e-mail, personlig oppmøte av veileder, eller gjennom telefon konferanser.

(12;15;19)

En artikkel som har vært sentral når det gjelder gjennombruddsprosjekt både i Norge og internasjonalt og som dermed preger vår forståelse av læringsnettverk er: *Quality collaboratives: lessons from research* (15). Fordi den har vært, og er, så sentral har vi valgt å oversette og ta med et utdrag av artikkelen i dette kapitlet.

Øvretveit et al. 2002: Quality collaboratives: lessons from research.

Øvretveit et al oppsummerer i artikkelen den forskningen og erfaringen som fantes om læringsnettverk i 2002. Spørsmålene som blir forsøkt besvart av forskerne var følgende:

- Er læringsnettverk kostnadseffektive?
- Holder resultatene seg over tid?
- Hvordan kan de bli enda mer effektive?

Enkeltstående kvalitetsforbedringsteam kan langt på vei bruke de samme metodene og jobbe etter de samme prinsippene som benyttes når flere team jobber sammen på tvers av organisasjoner i læringsnettverk. Hvorfor bruke tid på nettverk istedenfor å jobbe innad i egen organisasjon? Er det slik at forbedringsteam i nettverk oppnår forbedringer raskere enn team som ikke er med i slike? Stimulerer deltagelse i nettverk teamene til å få til mer omfattende forbedringer? Opprettholdes forbedringene over lenger tid, og blir de nye idèene spredd raskere eller videre?

I 2002 fantes det flere evalueringer av læringsnettverk i Nord Amerika, England og Sverige. De syv forskerne som evaluerte disse nettverkene møttes til en to dagers samling, hvor hensikten var å gjennomgå den forskningen som var gjort på læringsnettverk til da. Funnene ble presentert i to møter. Forskergruppens generelle inntrykk etter å ha studert resultatene fra de syv nettverkene var følgende:

- Deltakelse i tverrfaglige team i læringsnettverk førte til større forståelse for hverandres profesjon innad i teamet og innad i egen organisasjon, og skapte grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner.

- Det fantes indikasjoner på at team som deltar i læringsnettverk gjør kvalitative forbedringer hurtigere enn de ville gjort på egen hånd.
- En studie viste at forbedringen ikke var så stor som forventet.
- Inntil 30 % av teamene i læringsnettverk dropper ut av nettverkene før arbeidet er fullført.
- Bare 30 % av teamene oppnår statistisk signifikante forbedringer.
- Det finnes ikke data som viser om forbedringsarbeid i læringsnettverk er mer kostnadseffektivt enn forbedringsarbeid i enkeltstående team eller andre tilnæringsmåter.
- Deltagelse i læringsnettverk kan være kostnadskrevende, ikke minst pga regelmessige samlinger over flere dager.
- Hvis det ikke sikres at forbedringene blir opprettholdt over tid, eller ikke blir spredd, for eksempel i resten av organisasjonen, stilles det spørsmål om deltakelse i læringsnettverk er verdt det det koster. På bakgrunn av dette fremheves betydningen av evaluering av langtidseffekten ved deltakelse.

Den overordnede konklusjonen fra evalueringsmøtene var at noen nettverk har stimulert til kvalitetsforbedring både når det gjelder pasientbehandling og måten organisasjonene yter tjenester på. Samtidig var det stor variasjon og signifikante forskjeller mellom resultatene i de ulike teamene og nettverkene. Eksempler på forbedringer: Reduksjon i antall infeksjoner på en intensivavdeling for nyfødte barn, reduksjon i antall uønskede keisersnitt, reduksjon av ventetid i forhold til kreftbehandling og forkortet innleggelsestid på sykehus.

Etter gjennomgangen av evalueringsrapportene var det enighet om noen forklaringsmodeller på hvorfor noen nettverk hadde stor suksess og andre ikke, samt at de hadde identifisert 10 utfordringer som måtte løses for å oppnå positive resultater. Disse utfordringene ble organisert under 3 hovedoverskrifter relatert til faser i et læringsnettverk:

1. Definere hensikt og forberedelse
2. Organisering av nettverkene
3. Etterarbeid – post collaborative transition

Ad 1. Definere hensikt og forberedelse

Utfordring 1: Velge det rette området for forbedring

Det kan synes som om læringsnettverk egner seg bedre for noen områder enn for andre. I læringsnettverkens "barndom" ble det fokusert på spesifikke områder relatert til kliniske behandlingsprosesser som for eksempel det å redusere uønskede keisersnitt. Mer generiske områder har også blitt valgt – for eksempel det å redusere ventetid. Læringsnettverk med disse temaene kan vise til suksess. Men det stilles spørsmål ved om læringsnettverk egner seg for mer komplekse områder – som for eksempel det å "bedre samhandling". Årsaken til dette kan blant annet være at målene er uklare, at det finnes lite forskning og lite beste praksis på området, eller at

teamene fokusere på forskjellige aspekt ved samhandling. Effekten av det å være med i et læringsnettverk blir dermed mindre.

Anbefalinger når det gjelder valg av tema:

- Det finnes tiltak som har dokumentert effekt.
- Det er et gap mellom nåværende og beste praksis.
- Tiltakene har vist seg virkningsfulle i praksis.
- Fagpersoner opplever at de foreslåtte forbedringene/tiltakene er viktige og er motivert til å gjennomføre dem.
- Området er viktig strategisk for organisasjonen.

Utfordring 2: Målrettede og motiverte deltakere som er bevisste på hvorfor de deltar og hva de vil ha ut av deltagelse i nettverk:

- Deltakelsen i nettverk må være forankret i organisasjonen – både hos ledere og kollegaer. Det må være enighet om hva som skal komme ut av deltakelsen.
- Teamene må ha vilje og mulighet til å jobbe mellom samlingene.
- Klarlegging av hvilke ressurser som kan settes inn i prosjektet når det gjelder tid og penger.
- Kartlegging av eventuelle vikarierende motiv for å være med i læringsnettverk.
- God forberedelse til samlingene.

Det stilles spørsmål ved om deltakelse i nettverk forsvarer den tiden og de kostnadene som er forbundet med deltakelse hvis ikke mange av forutsetningene for deltakelse er oppfylt, og forbedringene som oppnås blir opprettholdt over tid. Fordeler og ulemper med deltakelse må gås grundig igjennom i den enkelte organisasjon før man tar bestemmelse om deltakelse.

Råd til de som skal planlegge og organisere nettverk:

- Det påhviler de som organiserer læringsnettverk å klargjøre hensikten og målene med nettverket og gjøre disse kjent for deltakerne.
- De som organiserer nettverkene må være åpne for deltakernes behov underveis, og være tydelige på hvilke behov de kan og ikke kan oppfylle.
- På forhånd – gi team som ønsker å delta en mulighet til å vurdere seg selv i forhold til hvor mye de kan få ut av deltakelsen, informere godt om hva de kan forvente, og hva som kreves for at de skal få maksimalt ut av det. Disse forholdene kan for eksempel ivaretas i en kontrakt mellom de deltakende organisasjonene og de som organiserer nettverket.

Utfordring 3: Definere roller og klargjøre hva som forventes.

Et læringsnettverk er en ”midlertidig lærende organisasjon”. Arrangører, deltakere og ledere har ulike roller som må beskrives for å unngå misforståelser og forvirring - faktorer som gjør nettverkene mindre effektive. Aktuelle roller er:

- Formelle ledere av nettverket.
- Tilretteleggere.

- Ekspertene på temaet/området: Legitimerer nettverket, presenterer forskning, hjelper til med å identifisere gap mellom dagens og beste praksis, og viser konkret hvordan deltakerne kan implementere endringer i egen organisasjon.
- Ekspertene på systematisk forbedringsarbeid og endring.

Forskerne anbefaler videre å invitere erfarne pasienter inn i nettverket, og som deltakere på samlingene. Disse pasientene har mye å bidra med når målene skal utvikles og tiltakene/endingene planlegges og gjennomføres.

En av de mest sentrale suksesskriteriene som ble identifisert var tid: Både de som organiserer nettverkene, lederne av teamene og tilretteleggerne må ha nok tid til å planlegge og organisere arbeidet, samt gi støtte til det enkelte team og nettverket i løpet av prosessen. Skifte av teamleder underveis er en risikofaktor i forhold til om teamet vil nå målene sine eller ikke.

Deltakerne i teamene har ansvar for å lære bort og forankre den kunnskapen de får i nettverket videre i egen organisasjon. Ledelsen i de deltakende organisasjonene bør være tilstede på enkelte av samlingene. Hvis en organisasjon deltar med flere enn ett team i nettverket anbefales det å ha en tilrettelegger som blant annet kan ha ansvar for å samordne deltakelsen.

Utfordring 4: Teambygging og forberedelse

Det er ingen selvfølge at teamene er velfungerende og klare til å sette i gang arbeidet på den første samlingen. Eller at teamene vil være effektive i den tiden nettverket skal fungere. Variasjonen viste seg å være store på de første samlingene – noen team hadde aldri jobbet sammen tidligere, mens i andre kjente deltakerne hverandre godt. Det har vist seg at det finnes noen generiske krav som må oppfylles hvis teamarbeidet skal være effektivt: Klare roller, tydelig ledelse, kontinuitet, tid til å jobbe seg gjennom eventuelle uenigheter og konflikter. De som organiserer nettverkene må derfor vurdere om veiledning i ”teambuilding” er viktig eller ikke i det enkelte nettverket. Det er også viktig å forsikre seg om at teamene har forstått hensikten med læringsnettverkene og forstår forbedringsmetodene som skal benyttes. Et sentralt punkt i forhold til forberedelse er at teamene allerede før oppstart er kjent med hvilke data de har tilgang til på det området som skal forbedres, og hvordan de kan samle inn og analysere dataene.

Den mest vanlige og største utfordringen i forhold til manglende forberedelse, var det å ikke involvere ledere i egen organisasjon på alle nivå i tilstrekkelig grad før oppstart. Det samme gjelder manglende forståelse fra ledelsen i forhold til hva som krevdes av teamene og organisasjonen i deltakelse i nettverkene. Kvalitetsforbedring generelt er avhengig av tid og oppmerksomhet fra både faglige og administrative ledere. For å kunne levere optimal støtte trenger ledere en nøyaktig og konkret beskrivelse av hva denne støtten skal innebære og hvordan den kan gis. Uten slik støtte er det lite sannsynlig at eventuelle forbedringer opprettholdes over tid eller

blir spredd i organisasjonen. Faglige og administrative ledere utgjør en viktig del av en styringsgruppe forankret i de deltakende organisasjonene. Ikke minst er dette viktig for å lenke forbedringsarbeidet til resten av det forbedringsarbeidet som skjer.

Ad 2: Organisering av nettverkene.

Utfordring 5: Legge forholdene til rette for gjensidig kunnskapsutveksling

Et suksesskriterium for effektive læringsnettverk er det å få til gjensidig kunnskapsutveksling. For mange teoretiske forelesninger uten mulighet til dialog og utveksling av erfaring gjør samlingene mindre effektive. Et av de viktigste tiltakene på samlingene blir derfor å tilrettelegge forholdene slik at teamene seg imellom kan diskutere konkret hvordan nye tanker og ideer kan implementeres i egen organisasjon. Tiden deltakerne tilbrakte sammen med eget og andres team og lærte i praksis hvordan de kunne bruke den nye kunnskapen ble opplevd som noe av det mest meningsfulle på samlingene.

Mulighet til å skape nye kontakter med tanke på kunnskapsutveksling når det formelle nettverket var avsluttet, ble også sterkt positivt vektlagt av deltakerne.

Utfordring 6: Motivering og myndiggjøring av team.

Det kan synes opplagt at når teamene møter frem på samlingene så er det fordi de er motivert til å delta. Slik er det ikke alltid. Noen deltakere/team er påmeldt av ledelsen – mer eller mindre mot sin vilje, og kan både ha manglende motivasjon og liten tro på at deltakelse i nettverk vil medføre noen forbedringer. Dette er en stor utfordring som de som organiserer nettverkene må ta tak i. Motivasjon hos teamene er viktig å ha av mange grunner, blant annet når ”motbakkene” i prosjektet kommer. Teamenes tro på at de kan mestre oppgavene og nå de målene som settes er viktig å ivareta og oppmuntre i hele prosessen.

Deltakernes opplevelse av at det de holder på med har en hensikt og er av betydning er like viktig som det å få nye kunnskaper. Den sosiale settingen på samlingene kan både benyttes til å øke motivasjon og opplevelse av mestring og mening. Motivasjonen vil blant annet påvirkes av om ekspertene som deltar har troverdighet i fagmiljøet og om det vedkommende legger frem er kunnskapsbasert. Pasienthistorier om dagens situasjon på et område virker også motiverende. Men det aller viktigste de som organiserer læringsnettverk må legge til rette for er å styrke teamene i troen på at de faktisk kan greie å gjennomføre forbedringer. Gode eksempler fra andre organisasjoner kan styrke denne troen. Men den aller sterkeste motivasjonen er å se at man greier å nå de målene man har satt seg, ikke minst når dette dokumenteres gjennom tall og målinger.

Utfordring 7: Sikre at teamene både har målbare og oppnåelige mål

Team som definerer klare mål for forbedringsarbeidet tidlig og måler regelmessig i løpet av prosessen har større suksess når det gjelder det å lære kvalitetsforbedring

og skape forbedringer. Målene må både være oppnåelige og samtidig hjelpe organisasjonen til å strekke seg litt lenger.

Forskning viser at det kan være effektivt at alle teamene i et nettverk jobber mot de samme målene. Dette gjør monitorering og evaluering enklere, og i tillegg kan teamene i større grad lære av hverandre. Det vil redusere den kompleksiteten som oppstår i et gjennombruddsprosjekt når teamene har svært ulike mål. En måte å løse det på hvis noen team ønsker andre mål enn resten, er å lage disse om til tilleggsmål. Det anbefales at resultatene fra målingene legges frem på samlingene. Dette vil holde fokus på målingene og progresjonen i forhold til forbedringene.

Utfordring 8: Sikre at teamene takler data og endringsutfordringer

En av de største utfordringene som ble løftet frem i evalueringer på tvers av de ulike formene for læringsnettverk, var det å samle inn og bruke data, samt planlegging og det å få til konkrete forbedringer. Forbedringsmetoder og verktøy må læres og ikke minst prøves ut i praksis. Dette har stor betydning for teamene og organisasjonen i ettertid for å sikre at det systematiske forbedringsarbeidet opprettholdes etter at læringsnettverket er avsluttet. Krevende øvelser, som teamene ofte trenger veiledning i forhold til, er hvordan de kan finne en kostnadseffektiv måte å samle inn relevante baseline data på og hvordan de kan analysere og rapportere på dataene for å følge med på fremgangen. Det påhviler de som organiserer nettverkene et stort ansvar når det gjelder veiledning på dette punktet.

Kunnskap om og forståelse i forhold til systematisk forbedringsarbeid – alt fra det å skjønne hva problemet egentlig er og konkret prosjektledelse, til det å ha kunnskap om og kunne lede endringsprosesser er viktig. Mange team kommer til første samling i nettverket uten denne kunnskapen. Det må både legges vekt på teori og veiledning i den praktiske gjennomføringen. Dette gjelder ikke minst fordi endringer/forbedringer skjer innenfor en kulturell kontekst som er ulik i teamenes organisasjoner.

Ad. 3 Utfordringer i forhold til å fortsette arbeidet når læringsnettverket er avsluttet

Utfordring 9: Planlegging i forhold til å opprettholde forbedringene.

Opprettholdes forbedringene to år etter at et læringsnettverk er avsluttet? Det var sparsomt med funn som sa noe om dette spørsmålet i 2002. Men det som syntes klart var at mange læringsnettverk og team ikke tok seg tid til å planlegge hvordan de skulle få til dette. Selv om team når målene sine gir ikke dette noen garanti for at forbedringene opprettholdes over tid. For å sikre det må nye tiltak implementeres i prosedyrer/retningslinjer, system og organisasjon. Og det må holdes et konstant fokus på området slik at forbedringene ikke stopper opp for eksempel når medlemmer av teamet slutter i organisasjonen. Hvordan opprettholdelse av forbedringer kan gjøres må gjennomgås på samlingene. Teamene må forberede seg

på at forbedringene kan stoppe opp eller flate ut over tid, og de må ha en plan for hva som skal gjøres hvis dette skjer. En måte å opprettholde forbedringer over tid på er å fortsette nettverksmøter i en eller annen form med de andre teamene etter at det opprinnelige læringsnettverket er avsluttet.

Utfordring 10: Planlegge spredning

Hvem og hvilke miljø ny kunnskap skal spres til er avhengig av hvem som er målgruppen – innad i egen organisasjon eller utover denne, hvilken pasientpopulasjon kunnskapen/forbedringene gjelder, og hva som skal spres - forbedringsideer, spesifikke forbedringsmetoder, nettverksmetoden i seg selv, eller enkelttiltak.

Evalueringen har vist at effektiv spredning av forbedringer på selve *samlिंगene* er avhengig av at de som driver nettverkene gir opplæring til teamene om hvordan de best kan presentere sine ideer og lager en struktur som gir rom for både uformell og formell utveksling av erfaringer. Spredning av kunnskap innad i organisasjonen er blant annet avhengig av sterk lederforankring.

Konklusjon

Da Øvretveit konkluderte i 2002 fantes det lite forskning om effekten av læringsnettverk. Den gjennomgangen av funn fra evalueringer av læringsnettverk som ble gjort viste at:

- Læringsnettverk til en viss grad har hatt suksess, og at mange team og organisasjoner – men ikke alle, som har deltatt har hatt nytte av dette.
- Det å identifisere gapet mellom nåværende og beste praksis på et område og vise at forbedringer er mulig, synes å gi teamene tro på at det nytter å forbedre tjenestene til pasientene og at de kan greie det.
- Det å lære metoder og verktøy som kan brukes til kvalitetsforbedring, og gjøre dette sammen med kollegaer og andre som jobber på det samme området, kan være et middel til å stimulere til raske endringer.
- Det å rapportere egne resultat og høre hvordan de andre deltakerne har gjort endringer og løst problemer kan være motiverende og gi nye ideer.

Forskerne var også enige om at læringsnettverk har et potensial til å bli enda mer effektive hvis følgende faktorer blir vektlagt:

- Evnen til å jobbe sammen som team.
- Teamenes evne og muligheter til å lære og ikke minst prøve seg ut i forhold til metoder og verktøy for kvalitetsforbedring.
- Teamene og deres arbeid har bred støtte og forankring i egen organisasjon både blant medarbeidere og ikke minst ledelsen.
- Kulturen i egen organisasjon støtter opp om systematisk forbedringsarbeid.

Av disse faktorene blir tre fremhevet som spesielt viktige i forhold til å skape suksess:

God planlegging og gjennomføring av nettverkene
Sterk forankring i egen organisasjon
En læringskultur som støtter systematisk forbedringsarbeid

Hvis ikke disse elementene er på plass er faren stor for at deltakelse i læringsnettverk kan få et begrenset resultat (15).

Etter 2002 – da denne evalueringen ble gjennomført, har det blitt forsket mer og flere fagmiljø har samlet erfaring fra planlegging og gjennomføring læringsnettverk (5;12;13;16-18;22-24;30;36-39). Ønsket om å identifisere og systematisere denne kunnskapen er noe av bakgrunnen for dette prosjektet. Før vi gir en beskrivelse av metoder og resultat, har vi valgt å si noe om forskning i forhold til hva som får fagpersoner i helsetjenesten til å endre praksis. Det å endre, og ikke minst forbedre dagens praksis på et område, er en av kjerneaktivitetene i læringsnettverk.

Hva får fagpersoner i helsetjenesten til å endre praksis?

Læringsnettverk er ett av mange tiltak som kan igangsettes for å forbedre kvaliteten i helsetjenesten, for eksempel hvis det viser seg å være et gap mellom nåværende og beste praksis på et område. I så fall må den nåværende praksisen endres. Et viktig spørsmål i den forbindelse er: Hva får fagpersoner i helsetjenesten til å endre praksis? Intuitivt kan man tenke seg at praksis vil endres umiddelbart med ny kunnskap om den ikke er i tråd med den beste kunnskapen på området. Det har vist seg at det ikke er noen automatikk i at slike endringer skjer (10). Årsaken til dette er sammensatt: Helsepersonell er opptatt av å yte kvalitativt gode tjenester til sine brukere, men har blant annet ulik forståelse for hva som er kvalitet og hvordan systematisk kvalitetsforbedring kan gjennomføres. Dette var bakgrunnen for en litteraturgjennomgang som ble gjennomført i England i 2007. Forskere gikk gjennom studier som hadde som formål å finne ut noe om helsepersonells synspunkter når det gjelder systematisk kvalitetsforbedring. Funn fra litteraturgjennomgangen viser blant annet (40):

- Helsepersonell opplever at de yter kvalitativt gode helsetjenester allerede, og trenger lokale data som sier noe annet for å endre denne overbevisningen.
- Samtidig er de ofte klar over hvilke områder som bør forbedres.
- Helsepersonell er motvillige til å delta i nasjonale kvalitetskampanjer. Årsaken er blant annet en tro på at disse vil være ineffektive og bortkastet tid og ressurser.
- Helsepersonell og deres ledere ser ut til å ha begrenset kunnskap om hvordan systematisk kvalitetsforbedring kan gjennomføres.
- Kvalitetsforbedring utløser ofte uenighet mellom administrative ledere og fagpersoner om hvem som har ansvar og myndighet.
Kvalitetsforbedringsinitiativ som kommer fra ledelsen kan derfor stoppe opp pga. motstand i personalgruppen.
- Nasjonale faglige retningslinjer blir ikke tatt i bruk fordi de blir sett på som

hindringer i forhold til egne faglige vurderinger og lokal praksis.

- Kunnskapsbasert praksis er et kontroversielt tema som har sine tilhengere og motstandere. Mange klinikere ser på det - i beste fall, som et av mange verktøy for å yte kvalitativt gode helsetjenester, i verste fall at det hindrer individualisert og helhetlig pasientbehandling.
- Motstand mot målinger av kvalitet i helsetjenesten. Motstanden bygger blant annet på frykt for at målingene skal føre til nedbemanning og kostnadskutt.
- Motstand mot publisering av målinger, blant annet pga. frykt for at tallene bare viser et lite bilde av helheten.
- Mangel på tid og ressurser er et av de mest brukte argumentene mot systematisk kvalitetsforbedring.

Disse momentene viser at det som kan oppleves som manglende engasjement hos helsepersonell i forhold til systematisk forbedringsarbeid, kan ha mange og sammensatte årsaker. Dette er nyttig å vite når det gjelder kvalitetsforbedring generelt, og i denne forbindelse – læringsnettverk spesielt. Det sier seg selv at det å melde et team som ikke er motivert og som har ulike grader av motforestillinger mot forbedringsarbeid på et læringsnettverk innebærer muligheter til ikke å lykkes.

I gjennomgangen av studiene fant forskerne blant annet ut at konteksten er viktig i forhold til tidspunktet for når forbedringsprosjekter blir presentert: Hvis organisasjonen står overfor omorganiseringer, er utsatt for kritikk fra omverdenen, har et høyt konfliktnivå eller andre store begivenheter skjer på samme tid, kan dette ta fokuset vekk fra kvalitetsarbeidet (40). Dette gjelder også i forhold til deltakelse i et læringsnettverk (15). Det å øke engasjementet i forbedringsarbeid – for eksempel som forarbeide til å delta i læringsnettverk, er en langvarig prosess og må jobbes med på en systematisk måte.

En systematisk oversikt har vist at audit og feedback – det å få systematisk tilbakemelding i form av konkrete data på egen praksis og refleksjon over dette, kan være en effektiv måte å forbedre praksis på. Dette gjelder uavhengig av om tilbakemeldingen blir gitt i team, eller individuelt. Størst effekt har slike tiltak der hvor den eksisterende praksisen skiller seg mest fra den beste kunnskapen på området, og når tilbakemeldingen har en intensiv form (10). Begge disse elementene kan ivaretas i et læringsnettverk.

Metode

Hensikten med denne rapporten er å besvare følgende spørsmål:

1. Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner?
2. Hvilke suksesskriterer og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

Søkestrategien består av tre elementer:

- i. Systematiske søk i relevante databaser.
- ii. Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider.
- iii. Innhente erfaring om læringsnettverk gjennom dialogkonferanse og ressurspersoner.

Når det gjelder systematisk søk i relevante databaser, har spørsmål 1 ligget til grunn for utvikling av søkestrategien. I gjennomgangen av de systematiske oversiktene har vi i tillegg til å lete etter svar på spørsmål 1, også sett etter beskrivelser av eventuelle suksesskriterier og/eller kritiske faktorer. Søkene på relevante hjemmesider og dialogkonferansen og intervju med ressurspersoner har hatt fokus på begge spørsmål.

Systematisk litteratursøk spørsmål 1

Systematisk søk for spørsmål 1: Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner?

Vi søkte etter systematiske oversikter i følgende databaser:

- Ovid MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations og Ovid MEDLINE(R) 1948 til september 2011.
- Cochrane Library: Cochrane Database of Systematic Reviews og Other Reviews.

