



Foto: Erik M. Sundt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Studien rapporterer funn fra en interorganisatorisk læringsintervensjon for helsepersonell, relatert til overføringer av eldre pasienter mellom behandlingsnivåer.

Hensikt: Å undersøke hvordan det kan tilrettelegges for kunnskapsoverføring blant helsepersonell på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Metode: Designet er kvalitativt og deskriptivt, og deltakende observasjon er brukt som datainnsamlingsmetode. Omtrent hundre deltakere

på tvers av behandlingsnivåer og profesjoner deltok i en interorganisatorisk læringsarena; «Møteplassen», relatert til overføring av eldre pasienter. En observasjonsguide ble utviklet og testet basert på teorier innen interorganisatorisk kunnskapsoverføring.

Resultater: «Møteplassen» legger til rette for fire former for kunnskap-sinteraksjon mellom helsepersonell på tvers av behandlingsnivåer og profesjoner: sosialisering, ekster-nalisering, kombinerende og inter-nalisering. Interaksjonsformene

varierer i ulike faser av lærings-intervensjonen. Faktorer relatert til interorganisatorisk dynamikk og trekk ved partene som deltar i «Møteplassen» forsterker den interorganisatoriske kunnskapsoverføringen.

Konklusjon: «Møteplassen» til-fredsstilte viktige kriterier for interorganisatorisk kunnskapso-verføring, hvilket indikerer at det er en virkningsfull arena for å til-rettelegge for kunnskapsutveksling relatert til overføringer av eldre pasienter.

ENGLISH SUMMARY

Transitional care of the elderly: An arena for inter-organisational learning among healthcare staff

Background: The study reports findings from an inter-organisational learning intervention, the «Meeting Point», related to transitional care of the elderly across care levels.

Objective: To reveal how the inter-vention, the «Meeting Point», enables inter-organisational learning across primary and specialist healthcare services.

Methodology: The design is qualita-

tive and descriptive, using participant observations as the data collection method. About one hundred participants across care levels and professions attended the «Meeting Point» related to transitional care of the elderly. An observational guide was developed and tested based on the theories of knowledge creation and inter-organisational learning.

Results: The «Meeting Point» enabled four types of knowledge interaction among healthcare personnel across care levels and professions: socialisation, externalisation, combination and internalisation. The

interaction forms varied in different phases of the learning intervention. Inter-organisational dynamics and characteristics of the participants further enabled inter-organisational learning at the «Meeting Point».

Conclusion: The «Meeting Point» met vital criteria for inter-organisational learning, indicating that it should be considered a powerful arena to tailor knowledge interaction related to transitional care of the elderly.

Key words: qualitative study, obser-vation, coordination, primary health care, specialist healthcare

» En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter

Forfattere: **Randi Nisja Heskestad og Karina Aase**

NØKKELORD

- Kvalitativ studie
- Observasjon
- Samhandling
- Primærhelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste

INTRODUKSJON

Nasjonale føringer stiller stadig høyere krav til samhandling og kvalitet i norske helsetjenester generelt, og på tvers av behandlingsnivåer spesielt (1,2). Sammenhengende og helhetlige helsetjenester er en uttalt utfordring, både i nasjonale og internasjonale føringer og i forskningslitteraturen (1,3–6).

Eldre er innenfor en samhandlingskontekst en stor og sårbar gruppe (1,7-9). Tidligere forskning har vist at kontinuerlige og koordinerte helsetjenester er spesielt viktig for eldre pasienter, fordi de ofte har sammensatte medisinske problemer som behandles av forskjellig helsepersonell (10). Andre studier viser til at personer med behov for komplekse og kontinuerlige helsetjenester er særlig sårbare for dårlig kvalitet i overføringer mellom behandlingenheter (11,12). Begrepet pasientoverføringer

inkluderer i denne sammenheng overføring av pasientinformasjon, kommunikasjon mellom involverte helsepersonell og overføring av behandlingsansvar (13). Spesifikke intervensjoner for forbedring av pasientoverføringer på tvers av behandlingsnivåer kan øke kvaliteten på helsetjenester for eldre som blir utskrevet fra sykehus til kommunehelsetjeneste (14). Det påpekes videre at intervensjonene bør være tverrfaglige.

