

Evaluering av 80 samhandlings- prosjekter - nøkler for å lykkes

Notat fra Kunnskapssenteret
Januar 2013

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Notat: ISBN 978-82-8121-512-2

Januar 2013

 kunnskapssenteret

Tittel	Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter - nøkler for å lykkes
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Trulte Konsmo, prosjektleder, seniorrådgiver Geir Nordheim, prosjektmedarbeider, seniorrådgiver Michael de Vibe, prosjektmedarbeider, seniorrådgiver
ISBN	978-82-8121-512-2
Prosjektnummer	711
Publikasjonstype	Notat - 2013
Antall sider	49 (103 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helse Sør Øst RHF / Helsedialog
Sitering	Konsmo T, Nordheim G, de Vibe M. Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter - nøkler for å lykkes. Rapport fra Kunnskapssenteret. Notat-2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

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 mulig helsetjenester. Kunnskapsenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Eli Hansen fra Helsedialog, 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
Porsgrunn, januar 2013

Hovedfunn

Helsedialog – program for samhandling i Helse Sør-Øst RHF - har fra 2007 – 2012 gitt økonomisk støtte til samhandlingsprosjekter. Erfaringene fra disse prosjektene er viktige i det videre arbeidet med samhandlingsreformen. Denne evalueringen har kartlagt resultatene, samt hvilke faktorer som hemmer og fremmer prosjektene. Gjennom en spørreundersøkelse kom det fram at de aller fleste av de 80 prosjektene har i stor eller middels grad lyktes med å skape viktige forbedringer for både pasienter og tjenester. Ved å sammenligne de beste prosjektene med resten, ble nøkler for å lykkes identifisert. Prosjektteamene utdypet disse på en dialogkonferanse med bruk av Appreciative Inquiry – Anerkjennende intervju :

- God forankring: krever mye arbeid underveis for at alle parter og nivåer skal ha et eierforhold og være aktivt involvert.
- Brukermedvirkning: brukerne har medvirket i stor grad og de prosjektene som har benyttet brukernes ressurser mest systematisk og variert har lyktes best.
- Forbedringskompetanse: det er stor mangel på kunnskap om metoder og verktøy, noe som reduserer kvaliteten på arbeidet og gjør at arbeidet ofte ikke dokumenteres.
- Eksterne økonomiske midler og prioritering av ressurser fra toppledelsen er viktig for resultatene som er oppnådd.

Tittel:

Evaluerings av 80 samhandlingsprosjekter nøkler for å lykkes

Publikasjonstype:

Notat - Evaluering

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helse Sør-Øst RHF

Fagfelle:

Eva Denison, seniorforsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Sammen drag

Bakgrunn

Helsedialog er et program for samhandling mellom KS og Helse Sør-Øst RHF, som siden starten i 2006 har vært i tråd med innholdet i samhandlingsreformen. I perioden 2007 - 2011 ble det bevilget økonomisk støtte til 156 samhandlingsprosjekter. Erfaringene fra disse prosjektene er viktige i det videre arbeidet med implementering av samhandlingsreformen.

Metoder

Oppdragsgiver ønsket å kartlegge hva som er gjort og hvilke resultater som er oppnådd. Dessuten ville man undersøke hvilke faktorer som hemmer og fremmer arbeidet, samt hva man kan lære av de prosjektene som har lyktes best. Det er benyttet metodetriangulering med spørreundersøkelse og dialogkonferanse med bruk av Appreciative Inquiry (AI).

Spørreundersøkelsen ble utviklet for prosjektene i Helsedialogprogrammet spesielt. Dette ble gjort fordi det manglet ferdige måleverktøy som var dekkende for utforskning av denne populasjonen av komplekse samhandlingsprosjekter. Det innebærer at data for validitet og reliabilitet ikke finnes. Det faktum at funnene fra spørreundersøkelsen i stor grad ble bekreftet i dialogkonferansen, samt underbygges av forskning og litteratur om forbedring, styrker tilliten til funnene. Ved å sammenligne de beste prosjektene ut fra måloppnåelse med resten av utvalget, og med den delen av utvalget som hadde lyktes i liten grad, fant vi viktige forskjeller på nøkkelområder innen samhandling.

De beste prosjektene ble deretter invitert til en dialogkonferanse for å utdype erfaringene innenfor disse områdene. På dialogkonferansen brukte vi AI. Dette er en utviklingsmetode hvor man utforsker de beste erfaringene som er gjort innenfor et område, for å finne nøkler til hva som fungerer og hvorfor. Intervjuer og fremlegg i plenum ble referatført og presenteres som sammendrag og sitater fra deltakernes dialoger og diskusjoner på de utvalgte nøkkelområdene, uten våre vurderinger og tolkninger.

Resultater

De aller fleste av de 80 prosjektene har i stor eller middels grad nådd egne mål og nesten like mange har implementert ny praksis. Det er skapt mange viktige forbedringer til beste for pasienter; først og fremst i forhold til samordning og kontinuitet, men også bedre informasjon, styrket mestring og egenomsorg, samt tryggere, mer tilgjengelige og virkningsfulle tjenester. Også for de ansatte har de aller fleste prosjekter gitt viktige forbedringer. De har blitt bedre kjent med hverandres tjenester og tar lettere kontakt med hverandre. I tillegg opplever mange å arbeide mot felles mål, å ha samkjørte rutiner og arbeide mer koordinert og rasjonelt med en riktigere oppgavefordeling. Det har skjedd mye utveksling av kompetanse, og kulturen preges i større grad av likeverd, respekt og tillit.

Det er mange faktorer som hemmer og fremmer prosjektene. Omorganisering oppgis som den hyppigste hindringen for prosjektene og rammer de beste og resten like ofte. Noen prosjekter nedlegges på grunn av dette.

Vi ser ellers tydelige forskjeller mellom de beste prosjektene og resten på følgende nøkkelområder som ble utdypet på dialogkonferansen; forankring, brukermedvirkning, bruk av forbedringsmetoder og utvikling av en samhandlingskultur.

Prosjektlederen er en viktig rollemodell og inspirator som lykkes ved å legge til rette for innspill og engasjement fra alle parter. Struktur og systematikk er nødvendig for å utvikle og lede prosjektet. God forankring er nødvendig og krever mye arbeid gjennom hele prosjektet. Alle de deltakende parter - ledere på alle nivåer, fagmiljø og brukerrepresentanter - må utvikle et eierforhold og være aktivt involvert.

Brukerne oppleves å ha nøkkelroller i samhandlingsprosjektene når deres kompetanse ansees som likeverdig. Fagmiljøer som legger til rette for å utløse brukernes ressurser i prosjektene, innser hvor verdifull aktiv brukermedvirkning er i en rekke sammenhenger. Gruppene beskriver mange kloke grep for å utvikle en innovativ samhandlingskultur preget av likeverdighet, respekt og tillit.

Overraskende mange ga uttrykk for at de ikke hadde kompetanse i metoder og verktøy for å forbedre tjenestene, og at de derfor hadde følt seg hjelpeløse og ikke hadde kunnet dokumenterte resultatene.

Diskusjon

Det er meget interessant at omorganisering og lederskifte rammer alle prosjektene like ofte. De beste prosjektene kan ha lykkes fordi de har arbeidet systematisk og godt med å styrke de fremmende faktorene som er mulig å påvirke.

Forankring er betydelig bedre i de beste prosjektene og det oppleves avgjørende at ledelsen aktivt støtter prosjektet og prioriterer å bruke ressurser til arbeidet. De beste prosjektene har også i større grad hatt med brukerne og involvert dem på en likeverdig måte som anerkjenner deres kompetanse. Det oppleves at betydningen av brukermedvirkning øker jo mer de deltar og jo bredere deres kompetanse blir brukt.

Funnene viser at potensialet i brukerinvolvering ikke er fullt utnyttet i mange prosjekter. Dette skyldes at det er mangel på representanter, men også at de ikke blir brukt i tilstrekkelig grad og på en likeverdig måte. Brukerne bør delta gjennom hele prosessen og bør også i langt større grad evaluere resultatene av prosjektene. Det var overraskende at en relativt stor andel av prosjektene som oppga å ha nådd sine egne mål ikke hadde dokumentert resultatene. En mulig forklaring er at de i liten grad kjente til metoder og verktøy for forbedringsarbeid, slik det kom frem på dialogkonferansen. Prosjektene i utvalget har ikke fått tilbud om undervisning og veiledning underveis, selv om vi vet at noen selv har skaffet seg dette. De prosjektene som hadde lyktes best hadde også målt mest, og det er derfor god grunn til å tro at det er lettere å få gjennomslagskraft i overgangen fra prosjekt til drift når vellykkede resultater fra arbeidet er dokumentert med troverdige og forståelige metoder.

Konklusjon

To tredjedeler av de 80 prosjektene har lyktes med å skape viktige forbedringer for både pasienter og tjenestene. I evalueringen går det fram at de som har lyktes i størst grad har arbeidet systematisk og grundig med forankring, og derved har mobilisert viktige krefter til en felles innsats for bedre samhandling. De har i større grad hatt med brukerne og involvert dem gjennom alt arbeidet. Det er stor mangel på kunnskap om forbedringsmetoder og verktøy, noe som reduserer kvaliteten på arbeidet og gjør at resultatene ofte ikke dokumenteres. Eksterne økonomiske midler og prioritering av ressurser fra toppledelsen er viktig for oppnådde resultater.

Anbefalinger

Potensialet i brukerinvolvering bør utnyttes bedre, deres kompetanse bør sees som likeverdig og brukerorganisasjoner bør styrkes for å sikre god rekruttering av representanter.

Undervisning om forbedringsmetodikk bør styrkes i utdanninger og ledersatsninger. Team som skal drive samhandlingsprosjekter bør få metodisk støtte og veiledning. Det bør settes av øremerkede midler på nasjonalt og regionalt nivå til det videre arbeidet med implementering av samhandlingsreformen.

Behov for videre forskning

Brukermedvirkning i samhandlingsprosjekter bør undersøkes nærmere, både hvilken betydning det har og hvordan man kan involvere brukere på ulike måter slik at deres perspektiver og kompetanse ivaretas. Brukere bør her delta som medforskere. Det anbefales også å sette av midler til følgeforskning, slik at man kan forske på i hvilken grad resultatene fra samhandlingsprosjektene vedvarer.

De økonomiske konsekvensene av samhandlingsprosjekter bør det også forskes på.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metoder	3
Resultater	4
Diskusjon	4
Konklusjon	5
Anbefalinger	5
Behov for videre forskning	5
INNHold	6
FORORD	8
INNLEDNING	9
METODER	10
Valg av perspektiv	10
Spørreundersøkelse	11
Appreciative Inquiry på dialogkonferanse	15
RESULTATER	17
Deltagere	17
Tildelte midler	18
Mange ulike formål	18
Varighet	19
Måloppnåelse og implementering	19
Forbedringer for brukere og tjenestene	19
Lærer av hverandre	21
Kultur	22
Spredning og videreføring	23
Dokumenterte forbedringer	23
Resultat av bevilgningene	25
Faktorer som hemmer og fremmer	25
Nøkler for å lykkes	32

DISKUSJON	38
Oppsummering av hovedfunn	38
Diskusjon av hovedfunn	39
Styrker og svakheter ved valgte evalueringsmetoder	43
KONKLUSJON	45
Anbefalinger for praksis	45
Behov for videre forskning	45
REFERANSER	47
Nyttige nettsteder	48
LISTE OVER FIGURER OG TABELLER	49
VEDLEGG	50

Forord

Samhandlingsreformen har fungert i ett år og over hele landet arbeider ledere, ansatte og brukere med å gjennomføre denne.

Allerede i 2006 ble Helsedialog - program for samhandling - utviklet. Programmet er i tråd med samhandlingsreformen. Utviklingen foregikk gjennom en bred prosess hvor ledere, politikere, bruker og ansatte i kommuner og sykehus delte sine beste erfaringer på dialogkonferanser gjennom bruk av Appreciative Inquiry.

Det er årlig gitt prosjektmidler for å understøtte samhandlingsprosjekter, og fra 2007 – 2012 er det bevilget 30 mill. kr via Helsedialog, i tillegg til midler fra Helse Sør-Øst RHF.

Siden etablering av programmet har Helsedialog hatt fokus på erfaringsutveksling og identifisering av suksesskriterier for samhandling. Satsningsområder, kriteriene for tildeling og rapporter fra alle prosjektene ligger på www.helsedialog.no (1).

Fra januar 2013 avsluttes programmet, og det er naturlig og viktig å evaluere og oppsummere hvordan det har gått med prosjektene som er gjennomført. Det er gledelige resultater som viser at helseregionen er godt på vei med samhandlingsreformen allerede. Kunnskapssenteret har via dette oppdraget, i samarbeid med deltakere og brukere fra de beste prosjektene, ivarettatt ett av de aller viktigste fokusområdene i Helsedialog – nemlig å dele erfaringer på samhandlingsområdet med hverandre. En klok mann sa en gang til meg; ”Det er så artig å finne opp kruttet, så det håper jeg alle får anledning til..., men det er ikke spesielt arbeidsbesparende”.

Ved å undersøke erfaringene til de beste prosjektgruppene har Kunnskapssenteret kommet fram til hvilke nøkler de har brukt for å lykkes. Vi håper at disse nøklene kan gjøre samhandlingsprosjektene enda bedre i årene framover.

Eli Hansen
Prosjektleder
Helsedialog

Innledning

Samhandlingsprosjekter byr på flere spesielle utfordringer sammenlignet med andre kvalitetsutviklingsarbeider. Pasientforløpet går på tvers av organisasjoner som har store forskjeller i struktur, kunnskap og kultur. Det kan gjelde eierskap, styringssystemer, regelverk, finansiering, behandling, faglige mål og informasjonsflyt (2). Omorganiseringer og lederskifter er andre kompliserende faktorer. Dette øker kompleksiteten i samhandlingsprosjektene.



Figur 1. Ordsky ut fra fritekstkommentarene i den gjennomførte spørreundersøkelsen

Det er en mangfoldig samling av prosjekter som er utgangspunkt for denne evalueringen, slik figur 1 illustrerer. Et overordnet formål har vært å skrive en rapport som oppleves nyttig for leseren og som kan inspirere fremtidige samhandlingsprosjekter. Dette er viktig kunnskap for dem som skal drive samhandlingsarbeidet framover; både prosjektlederen og deres medarbeidere, samt ledere på ulike nivåer som skal prioritere, iverksette og legge til rette for det videre arbeidet med å skape bedre samhandling mellom tjenestene.

Vi har ønsket å få svar på følgende problemstillinger:

1. Hva er gjort i de gjennomførte samhandlingsprosjektene og hvilke resultater er oppnådd for brukere og tjenestene?
2. Hvilke faktorer har hemmet og fremmet samhandlingsprosjektene?
3. Hva kan vi lære av de beste prosjektene; hvilke nøkler har de brukt for å lykkes?

Nøklerne er en viktig overlevering fra pionerene i samhandlingsprosjekter til alle de som skal lede og medvirke i framtidige prosjekter.

Metoder

Valg av perspektiv

Metodevalg innebærer at man velger perspektiv; man fanger opp noe og overser noe annet (3). Tidligere president i Institute for Healthcare Improvement Donald M Berwick hevder at tradisjonelle metoder med randomiserte studier er uegnet når man skal evaluere effekten av kvalitetsutvikling i komplekse organisasjoner, og sammenligner det med å spise suppe med gaffel (4). Han oppfordrer til å ta i bruk ulike kvalitative og kvantitative metoder for å fange opp ikke bare *om* noe virker, men *hvorfor*.

Vi er ikke kjent med at det er gjort lignende studier tidligere av forbedringsprosjekter som innebærer samhandling mellom kommuner, sykehus og brukere. Derimot finnes det forskning både fra Norge og andre land på suksessfaktorer i kvalitetsutviklingsarbeid (5) (6) (7) (8).

Metodetriangulering

For å kunne evaluere prosjektenes resultater og fange opp erfaringslæring valgte vi å bruke en metodetriangulering med spørreundersøkelse og [dialogkonferanse](#) med bruk av [Appreciative Inquiry](#) (AI) .

Spørreundersøkelsen fokuserte på følgende hovedområder:

- Varighet, hvilke parter som har deltatt og hvilke formål de har hatt.
- Resultater for brukere og for tjenestene / de ansatte, inkludert utvikling av felles kultur og kompetanse og hvilke tiltak som er iverksatt for å oppnå dette.
- Måloppnåelse, implementering og spredning.
- Hindringer og suksessfaktorer, inkludert brukermedvirkning.

AI - eller Anerkjennende Intervju - er en utviklingsmetode med røtter i organisasjonsutvikling og aksjonsforskning som ble utviklet av David Cooperrider i USA på 80-tallet (9) (10) (11) Man utforsker de beste erfaringene som er gjort innenfor et område, fordi man tror at det er den beste måten å finne kloke grep / nøkler til hva som fungerer.

Vi har brukt AI-perspektivet i to sammenhenger slik figur 2 illustrerer:

- I analysen av spørreundersøkelsen har vi å sammenlignet erfaringer fra de beste prosjektene med resten av utvalget.

-
- The diagram illustrates a research process divided into three main phases: **Metodesdesign** (Method design), **Gjennomføring** (Execution), and **Analyse og konklusjon** (Analysis and conclusion).
- Metodesdesign (Green):**
- Valg av metoder (Choice of methods) leads to Utvikle spørreundersøkelse (Develop questionnaire).
 - Utvikle spørreundersøkelse leads to Gjennomføre spørreundersøkelsen (Conduct questionnaire).
 - Utvikle spørreundersøkelse also leads to Invitere de beste prosjektene til dialogkonferanse (Invite the best projects to a dialog conference).
 - Invitere de beste prosjektene til dialogkonferanse leads to Utvikle AI intervjuguide (Develop AI interview guide).
- Gjennomføring (Blue):**
- Gjennomføre spørreundersøkelsen leads to Foreløpig analyse av data fra undersøkelsen (Preliminary analysis of data from the survey).
 - Foreløpig analyse av data fra undersøkelsen leads to Velge ut de beste prosjektene (Select the best projects).
 - Velge ut de beste prosjektene leads to Sammenligne de beste med resten (Compare the best with the rest).
 - Sammenligne de beste med resten leads to Identifisere nøkkelområder (Identify key areas).
 - Identifisere nøkkelområder leads to Alpå Dialogkonferanse (AI-powered dialog conference).
 - Alpå Dialogkonferanse leads to Sammenstille og analysere resultater (Compile and analyze results).
- Analyse og konklusjon (Orange):**
- Sammenstille og analysere resultater leads to Diskusjon (Discussion).
 - Diskusjon leads to Konklusjon (Conclusion).
- Feedback loops are indicated by dashed lines: from Utvikle AI intervjuguide back to Invitere de beste prosjektene til dialogkonferanse, and from Identifisere nøkkelområder back to Velge ut de beste prosjektene.

Spørreundersøkelse

Spørsmålene ble utformet på bakgrunn av følgende:

- ## 11 Metoder

Spørreundersøkelsen ble i stor grad bygget opp gjennom ettvalg-, flervalg- og skåringsspørsmål basert på en Likert-skala fra 1-7 (16).

For at spørreundersøkelsen skulle bli oppfattet mest mulig dekkende for respondentene ble det brukt betingede oppfølgingsspørsmål, slik at spørreundersøkelsen kunne gå litt dypere inn i enkelte problemstillinger der det var relevant. Det ble også lagt inn svaralternativer som "ikke aktuelt" / "annet" / "vet ikke" samt fritekst kommentarer på en del av spørsmålene. Se vedlegg 2 for den komplette spørreundersøkelsen.

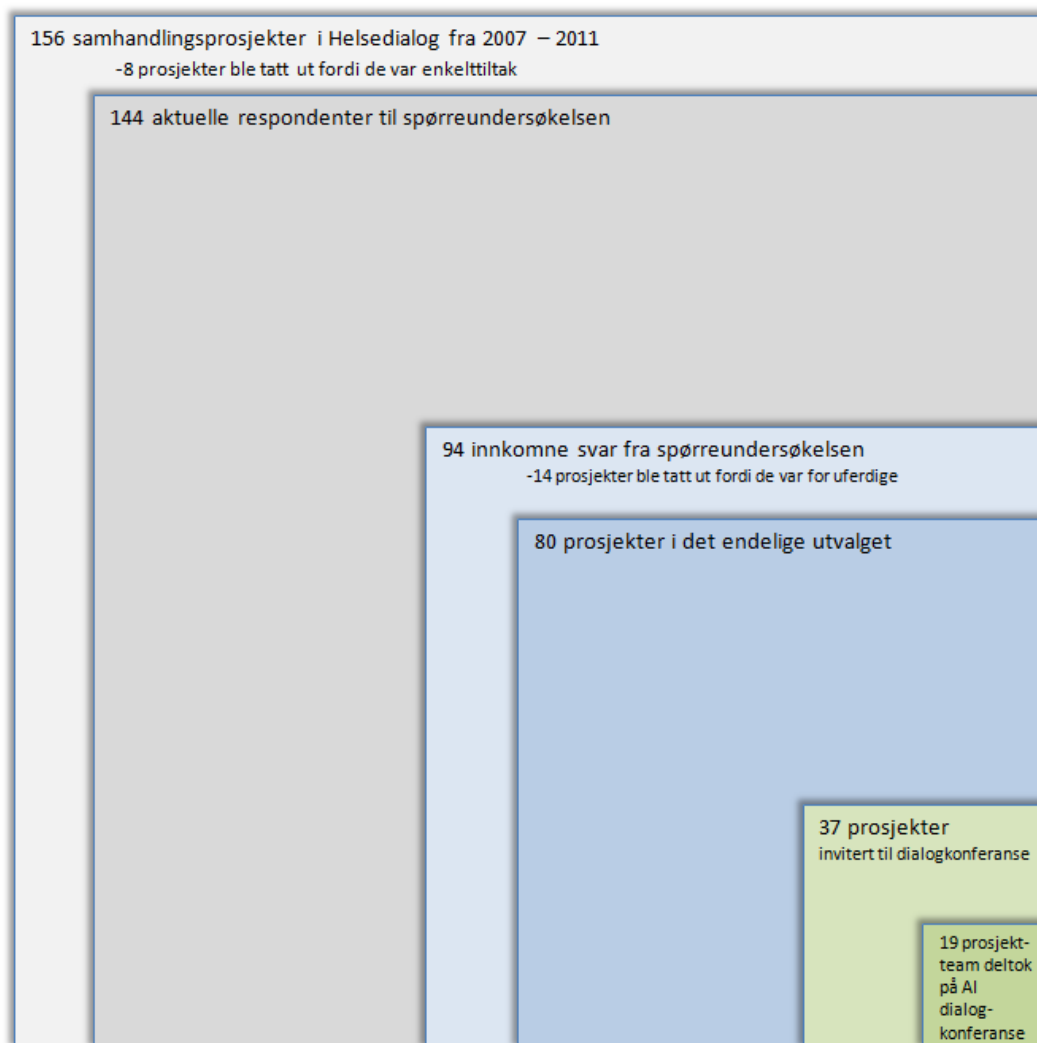
Utvalget

I den opprinnelige populasjonen var det 156 samhandlingsprosjekter. I samråd med oppdragsgiver har vi tatt ut prosjekter fra utvalget som består av ett enkelt tiltak som for eksempel støtte til å lage en brosjyre, leie inn en foreleser etc. 144 prosjektledere fikk deretter tilsendt spørreundersøkelsen. 94 av disse svarte.

Noen respondenter har i tillegg uttrykt at det var svært vanskelig å svare på spørsmålene fordi prosjektet var så uferdig. Vi har derfor fjernet ytterligere 14 prosjekter fra utvalget. Figur 3 viser populasjonen i forhold til utvalgene i spørreundersøkelsen og dialogkonferansen.