Søkestrategien ble utarbeidet av forskningsbibliotekar Ingrid Harboe (IH) i samarbeid med prosjektleder Toril Bakke (TB). Samtlige søk ble utført av IH. De

fullstendige søkestrategiene er vist i vedlegg 1. Søk etter systematiske oversikter ble avsluttet 15. september 2011.

Inklusjonskriterier

Studiedesign:	Systematiske oversikter
Populasjon:	Helse- og omsorgstjenesten
Tiltak:	Læringsnettverk
Sammenlikning:	Ingen
Utfall:	Kvalitetsforbedring/kvalitet
Språk:	Vi hadde ingen språkbegrensninger i litteratursøket, men inkluderte kun litteratur som var publisert på engelsk eller skandinavisk

Eksklusjonskriterier

Studiedesign:	Enkeltstudier, og systematiske oversikter på andre språk enn engelsk og skandinavisk
----------------------	--

Artikkelutvelging

To personer – TB og Ellen Udness (EU), gjennomgikk uavhengig av hverandre alle titler og abstrakt til referansene som ble funnet i litteratursøk 1. Systematiske oversikter som kunne være relevante i forhold til inklusjonskriteriene ble bestilt i fulltekst. De samme personene vurderte fulltekstartiklene med hensyn til *relevans*. Det var enighet om de fulltekstartiklene som ble inkludert.

Kvaliteten på de systematiske oversiktene som ble inkludert ble vurdert av to personer - Gunn Elisabeth Vist (GEV) og TB, uavhengig av hverandre, i henhold til Kunnskapssenterets sjekklister for systematiske oversikter.

For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsform henviser vi til vår metodebok "Slik oppsummerer vi forskning" som finnes på våre nettsider:

<http://www.kunnskapssenteret.no>

Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider for spørsmål 1 og 2.

Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider for spørsmål 1 og 2:

1. Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner?
2. Hvilke suksesskriterer og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

Søkestrategien bestod i første omgang av en kartlegging av norske fagmiljø og ressurspersoner som har erfaring med læringsnettverk. Denne kartleggingen ble etterfulgt av søk på de respektive hjemmesidene etter rapporter/evalueringer av gjennomførte læringsnettverk, og ved at vi tok direkte kontakt med identifiserte ressurspersoner. Hjemmesidene det ble søkt på var: Den Norske Legeforening (DNLF), Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), og Helsebiblioteket.

Ingen av rapportene vi fant hadde sortert suksesskriterier/kritiske faktorer (hemmere/fremmere) i en tidslinje. Vi har likevel valgt å plassere funnene inn i en slik tidslinje med følgende faser; planlegging/forberedelser (P), gjennomføring(G), videreføring(V) og spredning (S) (15). Årsaken til dette er at noen av funnene kan synes å være av størst betydning i en forberedelsesfase, noen i gjennomføringsfasen og noen i videreførings-/evt. spredningsfase (15). I tillegg kan det synes som om noen av funnene er overordnet den enkelte fase og må være gjennomgående gjennom hele prosessen.

I tillegg til å søke på hjemmesidene til relevante norske fagmiljø gjennomførte vi et supplerende søk i Ovid Medline, National Health Service (NHS), Institute for Healthcare Improvement (IHI) og tidsskriftet Implementation Science med søkeordene: Quality, Quality Improvement, Collaboratives og Quality collaboratives.

Vi tok kontakt med tre personer vi visste hadde mye erfaring med læringsnettverk. Den ene var Kårhild Husom Løken, rådgiver i psykisk helsearbeid, Stange kommune. Hun er en av initiativtakerne til K8 nettverket, og aktiv deltaker i dette. De to andre personene var Gerd Andreassen og Marit Lang-Ree Finstad, prosjektledere i KS. Vi fikk et skriftlig innspill fra Kårhild Husom Løken med bakgrunn i de spørsmålene som ble stilt på dialogkonferansen, samt intervjuet Gerd Andreassen og Marit Lang-Ree Finstad om de samme spørsmålene.

Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier i spørsmål 1 og 2.: Publiserte og upubliserte rapporter om læringsnettverk gjennomført i helsetjenesten i Norge og internasjonalt.

Dialogkonferanse

For å innhente erfaringer gjort av fagpersoner som har planlagt og gjennomført læringsnettverk i Norge, inviterte vi til en dialogkonferanse. Kopi av invitasjonsbrevet er vedlagt - vedlegg 2. Deltakerne på konferansen står oppgitt i innledning til referatet fra konferansen – vedlegg 3. Potensielle deltakere ble identifisert og valgt ut gjennom ”snowball sampling”:

- Gjennom fagmiljø som vi visste hadde gjennomført læringsnettverk, slik som KS, DNLF og NSF.
- Enkeltpersoner vi visste hadde erfaring med læringsnettverk.
- Enkeltpersoner som hadde vært deltakere i gjennombruddsprosjekt som seksjon for kvalitetsutvikling hadde gjennomført.

Gjennom kontakt med disse fagmiljøene og personene ble vi henvist til andre som kunne være aktuelle deltakere på konferansen. På bakgrunn av hva vi har ønsket å finne ut om læringsnettverk diskuterte vi oss i forkant frem til tre tema. Til hvert tema utarbeidet vi noen spørsmål som ble drøftet parvis, gruppevis og til slutt i plenum. Alle innspillene ble sydd sammen til et felles referat. Dette ble sendt til deltakerne for å få korreksjoner og eventuell utdyping av egne bidrag. Godkjent referat er vedlagt – se vedlegg 3, og oppsummeres i en kortere versjon under Resultat.

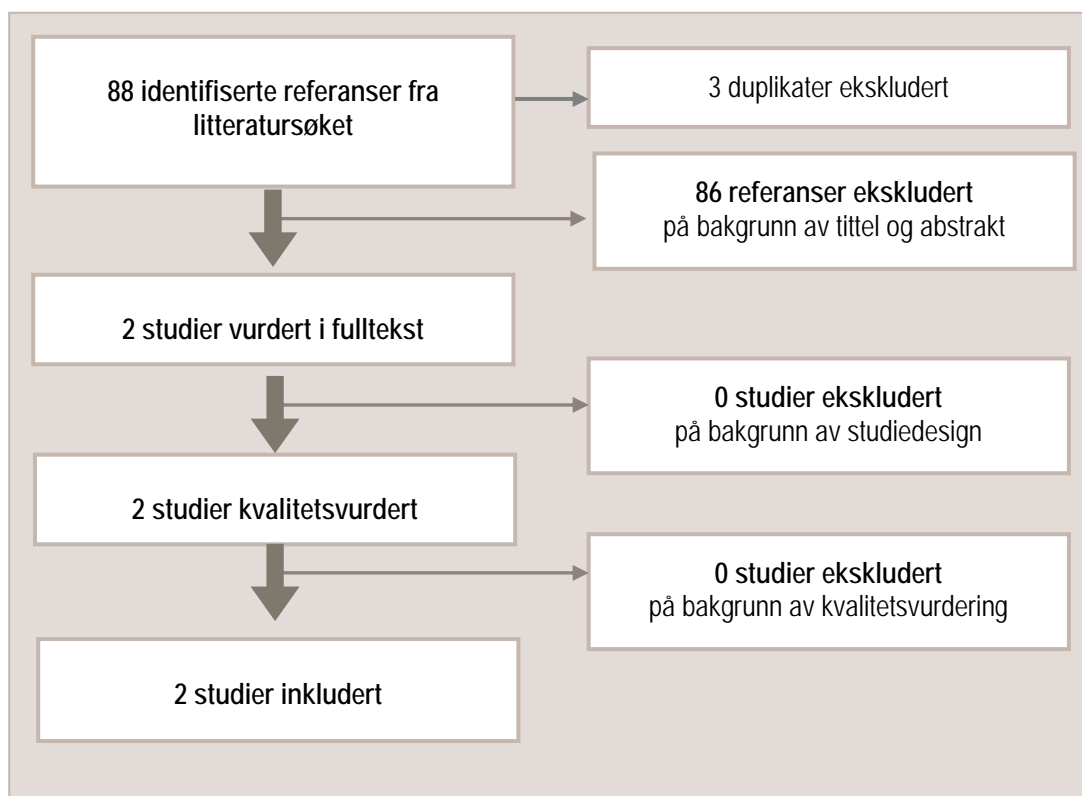
Resultat

Systematisk søk for spørsmål 1

For å svare på spørsmål 1: Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner, gjennomførte vi et systematisk litteratursøk etter systematiske oversikter i september 2011. Vi identifiserte til sammen 88 referanser i dette søket. Av disse ble to vurdert som potensielt relevante og bestilt i fulltekst. Begge de to utvalgte referansene oppfylte inklusjonskriteriene og er derfor inkludert i rapporten. Den ene av disse, Schouten et al 2008: *Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review*, ble inkludert fordi den svarte på inklusjonskriteriene direkte – hvordan læringsnettverk påvirker kvalitetsforbedring i helsetjenesten generelt (12). Fordi den er så sentral i forhold til våre spørsmål blir den omtalt i et eget punkt i dette kapitlet. I tillegg finnes det en kort beskrivelse av oversikten i vedlegg 4. Denne systematiske oversikten ble vurdert til å ha høy til middels kvalitet.

Den andre relevante systematiske oversikten, Fung-Kee-Fung et al 2009: *Regional Collaborations as a Tool for Quality Improvements in Surgery*, vurderte effekten av læringsnettverk spesifikt opp mot kvalitetsforbedring i kirurgisk praksis og ikke generelt i helsetjenesten (30). Valget om å inkludere oversikten ble tatt ut fra hensikten med prosjektet – samle inn så mye kunnskap som mulig om bruken av læringsnettverk uavhengig av hvilke områder som står i fokus i det enkelte nettverk. En beskrivelse av oversikten i tabellform finnes i vedlegg 4. Denne systematiske oversikten ble vurdert til å ha middels kvalitet.

Flytskjema over søkeresultater og håndtering av referansene fra det systematiske søket er vist i figur 1.



Figur 1. Flytskjema som beskriver utvelgelse av systematiske oversikter.

Gjennom det supplerende databasesøket i Medline fant vi en systematisk oversikt som ser på effektiviteten av å lære opp helsepersonell i kvalitetsforbedring og vurderer ulike metoder, Boonyasai et al 2007: *Effectiveness of Teaching Quality Improvement to Clinicians* (26). Denne oversikten ble inkludert fordi opplæring i kvalitetsforbedring og bruk av metoder og verktøy står så sentralt i mange læringsnettverk. 17 av de inkluderte studiene i denne oversikten handlet om nettverk. En beskrivelse av oversikten finnes i vedlegg 4. Denne systematiske oversikten ble vurdert til å ha middels kvalitet.

Det supplerende søket på hjemmesiden til tidsskriftet Implementation Science identifiserte en systematisk oversikt fra 2011 som evaluerer den verdien og påvirkningen forbedringsteam – både enkeltstående og i nettverk, har på kvalitet og pasientsikkerhet i akutt behandling, White et al 2011: *What is the value and impact of quality and safety teams? A scoping review* (5). Denne systematiske oversikten ble også inkludert på bakgrunn av hensikten med prosjektet – samle inn så mye kunnskap om bruken av læringsnettverk som mulig. En beskrivelse av oversikten finnes i vedlegg 4. Denne systematiske oversikten ble vurdert til å ha høy kvalitet.

Søket på hjemmesidene til NHS identifiserte ingen nye relevante funn. På hjemmesidene til IHI fant vi informasjon om gjennombrudd som metode i forbedringsarbeid, men ingen systematiske oversikter eller rapporter om læringsnettverk (19).

En gjennomgang av litteraturlistene til de inkluderte systematiske oversiktene viste at artikkelen: *Quality collaboratives: lessons from research*, som har vært sentral når det gjelder læringsnettverk siden 2002, ble funnet som referanse i to av de nyere systematiske oversiktene som ble inkludert i studien (5;12;15). Dette indikerer at den fortsatt er viktig i forhold til læringsnettverk. Artikkelen, som er beskrevet i kapittel 1, oppsummerer suksesskriterier og kritiske faktorer og skisserer ti utfordringer som arrangører og team som deltar i læringsnettverk må forholde seg til og løse for å sikre at de oppnår målene med nettverket.

Presentasjon av en systematisk oversikt som svarer på spørsmål 1

Den systematiske oversikten til Schouten et al 2008: *Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review*, svarer direkte på spørsmål 1: Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner? (12). Vi har derfor valgt å beskrive denne oversikten mer grundig enn de andre systematiske oversiktene:

Schouten et al søkte i databasene Medline, CINAHL, Embase, PsycINFO og Cochrane etter studier som var publisert mellom januar 1995 og juni 2006 (12). Inklusjonskriterier: Studier som var skrevet på engelsk, innhentet data om effektivitet i helsetjenesten, og oppfylte de kriteriene som skal til for å kunne kalle noe et læringsnettverk. Definisjonen av læringsnettverk som ble lagt til grunn for søket var: Et læringsnettverk (quality improvement collaborative) er en organisert, multifasetert tilnærming til kvalitetsforbedring og involverer ofte fem essensielle faktorer:

- Et spesifikt område hvor det eksisterer et gap mellom dagens og beste praksis skal forbedres.
- Ekspertene på det faglige området og eksperter på kvalitetsforbedring bidrar med ideer og støtte til forbedring, de identifiserer, klargjør og deler forskning og kunnskap om beste praksis, samt om kvalitetsforbedring.
- Tverrfaglige team på tvers av ulike organisasjoner ønsker å forbedre tjenestene og dele kunnskap og erfaringer med andre.
- Målbare mål, innsamling av data og testing av endringer i liten skala for å lære forbedringsmetoden.
- Strukturerte aktiviteter i en gitt tid tidsperiode for å få til forbedringer gjennom å utveksle erfaringer, dele opplevelser og få mer kunnskap – ”learning by doing”.

Resultat

Schouten et al fant 1104 artikler, og de potensielt relevante studiene ble gjennomgått av to personer og vurdert i henhold til sjekklisten til the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (www.epoc.cochrane.org) Studiene ble kategorisert ut fra studiedesign og karakteristika ved læringsnettverkene. 72 studier som oppfylte inklusjonskriteriene, ble inkludert i den systematiske oversikten. 60 av disse (83 %) var ikke kontrollerte studier. 50 (83 %) av disse igjen var nettverk i

form av gjennombruddsprosjekt. Av de 60 studiene som hadde et ukontrollert design var 37 studier (nesten 62 %) basert på selvrapporing og 14 studier (23 %) beskrev endringer i en enkelt organisasjon eller et team. Flere av disse studiene kunne vise til store forbedringer – fra 30 til 80 %, men alle hadde klare svakheter i design, var metodologisk svake og hadde mange feilkilder.

12 rapporter som representerer 9 studier – inkludert to randomiserte kontrollerte studier (RCT), målte effekten av kvalitetsforbedringen på behandlingsprosesser eller resultat av behandling. Den ene RCT'en ble gjort i forhold til et gjennombruddsprosjekt kombinert med the Chronic Care Model (CCM), mens den andre var basert på the Vermont Oxford Network. En systematisk gjennomgang av de 9 kontrollerte studiene viste moderate positive resultat. 7 studier – inkludert en randomisert og kontrollert studie, rapporterte effekt på noen av de utvalgte områdene. To studier – inkludert en randomisert kontrollert studie, viste ingen signifikant effekt. Alle studiene hadde svakheter på flere områder, blant annet i forhold til baselinemålinger og data på kontrollgruppene. De ukontrollerte studiene hadde også mange svakheter, blant annet manglende rapporteringsrutiner når det gjaldt datainnhenting, analyse og objektive evalueringer.

I henhold til denne systematiske oversikten viser forskningen som er gjort på bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten en positiv, men begrenset effekt (12). Svakheter i studiedesign i de inkluderte studiene tilsier at man ikke kan fastslå at de rapporterte endringene/forbedringene kom som et resultat av læringsnettverkene i seg selv. Effekten av å igangsette slike nettverk kan derfor ikke forutsis med stor sikkerhet etter denne gjennomgangen. Dette på tross av den stadig voksende utbredelsen av nettverk, et økende antall rapporter og studier og fagpersoner som gir uttrykk for at deltagelse i slike nettverk både fører til profesjonell og organisatorisk utvikling (12;15).

Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider for spørsmål 1 og 2

Søk på relevante norske og internasjonale hjemmesider ble gjennomført for å finne svar på spørsmål 1 og 2:

1. Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner
2. Hvilke suksesskriterer og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

Søket ble gjennomført i løpet av juni og august 2011. I forkant av søkestrategi 2 laget vi en tabell – vedlegg 5, som ble fylt ut med relevant informasjon fra hver enkelt rapport etter hvert som de ble gjennomgått. Søket på de utvalgte nettsidene

identifiserte til sammen 24 norske rapporter/artikler, og en vitenskaplig artikkel på engelsk som omhandler norske læringsnettverk:

- På nettsidene til Helsebiblioteket.no ble det funnet 16 rapporter (13;16-18;20-24;36;41-46).
- På nettsidene til DNLF ble det funnet 4 rapporter, 2 på nettsiden og to i Tidsskrift for den norske legeforening på nett (35;46-48).
- På nettsiden til KS ble det funnet 2 rapporter om det samme prosjektet (39;49).

I tillegg fikk vi kjennskap til en vitenskaplig artikkel - som også er publisert i BMJ (38), og en ikke publisert rapport fra et prosjekt i Legeforeningen (14), via en av våre kollegaer som var forfatter. Vi fikk også tips om en upublisert rapport fra et læringsnettverk i Bergen fra en annen kollega (50). Alle rapportene - bortsett fra to (37;39), samt den vitenskaplige artikkelen (38), var forfattet av arrangørene av nettverket selv etter at det var avsluttet.

Ved gjennomgang av rapportene har vi sett etter svar på de spørsmålene vi har stilt: Kan læringsnettverk bidra til å sikre god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner? Og - hvilke suksesskriterier og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten? Funnene - presentert i vedlegg 6, er sitat fra rapportene presentert i stikkordsform.

Hensikten med alle læringsnettverkene som beskrives er å få bedre kvalitet på tjenestene/bidra til endret praksis. Begrep som benyttes er kvalitetsforbedring, prosessforbedring, og innføring av en modell for koordinert psykososialt arbeid (KPA). En gjennomgang av de norske rapportene viser at mange som har deltatt i slike nettverk uttrykker tilfredshet, og at deltakelse har økt kvaliteten på tjenestene (13;37;39;49;51). I enkelte rapporter underbygges dette med før - og ettermålinger som viser til dels store forbedringer (35;46;47;50;51). Eksempel: På helsestasjonene i Bergen økte dekningsgraden for hjemmebesøk etter fødsel fra 70 % i 2008 til 93 % i 2010 for hele kommunen. Nesten 1000 flere nyfødte barn fikk hjemmebesøk i 2010 enn i 2008. Variasjonen i tjenestetilbudet mellom bydelene ble betydelig redusert fra 52 % - 89 % 1. tertial 2009 til 83 % - 100 % 3. tertial 2010 (50).

I flere av læringsnettverkene har hensikten vært å styrke brukermedvirkning og øke brukeropplevd kvalitet i møtet mellom tjenesteyter og bruker. Evalueringene av prosjektene viser at brukerne får et bedret tjenestetilbud. Brukerne rapporterer om økt medvirkning i egen oppfølging og økt tilfredshet med oppfølgingen (18;20;23;50).

Norsk Sykepleierforbunds gjennombruddsprosjekt ...med pasientens øyne..., er ett eksempel på et læringsnettverk som setter fokus på brukermedvirkning. Både lederne og deres medarbeidere opplevde å ha fått en sterk bevissthet om

betydningen av brukermedvirkning både generelt, og i forbedringsarbeid (13). De som er nærmest til å svare på spørsmål om hva som er god kvalitet i tjenestene er brukerne selv, og betydningen av brukermedvirkning og en tydeligere brukerrolle er derfor løftet frem i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 (2).

Rapportene har i ulik grad beskrevet det vi har valgt å kalle suksesskriterier og kritiske faktorer, men de fleste har en form for evaluering. Og ut fra denne har vi ”hentet” det vi vurderer som suksesskriterier og kritiske faktorer. Noe av det som går igjen som suksesskriterier i disse rapportene er; å ha gode planer, sette egne mål, forankring og involvering på alle nivåer, ledelsen må med, tilstrekkelig informasjon, veiledning, tverrfaglige grupper. Blant det som nevnes som kritiske faktorer er; utskifting av personale, mangel på tid, personell i turnus, å opprettholde og videreutvikle endringene (13;14;18;20;22-24;35;41;42;44-46;48).

Det er to rapporter og en artikkel som skiller seg ut blant de 25 referansene, både fordi de evaluerer flere nettverk, og fordi de er utført av eksterne aktører:

1. *Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members* (38).
2. *Planen skal være god for meg. Koordinering av psykososialt arbeid. Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester* (37).
3. *Kvalitetskommuneprogrammet 2007-2010*, hvor det både foreligger en sluttrapport fra sekretariatet og en evalueringsrapport (39;49).

Disse tre referansene presenteres mer detaljert nedenfor.

Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members

Fire av Legeforeningens gjennombruddsprosjekter i perioden 2002-2006 ble evaluert i artikkelen: *Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members* (38).

Medlemmene i 19 av de 101 deltakende teamene deltok i fokusgruppeintervjuer. Intervjuene ble analysert og på bakgrunn av denne analysen kom det frem tre suksesskriterier i forhold til læringsnettverk som blir beskrevet i artikkelen; informasjon, involvering og infrastruktur. Det blir også beskrevet hva som ligger i disse tre suksesskriteriene:

1. Informasjon: Kontinuerlig og pålitelig informasjon om god kunnskap, kontinuerlig og pålitelig informasjon om dagens praksis og sammenligne eget system og resultater med andres.
2. Involvering: Forankring på alle ledernivåer, fokuser på og involver pasienter og pårørende i alle faser i prosessen, forankring av endringene i fagmiljøet og involvering av personalet i alle faser i prosessen.

3. Infrastruktur: Baser denne på forbedringskunnskap, tverrfaglige forbedringsteam, utvikle et lærende system, systemet må tilrettelegge for forbedringsarbeid og utvikle et system som sikrer vedvarende forbedring.

Artikkelen beskriver også positive ettervirkninger av prosjektet; spredning av tiltak og metode, stolte medarbeidere, bedre informasjon og større medvirkning i utforming av tjenestene for pasientene, de jobber smartere, og lettere å rekruttere gode fagfolk.

Planen skal være god for meg. Koordinering av psykososialt arbeid: Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester

I denne rapporten evalueres 7 læringsnettverk som ble arrangert i perioden 2002-2004. Til sammen 35 forbedringsteam deltok - 7 distriktpsikiatriske sentre og 28 kommuner. Målet var å innføre en modell - Koordinering av psykososialt arbeid (KPA), som kunne bedre tjenesten til personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser (37). Nettverkene ble organisert av Stiftelsen GRUK. I evalueringen beskrives blant annet noen forutsetninger som må være tilstede for å lykkes med nettverk:

- Beslutning om deltakelse fattes i deltakerorganisasjonenes toppledelse, og det avklares hvilke forpliktelser deltakelse innebærer.
- Informasjon om beslutningen, og hva denne innebærer, blir gjort kjent i organisasjonene både på besluttende og utøvende nivå.
- Informasjon om formålet med prosjektet gjøres kjent for alle.
- Prosjektdeltakernes nødvendige rammebetingelser avklares.
- Informasjon om framdrift og status i prosjektet føres fortløpende tilbake til besluttende nivå i deltakerorganisasjonene.

I tillegg beskrives noen faktorer som kan være kritiske i forhold til å lykkes med læringsnettverk:

- Leder og mellomledere er ikke involvert i en slik grad at de sørger for å sikre rammebetingelsene for de felles oppgavene som skal løses.
- Nøkkelpersoner i læringsnettverket slutter.

I oppsummeringen kommer det frem at resultatene i hvert enkelt prosjekt har vært positive. Blant annet har alle læringsnettverkene selv rapportert at samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten har blitt tydelig forbedret i løpet av prosjektperioden. Men det har også vært kritiske røster til modellen, metodene, organiseringen og rapporteringen.

Kvalitetskommuneprogrammet 2007-2010

I forhold til Kvalitetskommuneprogrammet foreligger det både en sluttrapport utarbeidet av Kvalitetskommuneprogrammets sekretariat fra juni 2010, og en

evalueringsrapport gjennomført i et samarbeid mellom NIBR/NOVA/IRIS (39;49). Begge rapportene er tatt med her.

Rapport fra Kvalitetskommuneprogrammets sekretariat (2010)

Kommunene er organisert i læringsnettverk med 4 - 6 kommuner i hvert nettverk. De har kommet inn i nettverket puljevis. Til sammen deltok det 138 kommuner. Hovedmålet med Kvalitetskommuneprogrammet var å øke den brukeropplevde kvaliteten i møtet mellom tjenesteyter og bruker. Arbeidet var avgrenset til kvalitetsforbedring og sykefraværsreduksjon innen oppvekstsektoren og pleie- og omsorgssektoren. Gjennombruddsmetoden ble introdusert for pulje 1 og 2. Metoden viste seg å være ukjent for kommunene, og sekretariatet valgte derfor bort denne metoden til fordel for kommunens egne metoder. Underveis kom det også ønsker om å fjerne sentrale nettverkssamlinger og isteden arrangere lokale nettverkssamlinger. Fokus og innhold i samlingene ble endret fra kurs/opplæring til erfaringsdeling og læring. Sekretariatet opplevde at endringen la bedre til rette for oppfølging av kommunene. Det var viktig å ivareta og støtte lokale prosjektlederne underveis (49).