Ved å observere overføringer av eldre pasienter, både ved innleggelse og utskrivelse til eller fra sykehus, har man identifisert at helsepersonells kompetanse og informasjonsutveksling er viktige utfordringer av betydning for kvaliteten i overføringene (15–18). Studier viser at helsepersonell mangler profesjons-, system- og rollekompetanse når det gjelder overføringer av eldre pasienter. Man mangler i tillegg arenaer for utvikling og utveksling av kunnskap på tvers av behandlingsnivåer (19,16). Samtidig dokumenteres et forskningsbehov knyttet til intervensjoner for forbedring av pasientoverføringer og effekten av disse (20). Interorganisatoriske møter for helsepersonell er en slik intervensjon foreslått av Storm et al. (16). Her kan man formidle kunnskap

relatert til rutiner for overføring av pasienter. I tillegg kan man danne grunnlag for en felles forståelse av oppgaver og ansvar i forbindelse med overføring. Videre fremheves kombinasjonen av formell opplæring og uformell sosial læring, der det overordnede målet er økt innvirkning på overføringspraksis (21).

På grunnlag av det identifiserte kunnskapsbehovet vil denne artikkelen se nærmere på interorganisatoriske møter i form av en tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. Formålet vil være å undersøke hvorvidt en slik arena kan fremme kunnskapsoverføring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten for å legge til rette for bedre overføringer av eldre pasienter.

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at en møteplass på tvers av organisasjoner fremmer kunnskap og samhandling mellom helsepersonell relatert til overføring av eldre pasienter.

Mer om forfatterne:

Randi Nisja Heskestad er forsker ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag og miljøterapeut i Gjesdal kommune. Karina Aase er professor ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag. Kontaktperson: randi.heskestad@gmail.com.

TEORI

Det teoretiske perspektivet i artikkelen er basert på litteratur om interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Interorganisatorisk kunnskapsoverføring innebærer at én organisasjon lærer av erfaringene til en annen (22). Easterby-Smith et al. (22) har oppsummert forskningen om interorganisatorisk kunnskapsoverføring, og fremhever følgende sett av faktorer med betydning: Trekk ved partene (sender og mottaker), interorganisatorisk dynamikk og kunnskapsinteraksjon (se figur 1).

Trekk ved partene

Hvem som er sender og hvem som er mottaker vil variere i løpet av ulike faser eller oppgaver. Kunnskap overføres dermed begge veier i tråd med skiftende roller. Absorberende kapasitet betegner partenes evne til å gjenkjenne verdien av ny kunnskap, og til å oppta og bruke denne kunnskapen (23). Denne kapasiteten påvirkes av organisasjonens tidligere erfaringer, kultur og dens evne til å bevare kunnskap (24). Når kunnskapen kommer fra eksterne kilder, er den mottakende organisasjonen

avhengig av intraorganisatorisk overføringsevne for å nyttiggjøre seg kunnskapen. Motivasjon innebærer at mottakeren må være motivert til å tilegne seg kunnskap, og senderen må ha verdifull kunnskap å tilby og være motivert til å lære fra seg. Manglende motivasjon til å lære fra seg (sender) kan også legge en demper på entusiasmen for å lære (mottaker).

Interorganisatorisk dynamikk

Sender og mottaker vil ofte stå i et asymmetrisk maktforhold til hverandre, idet man opplever at den som er i besittelse av kunnskap har mer makt. Dette avhengighetsforholdet forandrer seg etter hvert som kunnskapsoverføringen skjer. Når mottaker opplever at det ikke er mer å lære, kan grunnlaget for samarbeid falle bort.

Tillit og risiko innebærer at sender ved å dele kunnskap kan løpe en risiko, ved å overføre kunnskap som kan påvirke konkurransemessige fortrinn (25). Samtidig løper mottakeren en risiko for at kunnskapen som mottas er unyttig eller av dårlig kvalitet, noe som fordrer en kritisk vurdering (26). Tillit frem-

mer kunnskapsoverføring, ved å skape trygghet for at kunnskap ikke vil bli utnyttet (27).