Totalt antall prosjekter i datagrunnlaget fra spørreundersøkelsen er derfor 80 (av 144). Dette gir et endelig utvalg på 56 % av populasjonen med en feilmargin på +/- 7,3 % ved et konfidensnivå på 95 %. Dette betyr i praksis at vi ved et målt gjennomsnitt på 4 (på en skala fra 1-7) vil kunne anta med 95 % sannsynlighet at hvis alle respondentene hadde svart, ville målt gjennomsnitt ligge et sted mellom 3,71 og 4,29.

37 av prosjektene ble kategorisert som de beste og tre representanter fra hvert av disse ble invitert til dialogkonferansen. 19 av disse teamene deltok.



Figur 3. Populasjonen i forhold til utvalgene i spørreundersøkelsen og dialogkonferansen.

Deling av utvalget

I analysen og fremstillingen er utvalget også delt opp i følgende underutvalg:

- Alle (80 prosjekter)

Dette er svarene fra prosjektene i det endelige utvalget for spørreundersøkelsen. Blant disse er det 20 uferdige prosjekter som har arbeidet så lenge at deres erfaringer er beholdt i forhold til formål, hva som har blitt bedre og hva som hemmer og fremmer arbeidet. De er imidlertid fjernet fra presentasjonen av dataene som viser i hvilken grad prosjektene har lyktes med å nå sine mål, implementering og varige forbedringer.

- o De beste (37 prosjekter)

Prosjekter med både høy grad av selvrapportert måloppnåelse og høy grad av dokumenterte forbedringer. Disse er igjen kvalitetssikret av prosjektlederen for Helsedialog. Dette underutvalget er de samme prosjektene som ble invitert til dialogkonferansen.

- o Resten (43 prosjekter)

Alle prosjektene med unntak av "De beste".

- De uheldige (20 prosjekter)

"De uheldige" er et underutvalg av "Resten" som fremkommer ved å ta ut dem som skåret seg selv på de tre laveste kategoriene for dokumenterte forbedringer.

I presentasjonen av resultatene og i diskusjonen vil det bli henvist til disse utvalgene ved sine navn. Det er viktig å merke seg at disse utvalgene kan variere i størrelse når en ser på de enkelte spørsmålene. Dette skyldes bruk av betingede spørsmål, slik at noen spørsmål bare blir stilt til respondenten dersom et vilkår i det forrige spørsmålet er oppfylt. Størrelsen på datasettet / antall respondenter som har svart på spørsmålet er derfor angitt med (N=x) i resultatene.

Validitet og reliabilitet

Validiteten og reliabiliteten til en spørreundersøkelse sier noe om måleverktøyets evne til å måle det som det er hensikten å måle, samt å kunne gjenskape resultatene.

Vi er ikke kjent med andre og kvalitetssikrede måleverktøy som er utviklet for et så mangfoldig utvalg av samhandlingsprosjekter. Spørreundersøkelsen som ble brukt i dette arbeidet ble utviklet for å favne alle de ulike typene prosjekter som hadde fått støtte fra Helsedialog. Dette innebærer at data for validitet og reliabilitet for denne spørreundersøkelsen ikke finnes.

Utvalget er mangfoldig og spenner fra relativt små og enkle prosjekter til langvarige prosjekter med mange involverte parter og mange formål. Resultatene er ikke nyansert i forhold til disse perspektivene, slik at alle svar er vektet likt.

Metodetrianguleringen som er valgt skal bidra til å redusere usikkerhet, siden det er rimelig å forvente at to metoder gir sammenlignbare resultater når de brukes på de samme prosjektene.

Enkelte av respondentene har kommentert at de synes at de ikke fikk frem det viktigste i prosjektene fordi arbeidet var så komplekst. Noen av prosjektlederne som har ledet prosjekter med flere underprosjekter har kommentert at det var vanskelig å svare, slik det følgende sitatet viser:

- *Tiltakene er implementert i mange instanser. Hva som har fremmet og hemmet implementeringen i de enkelte tjenester har derfor variert. Derfor er det litt vanskelig å svare på spørsmålene. Jeg har svart med utgangspunkt som prosjektleder og med de tilbakemeldingene jeg har fått.*

Det var også noen respondenter som hadde ønsket enda flere muligheter for kommentarer underveis i skjemaet og en savnet svaralternativet "Ikke aktuelt" flere steder.

Framstilling av data

Gjennomsnittsverdier oppgis alltid sammen med standardavviket, forkortet SD for å vise variasjonen.

Forskjeller i datasettene er analysert ved to utvalgs t test og signifikante forskjeller fremstilles med et konfidensnivå på 95 % eller bedre og oppgis med signifikansnivå ($p < 0,05$) eller ($p < 0,01$).

Korrelasjoner er beregnet for å danne et bilde av hvor godt to ulike faktorer samvarierer. Der det presenteres en samvariasjon oppgis alltid en korrelasjonskoeffisient (r) for å vise grad av samvariasjon og en determinasjonskoeffisient (r^2) for å vise styrken/svakheten på korrelasjonen.

Det er viktig å understreke at en god korrelasjon ikke viser noen årsakssammenheng mellom to faktorer, men den er en forutsetning for at det kan være en årsakssammenheng og derfor er den egnet som utgangspunkt for refleksjon.

I teksten har vi valgt å referere til svar på skalaen (1-7) omtalt som i "lav grad", "middels" og i "høy grad". Begrunnelsen for dette er at det blir lettere å kommunisere tendensene i datamaterialet.

I "lav grad" er svarene 1 og 2, "middels" refererer til 3, 4 og 5, mens i "høy grad" er 6 og 7 på skalaen.

Appreciative Inquiry på dialogkonferanse

Vi organiserte arbeidet med AI som en [dialogkonferanse](#) for å legge til rette for likeverdighet mellom alle deltakerne og sørge for at alle kom til ordet.

Prosjektledere fra de 37 beste teamene ble invitert til å be med seg en medarbeider og en brukerrepresentant til en dialogkonferanse, hvor de kunne arbeide i grupper med sine beste erfaringer ut fra AI. For at vi skulle få fram de ulike rollene og partenes betydning ba vi også om at de sørget for at både kommune og helseforetak ble representert. God informasjon ble sendt til deltakerne via prosjektlederne, slik at alle kunne forberede seg (vedlegg 3).

Deltakerne arbeidet i blandete grupper på tvers av roller og prosjekter første del av dagen. De arbeidet med to temaer; *forankring og samarbeid i prosjektgruppa*.

Etter lunsj arbeidet prosjektlederne i grupper med sin rolle som *prosjektledere*, brukerne arbeidet med sin rolle som *brukerrepresentant*, mens prosjektmedarbeiderne delte erfaringer med *bruk av metoder og verktøy i forbedringsarbeidet*. *Kultur* ble trukket inn under flere av temaene. Slik fikk vi belyst alle de temaene vi hadde identifisert ut fra spørreundersøkelsen.

Arbeidet fokuserte på prosjektprosessen og ikke det faglige innholdet i prosjektene. Deltakerne ble bedt om å dele erfaringer med forarbeid, gjennomføring / implementering i drift, og eventuell spredning og videreføring. Erfaringsutvekslingen var ikke begrenset til de delene av prosjektprosessene som Helse Sør-Øst RHF / Helsedialog hadde finansiert.

Alle gruppearbeidene etter AI- metodikken foregikk etter følgende trinn:

- Parvise intervjuer ut fra guider vi hadde laget med fokus på kloke grep og forutsetninger for at de kunne gjøres. (Vedlegg 4)
- Kort gjennfortelling av intervjuet til resten av gruppa.

- Gruppediskusjon for å finne fellestrekk på tvers av prosjektene og velge ut en interessant erfaring til fremlegg i plenum.
- Korte framlegg i plenum med noe mulighet for innspill og diskusjon. Siden arbeidet i gruppene etter lunsj hadde ulike temaer, var det satt at tid for alle grupper til å reflektere over fremleggene og komme med innspill.

På slutten av dagen diskuterte deltakerne hvilke områder de mente det var behov for å forske på. Dette spørsmålet hadde de blitt bedt om å tenke gjennom på forhånd og i løpet av dagen.

Hver gruppe hadde en gruppeleder, samt en sekretær som skrev notater på en PC. Disse var forespurt på forhånd og sekretærene var instruert om å skrive mest mulig utfyllende notater. Notater fra plenumsfremleggene ble skrevet av prosjektmedarbeider fra Kunnskapssenteret. Alle notatene fra sekretærene, og intervjuguidene med notater fra deltakerne, ble samlet inn og skrevet sammen i et referat som ble sendt til deltakerne for å sikre at vi hadde fått med deres erfaringer på en riktig måte. (Vedlegg 5)

En av brukerrepresentantene oppsummerte dagen med følgende ord:

- *Vi har veldig forskjellige prosjekter, men vi har veldig mye til felles.*

Evalueringen av dialogkonferansen viste en gjennomgående høy tilfredshet og mange kommentarer som gikk på at det hadde vært lærerikt, nyttig og inspirerende. (Vedlegg 6) Bruk av dialogkonferanse med AI har dermed en dobbel effekt; læring for deltakerne parallelt med vår innsamling av erfaringskunnskap.

Evalueringsskjemaet åpnet i tillegg for at deltakerne kunne gi gode råd til Helse Sør-Øst RHF. (Vedlegg 6)

Framstilling av data

Nøklerne til å lykkes beskrives i resultatkapittelet gjennom sammendrag og sitater fra deltakernes dialoger og diskusjoner på de utvalgte områdene, uten våre vurderinger og tolkninger.

Vi har stort sett ikke funnet det hensiktsmessig å skille mellom hva som er *kloke grep* og hva som er *forutsetninger* for disse. Det som kan være en forutsetning kan ofte også være en nøkkel, for eksempel at flest mulig bidrar til å spre informasjon om prosjektet. Begrepene nøkler, kloke grep og suksessfaktorer brukes synonymt.

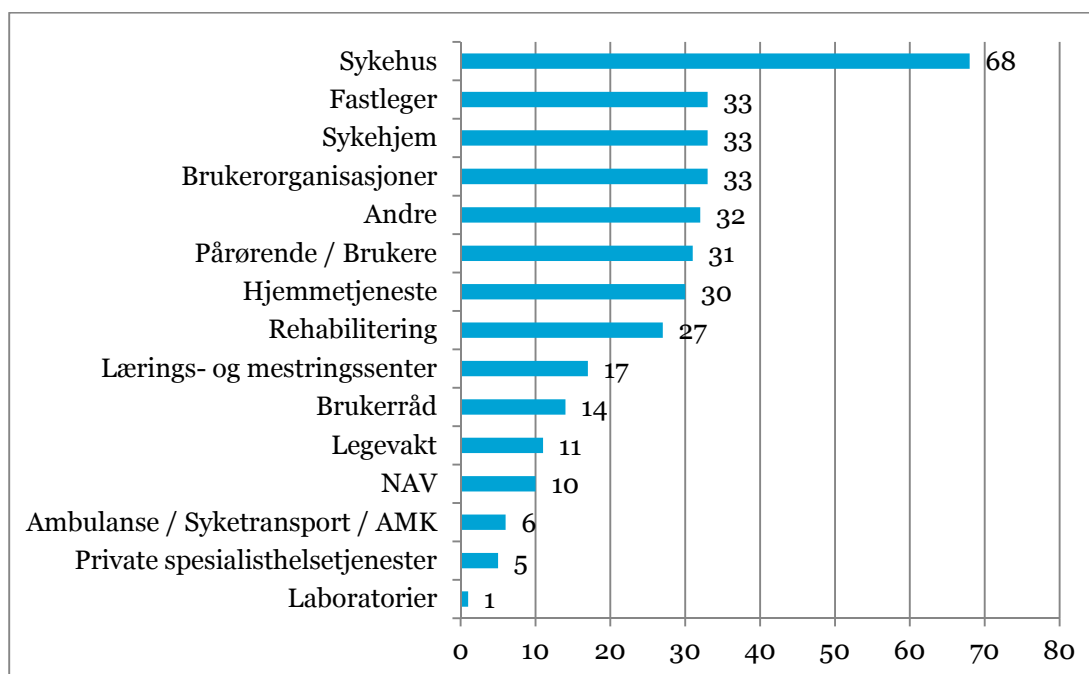
Resultater

Deltagere

Sammensetningen av partene i prosjektene belyser kompleksiteten i samhandlingsprosjekter: I gjennomsnitt har 6 parter (SD 3,3) vært involvert per prosjekt for å bedre tjenestene. Den hyppigste verdien er 5. Det høyeste antall deltakere er 16, og det er 8 prosjekter som har hatt 10 eller flere parter i prosjektet. Det er også verdt å merke seg at 10 prosjekter har hatt færre parter enn de tre som er forventet med kommune, sykehus og brukerrepresentant / brukerorganisasjon.

Figur 4 viser hvilke parter som har deltatt i prosjektene og hvor mange prosjekter hver av dem har deltatt i. Svaralternativet "andre" rommer frisklivsentral, frivilligsentral, tannhelsetjeneste, søknadskontor i kommunen, IT-ansatte og administrasjon, administrativt samarbeidsutvalg, ulike kompetansesentre, diakon, prest, hjelpemiddelsentralen mfl.

65 % av prosjektene hadde med brukerne på en eller flere måter.



Figur 4. Deltakende parter og antall prosjekter de ulike partene har deltatt i (N=80)

Tildelte midler

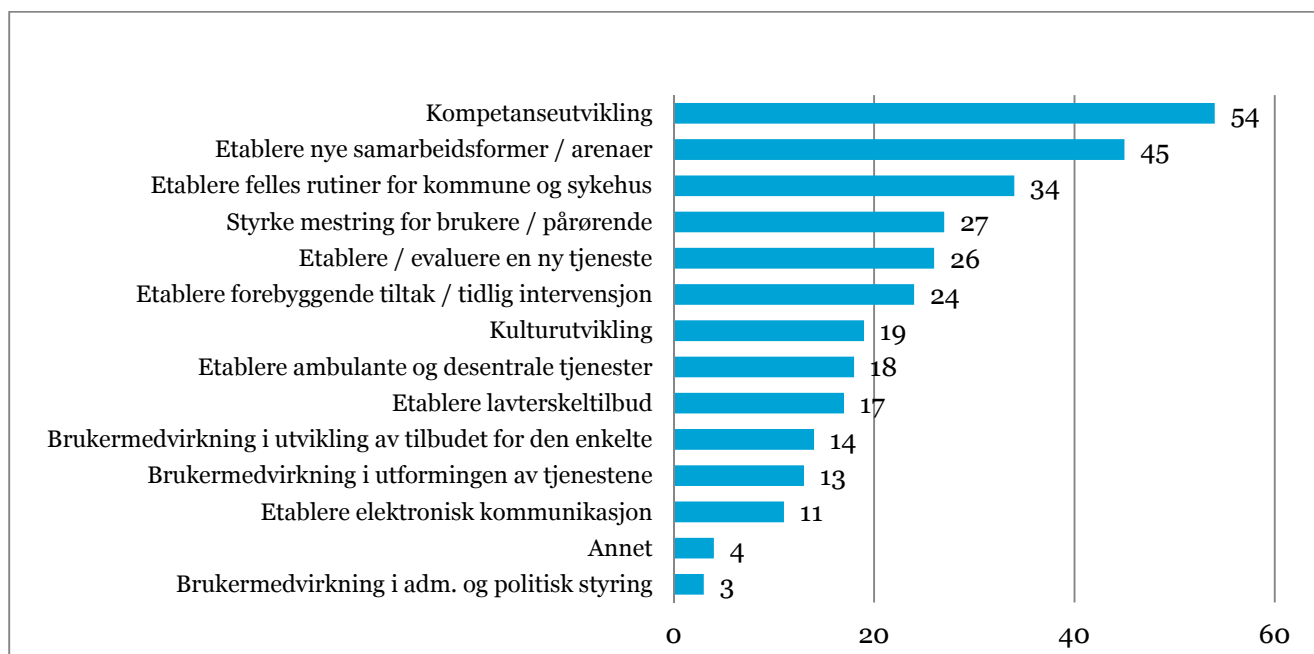
De 80 prosjektene har totalt fått 20 570 000 kr av Helse Sør-Øst / Helsedialog, noe som gir en gjennomsnittlig tildeling på ca 260 000 kr (SD = 178 000 kr). Den minste tildelingen i utvalget er 30 000 kr, den største er 1 million kr, og den vanligste verdien er 200 000 kr.

Hvis vi skiller på "De beste" og "Resten" av utvalget kommer det frem at "De beste" har fått i gjennomsnitt 305 000 kr (SD = 216 000) og "Resten" har fått 220 000 kr (SD 131 000). Forskjellen i tildelte midler i de to utvalgene er signifikant ($p < 0,05$), men den praktiske signifikansen er usikker.

Andre finansieringskilder har ikke blitt kartlagt, men det har vært et krav i tildelingskriteriene at prosjektene er delvis egenfinansiert. I tillegg har det sjelden blitt innvilget støtte over flere år, fordi det har vært prioritert å støtte flere prosjekter. Noen prosjekter har imidlertid fått flere tildelinger fra Helsedialog, på grunn av utvidelse av prosjektet. Vi vet at noen har søkt og fått midler fra andre kilder, og det er grunn til å tro at dette gjelder flere.

Mange ulike formål

Prosjektene i utvalget har jobbet bredt med et mangfold av formål som er i tråd med Helsedialogs satsningsområder, se figur 5. Gjennomsnittlig har de arbeidet med 3,9 formål (SD=2,5). Antall formål varierer fra 12 - 1, det vanligste er 3.



Figur 5. Frekvensen av formålene i prosjektene (N=80)

Alle prosjekter som har hatt som formål enten å etablere lavterskeltilbud, styrke brukermedvirkning på ulike nivåer eller styrke mestring, har hatt med brukere.

De vanligste formålene for de prosjektene som ikke har hatt med brukerne er å etablere nye samarbeidsformer / nye arenaer, kompetanseutvikling og etablere felles rutiner for kommune og sykehus.

Varighet

Varigheten på prosjektene er gjennomsnittlig 2,2 år (SD=1,0).

20 av de 80 prosjektene var ikke avsluttet på tidspunktet for spørreundersøkelsen. Disse er allikevel tatt med i analysen der annet ikke er oppgitt, fordi de har kommet så langt i prosjektet at de har gjort viktige erfaringer i prosessen som vi kan lære av.

Måloppnåelse og implementering

48 % av prosjektene svarer at de i stor grad har lykket med å nå egne mål (skåret 6 eller 7 på skalaen fra 1-7), 45 % oppgir at de i middels grad har lykket med dette (skåret 3-5 på skalaen) og 7 % sier at de i liten grad har nådd egne mål (1-2 på skalaen).

På spørsmålet om implementering i vanlig drift viser det seg at 38 % av prosjektene skårer i stor grad, 45 % skårer middels, mens 13 % oppgir at endringene i liten grad er implementert.

Flere har kommentert overgangen fra prosjekt til drift:

- *Arbeidet er på vei fra prosjekt til ordinær samhandling; det er en sårbar fase.*
- *Fokuset dalte etter avsluttet prosjekt.*
- *De nye lokalene (samlokalisering) er ikke ferdige enda.*

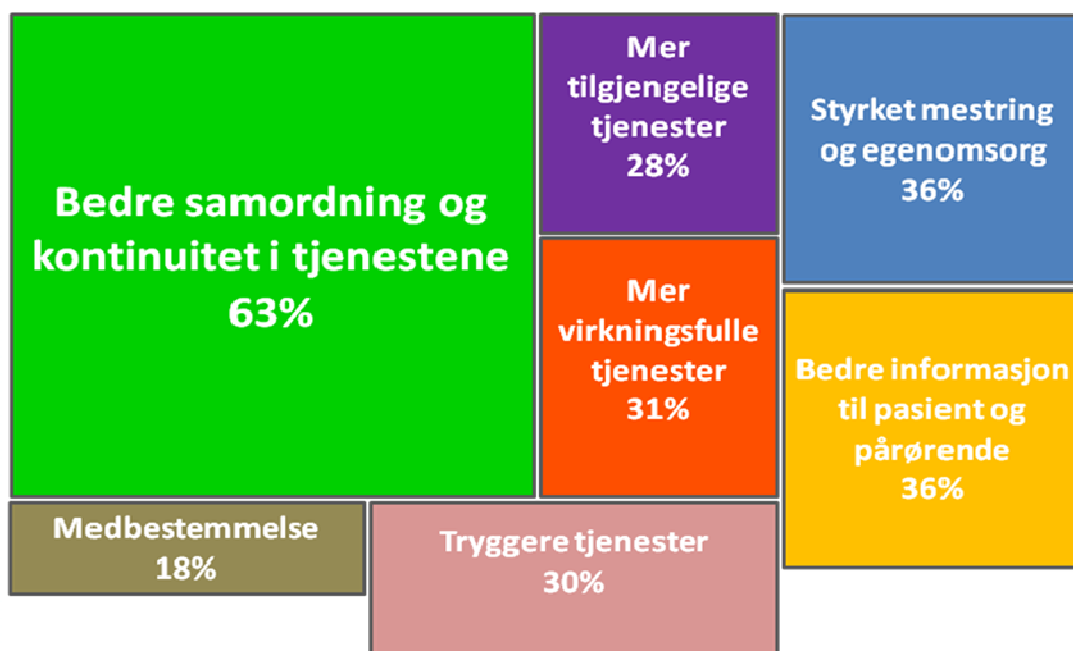
Forbedringer for brukere og tjenestene

Forbedringer for brukerne

38 % av prosjektlederene skårer at de i stor grad har forbedret tjenestene til brukerne, 54 % har svart at de i middels grad har lykket med dette, mens 9 % skårer at de i liten grad har forbedret tjenestene for brukerne.

Av de 60 prosjektene i utvalget som er avsluttet har 27 prosjekter (45 %) blitt evaluert av brukerne ved hjelp av intervju, spørreskjema, fokusgrupper eller dialogkonferanse. Ytterligere 9 prosjekter oppgir at de har fått muntlig tilbakemelding fra brukere.

Forbedringene har skjedd på mange måter, slik figur 6 viser. Størrelsen på hvert felt illustrerer det relative størrelsesforholdet mellom de oppnådde forbedringene. Som tidligere skrevet har mange prosjekter hatt flere formål og oppnådd forbedringer på flere områder.



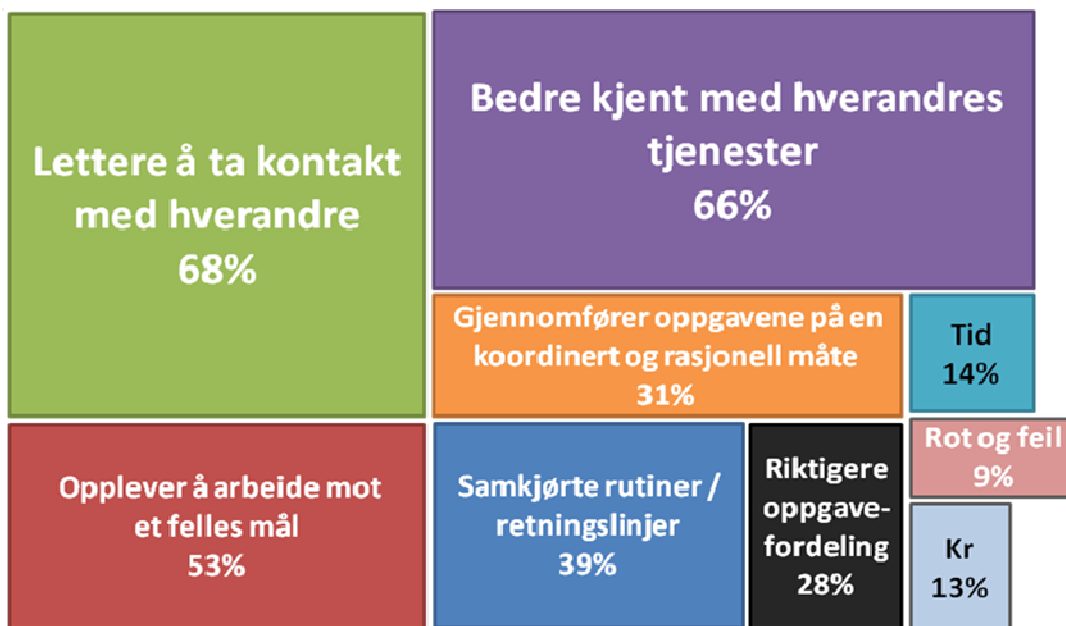
Figur 6. Områder som har blitt forbedret for brukerne. Boksenes størrelse illustrerer det relative forholdet mellom forbedringer innenfor de ulike områdene (N=80)

Det er i tråd med satsingsområdene i Helsedialog at de største forbedringene er i forhold til samordning, kontinuitet, styrket mestring og informasjon. Mange prosjekter har også styrket tilgjengelighet, trygghet og gjort tjenestene mer virkningsfulle og noen har også styrket brukernes medbestemmelse.