Sekretariatet gjennomførte høsten 2009 en spørreundersøkelse som viste at mange kommuner ikke hadde planer for evaluering av programmet og spredning av resultatene. Dette er et utviklingsområde for kommunesektoren – både internt i kommunen, og i samarbeidet mellom kommuner. I NIBRs evaluering og sekretariatets spørreundersøkelse kommer det fram at et av de viktigste resultatene er at det er etablert et nytt samarbeidsklima i kommunene. Når et stort flertall av kommunene sier at de vil videreføre partssamarbeidet etter programmets avslutning, understreker dette også den betydning dette har hatt i kommunene (39).

Evalueringsrapporten fra NIBR/NOVA/IRIS (2010)

Mye kan tyde på at kvalitetskommunene i mange tilfelle har lyktes i å bedre kvaliteten i møtet mellom tjenesteyter og bruker: De involverte deltakerne gir i gjennomsnitt en forsiktig positiv vurdering av hva kvalitetskommunene har oppnådd i forhold til bedret tjenestekvalitet. Dette gjelder på tvers av sektorer og på tvers av ulike aspekter ved kvalitet som de er bedt om å vurdere. De som har deltatt lengst, dvs. de som representerer kvalitetskommunene fra pulje 1, opplever tydeligere positive effekter, enn de som kom med senere (39).

Videre indikerer evalueringen at kvalitetskommuneprogrammets metodikk er vellykket: Der en har lyktes å få til godt lokalt samarbeid og der medarbeiderne i førstelinjetjenesten er myndiggjort, har en oppnådd mest i form av bedre kvalitet. Et klart brukerfokus hva tiltak angår bidrar til kvalitetsforbedring. Et flertall av deltakerne opplever at de har oppnådd resultater i form av bedre kvalitet, men ikke at de har tatt store steg framover. Et mindretall opplever på sin side at de ikke har lyktes å bedre kvaliteten. En viktig erfaring er betydningen av at nye ideer og tiltak *tilpasses* lokale forhold for å være nyttige og effektive (39).

Innspill fra ressurspersoner på dialogkonferansen

Dialogkonferansen ble gjennomført for å innhente ressurspersonenes erfaringer i forhold til spørsmål 1 og 2:

1. Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner?
2. Hvilke suksesskriterer og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

Til dialogkonferansen var det invitert 27 fagpersoner med erfaring i forhold til å planlegge og gjennomføre læringsnettverk. 20 av disse meldte seg på, men etter flere avlysinger pga. sykdom og andre arbeidsoppgaver som måtte prioriteres denne dagen, var det 11 fagpersoner som møttes og ble fordelt i to grupper.

Her følger en oppsummert versjon av referatet - vedlegg 3, fra dialogkonferansen. Vi har lagt Øvretveit et als faser i et læringsnettverk - forberedelse, gjennomføring, videreføring og evt. spredning, til grunn for oppsummeringen av tema 1 og 2 (15). Dette valget har vi tatt selv om det kun var i forbindelse med tema 2 at vi ba deltakerne om å relatere innspillene sine til disse fasene. Årsaken til at vi likevel har valgt å oppsummere på denne måten, er at noen av innspillene kan synes å være av størst betydning i en forberedelsesfase, noen i gjennomføringsfasen og noen i videreføringen (15).

Tema 1: Dine beste erfaringer med læringsnettverk.

Ta utgangspunkt i et vellykket nettverk – hva var det som gjorde det så bra?

Forberedelse	Ha en felles, enkel visjon som hele nettverket synes er viktig Klare planer og klar organisering, prosjektplan med milepæler og rapportering, styringsgruppe. Positivt at man må melde seg aktivt på et læringsnettverk (LN). Tydelig forankring i ledelsen og hos medarbeiderne – både ”top - down” og ”bottom - up”. Felles forståelse: Tydelighet på hva som skal være læringsutbyttet, hva som skal være egne bidrag og hva en kan forvente å få ut av deltakelse. Tverrfaglighet viktig i seg selv, en egen verdi.
Gjennomføring	Opplevelse av fellesskap. Benytte ordinær møtестruktur til forankring og informasjon. Forbedringsteam preget av entusiasme, kreativitet, fleksibilitet.

	<p>Jobbing mellom nettverkssamlingene skaper mer læring. LN gir rom for refleksjon og læring av andre. Energi pga andres tilbakemeldinger på eget prosjekt. Medarbeiderne ble lyttet til og ledelsen etterspurte erfaringer. Høyt faglig nivå - deltakerne får møte sine "faglige guruer". Stolthet over å være med på et viktig prosjekt. Målene eies av deltakerne. Involvering av pasienter. Deltakerne tilegner seg forbedringskunnskap. Målinger. Systemproblemer – for eksempel dataproblemer, ble identifisert. Kunnskap fra LN smitter over på løsning av andre oppgaver. Betydelig forbedring fra 30-40 % til 75-85 % programoppfyllelse.</p>
Videreføring	<p>Ha strukturer for implementering av forbedringene. Læring i et LN blir læring for hele organisasjonen.</p>

Tema 2: Fremmende og hemmende faktorer for måloppnåelse.

- A. Hvilke faktorer kan fremme måloppnåelse i et læringsnettverk?
- B. Hvilke faktorer kan hemme måloppnåelse i et læringsnettverk?

Det var enighet blant deltakerne om at mange av de faktorene som ble nevnt kan være både hemmere og fremmere avhengig av om de er tilstede eller ikke. Og for mange av faktorene gjelder det at det må være passelig mye av dem!

<i>Fremmende faktorer ved forberedelse</i>	<i>Hemmende faktorer ved forberedelse</i>
<p>Klar ramme med visjon og målsetting. Målinger. "Bottom – up", skaper engasjement, "top - down", skaper trygghet og forutsigbarhet. God tidsplan med milepæler. Tema som oppleves som viktige. Realisme i forhold til mulige forbedringer. Beslutningstakerne er involvert i alle faser. Hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver. Organisasjonen må ha et system som sikrer implementering, erfaringsoverføring og organisasjonslæring. Dersom slike system ikke finnes kan deltakelse i LN</p>	<p>Manglende bevissthet om å være en lærende organisasjon. Føler at en er god nok som en er. Negativ holdning hos ledelsen. Tvangsrekruttering til deltakelse i læringsnettverket. Manglende planlegging. Historien om at "Læringsnettverk ikke nytter".</p>

bli et dyrt og spennende stunt som ikke medfører varige forbedringer for pasientene.	
<i>Fremmende faktorer ved gjennomføring</i>	<i>Hemmende faktorer ved gjennomføring</i>
Rom for refleksjon på samlingene. Veiledere som følger opp. Tilbakemelding om fremdriften i LN gis jevnlig til resten av organisasjonen.	Fremmedgjøring i forhold til eksterne konsulenter. Setter for høye mål. Urealistiske forventninger til resultatene. Manglende forankring i organisasjonen. Sterk ovenfra styring, vekker motstand. Manglende fordeling av ansvar og oppgaver. Unødig rapportering, eller rapportering som ikke følges opp. Nøkkelpersoner slutter.
<i>Fremmende faktorer ved videreføring</i>	<i>Hemmende faktorer ved videreføring</i>
Strategi for implementering. Forbedringstiltakene innarbeides i rutiner og retningslinjer. Muligheter for publisering.	Manglende myndighet i forhold til å kunne gjennomføre det man blir enige om. Manglende struktur for å kunne implementere forbedringene.

Tema 3: Eventuelle gevinster ved læringsnettverk.

Finnes det gevinster man kan oppnå ved å organisere forbedringsarbeid i et læringsnettverk kontra andre måter å organisere det på? I så fall hvilke gevinster?

- Læring på tvers av organisasjoner, prosjekt, avdelinger, kommuner etc. Handler om at mennesker skal få en felles forståelse og en felles motivasjon for å nå noen mål.
- Egner seg som sprednings- og samhandlingsarena for ny kunnskap og når Nasjonale utfordringer skal løses.
- Dele ideer og erfaringer utover egen organisasjon.
- Skaper grobunn for uformelle nettverk som kan fungere i tillegg til, og/eller etter at et formelt nettverk er avsluttet.
- Synlighet: Konkurransen med de andre teamene om å være best.

Til slutt på dialogkonferansen åpnet vi opp for deltakernes innspill som ikke var ivaretatt tidligere i diskusjonen. Et sentralt moment som ble løftet frem her var: Ofte krever forbedringer en kulturendring, dette er en omfattende og tidkrevende

prosess. Innspill fra ressurspersonene som ga tilbakemelding skriftlig og pr intervju – se vedlegg 7, handlet om mange av de samme faktorene som kom frem på dialogkonferansen. I tillegg ble noen sentrale faktorer løftet frem:

Brukermedvirkning er viktig, og det er mange ulike måter å involvere brukere, pårørende og deres representanter på. Betydningen av veiledning ble vektlagt, både i gjennomføringsfasen, og ikke minst i implementeringsfasen. Dette fremstår som en av de mest sårbare fasene fordi det formelle læringsnettverket ofte er avsluttet og deltakerne er overlatt til seg selv, uten veiledere. Kontinuerlig veiledning ble sett på som en suksessfaktor.

Diskusjon

Kan læringsnettverk bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten?

Et av spørsmålene vi har ønsket å få svar på i dette prosjektet har vært om læringsnettverk kan bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten gjennom gjensidig læring på tvers av fagprofesjoner/avdelinger/organisasjoner? Et tilleggsspørsmål har vært om den gode kvaliteten eventuelt opprettholdes over tid?

Hva sier forskningen om effekten av deltakelse i læringsnettverk?

Det har blitt gjennomført flere systematiske oversikter på bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten (5;12;30). Den mest sentrale oversiktene i forhold til de spørsmålene vi ønsket å få svar på, konkluderer blant annet med at læringsnettverk har en positiv, men begrenset effekt på kvalitetsforbedring (12). Dette resultatet understøttes av de andre systematiske oversiktene (5;30). Forskerne viser at det finnes så store svakheter i studiedesign på de studiene som er inkludert i de systematiske oversiktene at man ikke kan fastslå at rapporterte endringer/forbedringer kommer som et resultat av læringsnettverkene i seg selv, eller på grunn av andre (ukjente) faktorer. På det nåværende tidspunkt kan derfor ikke effekten av å igangsette slike nettverk forutsis med stor sikkerhet (5;12;30).

Forskning viser at mange fagpersoner som har deltatt i læringsnettverk gir uttrykk for positive erfaringer: Opplevelse av faglig og organisatorisk utvikling, større forståelse for hverandres profesjon og grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner (5;30)

Forskning som er gjort på liknende former for etter- og videreutdanningstiltak som læringsnettverk, for eksempel kurs, konferanser, forelesningsrekker, workshops og seminar – enten alene eller kombinert med andre tiltak, viser at det har effekt i forhold til å bedre profesjonell praksis og øke kvaliteten på tjenestene til pasientene. En av de faktorene som blir assosiert med positivt resultat var kombinasjon av forelesninger og egenaktivitet hos deltakerne (9). Denne kombinasjonen er sentral i læringsnettverk.

I den vitenskaplige artikkelen som baserer seg på fokusgruppeintervju med tidligere deltakere i læringsnettverk, beskrives positive ettervirkninger av prosjektet på områder som har med kvalitet å gjøre; spredning av tiltak og metode, stolte medarbeidere, bedre informasjon og større medvirkning i utforming av tjenestene for pasientene, de jobber smartere og det er lettere å rekruttere gode fagfolk (38). I dette tilfellet kan det også være ukjente faktorer som påvirker det positive resultatet og som ikke nødvendigvis har en sammenheng med deltakelse i læringsnettverket i seg selv.

Hva sier forskning om effekten av å lære opp helsepersonell i forbedringsarbeid generelt?

Opplæring i systematisk forbedringsarbeid står sentralt i mange læringsnettverk (12;15). Det er derfor viktig å øke forståelsen for hvordan opplæring i kvalitetsforbedring påvirker læringsutbyttet og tjenestene til pasientene generelt. En systematisk oversikt som har gjennomgått studier på effektiviteten av å lære opp helsepersonell i forbedringsarbeid viser blant annet at (26): Program som kombinerer opplæringspakker i forbedringsmetoder og verktøy og individualisert veiledning i forhold til forbedringsarbeid, gir mer positive resultat sammenliknet med audit and feedback og begrenset opplæring i forbedringsarbeid. Og - tilgang til data om tjenestekvalitet og prosesser er viktig i arbeidet og kan synes å øke læringsutbyttet.

Det anbefales at nøkkelelementer i opplæringsprogram beskrives, hva målet for læringsutbytte skal være, hvordan det skal måles og på hvilken måte programmet skal gjennomføres. Disse prinsippene gjelder enten opplæringen gjennomføres i et læringsnettverk, eller på andre måter. Dette vil sikre høyere kvalitet på evalueringene i ettertid. Blant annet anbefales kontrollgrupper for å måle effekten av læringsutbyttet, endringer i atferd, kunnskap og ferdigheter, og klinisk utbytte. En utfordring som må løses når det gjelder opplæring i forbedringsarbeid er at selv om læringsutbyttet for personalet er positivt, så forteller ikke dette noe om tjenestene til pasientene faktisk forbedres (26).

Det å gjennomføre flere små forbedringssirkler med prøving og feiling – slik det ble gjort i gjennombruddsnettverkene, ga bedre resultat enn å gjennomføre en enkelt men mer omfattende forbedringsprosess. Men - mange små forbedringssirkler og god tilgang til data om egen tjenesteproduksjon viste seg ikke å være nok til å sikre et positivt resultat. Det må noe mere til, blant annet at deltakerne lærer systematisk forbedringsarbeid og har fokus på kontinuerlig forbedring inn i egen organisasjon (26). Disse funnene understøttes av en evaluering som er gjennomført av fem ulike modeller for kvalitetsforbedring som ofte benyttes i helsetjenesten i dag. Den viser at det finnes noen nødvendige, men ikke tilstrekkelige, forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring. De nødvendige forutsetningene er (52):

- 1) At forbedringsarbeidet er forankret i ledelsen på alle nivåer.

- 2) At helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet.
- 3) At tilnærmingene som benyttes er skreddersydd, helhetlige og tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.
- 4) At forbedringsarbeidet er samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål.
- 5) At forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonens daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere.

Inkludert i det siste punktet er det også en nødvendig forutsetning at alle ansatte får opplæring i systematisk forbedringsarbeid, og at ledelsen har data om egen virksomhet og følger med på kjerneprosessene gjennom å måle om endringene er forbedringer (52).

Gjennomgang av forskning i forhold til spørsmålet om læringsnettverk kan bidra til god kvalitet i helse og omsorgstjenesten, har gitt oss noen svar: Slik den mest sentrale oversikten i forhold til spørsmålet konkluderer med har slike nettverk en positiv, men begrenset effekt på kvalitetsforbedring (12). Dette resultatet understøttes av andre systematiske oversikter (5;30). Muligheten er derfor til stede for at deltakelse i slike nettverk kan bidra til økt kvalitet i tjenestene. Forskning på liknende tiltak som læringsnettverk viser at kombinasjonen forelesninger og egenaktivitet hos deltakerne har positiv effekt på profesjonell praksis og øker kvaliteten på tjenestene til pasientene (9). Etersom dette er kjerneaktiviteter i læringsnettverk understøtter det de positive mulighetene som ligger i dette tiltaket. Forskning på effekten av å lære opp helsepersonell i forbedringsarbeid viser at program som kombinerer opplæring i forbedringsmetoder og veiledning gir mer positive resultat sammenliknet med for eksempel audit and feedback og begrenset opplæring i forbedringsarbeid (26). Dette forteller at tradisjonen med å inkludere opplæring i forbedringsarbeid i læringsnettverkene bør holde frem.

Et sentralt element i læringsnettverkene som benytter gjennombruddsmetoden er målinger for å kunne si noe om endringer er forbedringer (19). Denne praksisen understøttes av forskning som viser at tilgang til data om egen tjenesteproduksjon når det gjelder kvalitet og prosesser kan synes å øke læringsutbyttet (26). Når det gjelder evaluering av opplæringsprogram anbefales det at nøkkelelementer - målet for læringsutbytte, hvordan det skal måles og på hvilken måte programmet skal gjennomføres, beskrives. Denne anbefalingen gjelder enten opplæringen gjennomføres i et læringsnettverk, eller på andre måter. Dette vil sikre høyere kvalitet på evalueringene i ettertid (26).

Hva sier erfaringer innhentet gjennom læringsnettverk?

Hva viser erfaringer når det gjelder spørsmålet om læringsnettverk kan bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten? En gjennomgang av de norske rapportene viser at mange som har deltatt i slike nettverk uttrykker tilfredshet, og at deltakelse

har økt kvaliteten på tjenestene (13;37;39;49;51). I enkelte rapporter underbygges dette med før - og ettermålinger som viser til dels store forbedringer (35;46;47;51). Andre rapporter kan også vise til liknende resultat (7). Samtidig er det vanskelig å finne dokumentasjon som viser om forbedringene som rapporteres skyldes deltakelse i læringsnettverk i seg selv, og ikke andre ukjente faktorer. For en stor del baserer rapportene seg på selvevaluering, noe som har vist seg å gi høy risiko for evalueringsskjevhet (5;15;26).

Når det gjelder Kvalitetskommuneprogrammet gir deltakerne i gjennomsnitt en forsiktig positiv vurdering av hva de involverte kommunene har oppnådd i forhold til bedret tjenestekvalitet. Evalueringen indikerer at der en har lyktes å få til godt lokalt samarbeid og der medarbeiderne i førstelinjetjenesten er myndiggjort, har en oppnådd mest i form av bedre kvalitet. Et klart brukerfokus hva tiltak angår bidrar til kvalitetsforbedring (39). Også her er det vanskelig å finne ut om de positive resultatene kommer som et resultat av deltakelse i læringsnettverk, eller henger sammen med andre ukjente faktorer. Et mindretall opplever på sin side at de ikke har lyktes å bedre kvaliteten (39).

I den omfattende oppsummeringen av syv læringsnettverk fra 2002 ble følgende erfaringer løftet frem: Tilfredshet hos deltakerne og en opplevelse av faglig og organisatorisk utvikling, større forståelse for hverandres profesjon innad i teamet og innad i egen organisasjon, grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner, hurtigere forbedringer, 30 % av teamene oppnådde statistisk signifikante forbedringer (15). Disse erfaringene gir noen svar på spørsmålet, men heller ikke her finnes dokumentasjon på at forbedringene skyldes deltakelse i nettverket i seg selv og ikke andre ukjente faktorer. Det ble heller ikke dokumentert at forbedringene ble opprettholdt over tid (15).

Erfaringer som viser at deltakelse i læringsnettverk også innebærer noen negative erfaringer handler om at forbedringene ikke var så store som forventet, at 30 % av teamene droppet ut før hele prosessen var gjennomført, og at deltakelse var kostnadskreven. Forskerne stilte på bakgrunn av dette spørsmål ved om deltakelse i læringsnettverk er verdt hva det koster hvis det ikke sikres at forbedringene opprettholdes over tid. For å finne ut om dette skjer fremheves betydningen av en evaluering av langtidseffekten ved deltakelse i læringsnettverk (15). Før ledelsen i en organisasjon tar bestemmelsen om de skal delta eller ikke, anbefales det derfor at fordeler og ulemper går grundig igjennom (15).

Hva sier erfaringer innhentet på dialogkonferansen og gjennom ressurspersoner?

For å finne svar på om læringsnettverk kan bidra til å sikre god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten ble deltakerne på dialogkonferansen blant annet spurt om deres beste erfaringer med læringsnettverk, og om de kunne se noen gevinster ved å organisere forbedringsarbeidet i et læringsnettverk kontra andre måter å organisere

det på? Gevinster ved læringsnettverk som ble fremhevet av deltakerne var: Deltakelse i læringsnettverk handler om at fagpersoner på tvers av fag, organisasjoner, prosjekt, avdelinger, kommuner etc. opplever fellesskap og får en felles forståelse og motivasjon til å nå felles mål. Det oppstår dessuten positiv energi når teamene får tilbakemeldinger på eget prosjekt fra team fra andre organisasjoner. I tillegg skaper deltakelse i formelle læringsnettverk grobunn for mer uformelle nettverk som kan fungere i tillegg til, og/eller etter at et formelt nettverk er avsluttet. Det ble også understreket at deltakelse i læringsnettverk fremmer lærende organisasjoner, samt at det bygges en felles kultur på tvers basert på gjensidig tillit, respekt og likeverdighet mellom partene.

Suksesskriterier og kritiske faktorer

Den andre problemstillingene vi ønsket å finne svar på var: Hvilke suksesskriterier og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

Hva sier forskning om suksesskriterier og kritiske faktorer?

Den lave kvaliteten på studiene som inngår i de systematiske oversiktene og svakheter ved noen av de systematiske oversiktene i seg selv, tilsier at vi skal være forsiktig med å trekke konklusjoner når det gjelder suksesskriterier og kritiske faktorer. En utfordring i arbeidet med å identifisere slike faktorer i materialet har blant annet vært den ulike måten det rapporteres på: Noen nevner både hemmende og fremmende faktorer (5;30), mens andre nevner noen suksesskriterier og ingen kritiske faktorer, eller omvendt. I tillegg er begrepsbruken ulik når det gjelder hva de forskjellige faktorene kalles (5;12;30).

På tross av svakheter ved de inkluderte studiene fremhever forfatterne av en av de inkluderte oversiktene at det kan synes som om to suksesskriterier står frem i materialet (12). Det er:

- Bruken av eksperter og dokumentert kunnskap om at det eksisterer et gap mellom dagens praksis og den beste praksis på et område.
- Muligheten til å diskutere løsninger og konkrete forbedringer med deltakere i de andre teamene.

Andre suksesskriterier som kan synes å påvirke effekten av læringsnettverk i positiv retning er: God forankring i ledelsen, en organisasjonskultur som fremmer forbedringsarbeid, og ressurser som kan støtte utvikling av kvalitet og sikkerhet i organisasjonen (5;30). Betydningen av lederforankring i forbedringsarbeid generelt understrekes (6;53;54). De samme faktorene som ble identifisert som suksessfaktorer blir sett på som hindringer hvis de ikke er til stede (5). I tillegg nevnes spesifikt følgende faktorer som suksessfaktorer (30):

- Utvikling av tillit på tvers av individer, profesjoner og organisasjoner
- Engasjement

- Tilgangen på nøyaktige og komplette data
- En infrastruktur som støtter nettverkene
- Tilgjengelige eksperter og tilgang til beste praksis på området
- Eierskap til prosessen

Kritiske faktorer som trekkes frem er:

- Mangelfull støtte fra ledelsen
- Manglende forankring av kvalitetsarbeidet
- Manglende systemtenkning
- Mangel på åpen dialog på alle nivå i organisasjonen (5;30)
- En organisasjonskultur som ikke fremmer kvalitetsforbedring
- Manglende ressurser som kan støtte utvikling av kvalitet og sikkerhet i organisasjonen (5)

En av hindringene som ble rapportert var hvor vanskelig det var å få tilgang til data på tvers av avdelinger og organisasjoner, og at de tilgjengelige dataene var innhentet til andre formål enn forbedringsarbeid (30).

Tre suksesskriterier som fremheves på bakgrunn av fokusgruppeintervju med tidligere deltakere i læringsnettverk er; informasjon, involvering og infrastruktur. Betydningen av disse kriteriene for å lykkes med læringsnettverk understrekes også av andre forfattere (37-39). Hvis kriteriene ikke oppfylles, eller ikke er til stede i tilstrekkelig grad, finnes det en risiko for at læringsnettverkene ikke får den ønskede effekten. Det at enkeltpersoner som er sentrale i nettverkene slutter i midt i prosessen skaper også utfordringer i forhold til å lykkes (37).

Erfaringer innhentet gjennom læringsnettverk

I evalueringen av de syv læringsnettverkene som ble gjennomført i 2002, var forskerne enige om at deltakelse har et potensial til å bli mer effektivt for teamene hvis følgende faktorer blir ivaretatt (15):

- Teamets medlemmer arbeider bra sammen.
- Teamenes muligheter til å lære og ikke minst prøve seg ut i forhold til metoder og verktøy for kvalitetsforbedring.
- Teamene og deres arbeid har bred støtte og forankring i egen organisasjon både blant medarbeidere og ikke minst i ledelsen.
- Kulturen i egen organisasjon støtter opp om systematisk forbedringsarbeid.

Som en utdyping av disse punktene ble 10 utfordringer i forhold til de 3 fasene i et læringsnettverk identifisert. Dersom både de som organiserer nettverk og det enkelte team er aktive i forhold til å løse disse utfordringene øker sjansene for å lykkes (15):

Utfordring 1: Velge det rette området for forbedring.