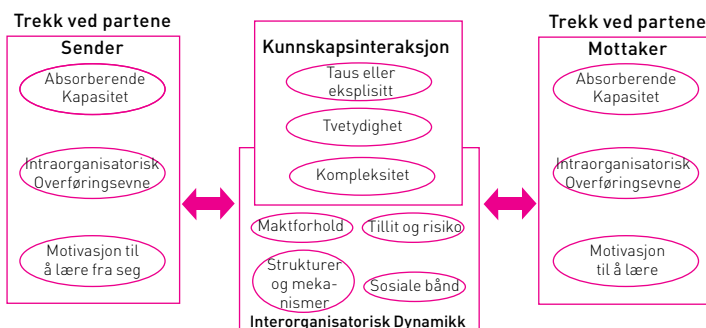
Strukturer og mekanismer er forhold i sammenhengen der kunnskapsoverføring finner sted. Som regel bør organisasjoner ha en form for strategisk allianse for at kunnskapsoverføring skal skje. Hvilken form denne alliansen har vil påvirke hvordan organisasjonene interagerer, og hvordan kunnskap overføres (28).

Sosiale bånd blir sett på som en overordnet betingelse for kunnskapsflyt, og kan minske betydningen av kulturelle forskjeller som gjerne finnes mellom deltakere fra ulike organisasjoner.

Kunnskapsinteraksjon

Organisatorisk kunnskap skapes gjennom en kontinuerlig dialog mellom taus og eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap er kunnskap som ikke er uttalt, kodifisert eller lagret, mens eksplisitt kunnskap kjennetegnes av at den kan formaliseres i rutiner, prosedyrer og retningslinjer. Ved å studere dette samspillet kan det identifiseres fire former for kunnskapsinteraksjon (29). Interaksjonen mellom taus kunnskap hos ulike individer omtales som sosialisering. Her lærer man gjennom observasjon, imitasjon og praksis, og på denne måten skaper man taus kunnskap gjennom delt erfaring. Sosialisering gjør det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser, og er en forutsetning for kunnskapsutvikling. Et eksempel på sosialisering kan være å dele et måltid, eller å møtes på en arena utenfor vante omgivelser. Interaksjon mellom ulike typer tydeliggjør kunnskap omtales som kombinerings. Det kjennetegnes av at man kombinerer og systematiserer tilgjengelig, dokumentert kunnskap som allerede finnes. Denne rekonfigu-

Figur 1: Interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Oversettelse basert på Easterby-Smith et al. (22)



ringen av eksplisitt kunnskap kan foregå gjennom sortering, tilføyelse og rekategorisering, og vil dermed skape ny eksplisitt kunnskap.

Interaksjonen mellom taus kunnskap og eksplisitt kunnskap omtales som eksternalisering. Her blir ikke-kodifisert kunnskap gjort skriftlig eller muntlig tilgjengelig for andre. På den måten muliggjør man kunnskapsoverføring på tvers av organisasjoner. Interaksjonen mellom eksplisitt og taus kunnskap betegnes som internalisering. Her tas kunnskaps-elementer i bruk av flere, og på denne måten internaliseres kunnskapen hos den enkelte.

Interaksjonen mellom de ulike formene for kunnskap vil tilta i styrke og hastighet etter hvert som flere deltakere blir involvert. På denne måten er organisatorisk kunnskapsutvikling en prosess som ofte starter på individnivå, og fortsetter på gruppenivå før organisasjonsnivå og interorganisatorisk nivå (30). I tillegg til kunnskapens form (taus eller eksplisitt) har også dens kompleksitet og tvetydighet betydning for kunnskapsoverføringen (22). Tvetydighet sees som en hemmende faktor for kunnskapsoverføring, og tvetydighet kan i større grad relateres til taus enn til eksplisitt kunnskap (31).

På bakgrunn av det teoretiske perspektivet, redegjort for over, søker studien å besvare følgende forskningsspørsmål: Hvordan legger en spesifikk læringsarena (Møteplassen) til rette for kunnskapsoverføring på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten?

For å besvare forskningsspørsmålet undersøker vi hvordan det tilrettelegges for ulike former for kunnskapsinteraksjon i læringsarenaen, og hvordan partene (primær- og spesialisthelsetje-

nesten) og den interorganisatoriske dynamikken mellom dem fremstår.