Forbedringer for tjenestene

Også for de ansatte i tjenestene har prosjektene hatt mange positive konsekvenser. 40 % oppgir at samhandlingen mellom de involverte tjenestene i stor grad har blitt bedre, 57 % oppgir middels grad av forbedring, mens 3 % har i liten grad har gjort samhandlingen bedre.

De største gevinstene er at de har blitt bedre kjent med hverandre og derfor lettere kan ta kontakt og samarbeide om pasientene (Figur 7). Kun 13 % mener at dette er økonomisk lønnsomt, til tross for at 39 % mener de har fått samkjørte retningslinjer og rutiner, 31 % synes oppgavene nå gjennomføres på en koordinert og rasjonell måte og at 9 % mener at det har redusert rot og feil i samhandlingen.

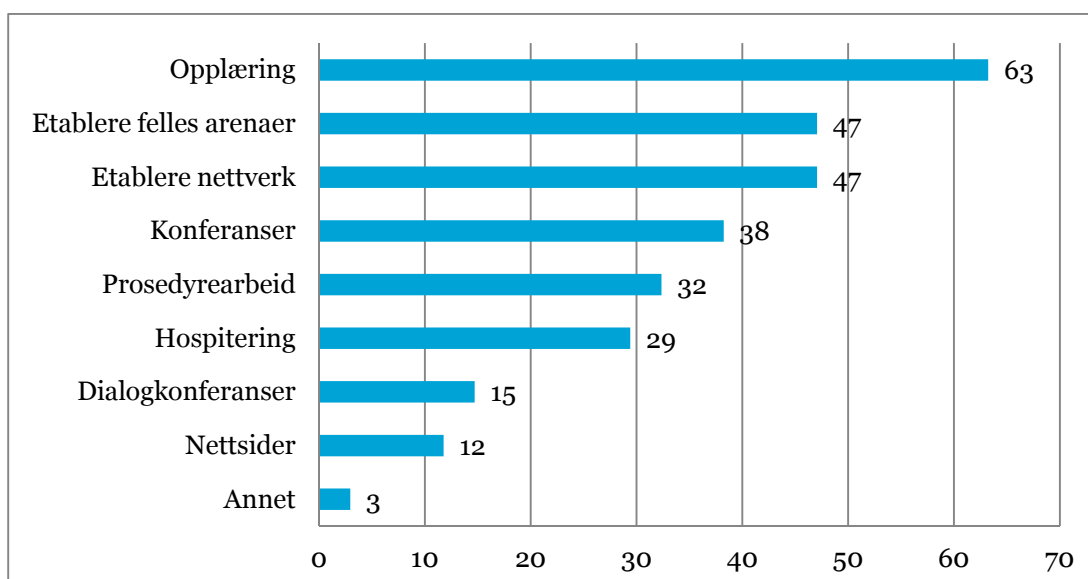


Figur 7. Områder som har blitt forbedret for tjenestene. Boksenes størrelse illustrerer det relative forholdet mellom forbedringer innenfor de ulike områdene (N=80)

Lærer av hverandre

Vi har sett at 68 % av prosjektene har hatt kompetanseutveksling som ett av sine formål. Disse skårer gjennomsnittlig 5,4 (SD 1,2) på en skala fra 1-7 på grad av økt utveksling av kompetanse mellom ansatte i de involverte tjenestene.

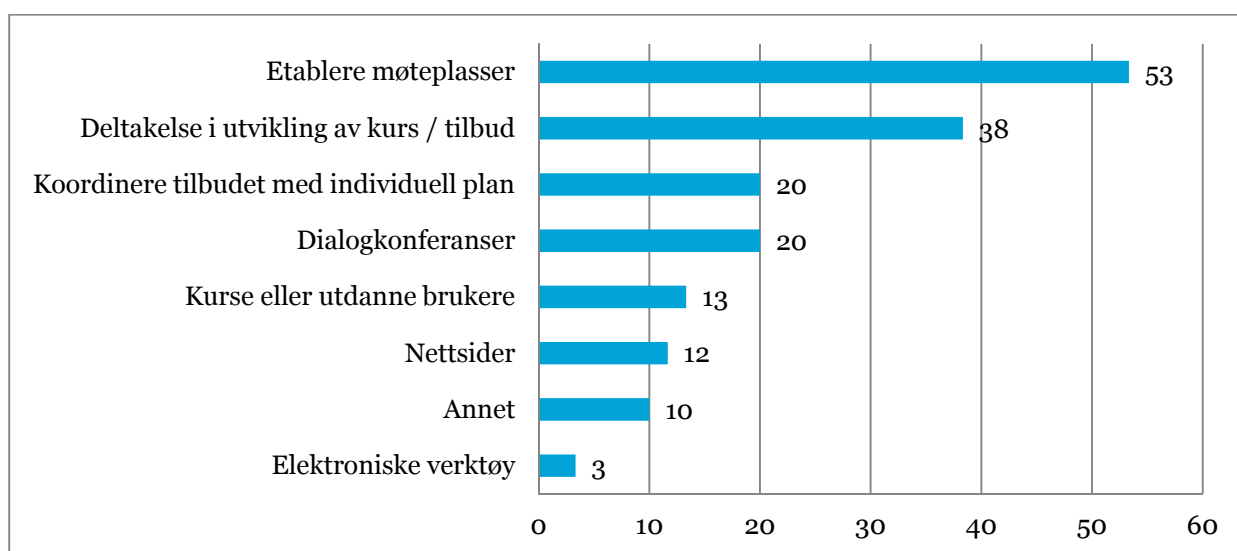
Når det gjelder prosjekter som ikke har hatt kompetanseutveksling som formål skårer de gjennomsnittlig 4,1 (SD=1,8), og dette er signifikant lavere enn den første gruppen ($p < 0,05$). Figur 8 viser hvilke tiltak som er iverksatt i prosjektene for å utveksle kompetanse.



Figur 8. Tiltak for kompetanseutveksling mellom ansatte i % (N=80)

Utveksling av kompetanse *mellom brukere og ansatte* i de involverte tjenestene oppleves også å være styrket når kompetanseutveksling har vært definert som et formål. Her skårer prosjektene som har hatt dette som formål 4,8 (SD=1,5) på en skala fra 1-7, mens prosjektene som ikke har hatt dette som formål skårer 3,4 (SD=1,8). Forskjellen er signifikant ($p < 0,05$).

Som det framkommer i figur 9 er de hyppigste tiltakene etablering av møteplasser og deltakelse i kurs eller lignende tilbud for å styrke egen mestring. Arbeid med individuell plan og deltakelse på dialogkonferanser er andre tiltak, i tillegg til at man har utdannet brukere til å formidle sin brukererfaring.



Figur 9. Tiltak for kompetanseutveksling mellom brukere og ansatte i % (N=80)

Det er ikke påvist noen signifikante forskjeller i resultatene av denne kompetanseutvekslingen mellom "De beste" og "Resten" av prosjektene.

Kultur

Helsedialog er tuftet på verdiene likeverd, tillit og respekt. Prosjektlederene ble derfor bedt om å skåre seg på i hvilken grad de opplever at prosjektet har bidratt til en kultur preget av dette. Utvikling av en samhandlingskultur er også et sentralt element i samhandlingen. De rapporterer i stor grad at de opplever at kulturen har utviklet seg på en positiv måte, og de skårer gjennomsnittlig 5,3 (SD=1,5) på en skala fra 1-7.

De som har hatt utvikling av kultur som et uttrykt formål skårer likt som resten, men har jobbet bredere med flere formål, henholdsvis 5,8 (SD=2,8) og 3,2 (SD=2,0). Denne forskjellen er signifikant ($p < 0,05$).

De som har hatt utvikling av kultur som et uttrykt formål har også iverksatt flere tiltak enn resten. De som har hatt kultur som formål har benyttet 47 % av tiltakene som var oppgitt i spørreundersøkelsen og de som ikke har hatt kultur som formål har krysset av på 32 % av de mulige tiltakene. Forskjellen mellom utvalgene er signifikant i en chi-test ($p < 0,05$).

Når vi sammenligner "De beste" med "Resten" av utvalget kommer det frem at "De beste" skårer høyere på utvikling av en kultur preget av likeverd; 5,7 (SD=1,0) versus 4,8 (SD=1,6) og tillit 5,9 (SD=1,0) versus 4,7 (SD=1,6). Forskjellene er statistisk signifikante ($p < 0,01$). Hvilke nøkler de har brukt for å lykkes i så stor grad, ble derfor valgt som et tema på dialogkonferansen.

Kommentarene gir dybde til resultatene fra spørreundersøkelsen:

- *Vi har jobbet med tre ulike poliklinikker. Ved to av disse har det kommet vesentlige endringer / forbedringer. Ved den tredje har det skjedd svært lite, dels pga kultur, dels pga liten endringsvilje, dels pga sykemelding hos nøkkelperson. Men perspektivet på denne type endringsarbeid må være langsiktig, derfor fortsetter arbeidet(...).*
- *Prosjektet har skapt nettverk og samhandling på ledernivå som er viktig for å skape bedre relasjoner og gjennomføre andre samhandlingsprosjekter senere.*
- *Det tar tid å endre en kultur og holdningsarbeid tar svært lang tid.*

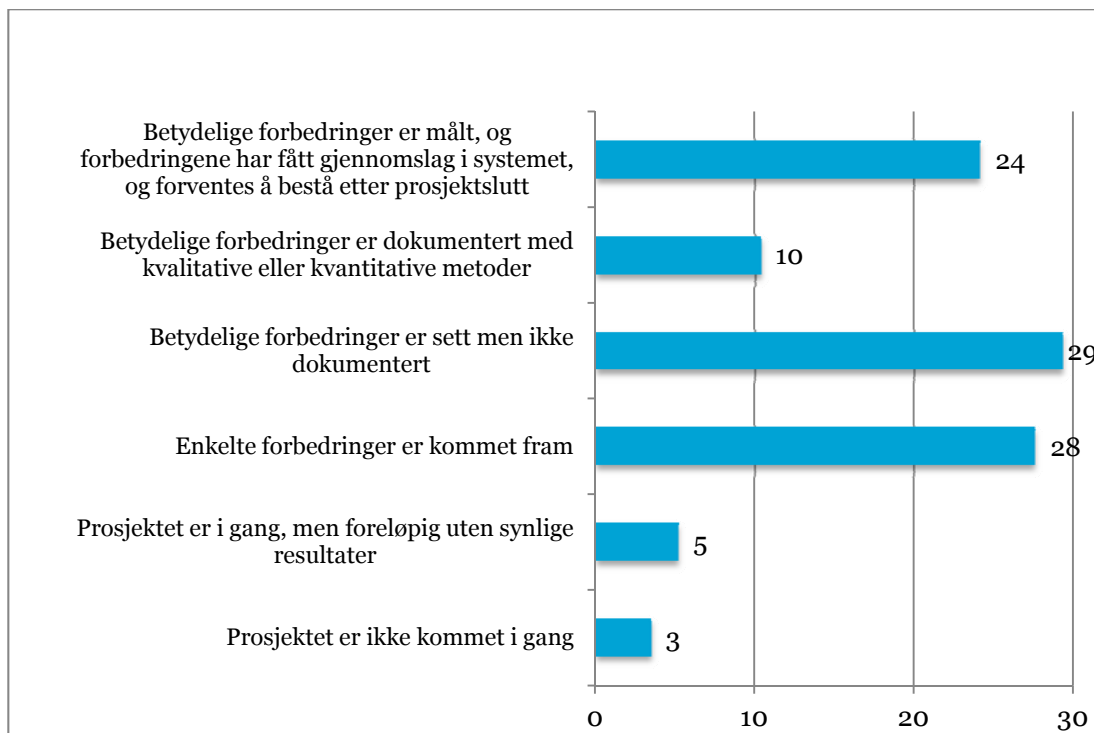
Spredning og videreføring

Et viktig fokusområde i Helsedialogarbeidet er å bidra til spredning av gode samhandlingsløsninger i hele regionen. 34 % oppgir at tiltakene i stor grad er spredd til andre deler av tjenesten, 50 % har gjort dette i middels grad, mens 16 % i liten grad har spredd sitt arbeid.

Når det gjelder videreutvikling til nye målgrupper svarer 30 % at de har lykkes med å videreutvikle tiltaket til å omfatte nye målgrupper, 35 % svarer middels grad, mens 35 % svarer at de i liten grad har lykkes med dette. Flere kommenterer at det ligger gode muligheter i prosjektet for dette, men at det ikke er gjort enda.

Dokumenterte forbedringer

I spørreundersøkelsen ble det benyttet en skala utviklet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) i USA som brukes til selvevaluering av deltakere i [gjennombruddsprosjekter](#) (14). De ble bedt om å plassere seg i en av seks kategorier, se figur 10.



Figur 10. I hvilken grad prosjektene har lyktes og har dokumenterte forbedringer i % (N=59) (14)

Siden uferdige prosjekter er tatt ut av dette utvalget, har vi sett nærmere på de 5 prosjektene som har skåret seg i de to nederste kategoriene. Årsakene til den lave skåringen her er omorganisering, at lokalene er uferdige, samt manglende nasjonale systemer i forhold til elektronisk teknologi som gjør arbeidet umulig.

I utvelgelsen av "De beste" prosjektene sammenstilte vi svarene på to sentrale spørsmål i forhold til resultatene prosjektet har oppnådd:

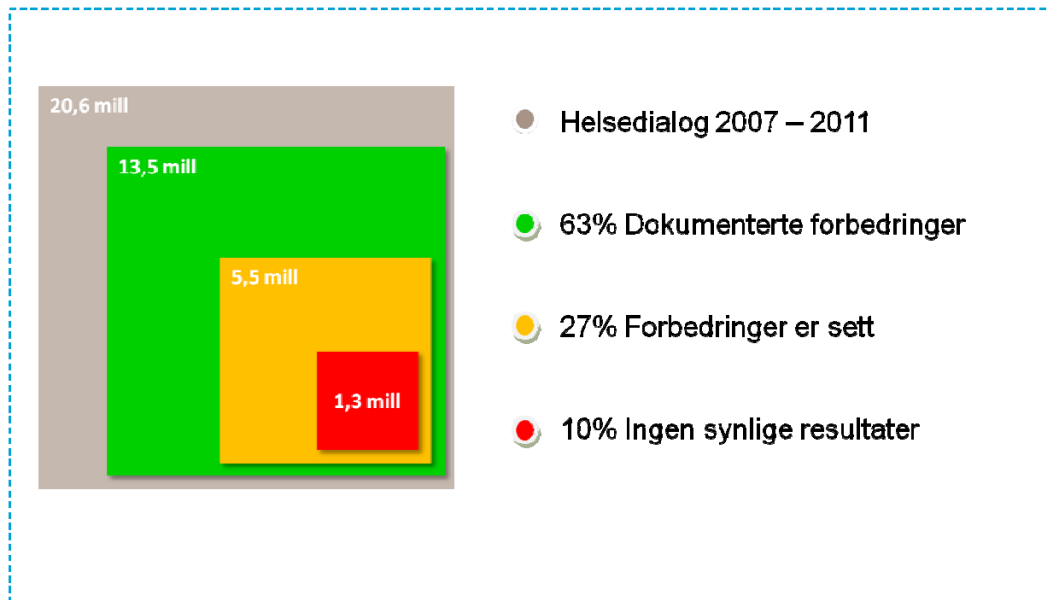
"I hvilken grad dere har oppnådd en dokumentert vedvarende forbedring?" og

"I hvilken grad dere har lyktes med å nå prosjektets egne målsetninger?"

Korrelasjonskoeffisienten for disse to faktorene viser at samvariasjonen mellom disse to faktorene i datasettet er statistisk svak ($r = 0,29$ og $r^2 = 0,06$) og at de således i stor grad varierer uavhengig av hverandre. Dette funnet vender vi tilbake til i drøftingen.

Resultat av bevilgningene

I figur 11 vises tildelte penger fordelt i forhold til hvordan prosjektene skårer seg selv på grad av dokumenterte forbedringer. Den blå stiplede linjen symboliserer at egenfinansiering og annen støtte er ukjent.

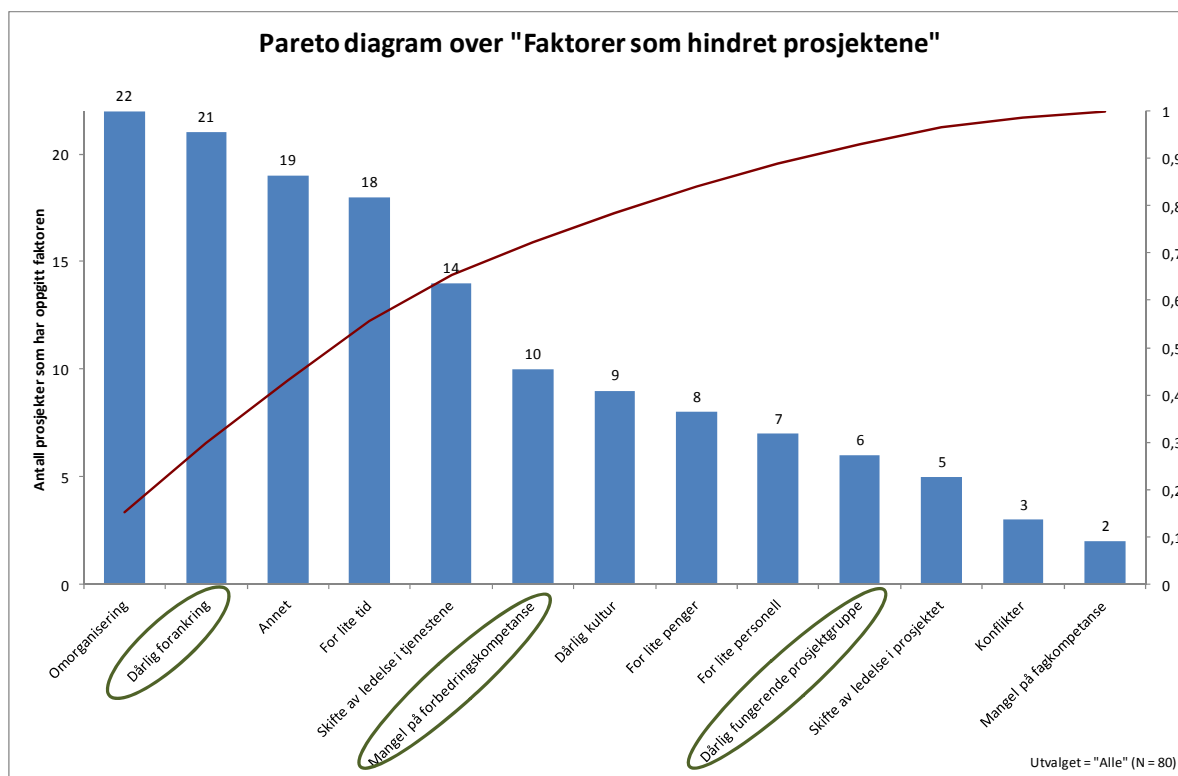


Figur 11. Tildelte penger fordelt i forhold til hvordan prosjektene skårer seg selv på grad av dokumenterte forbedringer.

Faktorer som hemmer og fremmer

I spørreskjemaet ble prosjektene bedt om å skåre i hvilken grad et sett faktorer hadde bidratt til å hindre dem i å lykkes med å nå sine mål.

[Paretodiagrammet](#) i figur 12 viser en samlet oversikt over hyppigheten av de ulike hindringene. Det er viktig å merke at diagrammet viser de elementer som prosjektene har opplevd som hindringer, men det viser ikke alvorlighetsgraden innenfor hvert av elementene.



Figur 12. Paretodigram over faktorer som hindret prosjektene

I de faktorene som er omgitt av en grønn sirkel i figur 12 er det signifikante forskjeller mellom "De beste" og "De uheldige" som vist under i tabell 1.

Tabell 1. Signifikante forskjeller mellom "De beste" og "De uheldige" for faktorer som hindrer prosjektene.

Hindring	% "De beste"	% "De uheldige"	Signifikans
Dårlig forankring	19,4	93,3	$p < 0,01$
Mangel på forbedringskompetanse	8,8	38,1	$p < 0,05$
Dårlig fungerende prosjektgruppe	2,8	20,8	$p < 0,05$

Omorganisering og lederskifte

Omorganisering er den hindringen som flest har støtt på. 22 av 80 prosjekter har opplevd dette og 14 av 80 oppgir lederskifte som en utfordring. Noen har kommentert at lederskiftet er en konsekvens av omorganiseringen. Det er ingen signifikant forskjell i hyppigheten på omorganiseringer og lederskifter mellom utvalgene "De beste" og "Resten".

Forankring

Mange kommentarer illustrerer hvor krevende det er å sørge for god forankring i ledelse, fagmiljø og i brukerorganisasjoner i samhandlingsprosjekter, fordi det omfatter så mange tjenester.

- Problemer med å få mange involverte og selvstyrte organisasjoner til å gjøre felles prioriteringer på samme tid.

- *Tre organisasjoner og to forvaltningsnivåer vanskeliggjør ledelse og ledelsesforankring.*
- *Stort prosjekt og derfor vanskelig å få med alle parter i ønsket grad. Det er stor variasjon i muligheter/ involvering fra de ulike samarbeidspartene i prosjektet.*
- *Lite samkjørt oppdragsgiver og styringsgruppe.*
- *En plan for videre samhandling er utarbeidet og vedtatt. Det er likevel vanskelig å få plassert ansvaret for samhandlingen når prosjektorganiseringen er opphørt.(...) Skal vi lykkes over tid må vi ha overordnet forankring.*

Forbedringskunnskap

Seks av spørsmålene som belyser faktorer som bidro til at prosjektene lyktes omhandlet bruk av forbedringsmetoder og verktøy:

1. Videreføring og spredning var planlagt.
2. Resultatene ble dokumentert ved hjelp av forståelige metoder.
3. Målinger ble brukt til informasjon og styring i prosessen.
4. Det ble gjort lokale tilpasninger i implementeringen av tiltak.
5. En god plan for gjennomføringen som var åpen for justeringer underveis.
6. Ny praksis var godt dokumentert (kunnskapsbasert).

Disse seks spørsmålene har en god intern samvarians og ble slått sammen til en indeks for "Bruk av forbedringsmetoder". Se vedlegg 7 som viser styrken på den interne samvariasjonen mellom disse variablene.