Utfordring 2: Målrettede og motiverte deltakere som er bevisste på hvorfor de deltar og hva de vil ha ut av deltagelse i nettverk.

Utfordring 3: Definere roller og klargjøre hva som forventes.
Utfordring 4: Teambygging og forberedelse.
Utfordring 5: Legge forholdene til rette for gjensidig kunnskapsutveksling
Utfordring 6: Motivering og myndiggjøring av team
Utfordring 7: Sikre at teamene har målbare og oppnåelige mål
Utfordring 8: Sikre at teamene takler data og endringsutfordringer
Utfordring 9: Planlegging i forhold til å opprettholde forbedringene
Utfordring 10: Planlegge spredning

De norske rapportene har i ulik grad beskrevet suksesskriterier og kritiske faktorer, men de fleste har en form for evaluering som inneholder det vi vurderer som slike faktorer. Noe av det som går igjen som suksesskriterier er; å ha gode planer, sette egne mål, forankring og involvering på alle nivåer, ledelsen må med, tilstrekkelig informasjon, veiledning, tverrfaglige grupper. Blant det som nevnes som kritiske faktorer er; utskifting av personale, mangel på tid, personell i turnus, å opprettholde og videreutvikle endringene (13;16-18;20-24;36;41-45). I tillegg blir brukermedvirkning løftet frem som et sentralt element (13;18;20;23).

Erfaringer innhentet gjennom ressurspersoner

I spørsmålet som ble stilt til deltakerne på dialogkonferansen ble begrepene fremmende og hemmende faktorer benyttet, de viser til henholdsvis suksesskriterier og kritiske faktorer. En kortversjon av de fremmende faktorene som kom frem på konferansen handler om *forankring*: Dette gjelder både leder- og medarbeiderforankring, formål/mål og tema. Det ble også understreket ved flere anledninger hvor viktig det er at det finnes en kultur for kvalitetsforbedring i organisasjonene som deltar i læringsnettverk. Fremmende faktorer handler også om *god planlegging og struktur*: Organisasjonene må være modne til å delta, det må være klart hvem som skal delta, hva hensikten med nettverket er, hvor ofte det skal møtes, hvem som har ansvaret for å lede nettverket og hvordan resultatene man kommer fram til skal brukes. Det må finnes en oversikt over ressursbruk, tid og milepæler, hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver, tilbakemeldinger på fremdriften i læringsnettverket, og at forbedringstiltakene systematisk må innarbeides i rutiner og retningslinjer. Forpliktende arbeid mellom samlingene, og tid for dialog og refleksjon på samlingene ble også vektlagt som fremmende faktorer.

Det at organisasjonene/teamene selv må søke om deltakelse i læringsnettverk, og i tillegg må betale en sum for å være, sikre mer motiverte deltakere og kan derfor være en suksessfaktor. Ledelsens tilstedeværelse på samlingene blir også sett på som en suksessfaktor da det både har symbolsk betydning og sikrer forankring. De fremmende faktorene kan oppsummeres i de fire P-ene: Pride, pleasure, prestige og profit.

Et viktig kriterium for suksess som ble fremmet av en av ressurspersonene som kom med innspill, var betydningen av å inkludere brukernes erfaringer i nettverket. Helst

bør det være med brukerrepresentanter, men det er ulike måter å involvere brukere, pårørende og deres representanter på.

En kortversjon av de hemmende faktorene handler om noe som mangler: Det kan være leder- og medarbeiderforankring, erkjennelsen av behov for forbedring, bevissthet i forhold til å være en lærende organisasjon, myndighet i forhold til å kunne gjennomføre det man blir enige om, klare og realistiske mål, avklaring av roller og ansvar, oppfølging av rapportering, struktur for å kunne implementere forbedringene, og ledelse av prosessene i læringsnettverket.

Det ble løftet frem at implementeringsfasen er en sårbar fase, da er ofte prosjektet over og veilederne borte.

Føringer når det gjelder krav til kompetanse

Samhandlingsreformen som trer i kraft i 2012 legger sterke føringer for økt samhandling i helse- og omsorgstjenesten til beste for brukerne (2;34). I tillegg utfordres individfokuset på kompetanseutvikling; utdanning og opplæring av personell må i større grad tilpasses målene i samhandlingsreformen (2;34). Dette budskapet kommer også frem i WHO's "Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice": Hovedfokuset i kompetanseutvikling må være på samhandling – hvordan ulike profesjoner og organisasjoner kan og må jobbe sammen med brukere/pasienter og deres pårørende for å sikre tjenester av høy kvalitet (31). Føringene kan synes å gi samhandling en ideologisk overbygning slik at det blir en verdi i seg selv, på samme måte som for eksempel brukermedvirkning er det. I læringsnettverk kombineres felles kompetanseutvikling på tvers av fag, profesjon og organisasjon med opplæring i systematisk forbedringsarbeid. Læringsnettverk - slik det gjennomføres i helse og omsorgstjenesten i dag, kan langt på vei synes å oppfylle de nye kravene til kompetanseutvikling; fra individfokus til felles kompetanseutvikling på tvers. I lys av dette perspektivet kan det synes som om læringsnettverk er et nyttig verktøy i implementeringen av samhandlingsreformen.

Begrensninger ved rapporten

Søkestrategien

Når det gjelder det systematiske søket har vi kun valgt å inkludere *systematiske oversikter*, ikke enkeltstudier. Vi kan derfor ha gått glipp av studier som svarer på de spørsmålene vi har stilt om læringsnettverk. I forhold til å søke på relevante norske og internasjonale hjemmesider etter rapporter, har vi valgt å lete på hjemmesider og i fagmiljø som vi allerede kjente til. Vi kan derfor ha gått glipp av relevante rapporter om gjennomførte læringsnettverk både i Norge og andre sammenliknbare land.

Til dialogkonferansen valgte vi - av tidsmessige årsaker, å invitere deltakere fra fagmiljø/nettverk vi allerede kjente til. Vi kan derfor ha mistet relevant informasjon og erfaring fra andre for oss ukjente nettverk og ressurspersoner.

Konklusjon

Forskning viser at det finnes en positiv, men begrenset effekt av å organisere forbedringsarbeidet i læringsnettverk (12). Ut fra dette kan svaret på spørsmålet om læringsnettverk kan bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene formuleres på følgende måte: Muligheten er til stede for at deltakelse i slike nettverk kan bidra til god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Men på grunn av svakheter ved de studiene som er inkludert i de systematiske oversiktene, kan man ikke fastslå at de rapporterte endringene/forbedringene kommer som et resultat av læringsnettverkene i seg selv, eller skyldes ukjente faktorer. På det nåværende tidspunkt kan derfor ikke effekten av å igangsette slike nettverk forutsis med stor sikkerhet på bakgrunn av den forskningen som finnes (5;12;15;26;30).

Erfaringer viser til at deltakelse i læringsnettverk har økt kvaliteten på tjenestene (13;37;39;49;51). I enkelte rapporter underbygges dette med før - og ettermålinger som viser til dels store forbedringer (15;35;46;47;51). Samtidig er det vanskelig å finne dokumentasjon som viser om forbedringene som rapporteres skyldes deltakelse i læringsnettverk i seg selv, og ikke andre faktorer.

Forskning og erfaring viser samstemmighet når det gjelder deltakernes positive erfaringer med læringsnettverk: Opplevelse av faglig og organisatorisk utvikling, større forståelse for hverandres profesjon og grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner, opplevelse av fellesskap – felles læring, kultur, likeverdighet, forståelse, motivasjon og mål, samt positiv energi og grobunn for utvidede nettverk også etter at det formelle nettverket er avsluttet (5;13;30;35;37-39;46;48;49). På bakgrunn av dette kan det synes som om læringsnettverk gir et grunnlag for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som er i tråd med faglige føringer på området: Fra individfokus til felles kompetanseutvikling.

Forskning viser til noen suksesskriterier når det gjelder planlegging og gjennomføring av læringsnettverk: Betydningen av god forankring i ledelsen, en organisasjonskultur som fremmer forbedringsarbeid, og ressurser som kan støtte utvikling av kvalitet og sikkerhet i organisasjonen (5;30). I tillegg nevnes spesifikt følgende faktorer som suksessfaktorer (30):

- Utvikling av tillit på tvers av individer, profesjoner og organisasjoner
- Engasjement
- Tilgangen på nøyaktige og komplette data

- En infrastruktur som støtter nettverkene
- Tilgjengelige eksperter og tilgang til beste praksis på området
- Eierskap til prosessen

Forskningen trekker også frem noen kritiske faktorer (5;30):

- Mangelfull støtte fra ledelsen
- Manglende forankring av kvalitetsarbeidet
- Manglende systemtenkning
- Mangel på åpen dialog på alle nivå i organisasjonen
- En organisasjonskultur som ikke fremmer kvalitetsforbedring
- Manglende ressurser som kan støtte utvikling av kvalitet og sikkerhet i organisasjonen

Erfaringer – innhentet både fra rapporter, gjennom dialogkonferanse og ressurspersoner, viser en høy grad av samstemthet med forskning når det gjelder svar på spørsmålet: Hvilke suksesskriterier og kritiske faktorer er identifisert når det gjelder bruken av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten?

De negative erfaringene med læringsnettverk som har kommet frem – for eksempel at eventuelle forbedringer ikke dokumenteres, at team dropper ut underveis i prosessen, at deltakelse er kostbart, at det kan synes som om det ofte mangler mye når det gjelder planlegging og forankring før oppstart og i gjennomføringsfasen, samt at det ikke kan dokumenteres at forbedringene vedlikeholdes over tid, er faktorer som det er mulig å gjøre noe med (15).

Læringsnettverk er et av de verktøyene i forbedringsarbeid som etter hvert er godt dokumentert både gjennom forskning og erfaring. Og det kan synes som om det blir tatt i bruk i stadig stigende grad. For at læringsnettverk skal kunne bidra til god kvalitet i tjenestene, kan det være et nyttig grep å utvikle en håndbok/veileder. Den bør utarbeides på bakgrunn av den forskningen og erfaringen som er innhentet gjennom dette prosjektet, og vil kunne bli et nyttig hjelpemiddel i arbeidet med å planlegge og gjennomføre læringsnettverk, samt øke sjansene for at forbedringene opprettholdes over tid.

Behov for videre forskning

Det at læringsnettverk blir brukt i den grad det gjør, samt at deltakelse krever store investeringer både av tid og ressurser, tilsier at mer forskning er nødvendig (5;12;30). Sentrale spørsmål i den sammenheng er: Hvilke mekanismer er ansvarlig for hvilken effekt? For eksempel: Er suksess avhengig av hvilket område eller tema som velges til forbedring? Er det spesielle faktorer/elementer som må være på plass for å øke mulighetene til å oppnå forbedringer gjennom læringsnettverk? Virker læringsnettverk for noen organisasjoner og ikke for andre – og kan dette for eksempel ha sammenheng med organisasjonskulturen? Vi trenger mer kunnskap

både om hvert enkelt av de elementene et læringsnettverk består av, kost nytte effekten, hvilke faktorer som er suksessfaktorer, og hvordan forbedringene kan opprettholdes over tid (12). Helsetjenesten består av komplekse og uforutsigbare systemer. På bakgrunn av dette, og fordi den konteksten forbedringsarbeidet foregår i er av så stor betydning, finnes det flere metodologiske utfordringer som må løses når det gjelder forskning (55). Nye studier for å finne effekten av læringsnettverk må designes på en slik måte at de forhindrer de metodologiske svakhetene som mange av de foreliggende studiene har (5).

Vedlegg 1: Fullstendig søkestrategi

Prosjekt: 673 Læringsnettverk

Databaser: Ovid MEDLINE, Cochrane Library: Cochrane Database of Systematic Reviews og Other Reviews (DARE)

Søk utført: 15.9.2011

Antall treff: 88 (91 inkludert duplikater)

Metodefilter: Ovid MEDLINE: "reviews (maximizes specificity)" eller (systematic* review*).tw

Søk utført av: Ingrid Harboe, forskningsbibliotekar

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1948 to Present

Antall treff: 50

- 1 Interdisciplinary communication/
- 2 (inter* adj3 communicati*).tw.
- 3 ((inter* or multi* or trans*) adj3 team*).tw.
- 4 collaborat*.tw.
- 5 (network* or (interprofessional adj1 relation*)).tw.
- 6 (communit* adj3 practice).tw.
- 7 Interprofessional Relations/
- 8 *Interinstitutional Relations/
- 9 or/1-8
- 10 Quality Improvement/
- 11 (qualit* adj1 (improve* or network*)).tw.
- 12 Quality Assurance, Health Care/
- 13 ((qualit* or improve*) adj1 (health care or healthcare)).tw.
- 14 or/10-13
- 15 9 and 14
- 16 limit 15 to "reviews (maximizes specificity)"
- 17 15 and (systematic* review*).tw.

Database: Cochrane Library:

Cochrane Database of Systematic Reviews og Other Reviews (DARE)

Antall treff: 41 (34 + 7)

#1 MeSH descriptor Interdisciplinary Communication, this term only

#2 (inter* near/3 communicati*):ti,ab,kw

#3 ((inter* or multi* or trans*) near/3 team*):ti,ab,kw

#4 collaborat*:ti,ab,kw

#5 (network* or interprofessional next relation*):ti,ab,kw

#6 (communit* near/3 practice):ti,ab,kw

#7 MeSH descriptor Interprofessional Relations, this term only

#8 MeSH descriptor Interinstitutional Relations, this term only

#9 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8)

#10 MeSH descriptor Quality Improvement, this term only

#11 (qualit* near (improve* or network*)):ti,ab,kw

#12 MeSH descriptor Quality Assurance, Health Care, this term only

#13 ((qualit* or improve*) near (health care or healthcare)):ti,ab,kw

#14 (#10 OR #11 OR #12 OR #13)

#15 (#9 AND #14)

Vedlegg 2: Invitasjonsbrev dialogkonferanse

Dato: 26.08.11

Deres ref.: [Klikk her og skriv]

Vår ref.: Toril Bakke

Tlf.dir.: 90843904

Invitasjon til dialogkonferanse om læringsnettverk

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten v/ seksjon for kvalitetsutvikling inviterer deg til herved til en dialogkonferanse. Temaet på konferansen er læringsnettverk – en metode stadig flere fagmiljø tar i bruk for å innhente og spre kompetanse på ulike områder. Hensikten med dialogkonferansen er å få økt kunnskap om læringsnettverk slik det blir bruk i kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Invitasjonen sendes til deg fordi vi vet du både har kunnskap om og erfaring med læringsnettverk!

Den planlagte dialogkonferansen er ett av flere tiltak i et prosjekt vi har igangsatt for å utarbeide en håndbok om læringsnettverk som metode i forbedringsarbeid. Anbefalingene i håndboken skal bygge på et så bredt kunnskapsgrunnlag som mulig. I tillegg til å søke i relevante databaser etter systematiske oversikter, enkeltstudier og rapporter, ønsker vi å innhente erfaringer som er gjort med gjennomføring av læringsnettverk i praksis. Vi har derfor identifisert ulike fagmiljø og enkeltpersoner innenfor helsetjenesten som vi vet har benyttet læringsnettverk som metode i forskjellige sammenhenger. Nå ønsker vi å bringe disse fagmiljøene sammen og hente ut erfaringer når det gjelder det å planlegge og gjennomføre læringsnettverk. Hovedfokuset på dialogkonferansen vil være faktorer som hemmer og fremmer nytten av slike nettverk.

Det vil bli utarbeidet konkrete spørsmål som ønskes besvart i løpet av dagen gjennom gruppearbeid og samlinger i plenum. Spørsmålene vil bli sendt ut til deltakerne i forkant av konferansen.

Dato: Mandag 24. oktober 2011

Tid: Kl. 11.30 – 16.00

Sted: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenestens lokaler i Pilestredet 7, inngang Stensberggt.

Enkel lunsj og te/kaffe vil bli servert ved ankomst.

Vi håper du vil benytte denne anledningen til å møte andre som har jobbet/jobber med læringsnettverk, utveksle og viderebringe egne erfaringer. Bidragene vil – i tillegg til de andre aktivitetene vi gjennomfører, sikre at håndboken blir så god som mulig og at kunnskapen om slike nettverk blir spredd i helsetjenesten!

Påmelding til: Prosjektleder Toril Bakke. E-mail: bak@kunnskapssenteret.no

Frist for påmelding er mandag 30. september.

Spørsmål? Ta kontakt med Toril Bakke på tlf. 90843904, eller Ellen Udness på tlf. 46400438

Vennlig hilsen

Toril Bakke
Prosjektleder

Ellen Udness
Prosjektmedarbeider

Vedlegg 3: Referat fra dialogkonferanse

Sted: Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Tid: 24.10.11, kl. 11.30-16.00

Deltakere: Greetje Refvem, KS, Effektiviseringsnettverkene; Tove Hovland, Tønsberg kommune, kommunaldirektør; Hans Asbjørn Holm, tidligere Helsedirektoratet, Ingunn Grande, Integralion, Hilde Skredtveit Moen, Vestre Viken HF, p.t. Pasientsikkerhetskampanjen, Anne Sofie Torp, Den norske legeforening, Gjennombruddsprosjektene; Eli Ådnøy, Fylkesmannen i Østfold; Ann-Torunn Andersen, Helse Bergen HF; Janecke Thesen, SAK/Den norske legeforening; Aleidis Skard Brandrud, Vestre Viken HF; Tor Carlsen, SAK/Den norske legeforeningen. Anne Karin Lindahl, avdelingsdirektør, Kunnskapssenteret, Meldeordningen; observatør.

Arrangør: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling; prosjektleder Toril Bakke, Anders Vege, Michael de Vibe, Marie Brudvik og Ellen Udness.

Hensikt: Vi ønsket å innhente erfaringer med læringsnettverk (LN) som kan understøtte to produkter: En rapport med oppsummert kunnskap fra forskning og erfaringer med LN, og en håndbok med anbefalinger som bygger på den oppsummerte kunnskapen.

Tema 1: Dine beste erfaringer med læringsnettverk

Sentrale moment:

Ann-Torunn Andersen: Prosjekt i psykiatrisk post:

- Mange prosjektdeltakerne hadde vært med i prosjekt før og fått veiledning i forbedringsmetodikk tidligere. Fokus ble da i langt større grad flyttet fra metode til fokus på kliniske prosesser
- Konkrete målepunkt utarbeidet tidlig i prosessen
- Tverrfaglige prosjektgrupper
- Fellessamlinger for Læringsnettverket, men ellers benytte ordinær møtestruktur i postene og i avdelingene
- De som har vært med i prosjekter tidligere er mindre sårbare for å synliggjøre ufullkommenheter i egen virksomhet når de er med i et Læringsnettverk for andre eller tredje gang
- Når læring i et delprosjekt blir læring for hele organisasjonen

- Betydelig forbedring i mange prosjekter, ofte fra mellom 30-40% programoppfyllelse til 75-85% programoppfyllelse
- Ekstra motivasjon – kr 50 000 i kurspenger til den posten med best forbedringsprosjekt.

Janecke Thesen: Mange erfaringer med læringsnettverk:

- Favorittgruppen for å redusere ventetid var preget av entusiasme, kreativitet, fleksibilitet, at man var i samme båt, tydelig forankring i ledelsen og hos medarbeiderne.
- En prosess ovenfra og ned og nedenfra og opp.
- Det ble etablert mange arbeidsgrupper med ansatte som fikk arbeide videre med egne ideer. Medarbeiderne ble lyttet til og ledelsen etterspurte erfaringer, samt at erfaringene ble løftet fram på samlinger i LN.
- Dette læringsnettverket hadde et litt ”upopulært” tema. Men på samlingene, der flere av de andre gruppene slet, virket entusiasmen og begeistringen fra denne gruppen smittende.

Eli Ådnøy: Læringsnettverk i psykisk helsevern:

- Tema var bestemt ovenfra.
- Både kommuner og DPS var med, og medarbeidere fra DPS var veiledere i grupper med kommunale medarbeidere som var koordinatorene for mennesker med psykiske lidelser.
- Det var utarbeidet en metodebok og måleverktøy. Læring på 3 nivåer som i et kinderegge. Først lærte koordinatorene mye om psykiske lidelser og oppfølging av denne målgruppen. Deretter lærte veilederne mye om den kommunale virkeligheten, og til slutt var det organisasjonslæring, fordi systemproblemer ble løst og løst av lederne på begge nivåer.
- Læringen grunnlag for forpliktende avtaler som ble inngått mellom DPS og kommunene om oppfølging av målgruppen.

Aleidis Skard Brandrud: Erfaringer fra 10 LN:

- Viktig at alle parter og enheter som er berørt av endringene deltar i LN fra første samling.
- Viktig at nivået er høyt, og at deltakerne får høre og møte sine faglige gurer.
- Viktig at det oppleves som prestigefyllt å delta i LN. Folk blir synlig stolte av å være med på et prosjekt som andre mener er viktig, og da er det lettere å drive endringsarbeid.
- Viktig at LN har en felles, *enkel visjon* som hele nettverket synes er viktig. Noen kaller visjonen ”overordnet mål”, men gruppene omtaler det gjerne som ”hensikten med prosjektet”. Målene (det målbare) og endringstiltakene må være ulike, fordi de må eies av deltakerne og passe til konteksten på *stedet* der endring skal skje.
- Erfaringsutvekslingen på samlingene er viktig. Vissheten om at de skal presentere arbeidet (prosjektet) sitt for hverandre, og få se og høre andres reaksjoner skaper mye energi.

- Viktig å fokusere på pasientene. Det virker motiverende og samlende på ulike faggrupper. Der pasienter har vært involvert i prosjektet, har forbedringsarbeidet blitt praktisk og jordnært.
- Viktig å kombinere teori og praktisk endringsarbeid. Deltakerne tilegner seg mye forbedringskunnskap gjennom god veiledning underveis i prosjektet (problembasert læring).
- Deltakerne i gode forbedringsteam er ulike. De som brenner har mye viktig energi i starten. Etter hvert avtar entusiasmen, og i gjennomføringen og oppfølgingen trår de andre til.
- Tuckman's lære om gruppeledelse gjennom gruppeprosessens fem stadier, (forming, storming, norming, performing, adjourning) fungerer svært godt i praksis.
- Viktig med gode målinger før, under og etter endring. Det gjør det mulig å følge med på hvordan det går på flere områder, oppdage spesielle variasjoner i tide, og gjør det lettere å holde interessen for endringsarbeidet oppe.

Tor Carlsen: LN for 3-400 allmennleger, 50 grupper:

- Bestemte temaer, diabetes, migrene, sår hals, bruk av lab. Brukte data fra journaluttrekk.
- Varighet 8-9 mnd. målsetting kunne vært klarere og det kunne vært gitt mer veiledning. Legene erfarte at det ikke var nok å sitte alene med egen praksis, men må involvere alle på legekantoret. Nyttig at de kom "ut" med egen erfaring og fikk delt den med andre.
- Systemproblemer, som dataproblemer, ble identifisert.
- En klar faglig utviklingsprofil på LN er viktig, og at egne erfaringer dokumenteres.
- Viktig at det er en arena for både faglig og sosialt felleskap.

Hans Asbjørn Holm: Var med å arrangere det første læringsnettverket som handlet om læring i 1993. Der bestemte deltakerne selv mål og prosess. Det var en øyeåpner. Var også ansvarlig for "gjennombruddsprosjektene - prototypen på et læringsnettverk, i Legeforeningens regi fra 1999 til 2006.

- Læring er også en emosjonell prosess, som litt etter litt også medisinerutdanningen har oppdaget.
- I gjennombruddsprosjektet "reduksjon av tvangsbehandling" så vi hvilken betydning dette personalets system- og prosessforståelse hadde for å nå svært gode resultater.

Hilde Skredtveit Moen:

- Vestre Viken har satset mye på ISO - sertifisering. De fant ut at man trengte folk som kunne veilede og laget LN.
- Skaper en felles arena for læring på tvers av fag.
- Noe av det viktigste er at alle er med!
- Har hatt nytte av intern revisjon og brukerundersøkelser.

- I et LN er alle er på samme nivå og opplever fellesskapet, er i en felles prosess.
- Ha felles mål, forplikte seg til å gjøre noe til neste gang. Må sette av tid underveis.

Tove Hovland: LN for fastleger:

- Måtte melde seg aktivt inn. Godt forberedt.
- Det viktige var at både legene inkl. legekantorets leder og sekretærer var med.
- Forankring ved leder må være tilstede.
- Definerte selv i startsamling problemstillingene, må løse problem de selv er opptatte av.
- 5 samlinger på et år, jobb mellom samlingene, dette ga nok bedre resultater.

Greetje Refvem: Effektiviseringsnettverkene:

- Må ha forankring i toppledelse.
- En tydelig målgruppe avhengig av fokus, viktig å ha med den rette kunnskapen
- Bruke tid på å skape felles forståelse. Være tydelige på hva som skal være læringsutbyttet, hva som skal være egne bidrag og hva en kan forvente å få ut.
- Jobbe med hjemmeoppgaver mellom nettverkssamlingene, sender også inn til veileder.
- Mye ”spinoff”, de løser også mange andre oppgaver.
- Kommunikasjon og dialog er nøkler, refleksjon.
- Noen ganger må noen kunne si at dette må dere lære, men det må ha klare rammer og ha sammenheng med det du er opptatt av.