METODEDEL

Design og metode

Studien er en kvalitativ, empirisk studie, der deltakende observa-

” Sosialisering gjør det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser.

sjon er brukt som datainnsamlingsmetode (32). Observasjon gir tilgang til informasjon som ikke kan samles ved andre metoder, og blir sett på som en egnet metode når forskeren vil undersøke samhandling mellom mennesker (32). To deltakende observatører gjennomførte datainnsamlingen, og observasjonene ble sammenholdt i etterkant. Feltrollen varierte fra å være tilstedeværende observatør, der man noterte observasjoner, til å være deltakende observatør som fasilitator i gruppediskusjoner.

Datainnsamling

Datainnsamlingen inkluderte observasjon av deltakere og samhandling mellom disse på læringsarenaen Møteplassen. Møteplassens hensikt er å gi ansatte som er involvert i overføringer av eldre pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten en arena for å diskutere faglige problemstillinger knyttet til kvalitet i overføringene. En observasjonsguide ble utarbeidet på grunnlag av det teoretiske perspektivet (22,29). Den ble deretter testet og revidert i løpet av fire samlinger på Møteplassen, mens hovedtyngden av data ble samlet inn i løpet av tre samlinger i januar 2014. Observasjonsguiden inneholdt følgende punkter: Sosialisering, eksternalisering, internalisering, kombi-

nering, absorberende kapasitet, interorganisatorisk overførings-evne, motivasjon til å lære eller lære fra seg, maktforhold, tillit og risiko, strukturer, mekanismer og sosiale bånd.

Observasjonsdata ble skrevet ned for hånd og deretter transkri-

bert etter hver samling på Møteplassen. Totalt forelå det 30 sider med observasjonsdata.

Analyse

Observasjonsdata ble analysert ved hjelp av det teoretiske rammeverket presentert i figur 1. Observasjonene ble kategorisert under tre overordnede deler av Møteplassen, og det ble beskrevet hvordan hver enkelt observasjon kunne knyttes til interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Etter at førsteforfatter hadde foretatt en første kategorisering av data ble denne presentert for med-observatør (andreforfatter), og kategorier ble diskutert og justert. Deretter ble kategoriene sammenholdt med læringsverktøy som hadde vært i bruk i de ulike delene av Møteplassen.

Etiske vurderinger

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som del av prosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre». Deltakelse er basert på frivillighet, og deltakerne er informert om at enkeltpersoner ikke vil kunne gjenkjennes i publisert materiale.

RESULTATER

Møteplassen

Møteplassen inneholder en rekke

Tabell 1: Sentrale elementer i læringsarenaen «Møteplassen» [basert på Storm et al. (19)]

| Element | Tid | Innhold | Formål |
|---|--------|---|--|
| Registrering og lunsj | 30 min | Registrering av deltakere og uformell lunsjsservering. | Oversikt over deltakere, uformell arena for samhandling. |
| Introduksjon ved medlem av forskningsteam | 15 min | Seminar 1: Presentasjon av prosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføringer av eldre». Seminar 2 og 3: Velkommen og oppsummering av forrige seminar, deltakerevaluering og identifiserte tiltak. | Introdusere deltakerne til forskningsprosjektet, hovedformål og nåværende status. Holde fokus gjennom intervensjonen og registrere nylige aktiviteter i prosjekt og avdelinger. |
| Forelesninger ved en eller flere fra forskningsteam og praksisfelt | 45 min | Tre tematiske områder: Risiko Pasient System | Øke bevissthet og kompetanse på kvalitet i overføringer av eldre. Introdusere kunnskap og verktøy for å forbedre kvalitet i pasientoverføringer. |
| Case utviklet av forskningsteam og regionalt helseforetak (skriftlig case eller film) | 15 min | Tekstbasert pasient-case med risiko-fokus Film pasientfokus Film systemfokus | Sette fokus på de tre tematiske områdene for å stimulere individuell refleksjon og gruppeaktivitet. |
| Gruppeaktiviteter i blandede grupper på tvers av profesjon, avdeling og behandlingsnivå | 1 time | Fokus på 2-3 spørsmål relatert til case. Identifikasjon av tiltak for forbedring av pasientoverføringer på avdelingsnivå. | Stimulere kunnskapsutveksling mellom deltakere på tvers av profesjon, avdeling og behandlingsnivå. |
| Plenumsdiskusjon ledet av medlemmer fra forskningsteamet | 45 min | Gruppresentasjoner av identifiserte forbedringstiltak. | Diskusjon og samstemming av tiltak, forslag til hvordan implementering på avdelingene kan foregå. |

elementer som vist i tabell 1, basert på hva tidligere forskning har dokumentert som viktige faktorer for kvalitet i pasientoverføring (16,21).