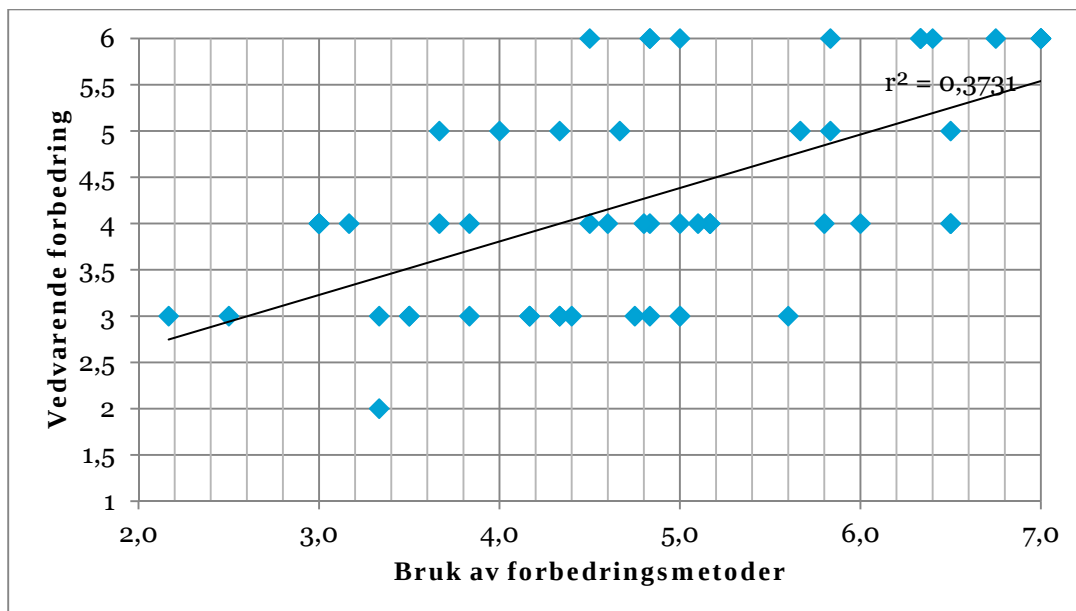
Alle prosjektene ble også bedt om å plassere seg inn i den kategorien som passet best i forhold til vedvarende forbedring (se figur 10).

Ved å plote indeksen for "Bruk av forbedringsmetoder" sammen med "Kategoriene for vedvarende forbedring" inn i et scattergram (se figur 13) ser vi i hvilken grad disse dataene forholder seg til hverandre.

Ved å regne ut korrelasjonskoeffisienten kommer det frem at disse samvarierer godt ($r=0,61$) med middels styrke ($r^2 = 0,37$).

I denne delen av analysen er de prosjektene som har plassert seg i kategori 1 "Prosjektet er ikke kommet i gang" fjernet fra utvalget.

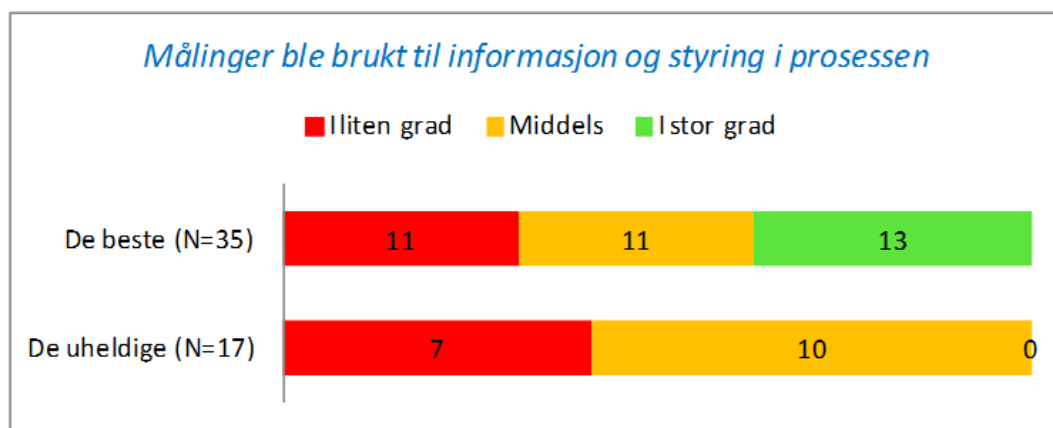
Figur 13 gir en visuell fremstilling av hvordan bruk av forbedringsmetoder samvarierer med kategoriene for vedvarende forbedring i prosjektene, samt spredningen i denne samvariasjonen.



Figur 13. Skatterdiagram som viser samvariasjon i bruk av forbedringsmetoder og kategoriene for vedvarende forbedring i prosjektene, samt spredningen i denne samvariasjonen. (N=60).

Tabell 2 viser i hvilken grad "De beste" og "De uheldige" skårer seg i forhold til bruk av målinger. Gjennomsnittet for "De beste" er 4,0 (SD = 2,2) og for "De uheldige" 2,6 (SD =1,7). Det er signifikant forskjell mellom gjennomsnittene av de to datasettene ($p < 0,01$).

Tabell 2. Variasjoner mellom "De beste" og "De uheldige" i hvilken grad de har brukt målinger til informasjon og styring i prosessen



Kommentarene fra respondentene i spørreundersøkelsen gir dybde til dataene:

- Lean-metodikk har vært meget nyttig for å skape prosess, engasjement og kultur - med respekt for pasientens behov som utgangspunkt.

- *Tidspress og mangelfull strategi for implementering har nok forsinket prosessen, noe som det nå tas tak i.*
- *For liten spredning – var ikke organisert godt nok.*

Flere av "De beste" har kommentert at de har laget en plan for spredning. Fra "Resten" er det kommentarer på at spredningen ikke er organisert godt nok.

Prosjektgruppe

Prosjektgruppene hos "De beste" har fungert godt, slik denne kommentaren viser

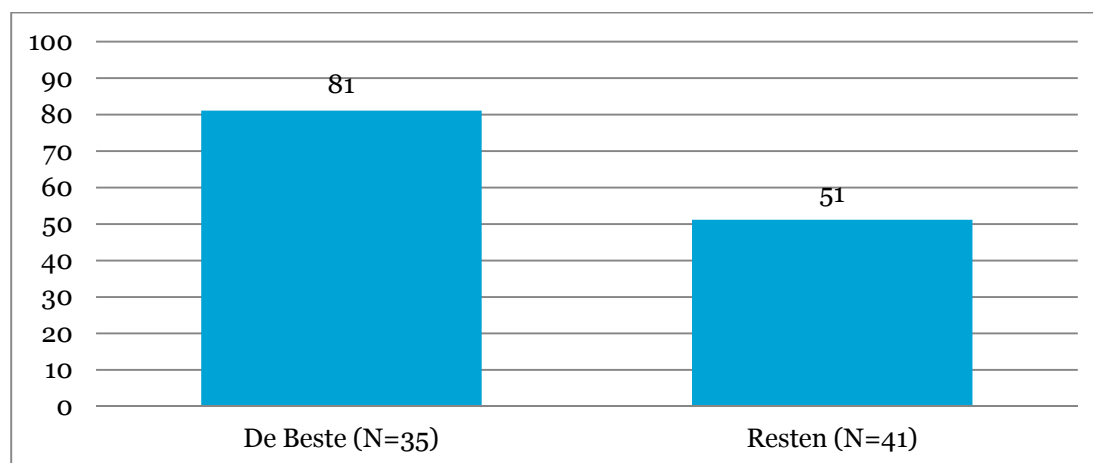
- *Dette er et prosjekt vi alle deltakere har løftet sammen. Det har vært en viktig drivkraft å rette fokus på velkjente tema og gjøre dette morsomt og selvutviklende. Et flott samarbeid på tvers av grupper og forvaltningsnivåer og ulike real- og erfaringskompetanse. God dialog og nysgjerrighet på hverandre har gjort dette mulig.*

Kun 2,8 % av "De beste" prosjektgruppene har opplevd problemer i samarbeidet, mens 20,8 % av "De uheldige" har opplevd dette ($p < 0,05$).

Skifte av prosjektledere hadde skjedd i 15 % "De uheldige" prosjektene og i 5 % av "De beste" prosjektene.

Brukermedvirkning

Av "De beste" har 81 % med brukerne, mens i "Resten" av utvalget har 51 % med brukerne, slik figur 14 viser. Forskjellen mellom utvalgene er signifikant med ($p < 0,01$).



Figur 14. Brukermedvirkning i "De beste" prosjektene og "Resten" i %.

35 % av alle prosjektene har ikke hatt med brukere av ulike årsaker. Dette utgjør 28 prosjekter: 17 av disse oppgir at det ikke var aktuelt, 5 svarer at de i ettertid ser at brukerne burde vært med, mens 3 ikke fikk tak i representanter og 3 oppgir andre årsaker. Det er altså til sammen 8 av de 28 prosjektene som hadde ønsket at de hadde hatt med brukere.

Totalt 7 prosjekter svarer at de hadde utfordringer med hensyn til brukermedvirkningen, og 2 av prosjektene var blant "De beste". 4 prosjekter forklarer dette med at prosjektgruppen i for liten grad tilrettela for at brukeren kunne bidra positivt og 3 prosjekter svarer at brukeren trakk seg ut

på grunn av sykdom. To prosjekter opplyser at brukermedvirkningen fungerte dårlig fordi brukeren manglet erfaring eller kompetanse til å bidra positivt, og i ett prosjekt skyldes det at brukerens egne negative erfaringer var for lite bearbeidet.

I de prosjektene hvor brukerne har vært med finner vi ingen signifikante forskjeller mellom "De beste" og "Resten" på i hvilken grad brukerne var aktivt involvert i prosjektet.

Vi finner imidlertid at "De beste" prosjektene har involvert brukerne i et bredere spekter av aktiviteter enn "Resten", ved at brukerne har vært involvert i 65 % flere aktiviteter i "De beste" prosjektene. Forskjellen er signifikant ($p < 0,05$).

Kommentarer fra spørreundersøkelsen gir dybde til resultatene:

- *Brukerorganisasjonen og brukerrepresentant var de sterkeste pådriverne og gode rådgivere.*
- *Lærte av dette prosjektet at brukerrepresentanten må kunne representere bredere og i større grad ha kompetanse om samhandlingsreformens intensjoner. Tok det videre til neste prosjekt og fikk da en meget dyktig brukerrepresentant.*
- *Mange pasienter fra andre kulturer (obs dette er selvfølgelig ikke kategorisk) vil ikke bidra på den måten som helsetjenesten i Norge vektlegger – ved å stå fram som "rollemodell" med sine erfaringer i gruppe til andre pasienter. Sykdom forbindes ofte med skam og "straff" og de vil derfor ikke eksponere seg og sin familie. Vi har derimot meget gode erfaringer med å legge til rette for brukermedvirkning underveis i kurset, slik at den enkelte deltaker medvirker ift egen situasjon.*

Infrastruktur

En av faktorene som vi ønsket å måle i spørreundersøkelsen var i hvilken grad prosjektene opplevde at infrastrukturen støttet endringene.

Her svarer 41 % av alle prosjektene at infrastrukturen støtter endringene "i stor grad", 46 % svarer "middels" og 13 % svarer "i liten grad".

Blant dem som svarer "i liten grad" finner vi utfyllende kommentarer som gir dybde til svarene. Kommentarene er forkortet:

- *Prosjektet gjorde pionerarbeid med å utvikle elektronisk samhandling i den prehospitale verdikjeden. Prosjektet strandet dessverre da vi ikke fikk noen som ønsket å hjelpe oss. Ingen i Sykehuspartner, meldingsløftet eller KITH kunne hjelpe oss med å få til overføring av data da man jobbet etter samspill 2.0 strategi. I den strategien er ikke legevakt, ambulanse og AMK nevnt.*
- *Prosjektet er endt opp som et nytt nytteløst arbeid som er smuldret opp på grunn av mangler på beslutninger og satsninger. Dette synes de inspirerte deltakerne på workshopene og i prosjektgruppen er trist.*
- *Prosjektet har vist at selv om absolutt alle parter, både lokalt, regionalt og nasjonalt, understreker viktighet av å etablere robuste kontaktpunkter for kommunikasjon mellom*

tjenestenivåene er det allikevel vanskelig å etablere og vedlikeholde dette. Selv noe så enkelt som telefon- og e-post lister til fastlegekontor og legevaktsentraler viser seg vanskelig å få til uten nasjonale krav og nasjonal metodikk.

- *Prosjektet vårt har langt på vei bekreftet at mange prosjektmål ikke kan nåes kun via lokal metodikk. Vi vil søke å kommunisere dette, også inn mot direktorat og departement, slik at våre erfaringer kan bli en del av beslutningsgrunnlaget i det videre arbeidet.*
- *Lover og retningslinjer, med økonomiske virkemidler endrer praksis mest.*
- *Ingen sentrale parter ønsket å hjelpe oss, hverken HSØ eller Helsedir. Vi ble avvist av meldingsløftet da dette var utenfor deres mandat. Leverandørene ønsket ikke å lage integrasjoner da det ikke var noen nasjonale meldings standarder for akutt/Øhjelp. Vi forespurte KITH om de kunne hjelpe oss men dette var utenfor deres mandat da de jobbet med fastlege-sykehus meldinger.*
- *Prosjektet ble vellykket, men det er problemer i forhold til datatilsyn med å få det implementert. Manglende forståelse for ideen har bremsset videre klinisk testing.*

Ressurser

23 % av prosjektene oppgir for lite tid som en hindring og 11 % oppgir mangel på penger. 10 % synes mangel på personell har hindret prosjektet.

Kommentarer fra spørreundersøkelsen knyttet til ressurser:

- *Avdelingsarbeid har gjort at enkelte har uteblitt fra mange møter i prosjektgruppa.*
- *Prosjektet ble ikke gjennomført pga manglende økonomiske ressurser i helseforetaket.*
- *Ikke implementert på grunn av sviktende økonomisk grunnlag hos den ene kommunale parten.*
- *Prosjektet ble muliggjort pga økonomisk støtte!*
- *Periodevis problemer med å sikre finansieringen.*

Nøkler for å lykkes

Det var 43 deltakere på dialogkonferansen, hvorav 18 prosjektledere, 20 medarbeidere og 5 brukere. Det var vanskelig å rekruttere brukerrepresentanter og halvparten av de påmeldte brukerne meldte dessverre forfall på grunn av sykdom.

Her oppsummeres notatene fra arbeidet med Appreciative Inquiry.

Nøkkelområdene er prosjektledelse, forankring og aktiv involvering, brukermedvirkning, samarbeid i prosjektgruppa, forbedringskunnskap og økonomisk støtte.

I tillegg presenteres deltakernes innspill om behov for forskning og deres råd til Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektledelse

- Prosjektleder har en nøkkelrolle og blir ofte valgt ut svært tidlig i prosessen. For større prosjekter er det en forutsetning at prosjektlederen frigjøres helt eller delvis for annet arbeid. Det er nødvendig for å lede prosessen gjennom planlegging, gjennomføring, rapportering og eventuell spredningsfase.
- Prosjektlederen er en viktig rollemodell og inspirator som må vise engasjement og sørge for å gi god informasjon og mobilisere ressurser - både innad i prosjektgruppa og til ledere, fagfolk og brukere hos de deltakende partene.
- Lederegenskaper må brukes for å sikre en god struktur på arbeidet for prosjektgruppa, samt skape rom for innspill og engasjement hos alle parter, slik det ble uttrykt: - *Å være strukturert og samtidig la ting blomstre.*
- Kompetanse i forbedringsverktøy og metoder er viktig for å arbeide systematisk og målrettet, samt kunne vurdere og dokumentere resultatene av prosjektet. Denne kompetansen bør deles med resten av prosjektgruppa, slik at alle blir i stand til å bidra. Det er også viktig å kjenne feltet godt, både pga innsikt, troverdighet og for å kunne jobbe i nettverk.
- Å søke prosjektmidler for å sikre rammevilkårene er en viktig utfordring som ofte prosjektlederen har et hovedansvar for. Det er en nøkkel å beskrive prosessen og metoder som skal brukes, samt klare mål med milepæler og frister. Tidsfristene bør imidlertid være fleksible, slik at det er rom for improvisasjon for å møte virkeligheten.
- Mange baller i luften må kunne håndteres og man må tåle motbakker. Ingen prosjekter er like, og den kloke prosjektlederen har erfaring som gjør vedkommende i stand til å utnytte mulighetene, samtidig som man forstår begrensingene, slik dette sitatet beskriver: - *Prosjektleder må spre optimisme med realisme – hva kan vi få gjort innenfor disse rammene.*
- Prosjektlederen har en sentral rolle i arbeidet med å skape god forankring og involvere alle parter.

Forankring og aktiv involvering

- God forankring og aktiv involvering hos alle deltakende parter krever fortløpende innsats gjennom alle faser i prosjektet. - *Det er lett å forankre prosjektet, men vanskelig med aktiv involvert forankring.* Dette må man sette av mye tid til.

- Reelle behov for bedre tjenester for brukerne, som man må samarbeide om for å løse, bør være utgangspunkt for arbeidet, og må *knyttes til faglige og politiske føringer*.
- - *Opplevelse av felles ansvar og eierskap* er en forutsetning for at partene skal prioritere arbeidet og sikre framdriften.
- - *Toppledere må eie prosjektet* når mange parter skal samarbeide. En prosjektleder formulerte det slik: - *Det holder ikke å snakke med apekatten, du må snakke med lirekassemannen*. Det er toppledelsen som prioriterer å bruke ressurser til arbeidet og som kan sende tydelige føringer nedover i systemet.
- Styringsgruppe med toppledere fra de ulike partene - inkludert brukerne – bør ta overordnede beslutninger om ressursbruk, målsetting og liknende i større prosjekter og også ta avgjørelser hvis det oppstår uenigheter. Det er et klokt grep for å skape eierskap hos topplerne er at prosjektlederen gjennomfører intervju med den enkelte leder før oppstart, samt holder kontakt fortløpende.
- Politisk forankring for større prosjekter kan også være viktig for å sikre videreføring, spesielt hvis overordnede rammer blir forandret underveis og / eller tjenestene blir rammet av omorganiseringer og lederskifter.
- Ledelsen på alle nivåer hos partene må også ha tro på prosjektet og forstå betydningen av at de selv aktivt må støtte arbeidet og formidle verdien av det. Noen av deltakerne på dialogkonferansen pekte på at det ofte er langt fra topp til bunn og at det vanskeligste kan være å forankre prosjektet hos mellomledelsen: - *Mellomlederne kan ofte synes at tilbudet er godt nok og kan ha fokus på å få hverdagen til å gå rundt - istedet for å støtte prosjektet*. Dette kan motvirkes ved at toppledelsen sender tydelige signaler til lederne under seg om at arbeidet skal prioriteres. Prosjektleder eller deltakerne i arbeidsgruppa bør også ha jevnlig møter med lederne, slik at lederne får god kjennskap til prosjektet og kan bidra aktivt til å støtte prosjektet.
- Informasjonen om hva arbeidet går ut på må være konkret og forståelig og likeledes hvorfor det må prioriteres. Det er viktig å gå tidlig ut for å informere ledere, fagmiljø og brukerrepresentanter om prosjektet og - *selge inn prosjektet med brask og bram*. Fortløpende informasjon og erfaringsdeling, samt muligheter for - *innspill må sikres for alle involverte parter*.
- - *Prosjektlederen har et hovedansvar, men det er nødvendig å mobilisere alle gode krefter* i det omfattende arbeidet dette er. I mange prosjekter har deltakerne i prosjektgruppa tatt ansvar for å sikre involvering, informasjon og opplæring av sine medarbeiderne i det nye tilbudet. Likedan er det en nøkkel å få alle til å bruke sine nettverk for å spe kunnskap og forståelse til de ulike tjenestene.
- Dokumenterte resultater bør vises fram til alle interessenter tidligst mulig, for å vise at arbeidet virkelig fører til bedre tjenester.
- De ulike fagmiljøene som berøres må involveres aktivt underveis og ha mulighet til å bidra med innspill. Det er nødvendig å tåle motstand og bruke denne konstruktivt. - *Å ha en høy frustrasjonserskel er nyttig*. Noen av prosjektene hadde hatt møter med alle faggrupper, mens andre valgte å arrangere seminarer eller dialogkonferanser for å nå flest mulig.
- Brukerorganisasjoner og brukermiljøer bør være involvert helt fra starten av for å sikre eierskap og rekruttere deltakere til arbeidsgruppe og styringsgruppe.

Brukermedvirkning

- Betydningen av brukermedvirkning i samhandlingsprosjekter kan være svært stor. Dette ble illustrert da gruppene skulle oppsummere arbeidet med dette temaet: - *Brukermedvirkning skaper avhengighet; når fagmiljøet får erfaring med brukermedvirkning får de lyst på mer.*
- En god brukerrepresentant beskrives som en som selv hadde gått veien og kjent sykdommen på kroppen, har bearbeidet erfaringene og også kan representere andre.
- - *Tydelighet fra brukerne og lydhørhet for deres budskap er en forutsetning, samt at det er gjensidig respekt mellom brukere og de andre.* Dette innebærer også at man stiller krav til brukere på samme måte som til andre.
- Fullverdig deltakelse bør sikres helt fra begynnelsen, både i prosjektgruppa og i eventuell styringsgruppe.
- Prosjektlederne har et særskilt ansvar for å legge til rette for aktiv brukermedvirkning.
- Tydeliggjøring av pasientens og pårørende behov er et viktig bidrag, blant annet fordi det viser nødvendigheten av samhandling. Det gir også vitalitet, bidrar til at arbeidet kommer nærmere virkeligheten og blir personlig og nært. Samtidig gir det næring til å utvikle en felles kultur med utgangspunkt i pasientenes behov.
- - *Formidling av egne erfaringer med sykdom og mestring oppleves nyttig både i opplæring av helsepersonell og brukere.* Denne ressursen er en nødvendig byggestein i utvikling av tilbudene ved Lærings og mestringssentere, men er også nyttig i andre sammenhenger.
- Brukernes erfaringskunnskap er et nødvendig element i kunnskapsbasert praksis. Når erfarings- og profesjonskompetanse møtes gjennom meningsutveksling og dialog -*utvikles felles kunnskap og forståelse som skaper synergi og tetter igjen hull av misforståelser.*
- At brukere stiller spørsmål ved bruk av uforståelige faguttrykk har vært viktige bidrag i mange av prosjektene.
- Minoritetshelse og utvikling av nye tilbud innenfor dette feltet har vært tema i flere prosjekter. Brukerne her har utfordret etablerte fordommer og misforståelser ved å synliggjøre fagmiljøets behov for mer kunnskap om minoritetshelse. De etterspurte dokumentasjonen på nytten av tiltakene og foreslo å lage epidemiologiske statistikker basert på landsbakgrunn. Det er for eksempel store forskjeller i utbredelse av diabetes mellom ulike landsbakgrunn; det er mange fra Pakistan og nesten ingen fra Vietnam.
- Brukere har også vært sentrale i å utvikle brukerdrevne tilbud; selvhjelpsgrupper og grupper som arbeider forebyggende med egen helse. Dette er billige og virksomme supplementer til helsetjenesten, hvor fagfolk fra ulike tjenester bidrar med å informere om tilbudet, rekruttere deltakere og praktisk tilrettelegging.
- I tillegg til at brukerne har en viktig rolle i planlegging og gjennomføring av prosjektene er de bidragsytere i spredningsarbeidet, gjennom å formidle informasjon om det nye tilbudet og verdien av det.

Samarbeid i prosjektgruppa

- Deltakere bør rekrutteres fra alle deltakende parter, fordi de bringer med seg erfaringer, perspektiver og kultur inn til gruppa: - *Prosjektgruppen er bindeleddet i eget system.* Deltakerne har også medansvar for å sikre involvering, informasjon og opplæring av medarbeiderne i det nye tilbudet.

De ulike yrkesgruppene og brukere bør også være representert av samme grunn. - *Spesielt interesserte og handlekraftige medarbeidere med vilje og lyst til å delta og evne til nytenkning* gir et godt utgangspunkt.

- Maktbalansen bør være gjennomtenkt og det er viktig at aktørene bruker tid til å bli godt kjent med hverandre. Det er nødvendig med tidlig avklaring av mandat og mål, samt av forventninger til hverandre og den enkelte.
- Møtene bør planlegges i god tid og være godt forberedt. Lengden på møtene må tilpasses de mulighetene deltakerne har; for eksempel må fastleger ha korte møter for å kunne delta. Det er et klokt grep å sende ut materialet på forhånd, slik at tiden kan brukes til å skape størst mulig delaktighet.
- En samhandlingskultur preges av likeverdighet, respekt og tillit og kan utvikles gjennom mange kloke grep: Tydelige kommunikasjonsregler med taletid til alle og fokus på å lytte til hverandre, åpenhet, nysgjerrighet og trygghet for å gjøre feil, utfordre hverandre konstruktivt, ha respekt for hverandre og gjøre det som ble avtalt. Sist - men ikke minst - ble det framhevet at prosjektgruppa bør ha det hyggelig sammen og feire alle delmål og mål; – *Struktur, resultat, fest og moro!*
- For å utvikle en felles faglig plattform har det vært brukt flere nøkler: Kontakt med andre som har gjennomført lignende prosjekter, deltakelse på konferanser om kvalitetsforbedring, studiebesøk eller hospitering hos hverandre. Andre viktige suksessfaktorer er veiledning utenfra på forbedringsarbeid og / eller prosessen i prosjektgruppa. Noen prosjekter hadde gode erfaringer med hjelp fra reklamebyrå eller designere for å få innsikt i brukernes behov og legge til rette for kreativitet. Mulighet for å søke priser eller presentere prosjektet med poster eller foredrag på konferanser oppleves også som stimulerende.