Anne Sofie Torp: Gjennombruddsprosjekt i legeföreningen:

- Involvere de riktige personene, alle faktuelle faggrupper representert.
- Må være ledelsesforankring for å sette av ressurser, deltakerne må få tid til å bidra, også for å få til integrering og kunne nyttegjøre seg det arbeidet som blir utført.
- Tverrfaglighet viktig i seg selv, en egen verdi. Helt avgjørende at legene deltar aktivt, for å få legitimitet i arbeidet og til å gjennomføre endringer i systemene.
- Ha klare planer og klar organisering, prosjektplan med milepæler og rapportering, styringsgruppe.
- Deltakerne prioriterer og setter mål.
- Prosessveiledningen: Det er en stor verdi i å ha veiledere med kompetanse på endrings-/forbedringsarbeid.

Ingunn Grande: Visitas læringsnettverk for NAV - ledere:

- Kollegastøtte blant NAV-ledere i samme fylke, 3- 4 NAV-kontor samarbeider. NAVs fylkesledd bistår med tilrettelegging og skriving. Koordinering og

støtte til læring og erfaringsdeling fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og 2 konsulenter fra Nederland.

- 3 NAV-ledere besøker det 4. NAV-kontoret i gruppen (årlig sirkulering). De kartlegger utfordringer sammen med lokal NAV-leder som velger fokusområde, og utarbeider mål for kontoret. Basert på NAV-leders mål, gjennomføres intervju med brukere, medarbeidere, samarbeidspartnere og de 2 styringslinjene; stat og kommune. På bakgrunn av systematisk undersøkelse formidler ”gjestene” sine inntrykk til lokal NAV-leder, som redefinerer mål og utarbeider innspill til handlingsplan sammen med sitt kontor. Verten bestemmer de lokale beslutningene, og får støtte til kartlegging, målformulering gjennomføring og oppfølging/ evaluering. Handlingsplan utarbeides i fellesskap av gruppa, men lokal NAV-leder avgjør prioritering og satsing.
- Styrker: Likeverdig kollegastøtte mellom ledere som samhandler, myndiggjøring, åpenhet og tillit ved at rollene sirkulerer i samme gruppe. Systematisk undersøkelse som grunnlag for lokalt forankret målformulering og planlegging. Støtte i alle faser og bistand til formidling av resultat til styringslinjene gir opplevelse av myndiggjøring og gjennomslagskraft.

Erfaringer til plenum:

- Lederforankring, må være strukturer i organisasjonen som kan implementere forbedringen.
- Må bidra til forbedring for det som er relevant for de som deltar, finne ut hvor er det endringsvilje, hvor berører det virkeligheten.
- Alt du kan være tydelig på i forkant er en fordel, hva er egne bidrag, hva skal læres og hva er gevinstene - implementering.
- Det å være på felles nivå, ha den samme forståelsen av prosessen, bruke tid sammen for å få en felles forståelse av for eksempel veiledning, ledelse etc. Må være interesserte i det LN skal ta opp: Bør det være strengt på at alle skal være motivert?
- Må forplikte seg til å jobbe mellom samlingene for å få til læring.
- Målinger, der det er mulig, det skaper engasjement, ser konkrete forbedringer. Kan gjøre mye forbedringsarbeid også uten SPC! Må ha en form for dokumentasjon. Tenkningen blir annerledes, det at en kan få til endringer. Det viktige er at målingene har positive effekter for organisasjonen. Målinger kunne vise/fremme helheten, en helhetlig evaluering. LN gir rom for refleksjon, gi uttrykk for egne tanker og lærer av andre.

Tema 2 Fremmende og hemmende faktorer for måloppnåelse

Sentrale moment brainstorming, gruppe 1:

Hemmende faktorer:

- Manglende bevissthet om å være en lærende organisasjon
- Føler at en er god nok som en er
- Manglende evne til å se seg selv som årsak
- Holdning hos ledelsen
- Fremmedgjøring i forhold til eksterne konsulenter
- Sprik mellom krav og muligheter
- Manglende planlegging
- La de tusen blomster blomstre - "anarki i organisasjonen"
- "Historien om at Læringsnettverk ikke nytter"
- Sterk ovenfra styring som vekker motstand
- Urealistiske forventninger til resultatene
- Manglende myndighet i forhold til å kunne gjennomføre
- Tvangsrekruttering til deltakelse i læringsnettverket
- Gaper over for mye, setter for høye mål
- Dobbeltarbeid, ved manglende arbeidsfordeling, "ørkesløse" møter også kalt tid til refleksjon av andre
- LN må ha sammenheng med praksis
- Unødig eller nødvendig rapportering som ikke følges opp
- Dårlig tilrettelegging på områdene prosjektet foregår
- Nøkkelpersoner slutter
- Konsulentene bare forsvinner og medarbeidere tilbake til "daglig drift"
- Dokumentasjon; manglende eller for mye (kan bli umulig å få tak i det som er viktig)
- Må ha en struktur for å kunne implementere forbedringene

Fremmende faktorer:

- Organisasjonen har tenkt igjennom hvordan det som kommer fram i LN skal brukes
- Bottom – up for engasjementets del
- "Belønning"
- Tydelige mål

- Ha tema som oppleves som viktige
- Være realistiske i forhold til mulige endringer
- Beslutningstakerne må være involvert i alle faser for å sikre fokus og ressurser
- ”Riktige” personer deltar enten de vil eller ikke
- Klare og realistiske mål forankret hos deltakerne
- Hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver
- Regelmessige rapporter
- Faglige input
- Tilbakemeldinger fra ledelsen
- God tidsplan med milepæler
- Rom for refleksjon
- Er kontinuerlige LN og samhandlingsnettverk, ikke kun prosjekt, men en prosess.
- Resultater innarbeides i faste rutiner
- Gode rapporteringer og tilbakemeldinger
- Evaluering kan med fordel se på helheten og ikke bare på enkelte deler
- Muligheter for publisering
- Jevnlig oppdatering lokalt, ha et eller to løpende forbedringsarbeid gående

Prioritering av 3 hemmende faktorer:

- Fremmedgjøring – språk/begrepsbruk, dessuten at oppgaven ikke oppleves som relevant
- Uklare mål
- Dårlig prosessledelse – trenger metodikk for å få fram det relevante, kunne åpne og lukke prosesser

Prioritering av 3 fremmende faktorer:

- Ledere på alle nivåer (ledelsesforankring) må ha en struktur for kvalitetsforbedringsarbeid – LN kan være et verktøy for å få dette til der det ikke finnes.
- Tydelige identifiserbare mål for LN.
- Forpliktende arbeid mellom samlingene, og tid for dialog og refleksjon på samlingene.

Oppsummering gruppe 2:

Mange faktorer er hemmere eller fremmere avhengig av om de er tilstede eller ikke, og for mange gjelder det at det må være passelig mye av dem.

På et overordnet nivå er det flere faktorer. God infrastruktur til organisering og drifting av LN. Og en klar ramme om LN med en klar visjon og målsetting, hvor visjonen godt kan være overordnet og uoppnåelig, som stjernene, mens målene må være tydelige og klare. Målene kan være på ulike nivåer, for eks mål om å lære en metode for forbedring, eller spesifikke mål innenfor et tjenesteområde. Ellers er det viktig at temaene er viktige, utfordrende og fristende for organisasjonene som deltar.

Ellers fire faktorer:

- Pride – viktig at deltakerne inviteres inn i noe de vil kunne være stolte over å delta i.
- Pleasure – læringsnettverk må gi glede for deltakerne
- Prestige – læringsnettverk må føre til økt fagstatus, gjennom dokumentasjon og evaluering av resultater.
- Profit – læringsnettverk må smøres gjennom økonomiske insentiver, samtidig som det må lønne seg for organisasjonene å være med.

Forberedelse:

Passer konkurranse, passer tverrfaglighet, passer ulike nivåer på deltakere, passer blanding av ildsjeler og stayere.

Relevant valg av tema ift målsetting. Tvungen deltakelse må vurderes. Viktig med erkjennelse av behov for forbedring, ofte frembrakt gjennom måling av baseline. En tydelig prosjektbeskrivelse med forventet ressursbruk og tidsbruk. flytdiagram av hele prosjektet for å få oversikt, med milepeler.

En bred vilje til å være med, og god info til alle deltakerne.

Gjennomføring:

Veiledere som følger opp og fasiliterer en god gruppeprosess. Deltakelse fra topp og bunn, hvor alle blir sett og utfordret. Klare mål, klare tidsfrister. Hjelp til presentasjoner. Justering av mål, planer og milepeler underveis om nødvendig. ”Mye godt veiledningsarbeid i god trøst”.

Tema 3 Eventuelle gevinster ved læringsnettverk

Når er læringsnettverk spesielt egnet? Evt. gevinster, sentrale moment

brainstorming:

- Læring på tvers, av organisasjoner, prosjekt, avdelinger, kommuner etc
- Nasjonale utfordringer som skal løses,
- Når økt samhandling og samarbeid skal utvikles, lage LN fordi det har vært strukturendringer i samfunnet, nye samhandlingsarenaer er nødvendig.
- Når man ønsker å samle ulike team med fokus på bedret pasientforløp.

- Større tilfang av ideer og erfaringer, lære av hverandre, ulikt hvor gode virksomheter er til det. Ved å sette ord på ting, kan vi få de som ikke er så gode til å bli gode også.
- En kvalitet at det oppstår uformelle nettverk.
- LN er en måte å jobbe på ikke on-off. LN blir integrert i virksomhetene når det blir en lærende organisasjon. Handler om at mennesker skal få en felles forståelse og en felles motivasjon for å nå noen mål.

Ved større systemer viktig at noen er med og fasiliterer. Gjerne bruke kompetanse som finns på stedet (kommunen/sykehuset), kartlegge hva som finns som kan være drivkrefter i et LN. Problematisk med at "alt" kalles LN, tegne opp noen grenseoppganger. Er en effektiv måte å organisere læring på.

Åpent forum; noe det er viktig å få fram som ikke er tatt opp:

- Prosessene er sårbare, kan være sårt å skifte kurs for en organisasjon/avdeling, krevende for fagmiljøer å ta inn over seg. Kan være tøffe erkjennelser for den enkelte og for LN. Dytte passe fort i riktig retning. Det å ikke la seg skremme av ekstremt dårlig praksis. Noen ganger sette foten ned og noen ganger la teamene finne det ut selv. "Snu en ukultur".
- Det finns mange ildsjeler, sårbart når disse forsvinner, må lage mindre sårbare strukturer.
- Lettere å kunne utvikle seg profesjonelt gjennom LN. Gjelder både veiledere og deltakere.
- LN hjelper ledere til å bli tydeligere, noen kvier seg til å ta ting opp (rydde opp i ukultur), blir løftet opp et nivå, får styrke til å bli tøffere.
- Være observant på om det finns et LN fra før eller ikke, være varsom med å si at man kommer med noe nytt. Akkurat som ikke vi har gjort det før, en motreaksjon.
- Det er stor forskjell å jobbe i LN hvor man må betale for å være med, og må strekke seg etter hårete mål, i forhold til der en må jobbe for å nå nasjonale mål.
- En støter på ulike problemer når en jobber innad i en organisasjon, kontra å hente inn de motiverte i et LN. Gir ulike utfordringer, t.o.m. motstand mot nasjonale retningslinjer. Bygge en ny kultur. Viktig å bruke LN for å implementere. De som diskuterer om de vil ha lover og regler eller ikke er det et lederansvar å ta tak i, passe på hva en skal bruke LN til. Alt kan det ikke være konsensus om, det må individualiseres. Må ikke la enkelte ødelegge LN. Det er et systemproblem om personer ikke vil følge det som er vanlig, det blir utrolig synlig i et LN. Står ovenfor noen som gjør noe helt annet. Ledelsen får

hjelp til å ta tak i det, dårlig praksis blir synliggjort. Tette gapet mellom det vi vet og det vi gjør.

Vedlegg 4: Tabell over inkluderte systematiske oversikter

Forfatter	D E White et al.
Tittel	What is the value and impact of quality and safety teams? A scoping review.
År	2011
Artikkel	Systematisk oversikt
Hensikt	Gjennomgang av litteratur for å finne effekten av kvalitets- og sikkerhetsteam i akutt behandling, uavhengig av om forbedringsteamene jobbet i nettverk eller ikke. Systematisk søk ble gjort som innledning til en nasjonal studie hvor blant annet ledere og team medlemmer i forbedringsteam i Canada skulle intervjues.
Data kilder	Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL, ABI Inform og Cochrane databases + grå litteratur og bibliografier. Innhentet både kvalitative og kvantitative studier.
Inklusjonskriterier	Kvalitative og kvantitative studier gjort i akuttavdelinger, engelsk språk, beskrivelser av hvordan forbedringsteam ble etablert og implementert. Studier som beskrev den påvirkningen teamene hadde på tjeneste, pasient, og/eller system, beskrivelse av barrierer eller suksesskriterier i forbindelse med etablering av forbedringsteam. I søkestrategien ble det ikke gjort skille mellom enkeltstående forbedringsteam og team som samarbeider i læringsnettverk.
Utvelgelse av studier og dataabstraksjon	To uavhengige forskere valgte ut både artikler og data fra studiene etter anerkjente metoder som er redegjort for i artikkelen. Studiene ble kategorisert etter IOMs definisjon av hva som er kvalitativt gode tjenester: De skal være virkningsfulle, effektive, leveres i rett tid, pasientsentrerte, trygge og likeverdige.
Utvalg	Av 6674 identifiserte studier ble de 99 som oppfylte inklusjonskriteriene valgt ut. I 21 av de inkluderte studiene deltok teamene i ulike typer av læringsnettverk. Et uttall av ulike forbedringsmetoder og verktøy ble brukt av teamene, blant annet Demings sirkel – ”forbedringshjulet”, audit and feedback og samlinger med felles utveksling av erfaringer og kunnskap.
Resultat	Få studier hadde fokusert spesielt på faktorer som hemmer eller

	<p>fremmer planlegging og gjennomføring av forbedringsteam. MEN – på tvers av alle studiene - uavhengig av hensikt, går noen funn igjen som ”fremmere”. Det er betydningen av: God forankring i ledelsen, en organisasjonskultur som fremmer forbedringsarbeid, og ressurser som kan støtte utvikling av kvalitet og sikkerhet i organisasjonen. De samme faktorene ble identifisert som hindringer hvis de ikke var til stede.</p> <p>Den metodologiske kvaliteten på alle de inkluderte studiene – både de kvalitative og de kvantitative ble vurdert som lav. Teamene rapporterte selv at forbedringene de hadde oppnådd var ”signifikante” eller meget positive, men kun 1/3 av dem hadde brukt relevante statistiske tester i forhold til de kvantitative studiene for å finne ut om intervensjonen utgjorde en forskjell eller ikke.</p>
<p>Forfatternes konklusjon</p>	<p>I likhet med andre systematiske oversikter når det gjelder læringsnettverk og forbedringsteam, avdekker også denne at mens mange av teamene selv rapporterer om positive resultat, inneholder de inkluderte studiene så mange svakheter at det ikke går an å si med sikkerhet hvilke faktorer som har ført til suksess eller mangel på suksess. Sammensetningen av teamene, prosessene i teamet, konteksten teamene jobbet innenfor, situasjonen generelt i organisasjonen, metoden og verktøyene som ble valgt i forbedringsarbeidet, kombinasjonen av metoder og verktøy osv. kan alle spille en rolle på resultatet.</p> <p>Helsetjenesten består av komplekse og til tider uforutsigbare systemer. På bakgrunn av dette, og fordi den konteksten forbedringsarbeidet foregår i er av så stor betydning, er sannsynligvis ikke RCTer det beste studiedesignet da det blant annet vil være vanskelig å finne en kontrollgruppe. Samtidig er det viktig å bruke design som sikrer høyere kvalitet på studiene og forhindrer de metodologiske svakhetene mange av de foreliggende studiene har.</p>

Forfatter	Fung-Kee-Fung, M. et al.
Tittel	Regional Collaborations as a Tool for Quality Improvements in Surgery.
År	2009
Artikkel	Systematisk oversikt
Hensikt	Få en oversikt over den litteraturen som beskriver regionale nettverk som har fokus på kvalitetsforbedring i kirurgisk praksis.
Data kilder	MEDLINE, EMBASE, Ebsco Health Business Elite og the Cochrane Library Databases.
Inklusjonskriterier	Engelsk språk. Regionale læringsnettverk med fokus på kvalitet, pasientsikkerhet eller andre områder relatert til kirurgisk praksis. Kirurger hadde en lederrolle i arbeidet. Audit og feedback ble brukt som forbedringsmetode. Kirurger er blant deltakerne i forbedringsteamene, i tillegg til andre fagprofesjoner.
Utvelgelse av studier og dataabstraksjon	To uavhengige forskere leste gjennom abstrakter, valgte ut artikler i fulltekst, leste gjennom artiklene og vurderte om inklusjonskriteriene var oppfylt.
Utvalg	1362 abstrakter ble identifisert og gjennomgått med tanke på om artiklene skulle inkluderes. Av disse ble 46 bestilt i fulltekst og kritisk gjennomgått. Til sammen ble 7 studier av 7 ulike læringsnettverk inkludert i studien.
Resultat	De 7 nettverkene hadde fokus på spesifikke sykdommer, kirurgiske prosedyrer eller komplikasjoner ved kirurgi. 6 av de 7 var tidsbegrensede demonstrasjons-/pilotprosjekt. Ett av nettverkene ble startet i 1987 og eksisterte fortsatt i 2009. Det finnes lite informasjon om den sosiale konteksten nettverkene tok utgangspunkt i. På grunn av stor heterogenitet i dataene var det ikke mulig å syntetisere resultatet <i>på tvers</i> av læringsnettverkene. Hensikten med de ulike nettverkene varierte. Uavhengig av egen motivasjon eller ekstern påvirkning viste det seg at nettverkene – når de var etablert, laget sin egen agenda i forhold til behandling av data, prioriteringer og implementering. Pasienter var bare representert i ett av nettverkene. Teamene i alle nettverkene rapporterte om positive endringer i behandlingsprosesser og klinisk utbytte. En av hindringene som ble rapportert var hvor vanskelig det var å få tilgang til data på tvers av avdelinger og organisasjoner. En løsning på dette var lagring av felles data i nasjonale institusjoner eller i separate dataregistre. Det at de tilgjengelige dataene var innhentet til andre formål enn forbedringsarbeid var også en hindring. Mangelfull støtte – av ulike grunner, fra ledelsen, manglende

	<p>forankring av kvalitetsarbeidet, manglende systemtenkning, mangel på åpen dialog på alle nivå i organisasjonen, er andre eksempler på hyppig nevnte barrierer.</p> <p>Suksesskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av tillit på tvers av individer, profesjoner og organisasjoner • Engasjement • Tilgangen på nøyaktige og komplette data • Støtte fra en dedikert ledelse • En organisasjon som støtter systematisk forbedringsarbeid • En infrastruktur som støtter nettverkene • Metodestøtte i forhold til kvalitetsarbeid • Tilgjengelige eksperter og tilgang til beste praksis på området • Eierskap til prosessen <p>Disse suksessfaktorene er konsistente med de som tidligere er identifisert i de store NSQIP nettverkene.</p> <p>Alle nettverkene er beskrevet i tabellform under overskriftene; bakgrunn, mål med nettverket, deltakere, hvordan de ble organisert, forbedringsmetode, metode for behandling av data, resultat, og hva deltakerne hadde lært.</p>
<p>Forfatternes konklusjon</p>	<p>Resultatet reflekterer at nettverkene har blitt gjennomført på mange ulike måter. Teamene kombinerte kvalitetsforbedring og opplæring i metoder og verktøy, og mer tradisjonell etter- og videreutdanning – Continuing Medical Education (CME). Denne kombinasjonen er relativt ny, og forfatterne antar at den kan bli mer vanlig etter hvert som erfaringen blir større.</p> <p>Erfaringen fra nettverkene viste at det var mulig å gjennomføre kvalitetskontroll i kirurgisk praksis i forbedringsteam, og at det både hadde positiv effekt på resultatene for pasientene og for utvikling av tverrfaglige nettverk som kan dele kunnskap og erfaringer. Regionale læringsnettverk kan være et nyttig hjelpemiddel til å knytte kunnskap om systematisk kvalitetsforbedring og profesjonskunnskap sammen.</p> <p>Anbefaling: Kunnskap om suksesskriterier og barrierer fra tidligere nettverk som er gjennomført bør legges til grunn ved etableringen av nye nettverk som skal integrerer kvalitetsforbedring og CME.</p>

Forfatter	Loes MT Schouten et al.
Tittel	Evidence for the impact of quality improvement collaborative.
År	2008
Artikkel	Systematisk oversikt
Hensikt	Evaluere effekten av læringsnettverk i forbedringsarbeid i helsetjenesten
Data kilder	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL og Cochrane databases
Inklusjonskriterier	Språk: Engelsk. Læringsnettverk som oppfylte spesifikke kriterier. Sett inn box 2. Inneholdt data om effekt i forhold til forbedring av helsetjenester.
Data ekstraksjon	Sjekkliste: the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group.
Utvalg	Av 1104 artikler som ble funnet, ble 72 inkludert i studien. 12 rapporter som representerte 9 studier – inkludert 2 randomiserte og kontrollerte studier (RCT), brukte et kontrollert design til å måle effekten av læringsnettverk i forhold til kvalitetsforbedring.
Resultat	En systematisk gjennomgang av de 9 studiene med kontrollert design viste moderate positive resultat: 7 studier – inkludert en RCT, rapporterte effekt i forhold til noen av målene. 2 studier – inkludert en RCT, viste ingen signifikant effekt.
Forfatternes konklusjon	Den positive, men moderate, effekten som er dokumentert av læringsnettverk i forbedringsarbeid tilsier at effekten av å igangsette dette tiltaket ikke kan forutses med sikkerhet. Tatt i betraktning av at slike nettverk i stadig stigende grad blir tatt i bruk i forbedringsarbeid i helsetjenesten og i beste fall har positiv men moderat effekt, tilsier at mer forskning er nødvendig både i forhold til de basiskomponentene et læringsnettverk består av, kost nytte effekten og suksessfaktorer.