Elementene fra Møteplassens program kan samles i tre overordnede deler: *Ubundet tid*, *Formidling* og *Dialog*. *Ubundet tid* representerer deler av Møteplassen der deltakerne har stor grad av frihet til selv å velge oppholdssted, samtalepartnere og gjøremål. Denne delen inneholder registrering, lunsj og pauser. I *Formidling* inngår forelesninger som i hovedsak styres av forskere eller eksterne foredragsholdere, samt film. *Dialog* preges av aktiviteter der det er lagt opp til høy grad av deltakerinvolvering. Sistnevnte inkluderer diskusjoner både gruppevis og i plenum, og er særlig vektlagt for å oppnå Møteplassens hensikt med å gi helsepersonell anledning til å diskutere faglige problemstillinger

knyttet til pasientoverføringer av eldre.

Deltakere

Deltakerne på Møteplassen er utdannet som sykepleiere, hjelpepleiere, leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter og merkantilt personale, og er ansatt i ulike enheter som vist i tabell 2. Hver deltaker var med på tre samlinger i september 2013, november 2013 og januar 2014. For å oppnå et passende antall deltakere på hver samling (30–35 stykker) ble det totalt arrangert ni samlinger.

I det videre vil vi presentere resultater som fremkom ved observasjon av Møteplassen, relatert til trekk ved partene, interorganisatorisk dynamikk og kunnskapsinteraksjon.

Trekk ved partene

Ubundet tid. Denne fasen bærer preg av at deltakerne deler egne

erfaringer og kunnskap fra sin arbeidsplass. De fremstår som motiverte til å gi fra seg kunnskap. De er interesserte i å høre hva andre deltakere har å si, og viser dette ved aktivt å stille spørsmål til hverandre. De fremstår som motiverte for å lære, og anerkjenner verdien av ny kunnskap.

Formidling. I formidlingsdelen noterer deltakerne, og viser at de følger med og/eller kjenner seg igjen ved å nikke eller hviske seg imellom. Foreleserne har verdifull kunnskap å tilby, og deltakerne fremstår som motiverte for å tilegne seg ny kunnskap. Deltakerne forholder seg også kritiske til det de hører, ved å stille spørsmål til innholdet i presentasjonene. Forskerne fremstår som engasjerte og motiverte for å dele kunnskap. Under visning av film observeres det at deltakerne ler, kommenterer og hvisker til hverandre. Filmen har verdifull

og relevant kunnskap å tilby deltakerne.

Dialog. I dialogdelen deler deltakerne erfaringer og konkrete episoder fra egen arbeidshverdag, og fremstår som motiverte til å gi fra seg kunnskap. Motsatt er de motiverte til å tilegne seg ny kunnskap, noe de viser ved å nikke bekreftende, samt stille spørsmål dersom noe er uklart. Partene har informasjon å komme med som er verdifull for den motsatte part. Deltakerne anerkjenner videre verdien av ny kunnskap, ved å lytte til de andres synspunkter og gi andre mulighet til å komme til orde.

I én av gruppediskusjonene blir det tydelig at en deltaker styrer mye av diskusjonen, noe som gjør at flere av de andre ikke engasjerer seg i like stor grad. Det ser i dette tilfellet ut til at øvrige deltakere etter hvert mister noe av motivasjonen til å lære fordi diskusjonen blir ensporet og i liten grad angår deres hverdag.

I plenumsdiskusjonen fremstår partene som motiverte for å lære og for å gi fra seg kunnskap, samtidig som de anerkjenner verdien av å ha en felles forståelse på tvers av tjenestenivå. Dette understrekes av et utsagn fra en av deltakerne: «Det er viktig med en felles kultur i primær- og spesialisthelsetjenesten, en bevissthet om hva som er akseptabel måte å gjøre ting på»

Videre viser deltakerne at de er i stand til å gjøre ny kunnskap om til konkret handling, ved å diskutere konkrete problemstillinger og gjøre viktige avklaringer.