Forbedringskunnskap

I det siste gruppearbeidet ba vi prosjektmedarbeiderne om å dele sine mest lærerrike erfaringer med å bruke metoder og verktøy (inkl måleverktøy) og hvilken betydning dette hadde hatt. - *Hva menes med metoder og verktøy?* Det viste seg at svært mange av dem ikke forsto spørsmålet, selv om vi prøvde å bruke andre ord på det. Flere sa at de ikke engang visste at det fantes slike metoder. Noen ga uttrykk for at de var blitt kastet ut i prosjektarbeid uten å ha nødvendig kompetanse eller få tilbud om opplæring i dette.

Det kom allikevel fram noen nøkler også på dette området:

- Tre beslektede metoder - [PDSA-sirkelen](#), [LEAN](#) og [Modell for kvalitetsforbedring](#) - hadde vært nyttige for å få bedre oversikt over arbeidet, gjøre problemene håndterbare, samt sikre at man kom gjennom alle stadiene i forbedringsarbeidet.
- Flere prosjekter hadde oversatt kunnskapsbaserte opplegg til norsk.
- Når det gjaldt verktøy for å få fram brukernes behov og evaluering av tilbudet, var det flere som hadde hatt nytte av [fokusgruppeintervju](#) for å evaluere tilbudet og komme med forslag til forbedringer. I enkelte prosjekter ledet brukerne selv gruppa. Andre fortalte at de evaluerte arbeidet fortløpende i forhold til tilbakemeldinger de får underveis, uten at dette ble dokumentert.
- Noen hadde avtaler med høyskole eller andre forskningsmiljøer om følgeforskning eller ekstern evaluering.

- Det ble ellers nevnt som et klokt grep at man fokuserte på muligheter og at det var nyttig å bruke nettverk for å få fram ulike perspektiver og ideer.
- Samarbeidsavtale mellom kommune og sykehus må være på plass, og underavtaler og rutinebeskrivelser er viktig. Klare ansvarsforhold og roller, samt struktur for samarbeid bør beskrives.
- For å sikre implementering og spredning hadde de laget kurs, opplæringspakker, e-læring osv som var gjennomarbeidet og lett tilgjengelige. Det kom også fram gode erfaringer med å bruke mange informasjonskanaler i spredningen; nettverk, media, samt å få flest mulig med brukerkompetanse til å videreformidle informasjon om og verdien av det nye tilbudet.
- [Nytenkning og kreativitet](#) har også stor verdi i utviklingsarbeid. Det er en nøkkel å lage et fengende prosjektnavn som er lett å huske. Utvikling av en felles logo, egne T-skjorter, samt bruk av medier, nettsider og Facebook er viktige grep i spredningsarbeidet. Et konkret kreativ grep nevnes til slutt: - *Noen fikk drosjesjåfører til å spre informasjon til målgruppen.*

Økonomisk støtte

Gjennom dialogkonferansen trakk deltakerne flere ganger fram betydningen av eksterne midler og at arbeidet prioriteres av toppledelsen.

- Frikjøp av prosjektlederen ble beskrevet av flere som en forutsetning for å kunne lede og styre prosjektet.
- Sekretærfunksjonen er også ofte arbeidskrevende og trenger frikjøpt tid.
- Noe frikjøpt tid for alle deltakerne i gruppa muliggjør aktivitet og er motiverende for arbeidet. – *Folk blir glade av å være med i prosjekter som fungerer, og derfor kan det være positivt å pushe hvis det er satt av tid til det.*
- Deltakelse på konferanser, studietur, innleie av veileder, reklamebyrå eller andre ble beskrevet som verdifullt for prosjektet, men forutsetter at det er økonomisk mulig.
- Midler til implementering av resultatene ble også beskrevet som avgjørende.

Behov for forskning

På slutten av dialogkonferansen ble deltakerene spurt om hva de mener at det bør forskes på innenfor samhandling. Det var stor enighet om at brukarmedvirkning var det området som burde prioriteres, og det ble foreslått flere spørsmål man ønsket svar på:

- Hvilken betydning har det hatt for brukerne å ha vært med? Helseeffekt for dem?
- Hvilken betydning har det hatt for resultatene?
- Hvilken betydning har det for tryggheten til yrkesutøveren å ha hatt med brukere?
- Effekt av at helsepersonell får opplæring av brukerrepresentanter.

Andre temaer som ble foreslått:

- Forskningsmiljøene har liten kontakt med minoritetsmiljøene. Brukere fra disse miljøene bør være medforskere.
- Forskning for å måle i hvilken grad prosjektene har vedvarende forbedring.

- Gi penger til prosjekt-forskning som er i tråd med de utfordringene som ligger i vår framtidige helsehverdag
- Invitere til forskning om samhandling – hva skal til, hva slags kompetanse snakker vi om, hva er det som virker og hvorfor?

Råd til Helse Sør-Øst RHF

Vi avsluttet dagen med å åpne opp for råd til Helse Sør-Øst RHF.

- De fleste som benyttet denne anledningen pekte på nødvendigheten av å fortsette å lyse ut midler, fordi det er en svært viktig forutsetning for samhandlingsprosjekter. Flere etterlyste at det avsettes midler til videre drift når prosjektet er avsluttet.
- Ledere i HSØ RHF må vise interesse og engasjement overfor prosjektene de har vært med på å igangsette.
- Det kom også inn råd om å sikre at prosjektledere må kunne organisere prosjektet metodisk og at det er behov for å utvikle gode verktøy for prosjekter som er enkle å ta i bruk.
- Brukermedvirkning ble løftet fram som noe man bør satse mer på og at pasientenes behov må være utgangspunktet for alt vi gjør.
- Noen råd gikk på å satse på selvhjelpsgrupper og tilbud for brukere som trenger mest hjelp.
- Prosjekter må avstedkomme overføringsverdi.

Diskusjon

Oppsummering av hovedfunn

De 80 samhandlingsprosjektene er ulike, men har også mange felles trekk. De fleste er store og komplekse prosjekter med mange deltakende parter som arbeider bredt med mange formål og tiltak.

Resultater av prosjektene

De aller fleste prosjektene har i stor eller middels grad lykkes med å nå egne mål og har implementert mange forbedringer. Det er mye som har blitt bedre for brukerne og den største forbedringen er at det har blitt bedre samordning og kontinuitet i tjenestene. Mange har også utviklet tilbud som styrker brukernes mestring, egenomsorg og medbestemmelse. Informasjonen til pasienter og pårørende er bedret, og tjenestene har blitt mer virkningsfulle, tryggere og tilgjengelige.

De fleste prosjektene har også gitt bedre samarbeidsforhold mellom de ansatte: De vanligste forbedringene er at de har blitt bedre kjent med hverandres tjenester og at det har blitt lettere å ta kontakt. Mange opplever i større grad å arbeide mot felles mål, har fått flere samkjørte rutiner og retningslinjer, og arbeider på en mer koordinert og rasjonell måte med en riktigere arbeidsfordeling. Noen oppgir også at de sparer tid og / eller penger, samt at det har blitt mindre rot og feil.

Over halvparten av prosjektene har lykkes i stor grad med å spre sine samhandlingsløsninger, og litt færre har videreutviklet tiltaket til nye målgrupper. Flere har kommentert at det er gode muligheter for spredning og videreutvikling.

Svært mange prosjekter har hatt kompetanseutvikling som et formål og har lykkes i stor grad med dette. Kompetanseutvekslingen gjelder både mellom ansatte i ulike tjenester og mellom ansatte og brukere. Det er interessant å se at også de som ikke har definert dette som et formål har rapportert om en middels utvikling av kompetanse.

Faktorer som hemmer og fremmer

Omorganisering er beskrevet som den vanligste hemmende faktoren, og rammer like ofte "De beste" prosjektene som "Resten". Det samme gjelder lederskifte, og flere prosjekter blir stanset eller utsatt på grunn av disse to faktorene.

Dårlig forankring hemmer også en fjerdedel av prosjektene, og her er det store forskjeller mellom "De beste" og "De uheldige". "De beste" har utdypet nøklene til god forankring; systematisk, tid-

krevende arbeid gjennom hele prosjektet for at alle deltakende parter skal ha et eierforhold og være aktivt involvert.

Lederne spiller en avgjørende rolle for prosjektene, og spesielt topplederne har stor betydning. Men også de andre ledernivåene kan hemme eller framme prosjektet, avhengig av om de prioriterer bruk av ressurser og viser aktiv støtte gjennom sin væremåte og sine handlinger (5) (7) (8).

Prosjektlederen er en fremmede faktor for å lykkes med arbeidet. "De beste" har beskrevet at prosjektlederen er en viktig rollemodell og inspirator som lykkes ved å legge til rette for innspill og engasjement fra alle parter, samt sørger for systematikk og struktur.

Brukermedvirkning er en viktig fremmede faktor. "De beste" prosjektene har i større grad hatt med brukerne, har brukt dem mest systematisk og bredt, og definerer dem til å ha nøkkelroller med stor betydning. De beskriver at brukerne bør delta gjennom hele prosjektet og at de bidrar på mange ulike måter. Blant de prosjektene som ikke hadde med brukere, er det fjerdedel som hadde ønsket å ha dem med.

Dårlig kultur og konflikter er hemmende faktor i noen prosjekter, men mange har lykkes i å utvikle en samhandlingskultur preget av likeverd, tillit og respekt. Prosjektene har i stor grad utviklet en slik kultur uavhengig av om de hadde det som formål eller ikke. "De beste" har lykkes i større grad enn "Resten", og beskriver at dette skyldes godt samarbeid i prosjektgruppene, hvor de bevisst har skapt en trygg og hyggelig atmosfære preget av nysgjerrighet, åpenhet og respektfull kommunikasjon.

Manglende kompetanse i [forbedringsmetodikk](#) ble oppgitt som en hemmende faktor, spesielt hos "De uheldige". På dialogkonferansen kom det imidlertid fram at mange av deltakerne fra "De beste" faktisk ikke engang visste at det fantes slike verktøy og metoder. Forbedringsmetodikk ble beskrevet som fremmede av noen ved at det gir hjelp til å lede prosessen gjennom de ulike fasene, kartlegge prosessene og dokumentere resultatene.

Ressurser i form av eksterne midler, prioritert tid fra topplederne, samt tilstrekkelig personell er faktorer som er fremmede. Dette er faktorer som i større grad er til stede i "De beste prosjektene".

Manglende nasjonal tilrettelegging er en faktor som har stanset flere prosjekter som har arbeidet for å bedre elektroniske samhandling.

Diskusjon av hovedfunn

Funnene i spørreundersøkelsen ble i stor grad bekreftet og utdypet på dialogkonferansen.

Omorganisering og lederskifte

Omorganisering og lederskifte oppgis som den hyppigste hindringen for prosjektene. Dette har hatt avgjørende konsekvenser for noen prosjekter, og prosjektene kan ikke påvirke disse. Dette oppleves som mangel på ansvar fra ledelsen og gir desillusjonerte medarbeidere. Hvis man vet at

en større omorganisering er på trappene, er det sannsynligvis best å vente med å starte opp prosjekter til omorganiseringen er gjennomført.

Omorganisering rammer like ofte "De beste" som "Resten" og "De uheldige", og dette er et meget interessant funn. Vi tror at "De beste" prosjektene har lyktes til tross for omorganisering og lederskifte fordi de har arbeidet systematisk og godt med å styrke de fremmende faktorene som er mulig å påvirke.

Vi vil understreke at vi ikke vet noe om graden av omorganisering er forskjellig i de tre utvalgene.

Forankring

Forankring er betydelig bedre hos "De beste" enn hos "De uheldige", og et utsagn som beskriver dette er; - *Det er lett å forankre prosjektet, men vanskelig med aktiv involvert forankring.* Dette sitatet illustrerer at god forankring er krevende og fordrer aktiv involvering av alle parter. Når ledere, medarbeidere og brukere virkelig har forstått behovet for å arbeide sammen om å løse en felles utfordring og føler et felles ansvar og eierskap, har dette en meget stor betydning for å lykkes. Det er avgjørende at ledelsen aktivt støtter prosjektet og prioriterer å bruke ressurser til det. Dette funnet underbygges av forskning og litteratur (5) (6) (7) (8).

Kultur

Kultur for samhandling er en annen interessant og viktig nøkkel: "De beste" har i større grad enn de andre utviklet en samhandlingskultur. Vi har sett at kulturen påvirkes positivt av samhandlingsprosjekter, uansett om det er et definert formål eller ikke. Dette kan tolkes som at samhandlingsprosjekter i seg selv påvirker kulturen på en positiv måte, fordi man handler seg inn i en felles praksis og dermed en felles tenkemåte. Det kan synes som om formål og tiltak er underordnet *måten* man samarbeider på. "De beste" utdypet at de gjorde mange bevisste grep i sine prosjekter for å fremme kulturen og samhandlingen. Litteratur og forskning underbygger kulturens betydning for å lykkes med kvalitetsutvikling og framhever også [ledernes viktige rolle](#) (8).

Kunnskap om metoder og verktøy

Forbedringsmetoder og verktøy er viktige hjelpemidler for å jobbe systematisk med å forbedre tjenester og dokumentere arbeide (5) (6) (7) (17). Dette temaet fikk derfor en naturlig plass i spørreundersøkelsen og dialogkonferansen.

I spørreundersøkelsen ba vi prosjektene skåre seg selv på en skala fra 1-7 ift

"I hvilken grad dere har lyktes med å nå prosjektets egne målsetninger?"

I tillegg ba vi dem plassere seg i en av seks kategorier som beskrev ulike nivåer på

"I hvilken grad dere har oppnådd en dokumentert vedvarende forbedring?"

I utviklingen av spørreundersøkelsen vurderte vi disse to spørsmålene som to sider av samme sak. Det var derfor overraskende at en relativt stor andel av prosjektene som oppga å ha nådd sine egne mål ikke hadde dokumentert resultatene av sitt arbeid. I analysen fant vi også at svarene på disse to spørsmålene hadde liten eller ingen samvariasjon med hverandre. Vi kunne med andre ord ikke se at en høy grad av måloppnåelse hadde sammenheng med en høy kategori for dokumenterte vedvarende forbedringer.

Vi kan selvsagt ikke utelukke at deler av denne manglende samvariasjonen kan tilskrives designet av spørreundersøkelsen.

En annen forklaring på hvorfor opplevet måloppnåelse og grad av dokumenterte forbedringer opptrer med liten samvariasjon kan være at selv om mange prosjekter har nådd egne mål, så har dokumenterte resultater uteblitt på grunn av at linjeorganisasjonene har latt være eller selv har blitt forhindret i å videreføre resultatene. Flere av kommentarene i både spørreundersøkelsen og fra dialogkonferansen kan tyde på at dette også er en del av forklaringen.

En tredje sannsynlig forklaring på dette kan være at mange i liten grad kjente til metoder og verktøy for forbedringsarbeid, slik det kom frem på dialogkonferansen.

Kategoriene for å måle hvor langt prosjektene har kommet, er utviklet for selvevaluering av prosjekter som har deltatt i [gjennombruddsprosjekter](#) (14). I gjennombruddsprosjektene får teamene systematisk undervisning og veiledning i forbedringsmetodikk og [målinger](#) for dokumentasjon (5) (6) (17). Prosjektene i vårt utvalg har ikke fått tilbud om undervisning og veiledning underveis, og vi vet ikke hvor mange team som selv har skaffet seg dette.

Disse kategoriene favoriserer dem som kan dokumentere vedvarende forbedring, og det er lett å forstå at de som ikke har brukt målinger må plassere seg i en lavere kategori. Dermed kan det bli en manglende sammenheng mellom opplevet grad av måloppnåelse og grad av faktisk dokumenterte forbedringer.

For å få et bilde av hvordan ulike aspekter av forbedringsmetoder og verktøy samlet sett samvarierte med kategoriene for vedvarende forbedring ble indeksen “Bruk av forbedringsmetoder” brukt. Denne rommer seks faktorer fra ulike deler av forbedringsarbeidet. “Bruk av forbedringsmetoder” har en god samvariasjon med kategoriene. Dette gir oss en indikasjon på at økt bruk av forbedringsmetoder og verktøy bidrar positivt til å klatre oppover i kategoriene mot det øverste målet: *“Betydelige forbedringer er målt, og forbedringen har fått gjennomslag i systemet og forventes å bestå etter prosjektslutt.”*

Som en naturlig forlengelse av dette fant vi at den fremmende faktoren som skilte best mellom “De beste” og “De uheldige” var: *“Målinger ble brukt til informasjon og styring i prosessen.”* Denne faktoren hadde også den sterkeste korrelasjonen med kategoriene for vedvarende forbedring fra IHI (14). De prosjektene som hadde lyktes best hadde også målt mest, og de kunne i større grad vise til dokumenterte resultater.

Det er god grunn til å tro at det er lettere å få gjennomslagskraft i overgangen fra prosjekt til drift når vellykkede resultater fra prosjektarbeidet er dokumentert med troverdige og forståelige metoder.

Det er flere grunner til at dokumentasjon av forbedringer er viktig; samhandlingsprosjekter krever betydelige ressurser, dokumentasjon vil også gi bedre grunnlag for videreutvikling og spredning av forbedringer, samt gi grunnlag for forskning.

Brukermedvirkning

Betydningen av brukermedvirkning blir beskrevet som stor både i spørreundersøkelsen og på dialogkonferansen. Betydningen øker jo mer de deltar og jo bredere de blir brukt. En fjerdedel av prosjektene som ikke hadde med brukere ser i ettertid at de burde hatt dem med, men de fleste begrunner manglende deltakelse med at det var uaktuelt. Det var imidlertid flere andre prosjekter som arbeidet med de samme formålene som hadde med brukerrepresentanter og rapporterer at det i stor grad har bidratt positivt til prosjektet. Man kan derfor spørre seg om ikke flere av prosjektene også kunne ha hatt nytte av å få med brukere, i tråd med kriteriene for tildeling.

I evalueringen av resultatene har over halvparten fått fram brukernes syn gjennom spørreundersøkelser, intervju, fokusgrupper og dialogkonferanser. Det er imidlertid mange som ikke har gjennomført systematisk evaluering av brukernes erfaringer i prosjekter som influerer på dem. Noen har kommentert at brukerne har gitt muntlige tilbakemeldinger eller takket for kommunenes gode tilbud i annonser i avisa. Dette kan ikke sies å være tilstrekkelig, og underbygger behovet for mer kunnskap i metoder og verktøy for kvalitetsutvikling.

Deres medvirkning i utvikling av spørreskjema eller intervjuguide oppgis å gjøre at spørsmålene blir bedre. I enkelte prosjekter har brukerne også ledet fokusgrupper for å kartlegge behovet for forbedring eller evaluere tiltak som er iverksatt, og dette blir fremhevet som positivt for prosjektene. Dette tyder på at potensialet i brukerinvolvering ikke er fullt utnyttet (5) (18).

Helsetjenesten i Alaska har dokumentert store forbedringer, også på samhandling, ved å satse på systematisk brukerstyrt forbedring (19).

Økonomi og tid

Vi har sett at økonomisk støtte til samhandlingsprosjekter svært ofte er en god investering. "De beste" har fått mest støtte og det er mange som har kommentert at dette er en forutsetning for arbeidet. Vi vet ikke hvor mye annen støtte de eventuelt har fått fra andre kilder.

For lite tid oppleves som en av de største hindringene i forbedringsarbeidet. Tid kan frigjøres med prosjektmidler gjennom frikjøp av sentrale personer i prosjektgruppa, men kan også prioriteres til forbedringsarbeid av ledelsen. For at forbedringsarbeid skal bli prioritert på denne måten bør det ikke sees på som arbeid som kommer i *tillegg* til jobben, men som en viktig *del* av jobben (5) (8) (19). Viktigheten av å ha tilstrekkelig med ressurser; tid, penger, personell og kompetanse, blir vurdert like høyt av "De beste" som av "Resten" av utvalget.

Det er overraskende at så få har oppgitt at prosjektene sparer penger - til tross for at mange prosjekter har svart at de opplever å arbeide mot samme mål, gjennomfører oppgavene på en mer koordinert og rasjonell måte, har samkjørte rutiner og retningslinjer, sparer tid og gjør mindre feil og rot. Muligens skyldes dette at økonomisk lønnsomhet har vært lite i fokus når man har planlagt prosjektet og det har derfor i liten grad blitt definert som et formål med prosjektene. Det kan igjen henge sammen med at det sjelden blir oppfattet positivt blant helsepersonell å skulle spare penger, mens det å bedre kvaliteten lettere skaper positivt engasjement.

En annen forklaring kan være at de ulike tjenestene har egne og adskilte budsjetter som kompliserer synliggjøringen av eventuelle besparelser (2).

Manglende kompetanse i å gjennomføre målinger vil også bidra til manglende synliggjøring av eventuelle økonomiske gevinster av forbedringsarbeidet (5) (17).

Den engelske helsetjenesten, NHS, har de senere år blitt tvunget til å spare store beløp. Hovedgrepet for å lykkes med dette er en storstilt satsing på systematisk forbedringsarbeid; forenkle prosesser, bruke ressursene på en bedre måte og redusere feil og mangler (20).

Styrker og svakheter ved valgte evalueringsmetoder

Spørreundersøkelsen som ble brukt ble utviklet for å favne de ulike typene prosjekter som hadde fått støtte fra Helsedialog, og innebærer at data for validitet og reliabilitet ikke finnes.

Når det gjelder svarprosenten var det vanskelig å få tak i alle prosjektlederne pga mye omorganisering og utskifting av personalet. Tatt i betraktning av dette og at det har vært vanskelig å spore opp alle prosjektlederne, er svarprosenten tilfredsstillende. Spørreundersøkelsen er i hovedsak besvart av prosjektlederne, slik at resultatene vil være farget av deres referanseramme. I hvilken grad de har svart etter rådslagning med prosjektgruppemedlemmer vites ikke. Dette utgjør en usikkerhet i de svarene vi har samlet inn.

Vi har sett at enkelte begreper har blitt tolket på en annen måte enn det vi har ment. For eksempel har noen tolket brukere som helsepersonell som har nytte av prosjektet og ikke som ment; brukere av helsetjenesten. *”Brukere vil i dette tilfellet si personalet i sykehjem”. ”Brukere er både helsepersonell og pasienter...”* Vi har forsøkt å rette opp slike feil i materialet. Det faktum at funnene fra spørreundersøkelsen i stor grad ble bekreftet i dialogkonferansen styrker imidlertid tilliten vi kan ha til det som har fremkommet.

Funnene i evalueringen skjer på bakgrunn i dette utvalget av samhandlingsprosjekter. Prosjektene er trukket fra en populasjon som har oppfylt kriteriene for tildeling fra Helsedialog. Vi må derfor være varsomme med å generalisere funnene til samhandlingsprosjekter generelt. Et problem i evalueringen er at det var store forskjeller i type, formål og omfang av prosjektene og derfor en usikkerhet om man kan behandle dem samlet. Tross ulikheter har vi funnet og utforsket mange fellestrekk, slik en av brukerne på dialogkonferansen uttrykte: *”Vi har veldig forskjellige prosjekter, men vi har veldig mye til felles.”*

Resultatene av spørreundersøkelsen og dialogkonferansen er samlet inn og analysert av Kunnskapssenteret. Det er regelmessig blitt sparret med prosjektleder fra Helsedialog, som har fulgt prosjektene siden Helsedialog ble opprettet. Dette har vært gjort gjennom å prøve å innta en kritisk holdning til egne synspunkter og etablerte meninger. Det vært etterstrebet stor grad av transparens i databehandlings- og tolkningsprosessen.