Forfatter	Boonyasai, RT et al.
Tittel	Effectiveness of Teaching Quality Improvement to Clinicians.
År	2007
Artikkel	Systematisk oversikt
Hensikt	Hensikten med denne oversikten har vært å finne effekten av opplæringsprogram (QI curricula) i systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, og ta stilling til om ulike undervisningsmetoder influerer på effektiviteten av slike program.
Data kilder	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ERIC + håndøk. I tillegg ble eksperter på forbedringsarbeid spurt om de kjente til relevante studier.
Inklusjonskriterier	Engelskspråklige artikler Studier som beskriver undervisning i ulike kvalitetsforbedringsmetoder (TQM, Lean, forbedringssirkelen, Six Sigma osv.) Studier med komparative design
Utvelgelse av studier og dataabstraksjon	<p>To uavhengige forskere valgte ut studier som tilfredstilte inklusjonskriteriene.</p> <p>Hypotese: Det er en sammenheng mellom bruken av voksenopplæringsprinsipp og effektiviteten av opplæringsprogram. For å evaluere bruken av disse prinsippene, ble det utarbeidet en liste med de mest sentrale. De ble hentet fra 5 overordnede teorier om opplæring: Voksenopplæring, kognitiv teori, konstruksjonisme, refleksiv praksis og egen-læring (Self-Directed Learning).</p> <p>Til sammen 9 prinsipper ble identifisert og de ulike programmene ble vurdert i forhold til om de fullt ut, eller delvis var basert på disse: Aktive deltakere, ta utgangspunkt i deltakernes situasjon, ta utgangspunkt i deltakernes behov og knytte undervisningen til tidligere opplevelser, mulighet for deltakerne til å identifisere og oppnå egne læringsmål, mulighet til å praktisere det de lærer underveis, støtte deltakernes egen læringsprosess, gi feedback til deltakerne, stimulere til refleksjon, rollemodeller.</p> <p>I tillegg vurderte de to forskerne karakteristika ved målgruppen, undervisningsformer, evalueringsmetode og resultat. Innholdet i programmet ble også klassifisert etter the Institute of Healthcare Improvements (IHI) 8 domener når det gjelder kunnskap om hvordan helsetjenesten kan forbedres: Systemperspektiv, variasjon og målinger, lede og gjøre endringer, samarbeid, utvikle ny, lokal og meningsfull kunnskap, sosial kontekst og ansvarlighet, brukerkunnskap, og medarbeiderkunnskap. Studiene ble også klassifisert i forhold til om de involverte kvalitetsforbedringsmetoder-/intervensjoner som audit and feedback eller pasientregistre i henhold til the Cochrane Effective Practice and Organization of Care taxonomi.</p>

	Reliabiliteten til de ulike kategoriene ble sjekket ut gjennom statistiske tester redegjort for i artikkelen.
Utvalg	Av 16 278 identifiserte referanser oppfylte 39 studier inklusjonskriteriene og ble inkludert.
Resultat	<p>Resultatene ble klassifisert som positive, ingen eller negative (detrimental) alt etter som forskjellene fra enten baseline – i de ukontrollerte studiene, eller kontrollene var statistisk signifikante ved en P verdi på .05, eller mindre. Den statistiske analysen er ytterligere redegjort for i artikkelen.</p> <p>31 studier beskrev teambaserte prosjekt, 37 kombinerte didaktisk instruksjon med mer eksperimentell læring. 22 studier hadde et kontrollert design – 8 randomiserte og 14 ikke randomiserte. 14 studier beskrev det faglige utbyttet i forhold til holdning, kunnskap eller ferdigheter. 28 studier beskrev kliniske prosesser eller resultat i forhold til pasientbehandling. 9 av de 10 studiene som evaluerte kunnskap rapporterte positiv effekt, men bare to av disse hadde brukt validerte vurderingsverktøy. I de 6 studiene som målte endring i holdning var resultatene blandet. 4 av de 6 studiene som tok for seg endring i ferdigheter rapporterte et positivt resultat. 8 av de 28 studiene som hadde fokus på klinisk utbytte rapporterte positiv effekt. Kontrollerte studier viste oftere enn andre 0 eller blandet effekt. Bare 4 studier evaluerte både læringsmessig og klinisk utbytte, og disse ga begrenset kunnskap om økt læring om forbedringsmetoder påvirker effektiviteten av intervensjonen.</p> <p>12 studier beskrev opplæringsprogram basert på IHIs gjennombruddsmodell, og 5 studier var basert på andre typer læringsnettverk.</p> <p>De fleste studiene benyttet mer enn 6 av de 9 voksenopplæringsprinsippene.</p> <p>Bare 3 av studiene (8 %) beskrev både klinisk og læringsmessige resultat. Alle studiene - med unntak av en studie som viste negativ effekt i forhold til ”learner attitudes”, viste til positiv, blandet eller 0 effekt. Gjennomgående viste studiene at læringsutbyttet var positivt, mens det sjelden ble rapportert positive resultat i forhold til resultat for pasientene. De studiene som hadde et kontrollert design rapporterte færre bare positive funn enn de som brukte ukontrollerte design.</p> <p>Rapportene fra gjennombruddsprosjektene inneholdt både positive og 0 resultat. Best resultat ble funnet i gjennombruddsprosjekt hvor fokus var pasientbehandling i sykehus.</p>

	<p>En analyse for å vurdere relasjonen mellom bruken av voksenopplæringsprinsipp og programeffektivitet ble gjennomført ved å sammenlikne positive resultat med antall voksenopplæringsprinsipp som ble beskrevet i hver enkelt studie. Medianen for antall voksenopplæringsprinsipp var 7 enten programmene beskrev positive resultat, blandet resultat eller 0 resultat.</p>
<p>Forfatterens kommentarer</p>	<p>Dette er den første systematiske oversikten som evaluerer effekten av å lære opp klinikere i kvalitetsforbedring. Studiene varierte i forhold til hvilket av IHIIs domener for kvalitetsforbedring som var i fokus. Innholdet i alle programmene var rettet inn mot forbedringsarbeid i lokale system, få hadde fokus på hvordan forbedringer kan oppnås i større system i helsetjenesten, eller hvordan systemet kan se ut fra et pasientperspektiv.</p> <p>Studiedesign og evalueringsinstrument med lav kvalitet medfører at konklusjoner når det gjelder resultat må trekkes med stor forsiktighet. Blant annet bygger rapportene ofte på deltakernes selvevaluering, en metode med lav validitet. De programmene som kan vise til endringer i praksis, har blandet resultat når det gjelder forbedring av prosesser og pasientbehandling.</p> <p>Program som kombinerer opplæringspakker i forbedringsmetoder og verktøy og individualisert veiledning i forhold til forbedringsarbeid gir mer positive resultat sammenliknet med audit and feedback og begrenset opplæring i forbedringsarbeid. Det å gi deltakerne tilgang til data om egne tjenester – slik det blant annet ble gjort i IMPROVE og IDEAL programmene, kan synes å øke læringsutbyttet. Det å få tilbud om opplæring i metoder og verktøy for forbedringsarbeid – slik at de slipper å bruke tid på å finne opp sine egne, ga mer tid til å implementere endringene.</p> <p>Det å gjennomføre flere små forbedringssirkler med prøving og feiling – slik det ble gjort i gjennombruddsnettverkene, ga bedre resultat enn å gjennomføre en enkelt men omfattende forbedringsprosess. MEN: Mange små forbedringssirkler og god tilgang til data om egen tjenesteproduksjon er ikke nok til å være sikker på å få et positivt resultat, slik eksemplene fra to av gjennombruddsnettverkene viste . Det må noe mer til i tillegg, blant annet at deltakerne lærer systematisk forbedringsarbeid og viderefører og opprettholder denne kompetansen og fokus på kontinuerlig forbedring inn i egen organisasjon.</p> <p>Svakheter ved studien er oppgitt i oversikten. Forfatterne mener likevel at de har et godt grunnlag for å kunne gi noen anbefalinger når det</p>

	<p>gjelder planlegging og evaluering av program hvor hensikten er opplæring i kvalitetsforbedring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legg IHIs kunnskapsdomener til grunn – spesielt viktig er systemperspektivet på helsetjenesten og brukerkunnskap. • For å øke forståelsen for hvordan opplæring i kvalitetsforbedring påvirker læringsutbyttet og tjenestene til pasientene, må nøkkelementene i programmet beskrives, i tillegg til hva målet for læringsutbytte skal være, hvordan det skal måles og på hvilken måte programmet gjennomføres. Disse tiltakene vil blant annet sikre høyere kvalitet på evalueringene i ettertid. • Kontrollgrupper for å måle effekten i forhold til læringsutbytteendringer i atferd, kunnskap og ferdigheter, og klinisk utbytte anbefales. • Kvalitetsforbedringsprogram bør bygges på voksenopplæringsprinsippene og oppøve samarbeidsferdigheter. • Læring gjennom prøving og feiling – benytte små forbedringssirkler. • Tilgang til data om tjenestekvalitet og prosesser er viktig i arbeidet. • Kunnskap om metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. <p>Selv om det kan være krevende å lage og gjennomføre program som inneholder disse elementene, fant de flere eksempler på program som hadde integrert disse suksesskriteriene.</p>
<p>Forfatterens konklusjon</p>	<p>Effekten av å lære helsearbeidere metoder for systematisk kvalitetsforbedring er usikker. De fleste oversikter over metoder for kvalitetsforbedring har beskrevet opplæring hvor hensikten har vært å øke helsepersonells kunnskap om kliniske retningslinjer istedenfor å sikre kunnskap og ferdigheter om hvordan de kan foreta systemforbedringer selv.</p> <p>Mange opplæringsprogram i systematisk forbedringsarbeid benytter anerkjente voksenopplæringsprinsipp og kan vise til forbedring når det gjelder deltakernes kunnskap eller tiltro til egen evne til å gjennomføre kvalitetsforbedring.</p> <p>Det er behov for flere studier for å bestemme om man kan knytte ulike undervisningsmetoder til meningsfullt klinisk utbytte.</p>

Vedlegg 5: Skjema til utfylling

Navn på artikkel / bok / studie / review / sammendrag (full referanse):

Evaluering av hvor mange nettverk:

Hvem deltok i nettverket/ målgruppe:

Hvor mange team:

Arrangør:

Kriterier identifisert før søk:	Kriterier beskrevet i artikkel " + " for ja " - " for nei
1. hensikt/ mål med nettverket er beskrevet	
2. opplæring i metoder og verktøy for kvalitetsforbedring	
3. tverrfaglige forbedringsteam	
4. fremdriftsplan er utarbeidet	
5. ansvar og roller er avklart	
6. det foregår arbeid på det definerte området mellom samlingene	
7. deltakerne/teamene mottar veiledning på sitt arbeid mellom	

samlinger	
Elementer på samlingene beskrevet før søk:	Elementer beskrevet i artikkel "+" for ja "- " for nei
1. Undervisning	
2. Veiledning	
3. Deling av erfaring	
Fremmere	
Hemmere	
Evaluering	

Andre kommentarer til artikkelen:

1. Er brukere på noen måte deltagende? Hvis ja – på hvilken måte?
2. Hvem har tatt initiativ og organiserer nettverket?
3. Rekruttering av team:
 - Antall?
 - Hvordan?
4. Fildeling, elektronisk læringsplattform / prosjekttrom? Ikke oppgitt
5. Annet:

Vedlegg 6: Oversikt norske rapporter

Tittel	Når gjennomført	Suksesskriterier <ul style="list-style-type: none"> ➤ P (Planlegging/forberedelser) ➤ G (Gjennomføring) ➤ V (Videreføring) ➤ S (Spredning) 	Kritiske faktorer <ul style="list-style-type: none"> ➤ P (Planlegging/forberedelser) ➤ G (Gjennomføring) ➤ V (Videreføring) ➤ S (Spredning) 	Hensikt med nettverket Målgruppe(r) Arrangør
<p><i>Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis</i> O B Pedersen E Hovlid Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:1046-9</p>	<p>2005</p>	<p>P: Realistisk milepælsplan med en ansvarlig koordinator. Kunnskap om organisering av forbedringsarbeidet kan øke sannsynligheten for å oppnå resultater. Alle aktuelle faggrupper i enheten må være representert.</p> <p>G: Tydelig oppgavefordeling i gruppene, tilstrekkelig tid til nødvendige møter.</p> <p>Forbedringsmetode: Metoden må bidra til at gruppene selv finner frem til relevante områder for forbedring, setter</p>	<p>PGVS: En gjennomgang av litteraturen om læringsnettverk for kvalitetsforbedring i helsetjenesten konkluderer med at nettverkene kan føre til bedre pasientbehandling. Men det er store variasjoner i resultat, og det er usikkert om nettverksarbeid, slik det vanligvis blir lagt opp og gjennomført, er mer kostnadseffektivt enn andre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessforbedring • 6 • Almennlegekontorer • Fylkesmannen, støttet av Den norske legeforening og SHdir

		<p>eksplisitte mål og vurderer om målene blir nådd.</p> <p>GVS: Nettverkssamlingene i skapte entusiasme og stimulerte til tverrfaglig refleksjon over egen praksis. Alle gruppene oppnådde vesentlige forbedringer på sentrale områder i pasienttilbudet, unntatt i ett tilfelle, der arbeidet stoppet fordi lederen for legekantoret sluttet</p> <p>De ulike personellgruppene rapporterte at de fikk større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Dette gjaldt i særlig grad medarbeiderne på legekantorene, som klart ga uttrykk for at de opplevde at deres kompetanse ble mer verdsatt enn tidligere, blir oppmerksom på andre områder</p>	<p>metoder for kvalitetsforbedring.</p> <p>G: Stadig utskiftning i gruppen/teamet bidro til mangelfull fremdrift og uklar styring. Arbeidet stoppet i en gruppe fordi leder sluttet. Sårbarheten var størst når det gjaldt teamledernes involvering og den tverrfaglige deltakelsen i forbedringsarbeidet</p> <p>G: Mangler nødvendige dataprogrammer og kunnskap om bruk, ga merarbeid.</p>	
<p><i>Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members</i></p> <p>Aleidis Skard Brandrud,</p>	2002-2006	<p>PGVS: Kontinuerlig og pålitelig informasjon om god kunnskap</p> <p>PGVS: Kontinuerlig og pålitelig informasjon om dagens praksis</p> <p>PGVS: Involvering. Forankring på alle ledernivåer</p> <p>Fokuser på og involver pasienter og</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring gjennombruddsmetoden • 19 Kliniske team fra sykehus • Den norske legeforening

<p>Ada Schreiner, Per Hjortdahl et.al. BMJ Qual Saf published online January 5, 2011 doi: 10.1136/bmjqs.2009.038604</p>		<p>pårørende i alle faser i prosessen Forankring av endringene i fagmiljøet Involvering av personalet i alle faser i prosessen PGVS: Infrastruktur Baser denne på forbedringskunnskap Tverrfaglige forbedringsteam Utvikle et lærende system Systemet må tilrettelegge for forbedringsarbeid Utvikle et system som sikrer vedvarende forbedring VS: Sammenligne eget system og resultater med andres. Positive ettervirkninger av prosjektet: Spredning av tiltak og metode Stolte medarbeidere Bedre informasjon og større medvirkning i utforming av tjenestene for pasientene Jobber smartere Lettere å rekruttere gode fagfolk</p>		
<p><i>Prosjektrapport for gjennombruddsprosjekt i bruk av tvang 2000-2001</i> Red. Juan Robbie</p>	<p>2000-2001</p>	<p>GVS: Medarbeidernes kunnskap og ansvarsfølelse ble mobilisert, og langt de fleste oppnådde de mål de hadde satt seg. I tillegg ble det knyttet både faglige og</p>	<p>VS: Med så mye konsentrert arbeidsinnsats samt støtteapparat fra prosjektledelsen, er det en mulighet for at gamle «uvaner»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring – gjennombruddsmetoden • 19 Norske

<p>Mathisen Per A. Føyn 2001 Den norske legeforening http://www.legeforeningen.no/id/10226</p>		<p>sosiale bånd mellom så vel avdelinger som yrkesgrupper</p>	<p>kan dukke opp etter at det hele er avsluttet. Å opprettholde og helst videreutvikle endringene over tid blir da en utfordring for prosjektdeltagerne, men også hos deres ledere.</p>	<p>akuttpsykiatriske avdelinger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den norske legeforening
<p><i>Gjennombruddsprosjektet om keisersnitt</i> R Häger P Øian S T Nilsen H A Holm A B F Berg Nr. 2 – 12. januar 2006 Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:173-5 http://tidsskriftet.no/articel/1325196</p>	1998-1999	<p>VS: Prosjektet førte til økt innsikt i kvalitetsarbeid og tverrfaglige arbeidsprosesser og gav ny kunnskap om keisersnitt. Variasjonen i keisersnittfrekvensen ved de forskjellige avdelingene var uendret fire år etter avsluttet prosjekt, og keisersnittfrekvensen har økt i Norge. Det overordnede målet for gjennombruddsprosjektet var å få ny kunnskap om bruk av keisersnitt og å redusere variasjon i bruken mellom avdelinger. Det første målet er oppnådd, ikke det andre</p>	<p>VS: Gjennombruddsprosjektet konsentrerte seg om medisinske forhold og førte ikke til en bedre forståelse av den konteksten som en endring av keisersnittfrekvensen foregår i og kunne ikke målbart påvirke endringene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring – gjennombruddsmetoden • 24 Fødeavdelinger • Den norske legeforening
<p><i>Rapport fra gjennombruddsprosjekt sykehjem</i> Red. Liv Heidi Brattås Remo</p>	2008	<p>PGVS: Sendte ut jevnlig informasjonsskriv VS: Mange beskrev i sluttrapporten at de var blitt mer faglig bevisste gjennom forbedringsarbeidet, mer systematiske i</p>	<p>P: Forbedringsarbeid er arbeidskrevende, tar tid, det kan aldri bli nok informasjon. Vanskelig å finne entydig mål og uheldig å ikke ha det, viktig å</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsforbedring – gjennombruddsmetoden • 23 Sykehjem • Den norske legeforening, et

<p>2008 SKRIFTSERIE FOR LEGER Utdanning og kvalitetsutvikling ISBN – 13978-82-8070- 088-9 http://www.legeforeningen .no/asset/52760/1/52760 1.pdf</p>		<p>arbeidet med pasientene, bedre til å dokumentere og mer oppmerksomme på nytten av å gjøre målinger. En viktig opplevelse for deltakerne var erfaringen med å jobbe i team mot et planlagt mål. Mange erfarte dessuten at arbeidet med forbedringsmålet avdekket nye forbedringsområder og medførte økt bevissthet rundt kvalitet og effektivitet i arbeidet.</p>	<p>bruke tid på å utarbeide målskjema, vanskelig å finne problemstilling/forstå arbeidsmetoden. Forankring og prioritering av prosjektarbeidet må planlegges helt fra starten G: Vanskelig å få ledere og medarbeidere engasjert, savner mer engasjement og tilstedeværelse fra ledelsen. Utskiftig av personale og vikarer. Vært få og tilfeldige møter pga dårlig tid. Synes det har vært krevende pga sykmeldinger og omorganiseringer. Engasjementet større i starten når det var hyppigere møter. Vanskelig å prioritere prosjektarbeidet, mye på fritiden. VS: Vanskelig å selge i avdelingen, bedre når det ble kalt ”nye rutiner”. Vanskelig å nå ut til hele personalgruppa som jobber i turnus. VS: Den store utfordringen er å ta</p>	<p>felles prosjekt med Sykepleierforbundet og Fagforbundet.</p>
--	--	---	---	---

			<p>vare på forbedringene som oppnås og å sørge for at systematisk forbedringsarbeid generelt blir en naturlig del av virksomheten</p> <p>VS: Prosjektgruppen har erfart at det tar tid og utarbeide og implementere nye rutiner. Viktig å sikre og evaluere rutinene på oppstartsavdelingen før en overfører dette til nye avdelinger.</p>	
<p><i>Rapport fra kvalitetsprosjekt: ”..med pasientens øyne..”</i> <i>Brukermedvirkning – et gjennombrudd for ledere, medarbeidere og pasienter</i> Red. Trulte Konsmo 2009 Norsk sykepleierforbund http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Rapport+fra+kvalitetsprosjektet+%22..med+pasientens+%C3%B8yne..%22.6664.c</p>	2009	<p>VS: I et fokusgruppeintervju med lederne ved prosjektslutt ga de uttrykk for at prosjektet har betydd mye for deres rolle som ledere. Prosjektet har hjulpet dem til å ha et faglig fokus og ikke bare fokusere på den daglige driften. Dette har gitt dem energi og motivasjon. De har blitt mer bevisste på å være gode rollemodeller; vare positive, anerkjennende og gå foran i forbedringsarbeidet for å skape bedre kvalitet på tjenestene. Lederne opplever også at de har fått større forståelse for hvordan man på en mer systematisk måte kan lede et forbedringsarbeid. De synes</p>	<p>G: Noen team har strevet med å få nok tid avsatt til arbeidet i teamene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styrke fokus på pasientenes medvirkning og ledernes ansvar for kvalitetsutvikling - gjennombruddsmetoden • 20 Team fra sykehus og kommunehelsetjeneste • Oppdragsgiver Norsk sykepleierforbund. Prosjektet ledet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, seksjon for kvalitetsutvikling.

ms		<p>det har vært viktig at de har lært å gå denne veien sammen med teamet sitt og den overordnede ledelsen. Lederne er svært tilfredse med at de har fått kunnskap om metoder og verktøy som de også kan prøve ut på nye områder - for eksempel konfliktløsning eller forbedring av arbeidsmiljøet.</p> <p>Medarbeiderne forteller at prosjektet har gitt dem kompetanseheving, engasjement og motivasjon i arbeidet. Mange fremhever at de har lært å tenke nytt – og har fått mange aha-opplevelser! De forteller om bedre kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid. Deltakerne begynner å se resultater av arbeidet og er stolte over det. Sist – men ikke minst, fremhever både lederne og deres medarbeidere at de har fått en sterk bevissthet om betydningen av brukermedvirkning generelt, og ikke minst i forbedringsarbeid</p>		
<i>Prosjekt 2105/2003</i> <i>"Kvalitetsutvikling hos fastleger: tilgjengelighet"</i>	2003-2005	PGVS: I et slikt opplegg vil det være nødvendig med eksterne veiledere som kan gi input på kunnskap om	G: De fastlegekontorene hvor et mindretall av de ansatte var med, fikk minst ut av dette opplegget -	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsutvikling hos fastleger, læringsnettverk/gjenombrudd

<p><i>og telefonrådgiving”</i> Bjørnar Nyen 2005 Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring, sluttrappport</p>		<p>kvalitetsarbeid samt gi generell veiledning og oppfølging underveis. Det er nyttig at medarbeidere og leger fra noen fastlegekontorer og jobber systematisk med kvalitet på egen tjeneste. Det ene er at det da settes av tid for slikt arbeid. Det andre er at kontorene kan lære av hverandre. Det tredje er at flere på hvert kontor får økt kunnskap og erfaring i praktisk kvalitetsarbeid</p>	<p>de hadde vansker med å dra de andre på kontoret med i forbedringsarbeidet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Fastlegekontorer • Stiftelsen GRUK, Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring
<p><i>Prosjekt helhetlig rusbehandling, Læringsnettverk i prosessforbedring 2003-2004</i> Michael de Vibe Stiftelsen GRUK – gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten rapport nr. 4 -2004 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Prosjekt%20Helhetlig%20Rusb</p>	<p>2003-2004</p>	<p>VS: Det er gledelig at alle enhetene ønsker å arbeide videre med dette og har lagt planer for hvilke områder de ønsker å forbedre. Alle enhetene har i løpet av året lært seg metoden prosessforbedring og vil videreføre denne.</p>	<p>P:Tidlig informasjon til medarbeidere før beslutning om prosjektet ble tatt ville ha lettet første fase G: Involvering av alle medarbeidere S: Det er positivt at alle enhetene føler at de har fått nok kjennskap til metoden til å fortsette å arbeide etter den, men som det fremheves, må denne kompetansen spres i enhetene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessforbedring • 3 enheter innen rusbehandling • Oppdragsgiver var virksomhetsleder for rustiltakene i Follo, Prosjektledelse ved stiftelsen GRUK

ehandling%20-%20L%c3%a6ringsnettverk%20i%20prosessforbedring.1996.cms				
<p><i>Kontinuerlig forbedring av pasientprosesser i legevaktordning og den akuttmedisinske kjede</i></p> <p>Vegard Høgli GRUK rap. 5 2004 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Kontinuerlig%20forbedring%20av%20pasientprosesser%20i%20legevaktordning%20og%20den%20akuttmedisinske%20kjede.%20Delrapport2.%20afase%202.1995.cms</p>	2004	<p>PG: Beslutning om tilslutning fattes i deltakerorganisasjonenes toppledelse, og det avklares hvilke forpliktelser beslutningen innebærer.</p> <p>Informasjon om beslutningen, og hva denne innebærer, blir gjort kjent i organisasjonene, på besluttende og på utøvende nivå.</p> <p>Informasjon om formålet med prosjektet gjøres kjent for alle</p> <p>Prosjektdeltakernes nødvendige rammebetingelser avklares og sikres</p> <p>Informasjon om framdrift og status i prosjektet føres fortløpende tilbake til besluttende nivå i deltakerorganisasjonene.</p>	<p>PG: Manglende forankring, ikke nok tid til forbedringsarbeidet, etterspørring og oppfølging fra toppledelsen er viktig for å sikre arbeidet og framdrift.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessforbedring, kontinuerlig forbedring av pasientprosesser • 2 team fra den akuttmedisinske kjeden i Drammen og Ringerike, deltakere fra både 1. og 2. linje tjenesten • Stiftelsen GRUK på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet
<p><i>Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende</i></p> <p>Elisabeth Holm Hansen/ Anders Vege</p>	2004-2005	<p>PG: Beslutning om tilslutning fattes i deltakerorganisasjonenes toppledelse, og det avklares hvilke forpliktelser beslutningen innebærer</p> <p>Informasjon om beslutningen, og hva</p>	<p>G: Det er atskillig mer komplisert og tidkrevende å forbedre prosesser på tvers av tjenestene enn internt, og vi ser derfor at læringsnettverkets varighet burde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 3 veiledningsgrupper