To av oss som er forfatterne av rapporten var med å utvikle programmet for Helsedialog. Vi vurderer at dette, sammen med at prosjektleder for Helsedialog også har deltatt i evalueringen, både er en styrke, men også representerer en mulig kilde til bias i tolkning av resultatene. En av oss er også prosjektleder for ett av prosjektene i utvalget som er vurdert å tilhøre kategorien ”De beste”. Vi vurderer dette som uproblematisk, siden den lokale prosjektlederen for pilotprosjektet besvarte spørreskjemaet og deltok på dialogkonferansen. Det er også naturlig å nevne at vi vurderer at vår lange erfaring med kvalitetsutvikling har gjort det lettere for oss å forstå de erfaringene deltakerne rapporterte.

For å bidra til at informasjonen fra deltakerne på dialogkonferansen skulle være best mulig, ble det sendt ut mye informasjon i forkant om temaer de skulle forberede seg å snakke om. Ikke alle prosjektlederne hadde videresendt informasjonen til sine teamdeltakere slik de var bedt om, og noen teamdeltakere uttrykte frustrasjon over det. Informasjonen skulle vært sendt alle direkte.

Mer tid i de parvise intervjuene og gruppediskusjonene ville sannsynligvis ha sikret en større forståelse og styrket kvaliteten på dataene, men ville ha medført at vi måtte ha redusert antall temaer som kunne utforskes. Det er overveiende positive tilbakemeldinger på dialogkonferansen og deltakerne har fått tilsendt referatet for kommentarer og godkjenning.

Kvaliteten på notatene er avgjørende for validiteten på de innsamlede dataene. De fleste av sekretærene var også deltakere, og det er sannsynlig at de ikke har klart å skrive alt som ble sagt i gruppediskusjonene. Alle de håndskrevne notatene på intervjuguidene ble derfor også samlet inn for å fange opp viktige poeng som var falt ut. De sammenstilte notatene ble sendt til deltakerne med oppfordring om å gi tilbakemelding hvis vi har misforstått eller ikke fanget opp noen viktige kloke grep.

En intervjusituasjon blir påvirket av egenskaper og forventninger hos både intervjuer og hos intervjuobjekt. Det vil alltid være en usikkerhet i svaret fra intervjuobjektet. Man kan ikke se bort fra en tendens til å gi et mer positivt inntrykk enn det som er reelt ut fra sosiale og faglige normer og at disse svarene derfor velges hyppigere enn de faktiske forholdene skulle tilsi. Valg av AI som metode på dialogkonferansen kan også ha bidratt til en slik mulig skjevhet.

Konklusjon

Anbefalinger for praksis

Det bør sørges for fortsatt mulighet for økonomisk støtte til samhandlingsprosjekter. Slik støtte er en av suksessfaktorene som kommer tydelig frem i evalueringen, og evalueringen viser at en stor andel av prosjekter som har mottatt støtte, har nådd sine mål. Dette kunne gjøres ved at det settes av øremerkede midler til samhandlingsprosjekter på nasjonalt og regionalt nivå.

Kunnskap om forbedringsarbeid bør styrkes, både i utdanninger og i praksisfeltet. Dette er nødvendig for å kunne dokumenterte resultater og er avgjørende for å vite hvilke endringer i tjenestene utgjør reelle forbedringer som bør videreføres og spres. Bruk av metoder og verktøy i forbedringsarbeid vil også kunne legge til grunn for praksisbasert forskning på samhandlingsprosjekter.

For i større grad å lykkes med samhandlingsprosjekter som iverksetter, bør det legges til rette for veiledning og oppfølging av prosjektgruppene gjennom prosjektperioden, slik det har vært gjort i de nasjonale gjennombruddsprosjektene til legeforeningen og sykepleierforbundet.

God forandring og støtte hos ledelsen har igjen blitt vist å være en viktig faktor i forbedringsarbeidet. Det bør i alle fremtidige ledersatsninger i Norge legges vekt på opplæring i hvordan lederen skal lykkes i å lede til forbedringer i den tjenesten han eller hun leder. I dette arbeidet inngår opplæring i metoder og verktøy i forbedringsarbeid og hvordan man støtter utvikling av en forbedringskultur i organisasjonene. Ved at lederne får økt forståelse av hva som skal til for å lykkes med forbedring av samhandling, vil de også lettere kunne ta ansvar for gode rammebetingelser for samhandlingsprosjekter og ikke starte dette dersom større omorganiseringer planlegges eller gjennomføres.

Involvering av brukerne viser seg å være en nøkkelfaktor i å oppnå forbedret samhandling, og bør i langt større grad involveres i alle faser av forbedringsarbeidet i de aller fleste samhandlingsprosjekter. For at dette skal la seg gjøre bør brukerorganisasjonene styrke rekruttering og opplæring av brukerrepresentanter i praktisk forbedringsarbeid.

Behov for videre forskning

Evalueringen har vist at noen prosjekter lykkes langt bedre enn andre. En del mulige forklaringsfaktorer er belyst. Det er behov for å teste ut betydningen av disse faktorene i nye samhandlings-

prosjekter, der man kunne prøve å styrke faktorer som opplæring i metoder og verktøy i forbedringsarbeidet og brukerinvolvering.

I dette arbeidet kunne man også stimulere til brukermedvirkning i forskningen, slik en konferanse arrangert av Kunnskapssenteret og Forskningsrådet nylig tematiserte. Målet var å inspirere til bedre og mer nyttig forskning ved å involvere brukerne i prioritering, planlegging og gjennomføring av forskningsprosjekter. Representantene fra Helse- og omsorgsdepartementet, helseforetakene og universitetene var enige om at tiden nå er inne for å få med brukerne i hele forskningsprosessen.

Deltakerne på dialogkonferansen uttykte stor enighet om at det viktigste området å forske mer på var brukermedvirkning og foreslo å se på hvilken betydning det har for både brukerne, ansatte og resultatene.

For å øke kunnskapene om faktorer som hemmer og fremmer, kunne man også sette av midler til følgeforskning på samhandlingsprosjekter som mottar støtte. Det bør også forskes på hvordan resultatene fra prosjektene vedvarer.

De økonomiske konsekvensene av samhandlingsprosjekter bør det også forskes på.

Noen kommenterte at det var vanskelig å få fram helheten i de komplekse prosjektene og dette understreker behovet for metodetriangulering med kvalitativ utdypning når forskning på slike prosjekter skal planlegges.

Det anbefales også å sette av midler til følgeforskning, slik at man kan forske på i hvilken grad resultatene fra samhandlingsprosjektene vedvarer.

Referanser

1. Helsedialog. [Online].; 2007 - 2012. Available from: www.helsedialog.no.
2. Grimsmo A. Helhetlig pasientforløp. 2012. Foredrag.
3. McCandless D. Information is beautiful London: Harper Collins publishers; 2009.
4. Berwick DM. [Filmet foredrag fra 19th National Forum, Institute for Healthcare Improvement].; 2007. Available from: <http://www.ihl.org/offerings/VirtualPrograms/OnDemand/SoupwithFork/Pages/default.aspx>.
5. Brandrud AS, Schreiner A, Hjortdahl P, Helljesen GS, Nyen B, Nelson E. Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. BMJ Quality & Safety. 2011.
6. Bakke T, Udness E, Harboe I. Læringsnettverk som verktøy i forbedringsarbeid - en oppsummering av forskning og erfaring. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 23. Oslo: Kunnskapssenteret; 2011.
7. Maher L, Gustavson D, Evans A. Sustainability London: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2007.
8. Maher L, Plsek P, Bevan H. Å skape en kultur for innovasjon. Guide for ledere. NHS, Institute for Innovation and Improvement (2009) oversatt av Trulte Konsmo (2012) London: NHS, Institute for Innovation and Improvement; 2009.
9. Konsmo T. Appreciative Inquiry (AI). [Online].; 2011 [cited 2012 6 15. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/ledelse/kultur/appreciative-inquiry-ai>.
10. Holte H, Gjerberg E, Johansen M. Effekt av organisasjonsutviklingsverktøyet Appreciative Inquiry. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 26. Oslo: Kunnskapssenteret; 2010.
11. Hauger B, Gedde TH, Kongsbak H. Organisasjoner som begeistrer - appreciative inquiry Oslo: Kommuneforlaget; 2008.
12. Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. [Online].; 2005 [cited 2012. Available from: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx>.
13. St.meld. nr. 47; Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid. [Online]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [cited 2012. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
14. Brandrud AS, Helljesen GS, Nyen B. IHI skala for selvevaluering i BREIN (BREakthrough INstrument). 2012..

15. kvalitetsforbedring.no. [Online].; 2011. Available from:
<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring>.
16. Miller GA. The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on Our Capacity for Processing Information. Psychol Rev. 1994; 101:343-52.
17. Nyen B. Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroll (SPC). 2nd ed. Porsgrunn: Kunnskapssenteret; 2009.
18. Konsmo T, de Vibe M..og bedre skal det bli, ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Oslo: Kunnskapssenteret; 2009.
19. Konsmo T. Et brukerstyrt helsevesen - og bedre har det blitt. Porsgrunn: Kunnskapssenteret; 2010 Jan 20.
20. Maher L. Innovation in healthcare, what does it mean and how can we make it happen? In Innovaasjonskonferansen; 2012; Trondheim.
21. Konsmo T, Bakke T, de Vibe M. Med pasientens øyne. Brukermedvirkning – et gjennombrudd for ledere. Porsgrunn: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling; 2009.

Nyttige nettsteder

www.kvalitetsforbedring.no

Dette er et emnebibliotek om kvalitetsforbedring på Helsebiblioteket som beskriver mange ulike metoder, verktøy, eksempler på disse, samt forskning og litteratur. Vi har lagt lenker i teksten til noen av våre verktøy og metoder.

http://www.institute.nhs.uk/sustainability_model/general/welcome_to_sustainability.html

Sustainability av Maher L, Gustavson D, Evans A. er en nyttig guide som beskriver hvilke faktorer som skal til for å lykkes i å skape vedvarende forbedring og hvordan man styrke disse faktorene. På dette nettstedet til NHS kan du bla se videoer om bruk av denne modellen.

<http://www.cfk.rm.dk/udgivelser>

Center for Kvalitetsudvikling i Midt-Jylland har oversatt og selger bla Sustainability; *En guide til fastholdelse af ny praksis*.

Liste over figurer og tabeller

Figur 1. Ordsky ut fra fritekstkommentarene i den gjennomførte spørreundersøkelsen.

Figur 2. Designet av metodetrianguleringen.

Figur 3. Populasjonen i forhold til utvalgene i spørreundersøkelsen og dialogkonferansen.

Figur 4. Deltakende parter og antall prosjekter de ulike partene har deltatt.

Figur 5. Frekvensen av formålene i prosjektene.

Figur 6. Områder som har blitt forbedret for brukerne.

Figur 7. Områder som har blitt forbedret for tjenestene.

Figur 8. Tiltak for kompetanseutveksling mellom ansatte.

Figur 9. Tiltak for kompetanseutveksling mellom brukere og ansatte.

Figur 10. I hvilken grad prosjektene har lyktes og har dokumenterte forbedringer.

Figur 11. Tildelte penger fordelt i forhold til hvordan prosjektene skårer seg selv på grad av dokumenterte forbedringer.

Figur 12. Paretdiagram over faktorer som hindret prosjektene.

Figur 13. Samvariasjon i bruk av forbedringsmetoder og kategoriene for vedvarende forbedring i prosjektene, samt spredningen i denne samvariasjonen.

Figur 14. Brukermedvirkning i "De beste" prosjektene og "Resten".

Tabell 1. Signifikante forskjeller mellom "De beste" og "De uheldige" for faktorer som hindrer prosjektene.

Tabell 2. Variasjoner mellom "De beste" og "De uheldige" i hvilken grad de har brukt målinger til informasjon og styring i prosessen.

Vedlegg

1. Satsningsområder og kriterier for tildeling av prosjektmidler i Helsedialog
2. Spørreskjema for evaluering av samhandlingsprosjekter
3. Informasjonsbrev til deltakerne på dialogkonferansen
4. AI-guider til dialogkonferansen
5. Notater fra dialogkonferansen
6. Evaluering av dialogkonferansen
7. Indeks for bruk av forbedringsmetoder

Vedlegg 1:

Satsningsområder og kriterier for tildeling av prosjektmidler i Helsedialog

Kriterier for tildeling

1. er i tråd med de prioriterte satsningsområder i Helsedialog og samhandlingsreformen
2. søknaden må beskrive metodikk, inklusive deltakelse fra kommuner, brukere og helseforetak
3. det må redegjøres for nytteverdi for brukere/pasienter
4. det må redegjøres for plan for implementering i drift
5. det må forventes noe egenfinansiering
6. det må stilles krav om overføringsverdi
7. det må redegjøres for hvordan prosjektet evalueres
8. det må foreligge statusrapport underveis, samt sluttrapport inkl. evaluering for alle prosjektene (inkl. de som tildeles av samarbeidsutvalgene) og disse publiseres på www.helsedialog.no

Satsingsområder i Helsedialog

Individfeltet

- *Læring- og mestring – LMS*
- *Individuell Plan*

Tjenestefeltet

- *Samhandlingskultur og kompetanse*
- *Praksiskonsulentordningen PKO*
- *Ambulant virksomhet*
- *Felles rutiner og prosedyrer*

Styringsfeltet

- *Samarbeidsavtaler og fora*
- *Desentrale felles driftsløsninger*
- *Elektronisk samhandling*
- *Forskning og pasientforløp*

Vedlegg 2: Spørreskjema



Evaluering av samhandlingsprosjekter

Evalueringen omfatter resultatene av hele prosjektet deres, og ikke bare det som er finansiert med støtte fra Helse Sør-Øst RHF / Helsedialog.

Vi ønsker at du får fram både hva som har vært vanskelig underveis og hva som har gått bra.

I spørsmålene som har firkantede avkrysningspunkter har du mulighet til å velge flere svaralternativer. Hvis avkrysningspunktene er runde, er kun ett svar mulig.



Bakgrunnsinformasjon

2) Navn på prosjektet

3) Kryss av for de årene gjennomføringen av prosjektet foregikk

- ☐ 2007
- ☐ 2008
- ☐ 2009
- ☐ 2010
- ☐ 2011
- ☐ 2012
- ☐ Ikke avsluttet
- ☐ Annet

4) Hvilke parter har deltatt fra kommune, sykehus og brukerorganisasjoner?

- ☐ Sykehjem
- ☐ Hjemmetjeneste
- ☐ Rehabilitering
- ☐ Fastleger
- ☐ Legevakt
- ☐ Brukerorganisasjoner
- ☐ Brukerråd
- ☐ Pårørende / Brukere
- ☐ Sykehus
- ☐ Ambulanse / Syketransport / AMK
- ☐ Laboratorier
- ☐ Rehabiliteringsinstitusjoner
- ☐ Lærings- og mestringssenter
- ☐ Private spesialisthelsetjenester
- ☐ NAV
- ☐ Apotek
- ☐ Annet



5) Hvilke spesielle aldersgrupper rettet prosjektet seg mot?

- ☐ Barn
- ☐ Ungdom
- ☐ Voksne
- ☐ Eldre
- ☐ Ingen spesielle aldersgrupper
- ☐ Annet

6) Hvilke spesielle målgrupper rettet prosjektet seg mot?

- ☐ Psykiatri
- ☐ Rus

- ☐ Somatikk
- ☐ Ingen spesielle målgrupper
- ☐ Annet



Formål

7) Hva var formålet med prosjektet?

- ☐ Etablere / evaluere en ny tjeneste
- ☐ Etablere lavterskeltilbud
- ☐ Etablere forebyggende tiltak / tidlig intervensjon
- ☐ Etablere ambulante og desentrale tjenester
- ☐ Etablere felles rutiner for kommune og sykehus
- ☐ Etablere elektronisk kommunikasjon
- ☐ Etablere nye samarbeidsformer / arenaer
- ☐ Kompetanseutvikling
- ☐ Kulturutvikling
- ☐ Sterkere brukermedvirkning i utvikling av tilbudet for den enkelte
- ☐ Sterkere brukermedvirkning i utformingen av tjenestene
- ☐ Sterkere brukermedvirkning i den administrative og politiske styringen
- ☐ Styrke mestring for brukere / pårørende
- ☐ Annet

8) Beskriv kort hovedessensen i prosjektet



Resultater samhandling

9) I hvilken grad tror dere at prosjektet har bidratt til å utvikle / forbedre tjenester til det beste for brukerne?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2

- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke

10) Har brukerne evaluert resultatene av prosjektet, og eventuelt hvordan?

- ☐ Intervju
- ☐ Spørreskjema
- ☐ Fokusgrupper
- ☐ Dialogkonferanse
- ☐ Brukerne har ikke evaluert resultatene
- ☐ Annet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- o Hvis I hvilken grad tror dere at prosjektet har bidratt til å utvikle / forbedre tjenester til det beste for brukerne? er lik 5
- o eller
- o Hvis I hvilken grad tror dere at prosjektet har bidratt til å utvikle / forbedre tjenester til det beste for brukerne? er lik 7 I svært stor grad
- o eller
- o Hvis I hvilken grad tror dere at prosjektet har bidratt til å utvikle / forbedre tjenester til det beste for brukerne? er lik 6
- o eller
- o Hvis I hvilken grad tror dere at prosjektet har bidratt til å utvikle / forbedre tjenester til det beste for brukerne? er lik 4

11) Hva har blitt bedre for brukerne av tjenestene?

- ☐ Styrket mestring og egenomsorg
- ☐ Mer medbestemmelse
- ☐ Mer virkningsfulle tjenester

- ☐ Tryggere tjenester
- ☐ Bedre informasjon til pasient / pårørende
- ☐ Bedre samordning og kontinuitet av tjenestene
- ☐ Mer tilgjengelige tjenester
- ☐ Annet

12) I hvilken grad har prosjektet forbedret samhandlingen mellom de involverte tjenestene?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet forbedret samhandlingen mellom de involverte tjenestene? *er lik*5
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet forbedret samhandlingen mellom de involverte tjenestene? *er lik*4
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet forbedret samhandlingen mellom de involverte tjenestene? *er lik*7 I svært stor grad
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet forbedret samhandlingen mellom de involverte tjenestene? *er lik*6

13) Hva har blitt bedre for tjenestene / de ansatte ?

- ☐ Opplever å arbeide mot et felles mål
- ☐ En riktigere oppgavefordeling
- ☐ Gjennomfører oppgavene på en koordinert og rasjonell måte

- ☐ Økonomisk lønnsomt
- ☐ Samkjørte rutiner / retningslinjer
- ☐ Sparer tid
- ☐ Mindre rot og feil
- ☐ Lettere å ta kontakt med hverandre
- ☐ Bedre kjent med hverandres tjenester
- ☐ Annet



Utvikle felles kultur og kompetanse

I hvilken grad har prosjektet bidratt til en samhandlingskultur preget av;

14) likeverd

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke

15) respekt

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke

16) tillit

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis likeverd er lik 5
 - o eller
 - o Hvis likeverd er lik 6
 - o eller
 - o Hvis likeverd er lik 7 I svært stor grad
 - o eller
 - o Hvis likeverd er lik 4
 - o eller
 - o Hvis likeverd er lik 3
-)
- og (
 - o Hvis respekt er lik 3
 - o eller
 - o Hvis respekt er lik 4
 - o eller
 - o Hvis respekt er lik 7 I svært stor grad
 - o eller
 - o Hvis respekt er lik 6
 - o eller
 - o Hvis respekt er lik 5
-)
- og (
 - o Hvis tillit er lik 3
 - o eller
 - o Hvis tillit er lik 4
 - o eller
 - o Hvis tillit er lik 7 I svært stor grad
 - o eller
 - o Hvis tillit er lik 6
 - o eller
 - o Hvis tillit er lik 5
-)

17) Hvilke aktiviteter har dere iverksatt for å utvikle felles kultur?

- ☐ Hospitering

- ☐ Konferanser
- ☐ Etablere nettverk
- ☐ Opplæring
- ☐ Nettsider
- ☐ Prosedyrearbeid
- ☐ Dialogkonferanser
- ☐ Etablere felles arenaer
- ☐ Annet



18) I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom ansatte i de involverte tjenestene?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 3*
 - o eller

- o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 4*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 7 I svært stor grad*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 6*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 5*
-)

19) Hvilke aktiviteter har dere iverksatt for å utvikle felles kompetanse?

- ☐ Hospitering
- ☐ Konferanser
- ☐ Etablere nettverk
- ☐ Opplæring
- ☐ Nettsider
- ☐ Prosedyrearbeid
- ☐ Dialogkonferanser
- ☐ Etablere felles arenaer
- ☐ Annet

20) I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom brukere og ansatte i de involverte tjenestene?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad

☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom brukere og ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 5*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom brukere og ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 6*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom brukere og ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 4*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom brukere og ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 3*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har prosjektet bidratt til økt utveksling av kompetanse mellom brukere og ansatte i de involverte tjenestene? *er lik 7* I svært stor grad
-)

21) Hvilke aktiviteter har dere iverksatt for å utveksle kompetanse mellom brukere og ansatte?

- ☐ Dialogkonferanser
- ☐ Deltakelse i utvikling av kurs / tilbud
- ☐ Kurse eller utdanne brukere
- ☐ Nettsider
- ☐ Elektroniske verktøy
- ☐ Etablere møteplasser
- ☐ Koordinere tilbudet med individuell plan
- ☐ Annet



Brukermedvirkning i prosjektet på tjeneste og styringsnivå

22) Har representanter for brukere deltatt i prosjektet?

- ☐ Ja
- ☐ Nei



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis Har representanter for brukere deltatt i prosjektet? er lik Nei)

23) Hvorfor var det ikke representanter for brukere med i prosjektet?

- ☐ Ikke aktuelt
- ☐ Fikk ikke tak i representanter
- ☐ I ettertid ser vi at de burde vært med
- ☐ Annet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis Har representanter for brukere deltatt i prosjektet? er lik Ja)

24) I hvilken grad har brukerne deltatt aktivt i prosjektet?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad

☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (☐ o Hvis Har representanter for brukere deltatt i prosjektet? er lik Ja
-)

25) Hvordan har brukere deltatt?

- ☐ Deltatt i prosjektgruppa
- ☐ Deltatt i utvikling av kurs
- ☐ Styringsgruppe
- ☐ Referansegruppe
- ☐ Spørreundersøkelse
- ☐ Fokusgruppe
- ☐ Dialogkonferanse
- ☐ Annet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (☐ o Hvis Har representanter for brukere deltatt i prosjektet? er lik Ja
-)

26) I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet? *er lik 1* I svært liten grad
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet? *er lik 3*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet? *er lik 2*
-)

27) Hvorfor har brukerdeltakelsen i liten grad bidratt positivt i prosjektet?

- ☐ Prosjektet la ikke godt nok til rette for at brukeren kunne bidra positivt
- ☐ Var ikke personlig egnet
- ☐ Representerte i liten grad andre enn seg selv
- ☐ Var for problemorientert og negativ
- ☐ Egne erfaringer var lite relevante for prosjektet
- ☐ Egne negative erfaringer var lite bearbeidet
- ☐ Manglet kompetanse til å bidra
- ☐ Trakk seg ut på grunn av sykdom eller annet
- ☐ Sa lite
- ☐ Annet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (

- o Hvis I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet? *er lik 4*
- o eller
- o Hvis I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet? *er lik 7* I svært stor grad
- o eller
- o Hvis I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet? *er lik 6*
- o eller
- o Hvis I hvilken grad har brukerdeltakelsen bidratt positivt til prosjektet? *er lik 5*

•)

28) Hva har brukerne bidratt med?

- ☐ Egne / andre brukeres erfaringskunnskap
- ☐ Tydeliggjøre hva som er pasientenes og pårørendes utfordringer og behov
- ☐ Tydeliggjøre behov for forbedret samhandling
- ☐ Påvirke kulturen i en positiv retning
- ☐ Å se nye muligheter
- ☐ Å sørge for at det ble brukt et språk som er forståelig for alle
- ☐ Deltatt aktivt i spredningsarbeidet
- ☐ Utviklet spørreskjema / intervjuguide
- ☐ Ledet fokusgrupper
- ☐ Annet



Vedvarende forbedring

29) I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i for-

håndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 4*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 7* I svært stor grad
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 6*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 5*
-)

30) I hvilken grad er tiltaket spredd til andre deler av tjenesten / andre tjenester?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 4*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 7* I svært stor grad
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 6*
 - o eller
 - o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 5*

•)

31) I hvilken grad er tiltaket videreutviklet til å omfatte nye pasient- eller pårørende grupper?

☐ 1 I svært liten grad

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7 I svært stor grad

☐ Ikke aktuelt

☐ Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

• (

o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 1 I svært liten grad*

o eller

o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 3*

o eller

o Hvis I hvilken grad er endringene implementert i vanlig drift (blitt vanlig praksis)? *er lik 2*

•)

32) Hvorfor er endringene i liten grad implementert i vanlig drift?

☐ Dårlig forankring

☐ Skifte av ledelse i prosjektet

☐ Skifte av ledelse i tjenestene

☐ Dårlig fungerende prosjektgruppe

☐ Omorganisering

- ☐ Konflikter
- ☐ Dårlig kultur
- ☐ For lite personell
- ☐ For lite tid
- ☐ For lite penger
- ☐ Mangel på nødvendig fagkompetanse
- ☐ Mangel på nødvendig forbedringskompetanse
- ☐ Mangel på veiledning
- ☐ Annet



Konklusjon

33) Alt i alt; i hvilken grad har dere lykket med prosjektet ut fra egne målsetninger?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke

34) Plasser prosjektet i den kategorien som passer best:

- ☐ Prosjektet er ikke kommet i gang
- ☐ Prosjektet er i gang, men foreløpig uten synlige resultater
- ☐ Enkelte forbedringer er kommet fram
- ☐ Betydelige forbedringer er sett men ikke dokumentert
- ☐ Betydelige forbedringer er dokumentert med kvalitative eller kvantitative metoder
- ☐ Betydelige forbedringer er målt, og forbedringene har fått gjennomslag i systemet, og forventes å bestå etter prosjektslutt



Det følgende spørsmålet fortsetter med flere faktorer på neste side.

35) I hvilken grad har følgende faktorer bidratt til at dere lyktes med prosjektet?

	I svært liten grad 1	2	3	4	5	6	I svært stor grad 7	Vet ikke
Forankring i administrativ ledelse hos involverte parter.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Forankring i faglig ledelse hos involverte parter.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Forankring i fagmiljøet hos involverte parter.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pasientene/brukerne var aktivt involvert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
En velfungerende prosjektgruppe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Involvering av personalet hos involverte parter.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De involverte partene opplevde at arbeidet ga fordeler (for pasientene og tjenestene).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prosjektet førte til bedre utnyttelse av ressursene (bedre økonomi).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
God kultur for innovasjon og utvikling hos involverte par-	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ter.

Systematisk arbeid med negative holdninger og manglende motivasjon hos medarbeiderne.



Dette spørsmålet er en fortsettelse fra forrige spørsmål.

36) I hvilken grad har følgende faktorer bidratt til at dere lyktes med prosjektet?

	I svært liten grad						I svært stor grad		Vet ikke
	1	2	3	4	5	6	7		
Ny praksis var godt dokumentert (kunnskapsbasert).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
En god plan / metode for gjennomføring som var åpen for justeringer underveis.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Det ble gjort lokale tilpasninger i implementeringen av tiltak som har vært vellykket andre steder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Målinger ble brukt til informasjon og styring i prosessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Resultatene ble dokumentert/synliggjort ved hjelp av forståelige og troverdige metoder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Videreføring og spredning var planlagt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Infrastrukturen støtter endringene.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Tilstrekkelig personell.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tilstrekkelig tid.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tilstrekkelig tilgang på nødvendig kompetanse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tilstrekkelig penger.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



37) Hvilke faktorer har vanskeliggjort prosjektet?

- ☐ Ingen
- ☐ Dårlig forankring
- ☐ Skifte av ledelse i prosjektet
- ☐ Skifte av ledelse i tjenestene
- ☐ Dårlig fungerende prosjektgruppe
- ☐ Omorganisering
- ☐ Konflikter
- ☐ Dårlig kultur
- ☐ For lite personell
- ☐ For lite tid
- ☐ For lite penger
- ☐ Mangel på nødvendig fagkompetanse
- ☐ Mangel på nødvendig forbedringskompetanse
- ☐ Mangel på veiledning
- ☐ Annet



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- o Hvis Hvilke faktorer har vanskeliggjort prosjektet? *er lik-*
Dårlig forankring

38) Hvor var forankringen for dårlig?

- ☐ Administrativ ledelse i kommune
- ☐ Administrativ ledelse i sykehus
- ☐ Faglig ledelse i kommune
- ☐ Faglig ledelse i sykehus
- ☐ Fagmiljøet i kommune
- ☐ Fagmiljøet i sykehus
- ☐ I brukerorganisasjonen
- ☐ Annet

39) I hvilken grad har prosjektet (prosessen og / eller resultatet) hatt betydning for arbeidet med implemen-

teringen av samhandlingsreformen?

- ☐ 1 I svært liten grad
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 I svært stor grad
- ☐ Vet ikke

40) Eventuell avsluttende kommentar



Vedlegg 3:

Informasjonsbrev til deltakerne på dialogkonferansen

Porsgrunn 25.09.2012

Kjære deltakere på dialogkonferansen.

Vi gleder oss til en interessant og viktig dag med dere! Her er informasjon som kan være nyttig å ha.

Dialogkonferansen er 8.oktober kl 10.30 - 17. på Clarion Hotel Oslo Airport. Det serveres kaffe / te og rundstykker når dere kommer.

Dere vil inndeles i grupper på tvers av prosjektene for å diskutere hva som har vært utfordrende og hvilke kloke grep dere har gjort for å lykkes gjennom alle fasene i forbedringsarbeidet (forberedelse, gjennomføring og videreføring / spredning).

Vi er ikke helt ferdige med å analysere alle sidene ved spørreundersøkelsen deres, men de temaene som det ser ut til at vi ønsker å få deres erfaringer er så langt:

- Forankring og støtte fra ledelsen
- Prosjektorganisering, inkl samarbeid i prosjektgruppa
- Brukermedvirkning og kulturendring
- Bruk av forbedringsmetodikk

Det er fint hvis dere tenker gjennom disse temaene på forhånd. Vi er ute etter konkrete erfaringer; hva har dere gjort og hvordan. Er noen av temaene ikke så aktuelle for deg / deres arbeid, kan dere bruke tiden til å dele andre viktige erfaringer.

Gruppediskusjonene vil bli lagt fram i korte oppsummeringer i plenum. Det sitter en snill deltaker i hver gruppe med en PC som har sagt seg villig til å skrive notater for oss – tusen takk til dere.

Kl 13.00 – 13.45 er det lunsj.

Reiseinformasjon

Vedlagt ligger tidene for **shuttlebussen** fra Gardermoen. Bussen kjører 10.05 og jeg vet at flere kommer med et tog som skal være inne 10.05. – så da rekker dere dessverre ikke bussen. Det er 30 minutter til den neste bussen går og vi vil derfor bestille **maxi-taxi til dere som har behov for det**. De vil stå utenfor Radisson Hotell som ligger like utenfor togstasjonen på Gardermoen **med avgang kl 10.15. Jeg må ha tilbakemelding fra dere som vil sitte på med maxi-taxien innen 2.10.** (Telefon til drosjene er 035501)

Legger også ved linken med veibeskrivelse for de av dere som kjører bil:

<http://www.clarionosloairport.no/veibeskrivelse.aspx>

Vi ber om at dere sørger for at reiseutgifter for brukerne deres dekkes av helseforetak eller kommune.

Middagen starter 19.30, så dere har god tid til en middagslur eller en tur utendørs eller i hotellets velværeavdeling, se www.clarionosloairport.no

Håper alt er klart - ellers er det bare å ta kontakt.

Vennlig hilsen

Trulve Konsmo

Seniorrådgiver / prosjektleder

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Seksjon for kvalitetsutvikling

Kjølnes Ring 60, 3918 Porsgrunn

Mob 909 85 499 / kontor 35 57 47 02

Ps. Har du lyst til å se et filmet foredrag av tidligere president i Institute for Healthcare Improvement (IHI) Donald M Berwick; *Eating Soup with a Fork* fra 2007, kan det lastes ned gratis her:

<http://www.ihl.org/offerings/VirtualPrograms/OnDemand/SoupwithFork/Pages/default.aspx>

Det handler om hva slags metoder som egner seg når man skal forske på forbedringer i komplekse organisasjoner.

Vedlegg 4: AI-guider til dialogkonferansen

Vi ønsker at dere skal snakke om eventuelle utfordringer og kloke grep dere har gjort for å lykkes med å forbedre samhandlingen, samt hvilke forutsetninger som gjorde dette mulig.

Hovedfokus i dag er på forbedringsprosessen og ikke på det konkrete innholdet i hvert enkelt prosjekt.

10.40

Kort presentasjon i gruppa (5 min)

Presentasjoner i hver gruppe; navn, hvor dere kommer fra og helt kort hva dere prosjekt heter, og din rolle i det.

En er gruppeleder og sørger for at alle slipper til og at tidene overholdes.

En annen skriver mest mulig detaljerte referater fra diskusjonene i gruppa.

Gruppearbeid 1: Forankring og støtte fra ledelsen

10.45

1.1: Parvise intervju om forankring i organisasjonene og støtte fra ledelsen. (2 x 10 min)

Intervjuet handler om hvilke kloke grep dere har gjort for å ivareta forankring i organisasjonene og støtte fra ledelsen gjennom alle fasene i prosjektet.

Velg ut de erfaringene dere har gjort som har vært mest lærerike.

Vi ber deg som intervjuer skrive notater på dette arket.

NB! Dette skal innleveres til arrangørene og brukes i det videre arbeidet, så vennligst skriv forståelig.

Navn på den du intervjuer:	Arbeidssted / organisasjon:	Gruppe
Rolle i prosjektet	Prosjektnavn:	Nr.:

Forankring og støtte fra ledelsene i involverte organisasjoner

- Hvilke parter har deltatt?
- Har dere opplevd spesielle utfordringer med å sikre forankring og støtte fra ledelsene i de ulike organisasjonene (pga omorganiseringer, lederbytte eller annet)?
- Hvilke kloke grep er gjort for å sikre dette i de ulike fasene?

- **Hva var forutsetningene for disse kloke grepene?**

11.05

1.2: Presentasjon av hverandres erfaringer (16min.)

Alle skal gjenfortelle det de har blitt fortalt med fokus på kloke grep og viktige forutsetninger for å lykkes. Bruk 2 minutter hver.

Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.

11.21

1.3: Gruppediskusjon (24 min)

Velg ut en nyttig erfaring som skal presenteres i plenum.

Er det fellestrekk i erfaringene deres?

Sekretæren skriver disse ned mest mulig detaljert.

11.45

1.4: Plenum (2 min pr bord- til sammen 12 min)

Gruppe 1 begynner, deretter gruppe 2 osv

11.55

Pause

Gruppearbeid 2: Samarbeid i prosjektgruppa

12.05

Intervjuet handler om hvilke kloke grep dere har gjort for å skape et godt samarbeid i prosjektgruppa gjennom alle fasene i prosjektet. (2 x 10 min)

- Velg ut de erfaringene dere har gjort som har vært mest lærerike.

- Hva var forutsetningene for at dette kunne fungere?

12.25

2.2: Presentasjon av hverandres erfaringer (16min)

Alle skal gjenfortelle det de har blitt fortalt.

Bruk 2 minutter hver.

Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.

12.41

2.3: Gruppediskusjon (22 min)

Velg ut en nyttig erfaring som skal presenteres i plenum.

Er det fellestrekk i erfaringene deres?

Sekretæren skriver disse ned mest mulig detaljert.

13.03

2.4: Plenum (2 min pr bord- til sammen 12 min)

Gruppe 6 begynner, deretter gruppe 5 osv

13.15

Lunsj

14.00	Gruppearbeid 3 for brukerrepresentanter Kort presentasjon i de nye gruppene.
14.05	3.1: Parvise intervju om rollen som brukerrepresentant i samhandlingsprosjektet (2 x 15 min) Velg ut de erfaringene dere har gjort som har vært mest lærerike. • Fortell om gode eksempler på hvordan du / andre brukerrepresentanter har bidratt underveis. • Hva gjorde dette mulig?
14.35	3.2: Presentasjon av hverandres erfaringer (16 min.) Alle skal gjenfortelle det de har blitt fortalt med fokus på kloke grep og viktige forutsetninger for å lykkes. Bruk 2 minutter hver. Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.
14.51	3.3: Gruppediskusjon (29 min) Velg ut to nyttige erfaringer som skal presenteres i plenum. Er det fellestrekk i erfaringene deres? Sekretæren skriver disse ned mest mulig detaljert.
15.20	Pause

14.00	Gruppearbeid 3 for prosjektledere Kort presentasjon i de nye gruppene.
14.05	3.1: Parvise intervjuer om rollen som prosjektleder i samhandlingsprosjektet (2 x 15 min) • Velg ut de kloke grepene som har vært mest avgjørende for framdrift og suksess. • Hvilke forutsetninger gjorde dette mulig?
14.35	3.2: Presentasjon av hverandres erfaringer (20 min.) Alle skal gjenfortelle det de har blitt fortalt med fokus på kloke grep og viktige forutsetninger for å lykkes. Bruk 2 minutter hver. Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.
14.55	3.3: Gruppediskusjon (25 min) Velg ut en nyttig erfaring som skal presenteres i plenum. Er det fellestrekk i erfaringene deres? Sekretæren skriver disse ned mest mulig detaljert.
15.20	Pause

14.00	Gruppearbeid 3 for prosjektmedarbeidere Kort presentasjon i de nye gruppene.
14.05	3.1: Parvise intervju om bruk av metoder og verktøy i samhandlingsprosjektet (2 x 15 min) • Velg ut kloke grep dere har gjort i bruk av metoder og verktøy underveis. • Hvilken betydning hadde dette for suksessen i prosjektet?
14.35	3.2: Presentasjon av hverandres erfaringer (20 min.) Alle skal gjenfortelle det de har blitt fortalt med fokus på kloke grep og viktige forutsetninger for å lykkes. Bruk 2 minutter hver. Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.
14.55	3.3: Gruppediskusjon (25 min) Velg ut en interessant erfaring som skal presenteres i plenum. Er det fellestrekk i erfaringene deres? Sekretæren skriver disse ned mest mulig detaljert.
15.20	Pause

15.40

Plenum og diskusjoner i alle gruppene og i plenum

1. Brukerne legger fram (5 min)

Refleksjon over hvordan brukerne kan bidra til bedre samhandling med en felles kultur preget av likeverd, respekt og tillit. (10 min i gruppa, 5 min i plenum)

Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.

16.00

2. Prosjektlederne legger fram (3+3 min)

Refleksjon over hvordan prosjektlederne kan lede prosjektet helt i mål, legge til rette for videreføring og ev spredning.

Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.

16.20

3. Prosjektmedarbeiderne legger fram (3+3 + 3 min)

Refleksjon over hvordan metoder og verktøy kan brukes til å styrke samhandlingen

Sekretæren skriver dette ned mest mulig detaljert.

4. Hva mener dere det bør forskes på?

Diskusjon i gruppa 10 min. Sekretæren skriver dette. Dette skal brukes i plenum neste dag.

Hva er det viktigste du har lært i dag?

Evaluerings av dagen.

Vedlegg 5 Notater fra dialogkonferansen

Prosjektleder

Utfordringer: Skifte av prosjektleder

Egenskaper og kompetanse	Rekruttere rett person til jobben som prosjektleder. Prosjektleder skal være en god rollemodell gjennom god ledelse og skape rom for innspill og engasjement. Prosjektleder må være <i>motivator</i> og samtidig etterspørre resultat. Prosjektleder må ha en slitestyrke og ikke gi seg i motbakke. Prosjektleder må spre optimisme med realisme - hva kan vi få gjort innenfor disse rammene. Strukturert prosjektleder som også lot ting blomstre! Prosjektleder må ha en forberedt struktur for fremdrift i prosjektet; møter, klare mål, milepæler og tidsfrister. Prosjektleder må stille krav til forventet leveranse og gi god informasjon og følge opp med tydelige oppgaver uten å bli autoritær. Folk blir glade av å være med i et prosjekt som leverer. Planer må ha tidsfrister for ikke å skli, men de må være fleksible. Improvisasjon er viktig for å kunne møte virkeligheten. Aktiv innhenting av ideer og tanker hos prosjektgruppen. Ildsjel som brenner for prosjektet. Må være engasjert, men også ha en avstand til prosjektet og jobbe for felles eierskap i linjen og i prosjektet. Prosjektleder har introdusert oss for verktøy og metoder og har dratt	Håndtere mange tråder og baller i luften samtidig. Trenger ressurser; tid og økonomi, legge lista realistisk høyt. Kunnskap om prosjektarbeid Nettverk; det å bli kjent med andre aktører, rammebetingelser og oppgaver, men også personlig kjennskap.
--------------------------	--	--

	prosessene. Dele og spre kompetanse. <i>Ingen prosjekter er like, utnytte mulighetsrommet, men forstå begrensningene. Erfaringslæring.</i> Prosjektledere må kjenne feltet veldig godt, og søke ny og nødvendig kunnskap for eksempel gjennom å hospitere. Leder var samlende - kunnskap om prosjektledelse, så prosjektgruppens rolle.	Startet på brukernivå.
Skrive søknad om støtte	Prosjektleder må jobbe for å skape rammevilkår. Skrive en god prosjektsøknad med klare mål og rapportering. Forankres i føringer og retningslinjer. Beskrev stegene på veien, og dette ble arbeidsredskapet. Konkret og lett å måle om vi var i havn. Når et prosjekt utvides må det settes av nye midler. Prosjektleder frikjøpt 10 % til å være leder for å kunne STYRE prosjektet ut fra planen.	Viktig at det er mulig å søke eksterne midler, og at det gis god informasjon om disse mulighetene. Tid og økonomiske virkemidler God til å skrive søknader, rapportere og dokumentere. Tid til deltakelse, lokaler og økonomi er viktige premisser.
Langtidsplanlegging fra første stund	Implementering må inn i bildet tidlig i prosessen! Ved å rekruttere systematisk og bredt i prosjektorganisasjonen ble forutsetningen for implementering og spredning lagt. Ha fokus på at dette skal drives i ordinær drift. Finne lokale løsninger når mange organisasjoner skal implementere nye oppgaver. Er det satt av nok midler til implementering av resultatene? Prosjektet må ikke få midler hvis ikke overleveringen er ivaretatt.	Resultatene må eies av praksisfeltet.

Forankring

Utfordringer

Sikre forankring og støtte fra ledelsen. Det er langt fra topp til bunn.

Mellomlederne synes oftere at tilbudet er bra nok og kan ha hovedfokus på å få hverdagen til å gå rundt -> motstand mot prosjekt.

Stor kompetanseforskjell i ledelsen på kvalitetsforbedring og endringsarbeid.

At ildsjeler slutter midt i prosjektet.

Få med "riktig bruker" – de som har konkrete erfaringer på det aktuelle området.

NAV reformen kom samtidig og tok mye tid og krefter.

Lett å "forankre" prosjektet, men vanskelig med *aktiv involvert* forankring.

Produktene prosjektet skal produsere må være etterspurt.

Sammenslåingen av de store sykehusene i Oslo kom samtidig med prosjektet.

Tema	Kloke grep	Forutsetninger
Gripe fatt i pasienters behov	Prosjektet tar utgangspunkt i et reelt behov for bedre tjenester for pasienter gjennom ny kunnskap og ny praksis. Valgt en diagnosegruppe med sterkt fokus. Behovet kan fanges opp fra ulike grupper: • Pasienter og pårørende • Behov meldt fra fastleger - med utspring fra dem går alt så mye lettere. • Var samstemt politisk ønske i bydel - inkludert bydelsoverlege og bydelsdirektør. • Det reelle behov - fra kommune og sykehus, som går på å ville pasientens beste, og at det er pt en mangel.	Utgangspunkt i pasientens behov - synlig - det er pasienten det handler om. Behovet må være reelt og noe mange er interesserte i; dette en suksessfaktor for forankring.
Forankre i føringer og retningslinjer	Prosjektet sprang ut fra praksis og var i tråd med faglige og politiske føringer på området – faglige retningslinjer, nytt lovverk, reformer osv. Være i takt med hva politikken/departement føringer; samhandling og brukermedvirkning.	Var på rett sted til rett tid.

	Dette gir styrke til prosjektet og gjorde det lettere å selge prosjektet. Kommuner og sykehus øker sin kompetanse og får legitimitet ved å delta i relevante prosjekt som er "inn i tiden". Bruke dokumenter som er "i tiden" – hva er førende? Står det SKAL eller står det BØR?	
God forankring i toppen	Det holder ikke å snakke med apekatten, du må snakke med lirekassemannen. Prosjektet bør eies av en som er "høyt nok" oppe i systemet. Løfte utfordringer opp på ledernivå dersom uenigheter – dele utfordringene – hvordan bruke ressursene på best mulig måte. Frigjøring av personalressurser ble overført til prosjektet fra alle parter. Tilgang til ressurssterke aktører utenfor gruppen. Prosjektleder satt på personalressurser.	Når mange parter samarbeider må topplederne være med. Topplerne må kjenne prosjektet godt, vise interesse, delta. Vilje til endring hos partene. Kort vei til toppledelsen.
Styringsgruppe	Styringsgruppe med topplerne fra alle involverte instanser, inkludert brukerorganisasjoner. Forankringen ble gjennomført ved at prosjektleder gjennomførte en-til-en intervju med hvert enkelt medlem av styringsgruppen.	Kunnskap om org og prosjekt Likeverdighet og tro på prosjektet gjorde dette mulig
Politisk forankring	Hvis de overordnede rammene blir forandret underveis, hjelper det lite med en god prosjektgruppe. Må forankres hos politikere; spesielt viktig ved omorganiseringer og lederskifter.	

Solid involvering og forankring - i ledelsen - hos brukerne - fagmiljøene gjennom hele prosessen	Vi tok oss tid til å forankre. Gikk tidlig ut for å involvere mange parter og informere om tiltaket og hvorfor dette er viktig. Sikre framdrift ved alle har eierskap til prosjektet og felles ansvar for å lykkes. Kontinuerlig og oppdatert informasjon til alle gjennom hele prosessen. Ledelse Korte linjer – direkte forbindelse mellom tiltak og beslutningstakere. De lokale prosjektlederne må også ha regelmessige møter med egne ledere. Tilstedeværelse og løpende oppfølging ift forankring i ledelsen. Linjeledelsen må også formidle verdiene av prosjektet oppover i systemet. Brukere Forankret arbeidet i ulike miljøer for brukerne for å sikre eierskap og rekruttere deltakere til arbeidsgruppe og pilotprosjekt. (eldreråd, brukerorg, LMS, eldresenter, frivilligsentralen, frisklivsentralen) Fagmiljøene Prosjektgruppen har hatt møter med hver enkelt faggruppe. Tenke prosess – seminar med mange deltakere for å sikre informasjon, involvering og erfaringsdeling. Satse på de som er engasjerte Rekruttering: Sats på de som har lyst, ser muligheter og har øye for hverandres kompetanse. Sykehjemmene måtte søke for å bli med i prosjektet og skrive under på en samarbeidsavtale. Selge prosjektet Selge inn ideen med brask og bram: Være konkret og forståelig på hva dette går ut på - ikke luftslott. Vise synlige resultater tidlig og formidle disse til alle interessenter.	Frikjøp av tid og mulighet til å reise rundt og informere/ forankre. En følelse av felles ansvar bør være tilstede. En oppegående dynamisk ledelse er nødvendig. Ledelsen må tro på det og forstå prosjektet. Dette krever at de har / får kompetanse i forbedringsarbeid. Økonomi til å gjennomføre prosjektet. Brukerne har en nøkkelrolle gjennom hele prosjektet, inkludert spredningen. God faglig kompetanse. Forutsetter at det virker og at man kan

	Bruke kreative løsninger for å spre informasjonen: • Et kort og fengende navn, logo og gjerne egen t-skjorte. • Radio og avisoppslag. • Facebook • Noen fikk drosjesjåfører til å spre informasjon til målgruppen. • Samarbeidet med designfirma for å kartlegge behovene til brukerne best mulig. Alt innhold skal være spisset, klart og lett tilgjengelig. • Informasjon på andre språk. • Åpne møter • Fredagspils, båtturer, nettverk.	dokumentere Positiv oppmerksomhet gir fortgang til prosjektet. Gode relasjoner i prosjektorganisasjonen Viktig å involvere partene hele veien
Jobbe mot felles mål	Ta tid til å diskutere hva vi legger i vårt felles mål Prosjektet var heldigvis litt forsinket, slik at vi fikk tid til å bli bedre kjent med hverandre. Fikk ekstra tid og ble enige om målene, utviklet en felles forståelse	Grunnleggende holdning om at pasienten i sentrum og et felles engasjement for å nå frem til brukerne som ellers ingen når frem til.
Nettverk og engasjement	Viktig at alle nivåer i prosjektorganisasjonen bruker sine nettverk gjennom hele prosjektet for å nå målene.	