<p>GRUK rap. 1- 2005 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>		<p>denne innebærer, blir gjort kjent i organisasjonene både på beslutende og på utøvende nivå Informasjon om formålet med prosjektet gjøres kjent for alle Prosjektdeltakernes nødvendige rammebetingelser avklares Informasjon om framdrift og status i prosjektet føres fortløpende tilbake til beslutende nivå i deltakerorganisasjonene V: Beslutning om hvordan videreføringen skal skje avklares i god tid før prosjektslutt</p>	<p>vært utvidet fra 12 til 18 måneder. Avgrensning av antallet aktører i prosjektet har vært en av dette prosjektets største utfordringer. Det har hele tiden vært en vanskelig avveining å avgjøre hvor langt inn i sykehuset vi skulle gå. Det er en utfordring å holde trykket oppe og det føles vanskelig å mase på folk som en vet er travle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjekteier Skien kommune og Sykehuset Telemark, GRUK har prosjektledelsen.
<p><i>Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Sinsen DPS og bydelene Helsfyr-Sinsen, Bjerke og Grefsen-Kjelsås</i> Helga Karlsen GRUK rap. 1-2004 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Ove</p>	<p>2003</p>		<p>PG: Den krevende oppgaven lederne har består i å tydeliggjøre at dette arbeidet er prioritert, både faglig og økonomisk. KPA - arbeidet må forankres i organisasjonenes daglige arbeid. Det innebærer blant annet at arbeidet må anerkjennes synlig og konkret, og det må utvikles gode rammebetingelser og rutiner for arbeidet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 3 veiledningsgrupper • Stiftelsen GRUK

rsikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms			<p>VS: Koordinatorene erfarte i sitt arbeid med brukerne at ”Ting Tar Tid”. Det blir viktig å ha denne erkjennelsen i mente også når det gjelder utvikling i store, komplekse organisasjoner. Deltakerne i prosjektet står nå overfor store ytre utfordringer i form av omorganiseringer</p>	
<p><i>Prosessforbedring på Blakstad Sykehus</i> Trulte Konsmo GRUK rap. 2-2004 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Overblikk%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>	2004		<p>VS: Målet med læringsnettverket har vært å lære opp ledere og medarbeidere til å bruke prosessforbedring. Et viktig spørsmål blir da om de har lært prosessforbedring godt nok til at de kan fortsette på egen hånd etter prosjektets slutt. Fire av postene svarer bekreftende på dette, mens en av postene mener at denne metoden ikke er helt integrert enda. Denne posten ber FOU-enheten følge opp arbeidet videre. Alle postene sier de vil fortsette å arbeide med prosessforbedring, men to av dem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessforbedring • 5, tre akuttposter og to poster for psykosebehandling og rehabilitering • Stiftelsen GRUK

			synes det er en svært ressurskrevende metode. En post regner derfor med å bare bruke elementer av metoden.	
<p><i>Prosessforbedring ved Blefjell sykehus HF</i> Trulte Konsmo og Helga Karlsen GRUK rap. 3-2004 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>	2004	<p>GV: Læringsnettverket har vist hvilke ubrukte ressurser som ligger i det å spørre og involvere pasientene sterkere i sin egen behandling. Erfaringene viser at det er nødvendig at lederne involverer personalet sitt i størst mulig grad, slik at alle får et eierforhold til de nye prosessene.</p>	<p>G: Det konkrete forbedringsarbeidet i de to poliklinikkene har i perioder av læringsnettverket blitt vanskeliggjort av sykemeldinger og andre personalforhold. Ubesatte stillinger over tid har gjort teamene sårbare og tiden for arbeidsgruppene knapp.</p> <p>VS: Evalueringen fra de fire enhetene tyder på at hver enkelt av dem har vært gjennom ulike interne prosesser i løpet av tiden læringsnettverket har eksistert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessforbedring • 4 team fra voksenpsykiatrien • Stiftelsen GRUK
<p><i>Koordinering av psykososialt arbeid</i> Anne Marte B. Evenstad GRUK rap. 1-2003 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Ove</p>	2002	<p>PG: Tilretteleggerne bør ha en posisjon som gir dem en autoritet i linjeorganisasjonen. I tillegg må de ha evnen til å tydeliggjøre at prosjektet er viktig. På den annen side kan det også se ut som der tilrettelegger er plassert lenger ned i organisasjonen og dermed har en</p>	<p>G: Koordinatorer forteller om arbeid som måtte gjøres i fritiden fordi det ikke var gode nok rammer innenfor prosjektet til å utføre jobben. Støtte fra ledere og mellomledere var helt avgjørende for at koordinatorne skulle få</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 6 team, DPS med 5 tilhørende kommuner • Stiftelsen GRUK

rsikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms		<p>nærmere tilknytning til praksisfeltet, har en bedre oversikt over koordinatorene og deres arbeid</p>	<p>legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Man kunne med fordel ha oppnevnt en vara for tilrettelegger fra starten av som hadde deltatt på alle fellessamlingene og sikret kontinuiteten, noe som to av kommunene gjorde. I noen kommuner hadde ledere på ulike nivå sluttet eller gått ut i permisjon. Dette førte til at informasjon om prosjektet, og forståelsen for hva det innebærer av tidsbruk, ikke var god nok alle steder. I flere kommuner uttrykte koordinatorene at det var vanskelig å tilpasse dette arbeidet for dem som arbeidet i turnus i hjemmetjenestene. Dette er et problem som går igjen i de fleste nettverk.</p>	
<p><i>Prosessforbedring i Hurdal kommune</i> Trulte Konsmo</p>	<p>2003</p>	<p>VS: Selv om forbedringsarbeidet har vært rettet mot begrensede områder, har det skjedd viktig læring som vil kunne</p>	<p>G: Sykefravær og endringer i personalsammensetn. Møter vanskelig å gjennomføre pga stort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Læringsnettverk i prosessforbedring • 5 team fra Pleie- og omsorgsetaten i en

<p>GRUK rap. 3-2003 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>		<p>utnyttes i den videre utviklingen av etaten. Dette vil kunne bidra til at man sikrer at lovkrav oppfylles, kvaliteten i tjenestene videreutvikles og at de ansattes arbeidsmiljø bedres.</p>	<p>arbeidspress, turnus, sykdom etc. GV: Involvering av alle medarbeiderne i forbedringsarbeidet har vært nødvendig for å få til et godt resultat. Rammene for dette prosjektet har ikke vært ideelle – og det er de sjelden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kommune • Stiftelsen GRUK
<p><i>Koordinering av psykososialt arbeid</i> Michael de Vibe GRUK rap. 2-2003 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>	<p>2003</p>	<p>P: Flere formøter kunne ha hjulpet tilretteleggerne med å informere grundigere i egen organisasjon. Dette ville sikret at alle koordinatorene hadde legitimitet i systemet og ryggdekning og rammebetingelser fra egen leder til å gjøre KPA arbeidet. Mer tid i forberedelsen kunne ha sikret at alle koordinatorene og brukere var på plass når oppstartskonferansen i kommunen ble avholdt.</p> <p>PGVS: En styringsgruppe av ledere fra kommunene og Lillestrømklubben ville sikret en tettere kontakt mellom ledelse og prosjektet, muliggjort en grundigere</p>	<p>PGVS: De hadde ønsket seg bedre opplæring i KPA i starten av prosjektet og mer tid til før - og etter- veiledning. Forankringsprosessen var også avhengig av hvor mange andre prosjekter som var i gang i samme tidsperiode</p> <p>G: I en kommune sluttet tilrettelegger i prosjektperioden. I en annen kommune startet tilrettelegger på en videreutdanning, og i en tredje kommune fikk tilrettelegger store tilleggsoppgaver. Noen tilretteleggere gav uttrykk for at</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 7 team, 6 kommuner og lokalpsykiatrien • Stiftelsen GRUK

		forankring av prosjektet i organisasjonene, og kanskje lettet samarbeidet mellom Lillestrømklubben og kommunene under prosjektperioden og i videreføringen etter prosjektslutt	de følte seg alene om å sikre innføring av KPA i sin kommune, og ville ønsket å ha en styringsgruppe rundt seg i kommunen bestående av ledere fra berørte etater. Opplæringen av veilederne kunne også vært bedre. Det tok lang tid før alle veiledere var i gang med å veilede på metoden	
<p><i>Koordinering av psykososialt arbeid</i></p> <p>Michael de Vibe</p> <p>GRUK rap 4-2003</p> <p>Helsebiblioteket</p> <p>http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>	2003	<p>PG: Det ble lagt stor vekt på tverrfaglighet i gruppene for å sikre et best mulig læringsmiljø, og samtidig sikre tverretattlig samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling.</p> <p>Støtte fra ledere og mellomledere var avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Noen steder manglet dette, og koordinatorene følte at det var vanskelig å få nødvendig tid til arbeidet.</p> <p>G: I en bydel var det to tilretteleggere og dette sikret kontinuitet og gav tilretteleggeren en person å samarbeide</p>	<p>PGVS: Vi har erfart i tilsvarende prosjekter at aktiv tilslutning og støtte fra ledelsen er avgjørende for å skape gode resultater, og spesielt for videreføring etter prosjektslutt. Dette kunne vært styrket om det hadde blitt opprettet formelle styringsgrupper for hele prosjektet og i hver bydel med ledere for deltagende enheter</p> <p>G: Omfattende omorganisering. Noen koordinatører trakk seg fra veiledningsgruppene på grunn av en belastet arbeidssituasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 4 team, DPS med 3 tilhørende bydeler • Stiftelsen GRUK

		med GV: Brukernes rapporterer økt medvirkning i egen oppfølging og deres tilfredshet med oppfølgingen har økt.		
<i>Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra 8 kommuner og lokalpsykiatrien i Indre Østfold</i> Michael de Vibe GRUK rap. 1-2002 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms	2002	V: Evaluering av prosjektet viser at brukerne får et bedret tjenestetilbud og får dekket flere av sine behov	P: Det ville derfor vært en fordel om det hadde vært oppnevnt en vara til tilrettelegger fra starten av, som kunne deltatt på samlingene og sikret kontinuiteten. Det kan også tenkes at det ville vært lurt av tilretteleggerne å opprette en prosjektgruppe / styringsgruppe i kommunen med deltakelse av ledere fra ulike tjenester for å lette informasjon og forankring.	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 8 team, kommuner og tilhørende psykiatriske tjenester (DPS). • Stiftelsen GRUK
<i>Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Folloklinikken og 7 tilhørende kommuner</i> Anne Marte B.	2002	G: Støtte fra ledere og mellomledere var avgjørende for at koordinatorene skulle få legitimitet i kommunen og få nødvendige arbeidsbetingelser for å gjennomføre oppfølgingen. Noen steder manglet dette	P: Koordinatorene gav uttrykk for at de savnet bedre opplæring i metoden før de startet opp med brukere, og savnet at veilederne ikke hadde praktisk erfaring i bruk av metoden	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 8 team, Et DPS med 7 kommuner • Stiftelsen GRUK

<p>Evenstad GRUK rap. 2-2002 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>			<p>G: Vanskelig å tilpasse dette arbeidet for de som arbeider i turnus i hjemmetjenester. Veiledningsgruppene hadde fra 5-9 medlemmer. Det ble lagt stor vekt på tverrfaglighet i gruppene for å sikre et best mulig læringsmiljø, og samtidig sikre tverretattlig samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling. Der gruppene hadde vært lite tverrfaglig og tverretattlig sammensatt, ble dette påpekt som et savn. Medarbeiderne opplever modellen som en god støtte i sitt arbeid, men det gjenstår fortsatt en del arbeid i kommunene før full legitimitet for koordinatorene er oppnådd, og de får den støtte de trenger i egen organisasjon for å utføre arbeidet. Koordinatorene uttrykker betydningen av veiledning fra 2.linjen og vurderer dette som helt nødvendig for å kunne lykkes i dette arbeidet</p>	
---	--	--	---	--

<p><i>Prosessforbedring på Notodden Sykehus. Kirurgisk dagbehandling og medisinsk poliklinikk</i></p> <p>Trulte Konsmo GRUK rap. 3-2002 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>	<p>2002</p>	<p>G: Det er viktig at forbedringsarbeidet er godt forankret i ledelsen, og direktøren har vist stor interesse for arbeidet i læringsnettverket og fulgt opp de utfordringene han har fått i kjølvannet av prosjektet.</p> <p>V: Arbeidsgruppen mener at de har fått til en bedre kontinuitet i pasientbehandlingen fra henvisning til ferdig behandling, og at de nå ser en helhet i arbeidet som er ny for dem. Gruppen synes de har lært mye av hverandre og om hverandres oppgaver og gjøremål i løpet av prosjektet. Gruppen gir uttrykk for at det har vært nyttig med en felles arena for å diskutere problemer og utfordringer som berører alle avdelinger. Vi har lært en metode for å synliggjøre og konkretisere dagens praksis. Denne metoden har også hjulpet oss til å bli enige om hvordan situasjonen faktisk er, se hva som trengs for å få til forbedringer - og gjøre forbedringer.</p>	<p>G: I ettertid ser vi at det er viktig å sette av tilstrekkelig tid til å informere og få med seg resten av personalet i forbedringsarbeidet, i større grad enn vi gjorde det første halve året. Dette er viktig for at endringsprosessene skal bli best mulig. Etter at vi for alvor inkluderte personalet i dette, skjøt arbeidet virkelig fart</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosessforbedring • 2 team, Somatisk sykehus med kirurgisk dagbehandling og medisinsk poliklinikk • Stiftelsen GRUK
<p><i>Koordinering av psykososialt arbeid.</i></p>	<p>2002</p>	<p>PSVS: Er avhengig av full støtte fra ledere og mellomledere i de deltakende</p>	<p>G: Tilretteleggerne gjorde en grundig jobb i forhold til</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av

<p><i>Erfaringer og resultater fra Asker kommune, Bærum kommune og Asker- og Bærumklinikken Allklinikk for psykisk helsevern</i></p> <p>Michael de Vibe GRUK rap. Nr. 4-2002 Helsebiblioteket http://www.kunnskapssentret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>		<p>organisasjoner.</p> <p>Evaluering av prosjektet viser at brukerne får et bedret tjenestetilbud og får dekket flere av sine behov. Deres tilfredshet med oppfølgingen øker, blant annet har brukere gitt uttrykk for den store betydningen av å ha en person i tiltaksnettverket å forholde seg til.</p> <p>Hva er det viktigste du har lært om oppfølging av brukerne i veiledningsgruppen? (svar fra 43 koordinatorene, opprinnelig 68)</p> <p>Å arbeide systematisk og metodisk (19)</p> <p>Å få frem brukerens eget ønske og behov/18</p> <p>Tilpasse oppfølgingen til bruker (8)</p> <p>At arbeidet med disse brukerne tar tid (7)</p> <p>Samarbeid på tvers av etater og profesjoner (7)</p>	<p>informasjon om prosjektet, men erfarte at skriftlig informasjon ofte må følges opp ved personlig henvendelse og at informasjon er en kontinuerlig prosess.</p> <p>Medarbeiderne opplever modellen som en god støtte i sitt arbeid, men det gjenstår fortsatt en del arbeid i kommunene og psykiatrien før full legitimitet for koordinatorene er oppnådd, og de får den støtte de trenger i egen organisasjon for å utføre arbeidet.</p>	<p>psykososialt arbeid)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 team, ansatte fra ulike etater i 2 kommuner og et sykehus • Stiftelsen GRUK
<p>”PLANEN SKAL VÆRE GOD FOR MEG”</p> <p>KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID:</p> <p>Eksempel på en kvalitetsstrategi for</p>	<p>2002-2004</p>	<p>PG: Vesentlige forutsetninger for å lykkes med prosjektet, og med videreføringen, er at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beslutning om tilslutning fattes i deltakerorganisasjonenes toppledelse, og det avklares hvilke forpliktelser 	<p>P: Leder og mellomledere må være involvert i en slik grad at de sørger for å sikre rammebetingelsene for at de felles oppgavene skal bli løst, og dette kan anses som en forutsetning for</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av KPA (Koordinering av psykososialt arbeid) • 35 team fra 7 læringsnettverk <p>DPS og kommuner</p>

<p>individuell oppfølging på tvers av tjenester. Samlerapport 7 KPA prosjekter Eli Ådnøy GRUK rap. 2-2005 Helsebiblioteket (samlerapport 7 KPA prosjekter) omfatter GRUK rap: 1-2004 (10), 1-2003 (13), 2-2003 (15), 4-2003 (16), 1-2002 (17), 2-2002 (18) og 4-2002 (20) http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Oversikt%20over%20GRUK-rapporter%202002-2006.6666.cms</p>		<p>beslutningen innebærer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon om beslutningen, og hva denne innebærer, blir gjort kjent i organisasjonene, på besluttende og på utøvende nivå. - Informasjon om formålet med prosjektet gjøres kjent for alle - Prosjektdeltakernes nødvendige rammebetingelser avklares - Informasjon om framdrift og status i prosjektet føres fortløpende tilbake til besluttende nivå i deltakerorganisasjonene. <p>VS: * Resultatene i hvert enkelt prosjekt har vært positive for mange av aktørene som har vært involvert i arbeidet, men det har også vært kritiske røster til modellen, metodene, organiseringen og rapporteringen.</p> <p>* Alle læringsnettverkene har rapportert at samarbeidet mellom 1. linje og 2. linje er blitt tydelig forbedret i løpet av prosjektperioden, og dette har det vært enighet om i alle aktørgruppene.</p> <p>* Resultatene fra iverksettingen av KPA-</p>	<p>å lykkes med å utføre arbeid på tvers av organisasjoner over tid.</p> <p>G: 9 koordinatorene startet i videreutdanning, 7 byttet jobb, 3 sluttet pga arbeidssituasjonen, 3 trakk seg fra veiledning. 14 koordinatorene sluttet pga egen sykdom (langtidssykmelding). (36 av 310)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stiftelsen GRUK
---	--	--	--	---

		<p>modellen i prosjektene viser at modellen har flere sterke sider. Men den rommer også en rekke utfordringer. KPA-modellens sterkeste side er at den styrker brukermedvirkningen.</p> <p>Resultatene i KPA-prosjektene kan ikke vise at KPA-modellen fungerer bedre enn den eller de arbeidsmodellene tjenesteyterne har brukt fra før, forutsatt at samme prosjektinnsats var satt inn for å forbedre arbeidet. Forbedring av eget arbeid fungerer ofte best når yrkesutøverne tar utgangspunkt i eksisterende arbeidsmetoder og rutiner, slik jeg har beskrevet i avsnittet om prosessforbedring. Innføring av en KPA-modell i stedet for å forbedre eget arbeid fører til ekstra opplæringsbehov.</p>		
<p><i>Sekretariatets sluttrapport juni 2010</i> Bjørn Pettersen, Bjørg Røstbø og Kristen Dalby Bjørg Røstbø har det redaksjonelle ansvaret a. 2010</p>	<p>Kvalitetskom muneprogram met 2007-2010</p>	<p>PGSV: En sentral metode som ble introdusert for pulje 1 og 2 var gjennombruddsmetodikken. Denne metodikken var lite kjent blant kommunene, og sekretariatet valgte derfor å forlate denne modellen til fordel for kommunes egne metoder.</p>	<p>PGSV: Med den store politiske interessen for programmet er det heller ikke overraskende at det har vært utfordrende for programmet å kombinere ideen om stor lokal handlefrihet (bottom-up) og ønsket om sentral</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hovedmålet er å øke den brukeropplevde kvaliteten i møtet mellom tjenesteyter og bruker, og er avgrenset til å gjelde kvalitetsforbedring og sykefraværsreduksjon innen

<p>http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Kampanjer/kvalitetskommuner/sluttrapport_kvalkom.pdf</p> <p><i>Evaluering av kvalitetskommuneprogrammet 2010</i></p> <p>Forfatter(e): Sissel Hovik, Inger Marie Stigen, Morten Blekesaune og Ståle Opedal</p> <p>Samarbeidsrapport: NIBR/NOVA/IRIS 2010.</p> <p>http://www.ks.no/PageFiles/10268/samarb-rapport%20NIBR-NOVA-IRIS%20sluttrapport.pdf</p>		<p>På bakgrunn av et uttrykt ønske fra administrativ styringsgruppe og tilbakemeldinger fra deltakerkommunene, ble det i desember 2008 besluttet å gå vekk fra sentrale nettverkssamlinger (som var gjennomført for pulje 1 og 2 og delvis for pulje 3) til å arrangere lokale nettverkssamlinger. Innholdet og fokus i samlingene ble også endret fra kursing/opplæring til erfaringsdeling og læring. Sekretariatet opplevde gjennom denne endringen å legge til rette for en oppfølging av kommunene, som var i tråd med programmets forutsetninger.</p> <p>PGSV: Alt i alt viser våre og programsekretariatets undersøkelser av de involverte i kommunene er godt fornøyde både med organiseringen av programmet lokalt og tiltakene som er gjennomført så langt. En svært liten andel er misfornøyde.</p> <p>G: Viktig å ivareta og gi støtte til de lokale prosjektlederne. Nasjonal forventning og støtte har vært en viktig pådriver i</p>	<p>styring (top-down). Dette kommer klart til uttrykk gjennom et sterkt ønske om at mange kommuner skulle delta og et like sterkt ønske om at aktiviteten skulle utformes lokalt. Det tok tid å få avklart og gjennomdiskutert forståelsen av ulike programelementer. Det er ikke overraskende, og i den forbindelse er det en viktig forutsetning for å lykkes at partene tar seg den tid de trenger for å komme fram til en nødvendig felles forståelse av programmets mål og innhold. Utfordringen med å håndtere spenningen mellom sentralt og lokalt fokus er således håndtert gjennom diskusjoner i administrativ styringsgruppe. Etter vår mening har imidlertid dette "interne" fokuset i noen grad gått på bekostning av oppmerksomhet om kommunenes aktivitet og forutsetningene for at</p>	<p>oppvekstsektoren og pleie- og omsorgssektoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • 138 kommuner, kommunene er tatt inn i programmet puljevis i læringsnettverk med 4 - 6 kommuner i hvert nettverk • Parter i avtalen er staten, ved Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, KS og hovedsammenslutningene LO-kommune, YS-kommune, UNIO og Akademikerne
---	--	--	---	---

		<p>arbeidet i den enkelte kommunene. Sekretariatets oppfølging av kommunene, har bidratt til entusiasme og sterkt engasjement.</p> <p>PGSV: Mye tyder på av kvalitetskommunene i mange tilfelle har lykket i å bedre kvaliteten i møtet mellom tjenesteyter og bruker. De involverte i aktiviteten lokalt gir i gjennomsnitt en forsiktig positiv vurdering av hva kvalitetskommunene har oppnådd i forhold til tjenestekvalitet. Dette gjelder på tvers av sektorer og aspekter ved kvalitet som de er bedt om å vurdere. De som har deltatt lengst, dvs. de som representerer kvalitetskommunene fra pulje 1, opplever tydeligere positive effekter, enn de som kom med senere. Dvs. at der vi rimeligvis kan forvente tydelige resultater på nåværende tidspunkt, vurderes disse som klart positive. Videre indikerer vår evaluering at kvalitetskommuneprogrammets metodikk er vellykket, i den mening at der en har</p>	<p>kommunene skal oppnå resultater. Et sterkere fokus på å få etablert lokale nettverk og utviklet gode prosjektoversikter og resultatindikatorer, kunne ha medført at målene på disse områdene hadde blitt realisert på et tidligere tidspunkt enn hva tilfellet var. Spenningen mellom sentralt og lokalt fokus har ikke uventet vært utfordrende for programsekretariatet.</p>	
--	--	---	---	--

	<p>lykkes å få til godt lokalt samarbeid og der en har involvert og/eller myndiggjort medarbeiderne i 1.linjetjenesten, så har en oppnådd mest i form av bedre kvalitet. Det vil si at der en har greid å engasjere bredt i kommunen, der mange ulike grupper har gått sammen for å utforme og utvikle kommunens programaktivitet, så er det større sannsynlighet for at en har lykkes å bedre kvaliteten i tjenestene. Til sist finner vi en sammenheng mellom at kommunene legger hovedvekten av tiltak på adferdsdimensjonen og oppfatning av at kvaliteten har blitt bedre. Denne sammenhengen mellom innretningen på kvalitetsarbeidet og vurdering av resultater, antyder at et klart brukerfokus hva tiltak angår bidrar til kvalitetsforbedring. Et flertall av de prosjektinvolverte opplever at de har oppnådd resultater i form av bedre kvalitet, men ikke at de har tatt enorme steg framover. Et mindretall opplever på sin side at de ikke har lyktes å bedre kvaliteten. Mangfoldet i</p>		
--	---	--	--

		<p>programinnretning og aktivitet som vi finner i Kvalitetskommuneprogrammet gjør at denne observasjonen langt fra er overraskende. Det skulle bare mangle at et slikt utprøvende program også inneholder mindre vellykkede tiltak og grep.</p> <p>*Hva som virker avhenger av den lokale situasjonen og av hvordan de ulike tiltak og verktøy er iverksatt. En bred involvering og et omfattende og vellykket samarbeid framstår som et viktig vilkår for å lykkes i å bedre måten tjenestene overleveres på, og for å lykkes i å redusere sykefraværet.</p> <p>*Kvalitetskommuneprogrammet bekrefter en mer generell lærdom om at det er nødvendig og viktig at nye ideer og tiltak må <i>tilpasses</i> lokale forhold for å være nyttige og effektive. Denne lærdommen uttrykker hva som i nyere faglitteratur betegnes som <i>pragmatisk institusjonalisme</i>.</p>		
<p><i>Bedre hjemmebesøk til nyfødte i Bergen kommune</i> Margaret N. Torbjørnsen</p>	2011	<p>PGVS: Helsestasjonstjenesten i kommunen har fått en grundig og praktisk innføring i metode og verktøy som kan</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Innføring av forbedringsmetodikk • 8 team,

<p>Prosjektrapport 2011</p>		<p>benyttes i systematisk forbedringsarbeid. Tjenesten har valgt et nytt forbedringsområde for 2010 der samme verktøy benyttes.</p> <p>G: Hva har dere lært mest av og hvilke virkemidler har vært viktigste for denne læringen? Et utvalg svar:</p> <p>Muntlige presentasjonsrunder har vært svært lærerike. Postervandring noe mer varierende. Ble stående litt for lenge på egen stasjon. Mye stoff som skulle leses ble vanskelig å få med seg uten å spørre, da liten tid til dette. Postervandring og ”small talk”. praktiske tips postervandring. Å treffe egne faggrupper (jordmor/helsesøster) Posters og innlegg har vært svært lærerike. Vi hentet ideer fra spørreskjema. Sirkel for prosjektarbeid. Modell for kunnskapsbasert praksis. Erfaringsdeling innad i bydelen og i andre bydeler. Andre sine erfaringer, jevnlig samling. Postervandring med mulighet for å stille spørsmål. Muntlige fremlegg og flytskjema.</p>		<p>helsestasjonene i 8 bydeler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bergen kommune
-----------------------------	--	---	--	---

	<p>VS: Dekningsgrad for hjemmebesøk etter fødsel økte fra 70 % i 2008 til 93 % i 2010 for hele kommunen. Nesten 1000 flere nyfødte barn fikk hjemmebesøk i 2010 enn i 2008.</p> <p>Variasjon i tjenestetilbudet mellom bydelene er betydelig redusert fra 52 - 89 % 1. tertial 2009 til 83% - 100 % 3. tertial 2010.</p> <p>Innhold i tilbudet er i større grad enn tidligere standardisert når det gjelder ressursbruk og innhold. Prosjektet medførte en felles forståelse av hvem som skulle få tilbudet.</p> <p>Gjennom lokale brukerundersøkelser har tjenesten fått bekreftet at brukerne er fornøyd med tilbudet.</p>		
--	---	--	--

Vedlegg 7: Innspill fra ressurspersoner

Innspill fra rådgiver Kárhild Husom Løken - K8 nettverkene

Utgangspunkt: K8 nettverket – et samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner i Hedmark og brukerorganisasjonene Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP) og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern, representert ved DPS Hamar og BUP Hedmark.