Brukermedvirkning

Vi har utrolig mange måter å bruke brukerne på i de ulike prosjektene.

Utfordringer:

Vanskelig å få med fremmedkulturelle brukerrepresentanter pga synet på sykdom.

En del prosjekter har ikke klart å rekruttere brukerrepresentanter.

Vanskelig å få med fremmedkulturelle brukerrepresentanter pga synet på sykdom.

Rekruttering	Bevisst utvalg av brukerrepresentant – en som selv hadde gått veien og kjent sykdommen på kroppen, men også kan representere andre. Viktig å få med de ”riktige” brukerne – vi må være tydelig mht. hva slags kompetanse vi har behov for fra dem.	
--------------	--	--

Bevisst utvalg av brukerrepresentant – en som selv hadde gått veien og kjent sykdommen på kroppen, men også kan representere andre.

Likeverdige deltakere	Brukerne var med helt fra begynnelsen av prosjektet i styringsgruppe og prosjektgruppe. Brukerorganisasjonene var viktige medspillere. Gjensidig respekt og det å bli hørt er veldig motiverende. Det er viktig at vi stiller krav til brukeren på samme måte som de andre. Brukerne må være tydelig og ta seg selv på alvor for å bli tatt alvorlig.	Brukerrepresentanter som fullverdig medlem er viktig.
Fagkompetanse og brukererfaring utfyller hverandre og er likeverdige	Meningsutveksling og dialog gir ny kunnskap og nye perspektiver. Både brukere og helsepersonell trenger en erkjennelse av at de trenger den andres kunnskap. En må utvikle et felles kart – med en felles kunnskap og forståelse som skaper synergi og tetter igjen huller av misforståelser. Når fagmiljøet får erfaring med brukervedvirkning så får de lyst på mer brukervedvirkning; det er vanedannende / skaper avhengighet. Det å ha med brukerne i prosjektarbeidet gjør at andre i prosjektet blir realitetsorientert. Vi kommer nærmere virkeligheten. Brukererfaring gir en vitalitet i gruppa – det blir personlig og nært – erfarings- og	Dette ble mulig ved at brukeren er med på laget. Er både en del av problemet og løsningen. Det er ikke nok å ha med representanter hvis vi ikke hører på dem.
		Samhandling bygger på anerkjennelse av ulike kunnskapstyper.

Brukerne var med helt fra begynnelsen av prosjektet i styringsgruppe og prosjektgruppe.

Brukerorganisasjonene var viktige medspillere.

Fagkompetanse og brukererfaring utfyller hverandre og er likeverdige

Det å ha med brukerne i prosjektarbeidet gjør at andre i prosjektet blir realitetsorientert. Vi kommer nærmere virkeligheten. Brukererfaring gir en vitalitet i gruppa – det blir personlig og nært – erfarings- og

Dette ble mulig ved at brukeren er med på laget. Er både en del av problemet og løsningen.

Samhandling bygger på anerkjennelse av ulike kunnskapstyper.

Fagkompetanse og brukererfaring fra minoritetshelse	profesjonskompetanse. For å kunne tilpasse tilbudet til brukernes behov må vi ha brukerne med!! Fagfolk kan bruke et uforståelig språk. Det er viktig at brukerne stopper opp og spør hva det betyr. Brukerne synliggjorde fagmiljøets behov for mer kunnskap om minoritetshelse og fikk ledelsen til å innhente den nødvendige kompetansen. De etterspurte også kunnskapsbasert praksis; hvorfor gjør dere dette? Hvor er dokumentasjonen på at dette er klokt? Brukerne fikk innsikt i organisasjonen, og kunne bidra med nye erfaringsstrategier. De foreslo å lage epidemiologiske statistikker basert på landsbakgrunn og utfordret etablerte fordommer og misforståelser. Eks: det er store forskjeller i utbredelse av diabetes mellom ulike landsbakgrunn; mange fra Pakistan og nesten ingen fra Vietnam.	Ledelsen støttet aktivt at brukerne var drivkraften og var godt hjulpet av et effektivt sekretariat.
Hva de bidrar med Dele egne erfaringer Brukerdrevne gruppetilbud	Få inn brukerne i prosjekt for å sikre at tilbudet møter brukernes behov. Gode måter å formidle brukerkunnskap er å formidle egne erfaringer med egen sykdom og hvordan en selv kan bidra i sin egen behandling. Slike erfaringer er nyttige både i opplæring av helsepersonell og brukere. Utviklet kriterier for start av egenbehandling som er nyttige for helsepersonell å få innsikt i og gir trygghet til andre brukere. Stor glede av å dele egne erfaringer med andre. Lyst på livet er brukerdrevet og ressursfokustert: Har bidratt til å definere behov, foreslå løsninger og utvikle materiell. Bidrar i spredningen ved å lede nye forebyggende sirkler for pensjonister, holde informasjonsmøter og delta i opplæring av pensjonister som nye sirkelledere i nye kommuner. Selvhjelpsgrupper et konsept drevet av og for brukere; grupper uten ledere, hvor de hjelper hverandre med refleksjon over problemer som en person tar opp.	Tillit tro og trygghet til hverandre: bruker, spesialisthelsetjeneste. Nettverk av brukere og fagfolk fra ulike tjenester bidrar til å informere, rekruttere deltakere og legge til rette.

Prosjektgruppa		
Utfordring: Få med brukerrepresentanter Nok tid		
Tema	Kloke grep	Forutsetninger
Sammensetning	Prosjektleder bidrar til å håndplukke deltakere til prosjektgruppen slik at den er skreddersydd for å nå målene: • Bredt sammensatt, tverrfaglig gruppe med ulike kompetanser som representerte alle involverte parter. • Spesielt interesserte og handlekraftige med vilje og lyst til å bidra. • Flerfaglige medarbeidere og brukere som vet hvor skoen trykker. • Åpne for nytenkning, se muligheter og ha øye for hverandres kompetanse • Bygge team rundt evaluerings- og kvalitetskompetanse. • Brukerrepresentasjon hele veien. Prosjektledere har et særskilt ansvar for å legge til rette for dette. Leder og sekretær i prosjektgruppen er viktige roller. Gjør det lettere for medlemmene i gruppen å gjøre konkret arbeid.	Alle må ha tro på prosjektet og utvikle eierskap Må ha noen ildsjeler Bruker- representant som samarbeidskollega Vilje til tverrfaglig samarbeid Nok frikjøpt tid for alle (som følge av at prosjektet får høy nok prioritet). Frikjøpt tid er en motivator i seg selv. Prosjektmidler muliggjør aktivitet.
Bli kjent / inkludere	Prosjektleder må være lydhør overfor prosjektgruppen I samhandlingsprosjekt er det viktig at aktørene kjenner godt til hverandre – felles ansvar – maktbalanse – felles mål. Prosessfokus - hvor er prosjektmedarbeiderne - kontakt med deltakere	Å bli kjent med hverandre er en forutsetning for å lykkes. Alle må føle seg inkludert

	ut fra behov. Bli kjent med personer <u>og</u> funksjon i prosjektgruppa. Være med inn i hverandres områder. Bruke tid til å bygge trygghet og gruppetilhørighet Kjente hverandre godt fra før – lett å få til arbeidsdeling	
Avklaringer	Konkret avklaring av mandatet og mål. Avklaring av forventninger til den enkelte og til hverandre. Sørge for at alle får oppgaver mot et felles mål	
Struktur på arbeidet Møter Fravær	Prosjektleder må sikre en god infrastruktur og holde i alle trådene. En forankret og tydelig prosjektplan med tidsfrister og milepæler, som følges opp og tilpasses underveis. Sekretariat som skriver referater og utkast til nødvendige dokumenter som ble revidert etter møter i prosjektgruppen. Jevnlige møter som var godt forberedt og tilpasset deltakernes muligheter: • Halvårlig møteplan. • Korte strukturerte møter – (ikke over 1 time for å få med fastleger) • Materiale sendt ut på forhånd, inn i prosjektgruppa basert på brainstorming • Skape aktivitet i møter med å bruke flippover, gule lapper - gjøre noe konkret - skape involvering • Sosialt og hyggelig med gode prosesser + kaffe og mat • Når noen ikke får til å møte i prosjektmøtet tok prosjektleder "småmøter" med dem som ikke var på "stormøtet" • Alle som var med sendte stedsfortreder dersom de ikke kunne komme.	

	Løpende uformell kontakt medarbeidere imellom ga et nært og tett samarbeid. Viktig at prosjektleder både er fleksibel og gir klar retning. Struktur må balanseres med improvisasjon. Folk blir glade av å være med i prosjekter som leverer, og derfor kan det være positivt å pushe hvis det er satt av tid til å jobbe med det. Rask vei fra plan til handling.	
Utvikle en felles kultur i prosjektgruppa	Prosjektleder må være en god rollemodell i måten man omtaler hverandre. Må skape en kultur for innovativ tankegang med en stimulerende atmosfære: • Åpenhet, nysgjerrighet og ydmykhet for hverandres kompetanse for å sikre felles forståelse. • Jobbet med å lytte til hverandre. Hvert enkelt bidrag er viktig. • Kunne utfordre hverandre konstruktivt fordi gruppa var trygg og åpen. • Tørre å si ting, riv-ned-og-bygg-opp • Tydelige kommunikasjonsregler; ikke lov å snakke nedsettende, selv om vi var uenige. • Utviklet en felles logo – kreativ prosess. • Dele erfaringer underveis – alle er eksperter på sine områder • Klar arbeidsfordeling – kultur for å levere. • Ha respekt for hverandre og gjøre det som blir avtalt. • STUKTUR, RESULTAT, FEST og MORO • Turer og samlinger for prosjektgruppa. Hygge! • Det var morsomt å jobbe med dette. Feiring av alle delmål og mål!!	Likeverdighet, respekt, tillit Nysgjerrighet på hverandre En kultur hvor det er trygt å feile Åpenhetskultur Alle får taletid

	• Nyttig å bruke reklamebyrå – ga rom for det som er annerledes. Fikk oss til å formulere hva som var viktig for oss og hvordan selge inn budskapet i enkelt språk. Kreativ prosess skapte humor og ufarliggjorde arbeidet. • Brukte designere i en workshop for å få innsikt ift brukergruppen. Gjennomførte bla rollespill for å tydeliggjøre mangler i kommunikasjon mellom lege og fremmedspråklige. • Professor kvalitetssikret det medisinske innholdet.	
--	---	--

Metoder og verktøy

Dette området fokuserer på det forbedringsfaglige og ikke på de helsefaglige tiltakene i prosjektene.

Utfordringer

Prosjekter som man blir kastet ut i uten kompetanse ift metoder og verktøy

Forbedringsmetodikk er ukjent for mange.

Hvordan rekruttere flere fremmedkulturelle deltakere til tilbudene (implementering)

Overordnede metoder som passer alle prosjekter	Kunnskapssenterets <i>Modell for kvalitetsutvikling</i> var nyttig for å få bedre oversikt og gjøre problemstillingene håndterbare. Være innovativ og bruke metodikk fra industrien – Lean, Toyota modell. Har brukt PDSA sirkelen; det sikrer at en er igjennom alle stadiene.	Skaffe kompetanse Å se på andre som har lyktes - industri eks
Faser i arbeidet:		
Erkjennelse av behovet	Systematisk kartlegging av brukernes behov på forhånd, samt brukerrepresentanter med i hele prosessen.	
Planlegge	Fokus til å se på muligheter og ikke på begrensinger, samt være fleksibel underveis. Bruker nettet for å få ulike perspektiver og ideer. Flere prosjekter har oversatt kunnskapsbaserte opplegg til norsk. Metoden og verktøyet lå i rammen for prosjektet – basert på forskning og utprøving. Betydning for suksessen var at metoden var vel utprøvd, og forskningsbasert.	
Utføre	LMS-modellen fokuserer på hverdagsliv og anerkjenner erfaringskunnskap og fagkunnskap. Dette har blitt brukt i flere prosjekter som et utgangspunkt både for å lære opp pasienter, pårørende og helsepersonell i kommunene.	
Kontrollere	Brukerne deltok i fokusgruppeintervju for å evaluere tilbudet og komme med forslag til forbedringer. I enkelte prosjekter ledet de selv gruppa. Andre evaluerer fortløpende i forhold til tilbakemeldinger de får underveis. De som arbeider i prosjektet må evaluere underveis.	
Standardisere og følge opp	Utviklet samarbeidsavtale mellom kommune og sykehus. Underavtaler og rutinebeskrivelser var viktig.	

Ekstern evaluering	Å bli evaluert / sett på bidrar til økt aktivitet. HiØ var evalueringsinnstans som fulgte prosjektet tett fra første stund. Følgeforskning	
Minoriteter Rekruttering av brukere til tilbudene	Forståelig språk / symboler og formidling i en egnet kontekst. Fokus på lokalmiljøarbeid på brukernes premisser. Bruke tid til å bygge relasjoner for finne ut hva som skal til for å få innvandrerkvinnene til å delta på kurs. Forståelse av at brukerne har svaret gjør ansatte mer ydmyke, deltakeren må ha tillit til de som uttaler seg. Har laget en informasjonsfilm som deltakeren kan vise til andre og brukes til å rekruttere deltakere, større fokus på mestring enn på diagnose. Har tilbud for innvandrerkvinner i inntil 16 uker, etter det er du en mester som får en button. På Fjell i Drammen er det et godt samarbeid mellom presten og imamen. Bruker mye innvandrerorganisasjoner. Egen minoritetsrådgivertjeneste i Alna.(50 % med innvandrerbakgrunn av 48 000).	
Involvering av ansatte i tjenestene	Deltakerne i prosjektgruppa forholder seg til sitt eget system og har ansvar for å sikre involvering, informasjon og opplæring av medarbeidere i det nye tilbudet. Alle hadde ansvar for å bruke sitt nettverk til å spre kunnskap og forståelse til de ulike tjenestene.	Det er ofte bare en kontakt/ressurs som skal spre det videre, viktig at denne skjønner hva de skal gjøre.
Implementering / spredning	Lagd struktur for samarbeid som skal vare med klare ansvarsforhold og roller for de involverte partene. Har lagd kurs, opplæringspakker, e-læring osv som er lette å implementere fordi de er gjennomarbeidet og lett tilgjengelige. Bruker mange informasjonskanaler i spredningen; nettverk, media osv. Involverer flest mulig m/brukerkompetanse for å videreformidle informasjon om og verdien av det nye tilbudet.	

Vedlegg 6: Evaluering av dialogkonferansen

SEMINARETS NAVN: Dialogkonferanse om nøkler for å lykkes med samhandlingsprosjekter

Dato: 08.10.12

Hjelp oss å bli bedre ved å gi din evaluering. "Karakteren" 1 er dårligst – 6 er best.

Hvis karakteren er særlig lav, eller du ønsker å gi spesielle kommentarer - bruk kommentarrubrikken

A. Forhåndsinformasjonen / invitasjonen		  					
		1	2	3	4	5	6
➤ formålet var klart beskrevet	Gjennomsnitt: 4,5						

B. Innhold og gjennomføring		  					
		1	2	3	4	5	6
➤ innholdet samsvarte med mine forventninger	4,6						
➤ tiden var godt disponert	5,0						
➤ gi en generell vurdering av opplegget for dagen	4,9						
➤ gi en generell vurdering av arbeidet i gruppa	5,2						

C. Nytteverdien for deg		  					
		1	2	3	4	5	6
➤ gi en generell vurdering av nytteverdi i forhold til ditt arbeid	4,7						

Hva fungerte bra/ hva kunne fungert bedre?

- Hva legger man i metodebegrepet? Bra: Kunnskapssenterets veiledning i gruppene! Og erfaringsutvekslingen i gruppene. (medarbeider).
- Bra å få innspill fra de andre prosjektene. Men det ble gått litt for lite i dybden på det enkelte prosjekt. Mye bra her. Litt mer tid på de ulike delene ville vært bra
- Den pedagogiske gjennomføringen var bra.
- Gruppearbeidet og metodikken fungerte godt. Litt mer diskusjon rundt de enkelte problemstillingene.

- Fokuserert og effektivt. Fint å være iblandet gruppe først og siden i rollegruppe. Kjempenyttig i det videre arbeidet for meg! Takk for at vi fikk delta!
- Mange gode innspill fra gode prosjekter. Erfaringsnært. Litt uklart hva de enkelte prosjektene holdt på med.
- Veldig nyttig å ha grupper på ca 8 personer – mange ulike erfaringer, men likevel tid til å lytte til andres erfaringer. Nyttig å veksle ved lunsj for å få flere møter og derved erfaringer.
- Gruppearbeid 1 m flere grupper ga en interessant dialog og kreativitet ift prosjekter. Interessant også i gruppearbeid 2, men likevel bedre i blandet gruppe.
- Gode diskusjoner i gruppa.
- Fint samarbeid i gruppa og at alle fikk uttale seg.
- Bra; gruppesammensetningen og god tid til å diskutere, bra ledelse og god stemning.

Bedre; mer plenumsdiskusjon, ikke bare innspill fra gruppene.

- Tillit og åpenhet i gruppa. Tidsskjema ble respektert. Fint å se ulike prosjekter som har lignende erfaringer.
- Hadde lave forventninger; ble positivt overrasket. Prosjektmedarbeider fikk ikke all informasjonen på forhånd. Fint: ledere som vandret rundt og bisto gruppen, tidsstyring. Akkurat passe med to grupper i løpet av dagen.
- Tidsskjemaet passet bra! Framlegget fra de enkelte gruppene. Interessant, inspirasjon til læring.
- Struktur og tidsplan var bra, litt kort tid til lunsj.
- Gode spørsmål. I tillegg kunne det kanskje ha vært spørsmål om hva den enkelte gjorde for å bidra til suksessen.
- Forarbeidet som var gjort med utforming av spørsmål og tider var en god hjelp til organisering av viktige spørsmål.
- Spørsmålene var veldig likt vinklet – opplevde at det ble de samme svarene. Heller færre spørsmål og noe mer tid til gruppediskusjon og diskusjon i plenum.
- Gruppen fungerte med tydelig gruppeleder og forhåndsdefinert referent.
- Metoden gjennom dagen var bra. Konstruktivt.
- Idemyldring var nyttig ift videre arbeid.
- Tror det kunne vært bedre å presentere selv for gruppa enn den som intervjuet presenterte –mer presist og riktig.
- Likte formen godt, kom innom mye på rimelig kort tid, møtte mange nye som inspirerte meg.
- Bra struktur, fint med fokus på det positive. Kanskje noen presentasjoner med konkrete eksempler og oppsummering til slutt. Men stort sett veldig bra.
- Metoden i gruppe og par-arbeid fungerte bra. Litt presset for tid på morgenen og det kunne ha vært fint å ha tid (ev mail på forhånd) til å finne ut mer om de ulike prosjektene.
- Fungerte best første del av dagen.
- Vårt prosjekt var lite og avgrenset, så jeg følte at jeg hadde lite å bidra med. Men jeg har lært mye!
- Kanskje hatt noen arbeidsoppgaver i forkant ville ha effektivisert vår arbeidsinnsats? Ellers veldig godt planlagt og gjennomført fra dere!
- Fantastisk! Bedre? Fremleggelse med flip-over? Visual management
- Nyttig dag, god ide med å intervju hverandre og referere i gruppa.

Gode råd til Helse Sør-Øst RHS

- Fortsett å lyse ut midler!! Takk for meg. (dette skriver flere)
- Hjelp oss til å få de gode tiltakene mer ut i drift. Kanskje en fremtidig *prosjekt til drift* – pott?
- Midler er en svært viktig forutsetning for samhandlingsarbeidet!
- Invitere til forskning om samhandling – hva skal til, hva slags kompetanse snakker vi om, hva er det som virker og hvorfor?
- Fra prosjekt til drift – varige robuste tiltak? Lavkostnad for brukere som trenger tilbus / behandling mest. Mange opplever prosjekttretthet.
- Økonomisk og helsemessig gevinst av folks egen evne til å hjelpe seg selv gjennom bruk av selvhjelpsgrupper.
- Utvikle gode verktøy for prosjekter som er enkle å ta i bruk.
- Takk!
- Forvente interesse og engasjement av ledere i HSØ til prosjektene de har vært med på å igangsette. Fronte prosjektene innenfor eget arbeidssted, slik at man også kan dele kunnskap og engasjement blant arbeidskollegaer.
- Det må sørges for at det avsettes midler til videre drift når prosjektet er avsluttet. Er jo da resultatene skal bære frukter videre.
- Mer dialog med brukere.
- Vi er alle avhengige av hverandre for å oppnå et vellykket prosjekt. (bruker)
- Fortsett i samme ånd!
- Prosjektleder må kunne organisere prosjektet metodisk. Pasientenes behov må være utgangspunktet for alt vi gjør. Må være positive – også kritisk positive. Prosjekt må avstedkomme overføringsverdi.
- Gi penger til prosjekt-forskning som er i tråd med de utfordringene som ligger i vår framtidige helsehverdag.

Vedlegg 7:

Indeks for bruk av forbedringsmetoder

	<i>Ny praksis var godt dokumentert (kunnskapsbasert).</i>	<i>En god plan / metode for gjennomføring som var åpen for justeringer underveis.</i>	<i>Det ble gjort lokale tilpasninger i implementeringen av tiltak som har vært vellykket andre steder.</i>	<i>Målinger ble brukt til informasjon og styring i prosessen.</i>	<i>Resultatene ble dokumentert/synlig gjort ved hjelp av forståelige og troverdige metoder.</i>	<i>Videreføring og spredning var planlagt.</i>
Ny praksis var godt dokumentert (kunnskapsbasert).	1,00					
En god plan / metode for gjennomføring som var åpen for justeringer underveis.	0,38	1,00				
Det ble gjort lokale tilpasninger i implementeringen av tiltak som har vært vellykket andre steder.	0,41	0,57	1,00			
Målinger ble brukt til informasjon og styring i prosessen.	0,53	0,56	0,61	1,00		
Resultatene ble dokumentert/synliggjort ved hjelp av forståelige og troverdige metoder.	0,47	0,53	0,32	0,80	1,00	
Videreføring og spredning var planlagt.	0,59	0,57	0,40	0,55	0,61	1,00

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Kunnskapsbasert	23.1091	44.025	.545	.325	.820
Plan	22.5273	46.476	.599	.421	.814
Tilpasning	22.9818	43.796	.489	.278	.833
Maaling	23.7636	35.517	.760	.671	.774
Resultat	23.2364	39.258	.694	.637	.790
Spredning	22.8364	44.065	.609	.463	.809

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.835	.837	6