Suksesskriterier:

- Felles kulturbygging på tvers basert på gjensidig tillit, respekt og likeverdighet mellom partene.
- Bruke anerkjente forbedringsmetoder.
- Nettverket må ha et klart formål. Det må være klart hvem som skal være med, hva hensikten med nettverket er, hvor ofte det skal møtes, hvem som har ansvaret for å lede nettverket og hvordan resultatene man kommer fram til skal brukes.
- Nettverket må være tydelig forankret i ledelsen. Det er av avgjørende betydning for at man skal kunne prioritere tid til å være med og for at resultatene man kommer fram til, blir implementert i tjenesten.
- Fag og erfaring på samme lag. Et viktig kriterium for suksess er at man inkluderer brukernes erfaringer i nettverket. Helst bør det være med brukerrepresentanter, men det er ulike måter å involvere brukere, pårørende og deres representanter på.
- Felles visjon og målsetting for arbeidet. Dette har vært særlig viktig i K8 nettverket som involverer mange organisasjoner med egne mål, prioriteringer, innsatsområder, resultatstyring etc.

Kriterier for suksess vil være forskjellig ut fra hva hensikten med nettverket er. Et av de mest sentrale punktene handler om forankring i egen ledelse og egen organisasjon. Har man ikke god nok forankring vil det være vanskelig å få nødvendig tilslutning til arbeidet. Da kan det bli dårlig bruk av tid og mye frustrasjon for de som skal delta og læringseffekten vil selvsagt bli dårlig.

Innspill fra prosjektlederne Gerd Andreassen og Marit Lang-Ree Finstad i KS

Gerd Andreassen og Marit Lang-Ree Finstad har erfaring bl.a. fra læringsnettverket ”Flink med folk i første rekke” (FFFR). Dette prosjektet handler om å realisere et politisk ønske og visjon om bedre kvalitet på tjenestene til kommunens innbyggere (56). Målsettingen har vært at deltakerne skal komme sammen for å lære og dele kunnskap og kompetanse. Det har også vært et mål å skape rom for innovasjon og kritisk tenkning og gi effektiviseringsgevinster (56).

KS bruker nettverk som en måte å jobbe med lokal utvikling i kommunene på, og gjennomfører ulike former for nettverk. De bruker også forskjellige begrep, for eksempel ”utviklingsnettverk” og ”effektiviseringsnettverk”. KS har generelt gode erfaringer med å bruke læringsnettverk i kvalitetsforbedringsarbeid, men mener det er viktig at organisasjonene er modne til å delta for å få fullt utbytte. Det er svært viktig med gode forberedelser i oppstartsfasen og bevissthet i forhold til hva som er formålet med nettverket.

Erfaringer fra læringsnettverk:

- Motivasjon for området/temaet er viktig.
- Må tenke at læringsnettverk er noe vi ønsker å delta på, og det må oppleves nyttig.
- Suksess at kommunene må søke for å få være med og at de må legge inn en egenandel. Viktig at kriterier for deltakelse er sendt ut på forhånd.
- Best resultat når en kan veilede i søknadsfasen, lage gode og smarte mål.
- De rette personene må være der, deltakelse må være godt forankret hos ledelse, de kan gjerne også være tilstede på samlingene.
- Må være en klar plan for hele prosessen.
- Være tydelige på mål/målgruppe/resultat (effekt- og resultatmål).
- Hvilke gevinster kan kommunen ta ut?
- Er ofte en tverrfaglig sammensatt gruppe – (et nyrigget team).
- Viktig å ikke ha for store nettverk, maks 20-30 deltakere, dvs. 6 kommuner à 5 personer.
- Viktig å lære av hverandre, være raus med å dele, bli trygg i nettverket.
- Må være en lokal prosjektleder.
- Ledere må ville deltakelse, ta ansvar og følge opp.
- Tidsressursen er sårbar.
- Må være et passe stramt opplegg så det er et kontinuerlig trykk.
- Implementeringsfasen er en sårbar fase, da er ofte veilederne borte.
- Suksessfaktorer - kontinuerlig veiledning, både bidra i møter og på telefon.

Når det gjelder å lede nettverk er følgende faktorer viktig:

- Ha tydelige frister for innleveringer.
- Være både tante Sofie og heiagjeng.
- Få inn gode fagfolk til å bidra med kompetanse.
- Ha kompetanse i å lede prosesser, kunne lede i endring.

- Være trygg på oppgaven.
- Kunne vite noe om endringsprosesser og motstand i prosesser.
- Ansatte i helse- og omsorgssektoren er endringstrøtte.
- Viktig å tenke på hvordan brukere/borgere vil oppleve endringen/forbedringen.

Fremmende og hemmende faktorer for måloppnåelse

Fremmere:

- Motivasjon for tema, ikke bare de økonomiske midlene som tildeles.
- Må være aksept for ressursbruken i organisasjonen.
- Kommunen må ha en plan for hva de skal prioritere å delta på, mange deltar på mye.

Hemmere:

- Deltakerne skjønner ikke hva de skal delta på og har ikke kompetanse i forbedringsarbeid.
- Læringsnettverket har for kort varighet.
- Det å slippe kommunene før de har gjennomført det de har planlagt.

Eventuelle gevinster med læringsnettverk

I forbindelse med samhandlingsreformen: Deltakelse i nettverk skaper grobunn for økt samarbeid på tvers. Erfaringsdeling, kommunene har mye kompetanse/ løfte denne fram, stimulere til intern læring, gjerne bruke interne krefter på samlingene, løfte frem de gode eksemplene. Suksessfaktorer å lytte til eksperter, og det å få tid til å jobbe med egne erfaringer.

Hvorfor læringsnettverk?

- Fordi læring handler om prosesser og det må pågå over tid.
- Ha tid nok til modning og refleksjon.
- Spredning av de gode eksemplene

Vedlegg 8: Innspill fra eksterne fagfeller

Mail sendt til eksterne fagfeller sammen med utkast til rapport:

Hei Janecke, Hans Asbjørn og Tove

Først av alt – takk for sist og meget nyttige innspill på dialogkonferansen! Og tusen takk for at dere vil være eksterne fagfeller på rapporten om læringsnettverk! ☺ Den følger vedlagt.

- Det vi ber dere om er å lese gjennom rapporten og gi oss synspunkter ut fra egen kunnskap og erfaring på området.
- Et av de viktigste spørsmålene er om konklusjonen synes korrekt ut i fra de funnene vi har gjort gjennom søkestrategien?
- Hvordan stemmer den kunnskapen og erfaringen dere har om læringsnettverk med det som fremkommer i rapporten?
- Har vi greid å ta vare på erfaringene som er hentet inn gjennom dialogkonferanse og rapporter?
- Oppbyggingen av rapporten er i henhold til standard mal fra Kunnskapssenteret og kan ikke endres.

I tillegg ønsker vi synspunkter på neste skritt i prosessen – lage en håndbok om planlegging og gjennomføring av læringsnettverk ut fra den kunnskapen vi nå har innhentet. Har dere synspunkter på hvordan dette kan gjøres på en best mulig måte slik at den blir nyttig for de som skal organisere læringsnettverk, ledere og deltakere?

Som dere vil se er rapporten enda ikke fullt ferdig: Litteraturlisten er ikke korrekt, nødvendig tekst i rapportmalen er ikke satt inn, vedleggene er ikke tatt inn, og korrektur er ikke lest. I tillegg mangler sammendraget oversatt til engelsk, og innholdsfortegnelsen er ikke riktig (fikk ikke oppdateringen til å virke i dag!). Disse tingene vil vi jobbe med mens dere leser rapporten!

Vårt mål er at den skal leveres fullt ferdig til godkjenning på møtet 7/12 kl. 12 - siste sjansje før jul. For å ha tid til å bearbeide rapporten ut fra deres kommentarer, ber vi om at tilbakemeldinger gis så fort som mulig – senest onsdag 30/11 kl. 15.00. Hvis dette blir for kort tid, ta kontakt.

Lykke til med lesingen!

Vennligst Toril

Innspill fra Janecke Thesen:

Jeg har lest gjennom rapporten, og hovedinntrykket mitt er et grundig og godt gjennomført stykke arbeid, som kan bli en god plattform for å utarbeide en håndbok. Det er spennende å se at Kunnskapssenteret tar i bruk flere metoder for å belyse komplekse felt! Samtidig bekrefter den min egen oppsummering fra forskning og fagutvikling og refleksjon over hva som endrer praksis i retning bedre kvalitet: There is no magic bullet! Det er mangfoldige, sammensatte, kontekst-tilpassede tiltak som må til. Og det er det vanskelig å forske på! Jeg har ikke mange tilføyelser, de kommer under. Og så lurer jeg på hva det innebærer å være en fagfelle?

Janecke, som ønsker dere en god dag!

Litt småpirk:

1. Korrekt navngiving av SAK:

Senter for allmennmedisinsk kvalitet – SAK - er navnet på et nasjonalt senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet.

Ellers bare en kommentar:

1. **Nettverket:** Et læringsnettverk er en ”sosial læringsfabrikk”. Samlingene, opplevelsen av fellesskap og utviklingen av en ”vi-følelse”, legger grunnlaget for interaksjon og en relasjon basert på respekt og tillit. Det fremmer et ønske om og vilje til å dele ideer, stille vanskelige spørsmål, lytte til andre og hjelpe hverandre til ny innsikt.

Det med vi-følelse er riktig og viktig, men det er også et annet element som kan oppleves vel så viktig: Konkurransen med de andre om å være best, presentere best, få poster-prisen, møte tidsfristen. Det er både fordeler og ulemper med dette. På den ene siden skjerper det deltakerne og får dem til å yte mer, på den andre siden mener jeg å ha sett at team dropper ut når de ikke klarer å ”lever”, trolig fordi alternativet er å ”tape ansikt.

Svar på innspill fra Janecke Thesen

Hei Janecke

Takk for meget nyttige tilbakemeldinger på rapporten om læringsnettverk!

Helt konkret har vi gjort følgende:

1. Sendt en svarmail på spørsmålet om hva det innebærer å være fagfelle.
2. Korrigert navngiving på SAK.
3. Din presisering av betydningen av synlighet og positiv (slik jeg forstår innspillet ditt?) konkurranse er tatt inn under punktet: Innspill fra ressurspersoner på dialogkonferansen, under tema 3: Eventuelle gevinster ved læringsnettverk. Finnes det gevinster man kan oppnå ved å organisere forbedringsarbeid i et læringsnettverk kontra andre måter å organisere det på? I så fall hvilke gevinster?

Håper du synes denne måten å ivareta innspillene på er tilfredsstillende?

Vennlig hilsen

Toril Bakke
Prosjektleder

Innspill fra Tove Hovland

Hei

Eg har lese rapporten og ser at de har skaffa mykje viktig informasjon om forskning og erfaring frå læringsnettverksarbeid. Det de omtalar stemmer med mine erfaringar.

Det einaste som kanskje kunne vore enno sterkare understreka er at dersom ein skal få til endring hjå fleire enn berre det helsepersonellet som deltek i nettverket så må arbeidet vere organisasjons- og leiarforankra. Mi erfaring er at organisasjonen må ha ei system (forbetringsprogram, kvalitetsprogram eller liknande) som sikrar implementering, erfaringsoverføring og organisasjonslæring. Dersom slike system ikkje finnast kan dette vere eit dyrt og spennande stunt for få personar som ikkje medfører varige endringar for pasientane.

Elles har eg ingen kommentarar til rapporten. Lukke til vidare med arbeidet dykkar.
Med venlig hilsen

Tove Hovland
Kommunaldirektør helse og omsorg
Tønsberg kommune

Svar på innspill fra Tove Hovland

Hei Tove

Som tidligere nevnt: Tusen takk for at du ville være ekstern fagfelle på rapporten om læringsnettverk! Vi har forholdt oss på følgende måte til det innspillet du har gitt

oss: Betydningen av at læringsnettverk forankres systematisk både i ledelsen og selve organisasjonen for eksempel i form av et forbedringsprogram, er tatt inn i punktet Innspill fra ressurspersoner på dialogkonferansen under tema 2: Fremmende og hemmende faktorer for måloppnåelse/fremmende faktorer. Håper du synes det er en ok måte å løse det på?

Vennlig hilsen

Toril Bakke
Prosjektleder

Innspill fra Hans Asbjørn Holm:

Kjære Toril

Takk for mottatt rapport. Jeg har foretatt en lynrask gjennomgang. Men vil allerede nå si at dette ser meget lovende ut. Jeg er imponert over den grundige gjennomgangen!

En problemstilling som kanskje trenger en nyansering, er dokumentert effekt av læringsnettverk. Det jeg kjenner, er jo gjennombruddsprosjektene. Jeg mener at noen av disse (eks. bruk av tvang i psykiatrien og respiratorbehandling i intensivmedisinen (publisert i BMJ av Guttorm Brattebø et al.) dokumenterte formidable effekter med svær nytte/kostnadseffektivitet. Utfordringen har vært at tradisjonell metoder av kunnskapsvurdering i liten grad har ”anerkjent” metodene som brukes i system- og prosessforbedring for å dokumentere effekt (statistisk prosesskontroll/tidsserieanalyser). Det er i ferd med å endre seg, slik at denne type studier er i ferd med å bli ”stuerene”, forutsatt en systematisk planlegging og gjennomføring, som beskrevet i SQUIRE-reglene, der en norsk oversettelse blir publisert i Legeforeningens tidsskrifte ganske snart, så vidt jeg vet. Blant annet Anne-Karin Lindahl er involvert i det. For å forstå denne utviklingen, vil jeg anbefale en artikkel av Frank Davidoff: Heterogeneity is not always noise (vedlagt). Frank D er tidligere editor av en av de mest prestisjetunge medisinske tidsskrifter, Annals of Internal Medicine, som er på linje med bl a BMJ og Lancet. Han har også vært sentral i utviklingen av ”Squire-rules”. Når det gjelder effekten av ”Breakthrough”, er du sikkert kjent med at Aleidis er langt på vei i sitt doktorarbeid basert på gjennombruddsprosjektene i Norge. Siden Aleidis også var med på seminaret, tenker jeg det er viktig å bruke hennes kompetanse på effekten av læringsnettverk. Hun er antakelig den i Norge som er best kvalifisert til å si noe om dette.

Beste hilsen
Asbjørn

Svar på innspill fra Hans Asbjørn Holm

Hei igjen!

Som nevnt tidligere – tusen takk for innspill til rapporten om læringsnettverk! Du løfter frem flere viktige utfordringer. Denne mailen for å vise hva vi har gjort i forhold til dine innspill:

1. Printet ut og lest de tre dokumentene du henviser til.
2. Endret teksten i Diskusjonskapitlet under punktet: Erfaringer fra gjennomførte læringsnettverk innhentet gjennom norske rapporter/artikler. Her har jeg blant annet trukket frem de to rapportene du viser + to norske rapporter til, til på følgende måte:
”En gjennomgang av de norske rapportene viser at mange som har deltatt i læringsnettverk uttrykker tilfredshet, og at deltakelse har økt kvaliteten på tjenestene (10;34;36;46;49). I enkelte rapporter underbygges dette med før- og ettermålinger som viser til dels store forbedringer (32;43;44;49). Samtidig er det vanskelig å finne dokumentasjon som viser om forbedringene som rapporteres skyldes deltakelse i læringsnettverk i seg selv, og ikke andre faktorer som har vist seg å være nødvendige: For eksempel at deltakerne teamene er motiverte, har kunnskap om systematiske forbedringsarbeid og fagfeltet som skal forbedres, gruppeprosessen fungerer bra, arbeidet er godt forankret i egen organisasjon, det finnes en plan for arbeidet, tid og ressurser er avsatt, det måles om endringer faktisk er forbedringer osv.
3. Når det gjelder utfordringene du løfter frem i forhold til dokumentasjon av effekten av forbedringsarbeid – system- og prosessforbedring, er dette i stor grad kjent for oss. Vi har felles interesser på dette området, og ser også frem til at den norske versjonen av SQUIRE blir anerkjent og tatt i bruk. Har vurdert om noe av dette skal tas inn i rapporten, men synes det ligger utenfor mandatet. Vi vil derimot komme tilbake til denne utfordringer når vi skal lage håndboken om læringsnettverk, og vil gjerne drøfte videre med deg i den forbindelse!

Vennlig hilsen

Toril Bakke
Prosjektleder

Referanser

1. ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. (Veileder IS-1162).
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Meld.St. 16 (2010-2011).
3. Lindahl AK, Bakke T. Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20 - 2010).
4. Rygh L, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 - 2010).
5. White DE, Straus SE, Stelfox HT, Holroyd-Leduc JM, Bell CM, Jackson K., et al. What is the value and impact of quality and safety teams? A scoping review. *Implement Science* 2011;6(1):97.
6. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann; 2009.
7. Peterson A, Carlhed R, Lindahl B, Lindstrøm G, Åberg C, Andersson GB, et al. Improving guideline adherence through intensive quality improvement and the use of a national quality register in Sweden for acute myocardial infarction. *Q Manage Health Care* 2007;16 No. 1:25-37.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV 2011-06-24 nr 30).
9. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*;2):CD003030.
10. Flottorp S, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010. (Policy summary 3).

11. Andersen AT. En evaluering av kvalitets- og utviklingsarbeid i psykiatrisk divisjon 2007 - 2010. Bergen: Helse Bergen; 2010.
12. Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008;336:1491.
13. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T. Rapport fra kvalitetsprosjekt: "..med pasientens øyne.." Brukermedvirkning – et gjennombrudd for ledere, medarbeidere og pasienter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
14. Nyen B. "Kvalitetsutvikling hos fastleger: tilgjengelighet og telefonrådgiving". Oslo: Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring; 2005. (Prosjekt 2105/2003).
15. Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care* 2002;11(4):345-51.
16. Kongsmo T. Prosessforbedring på Notodden Sykehus. Kirurgisk dagbehandling og medisinsk poliklinikk. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2002. (Rapport nr. 3).
17. Kongsmo T. Prosessforbedring på Blakstad Sykehus. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2004. (Rapport nr. 2).
18. Kongsmo T, Karlsen H. Prosessforbedring ved Blefjell sykehus HF. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2004. (Rapport nr. 3).
19. Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003.
20. de Vibe M. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra 8 kommuner og lokalpsykiatrien i Indre Østfold. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2002. (Rapport nr. 1).
21. de Vibe M. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Asker kommune, Bærum kommune og Asker- og Bærumklinikken, allklinikk for psykisk helsevern. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2002. (Rapport nr. 4).
22. de Vibe M. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Nedre Romerike (Lørenskog, Fet, Nittedal, Rælingen, Aurskog/Høland, Sørumsund) og Lillestrømklinikken. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2003. (Rapport nr. 2).
23. de Vibe M. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Josefinegate DPS med bydelene Bygdøy/Frogner, Sogn og Sagene/Torshov. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2003. (Rapport nr. 4).
24. de Vibe M. Prosjekt helhetlig rusbehandling, Læringsnettverk i prosessforbedring. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2004. (Rapport nr. 4).

25. Wenger E, McDermott R, Snyder WM. A guide to managing knowledge. Cultivating Communities of practice. Boston, Mass.: Harvard Business School Press; 2003.
26. Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, Feldman LS, Rubin HR, Bass EB. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review. *JAMA* 2007;298(9):1023-37.
27. Schugurensky D. History of Education. Selected Moments of the 20th Century. Department of Adult Education, Community Development and Counselling Psychology. [Oppdatert 13. jun. 2002; Lest 17. nov. 2011]. Tilgjengelig fra: http://fcis.oise.utoronto.ca/~daniel_schug/assignment1/1907wisconsin.html
28. Continuing medical education. Wikipedia. [Oppdatert 2011; Lest 15. nov. 2011]. Tilgjengelig fra: http://en.wikipedia.org/wiki/Continuing_medical_education
29. Felch C, Scanlon M. Bridging the gap between research and practice. The role of continuing medical education. *JAMA* 1997;1997;277(2):155-156.
30. Fung-Kee-Fung M, Watters J, Crossley C, Goubanova E, Abdulla A, Stern H, et al. Regional collaborations as a tool for quality improvements in surgery: a systematic review of the literature. *Ann Surg* 2009;249:565-72.
31. The Health Professions Network Nursing and Midwifery Office. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO Department of Human Resources for Health; 2010.
32. Mittman BS. Creating the evidence base for quality improvement collaboratives. *Ann Intern Med* 2004;140(11):897-901.
33. Barr H, Hammick M, Koppel I, Reeves S. Systematic review of the effectiveness of interprofessional education: towards transatlantic collaboration. *J Allied Health* 1999;28(2):104-8.
34. Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud. Drøftings- og prosessnotat. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. (IS-1931).
35. Mathisen JR, Føyn PA. Prosjektrapport for gjennombruddsprosjekt i bruk av tvang 2000-2001. Oslo: Den Norske Legeforening; 2002.
36. Kongsmo T. Prosessforbedring i Hurdal kommune. Skien: GRUK- gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2003. (Rapport nr. 3).
37. Ådnøy E. "Planen skal være god for meg" - Koordinering av psykososialt arbeid: Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2005. (Rapport nr. 2).
38. Brandrud AS, Schreiner A, Hjortdahl P, Helljesen GS, Nyen B, Nelson EC. Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Quality and Safety* 2011;20(3):251-9.

39. Hovik S, Stigen IM, Blekesaune M. Evaluering av kvalitetskommuneprogrammet. Sluttrapport. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2010.
40. Davis AM, Vinci LM, Okwuosa TM, Chase AR, Huang ES. Cardiovascular health disparities: a systematic review of health care interventions. *Med Care Res Rev* 2007;64(5 Suppl):29S-100S.
41. Høgli V. Kontinuerlig forbedring av pasientprosesser i legevaktordning og den akuttmedisinske kjede. Delrapport 2, fase 2. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2004. (Rapport nr. 5).
42. Hansen EH, Vege A. Koordinert hjelp til palliative kreftpasienter og deres pårørende. Erfaringer og resultater fra Skien Kommune og Sykehuset Telemark . Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2005. (Rapport nr. 1).
43. Karlsen H. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Sinsen DPS og bydelene Helfyr-Sinsen, Bjerke og Grefsen-Kjelsås. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2004. (Rapport nr. 1).
44. Evenstad AMB. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Folloklinikken og 7 tilhørende kommuner. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2002. (Rapport nr. 2).
45. Evenstad AMB. Koordinering av psykososialt arbeid. Erfaringer og resultater fra Jessheimklinikken og 5 tilhørende kommuner. Skien: GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten; 2003. (Rapport nr. 1).
46. Pedersen OP, Hovlid E. Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2008;128:1046-9.
47. Häger R, et.al. Gjennombruddsprosjektet om keisersnitt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:173-5.
48. Remo LHBr. Rapport fra gjennombruddsprosjekt sykehjem. Oslo: Den Norske Legeforening; 2008. (Skriftserie for leger Utdanning og kvalitetsutvikling).
49. Pettersen B. Kvalitetskommuneprogrammet 2007-2010. Sekretariatets sluttrapport juni 2010. Kommunal- og regionaldepartementet; 2010.
50. Torbjørnsen MN. Bedre hjemmebesøk til nyfødte i Bergen kommune. Prosjektrapport, Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Laksevåg bydel, kvalitetsutvalg 2009-2010. Bergen kommune; 2011.
51. Brattebø G, Hofoss D, Flaatten H, Muri AK, Gjerde S, Plsek PE. Effect of a scoring system and protocol for sedation on duration of patients' need for ventilator support in a surgical intensive care unit. *BMJ* 2002;324-1386.
52. Powell AE, Rushmer RK, Davies HTO. A systematic narrative review of quality improvement models in health care. *NHS Quality Improvement Scotland*; 2009.
53. Øvretveit J. Leading improvement effectively. Review of research. London: The Health Foundation; 2009.

54. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362(9391):1225-30.
55. Davidoff F. Heterogeneity is not always noise: Lessons from improvement. *JAMA* 2009;(302(23)):2580-6.