Interorganisatorisk dynamikk

I tabell 3 vises dynamikken mellom organisasjonene som ble observert i de ulike fasene av Møteplassen, med tilhørende læringsverktøy. Funnene viser at

Tabell 2: Deltakere på «Møteplassen»

| Organisasjon | Enhet |
|-------------------------|--------------------------------------|
| Sykehus | Lungemedisinsk avdeling |
| | Akuttmottak |
| | Observasjons- og behandlingsavdeling |
| Sykehjem 1 | Geriatrisk avdeling |
| | Overgangsavdeling |
| Sykehjem 2 | Intermediæravdeling |
| Sykehjem 3 | Ledelsesrepresentanter |
| Sykehjem 4 | Ledelsesrepresentante |
| Hjemmebaserte tjenester | Tre geografiske områder (soner) |
| Helse- og sosialkontor | Tre områder/kontor |
| Totalt | Ca. 100 deltakere på hver samling |

Møteplassen legger til rette for interorganisatorisk kunnskaps-overføring ved å benytte ulike læringsverktøy. De mest sentrale av disse er tilrettelegging av lokaler og program på en slik måte at uformell samhandling kan finne sted: Forelesninger av forskere og sentrale representanter fra praksisfeltet med mulighet for deltakerne til å involvere seg og stille spørsmål underveis, visning av film og gruppediskusjoner. Funnene tyder på at man ved å kombinere disse læringsverktøyene i en og samme intervensjon, oppnår at deltakerne får mulig-

skapsinteraksjonene som ble observert i de ulike fasene av Møteplassen, med tilhørende læringsverktøy. Ulike læringsverktøy muliggjør også her ulike former for kunnskapsinteraksjon. Sentrale læringsverktøy er frigjøring av tid, tilrettelegging av felles måltid, tilrettelegging av lokaler for muliggjøring av uformelle samtaler, møtelokaler utenfor organisasjonens vante omgivelser, film, gruppediskusjoner og forelesninger med bruk av PowerPoint-presentasjoner. Gjennom disse og andre læringsverktøy viser funnene at Møteplassen

” Møteplassen legger til rette for interorganisatorisk kunnskapsoverføring ved å benytte ulike læringsverktøy.

het til å knytte sosiale bånd. Man oppnår også at partene deltar på et likeverdig grunnlag og at den strategiske alliansen mellom partene fremmer tillit. Risikoen for uønskede konsekvenser ved utilsiktet deling av informasjon blir i tillegg minimert.

Kunnskapsinteraksjon

Tabell 4 viser de ulike kunn-

tilrettelegger for alle de fire formene for kunnskapsinteraksjon: sosialisering, eksternalisering, kombinerende og internalisering. De fire formene kan, i tillegg til hver for seg å skape ny kunnskap, også fungere som en kunnskapsspiral. Dermed genereres ny kunnskap i de ulike enhetene deltakerne til vanlig er del av. Funnene tyder på at Møteplassen

Tabell 3: Møteplassen: Interorganisatorisk dynamikk

| Fase | Læringsverktøy | Inter-organisatorisk dynamikk | Empirisk beskrivelse |
|-------------|---|-------------------------------|--|
| Ubundet tid | Tilrettelegging for uformelle samtaler. Frigjort tid. Lokaler som innbyr til sosial kontakt. Samle de samme personene på flere samlinger over tid. | Sosiale bånd | Deltakerne hilser på hverandre. Småprater om hvor de jobber, hvor lenge de har jobbet der osv. Knytter på denne måten sosiale bånd. |
| | | Maktbalanse | Sosiale relasjoner utvikler seg fra samling 1 til 3. Mange av de samme deltakerne treffes på hver av de tre samlingene. Partene fremstår som likeverdige. Deltaker fra kommunen: «Det er viktig å få forståelse for hvordan andre tenker. Dette har blitt bedre det siste året». |
| | | Maktbalanse/sosiale bånd | Deltakere kommer med utsagn om at maktbalansen mellom sykehus og kommune er jevnere enn før. Partene fremstår som likeverdige. Deltakerne får kunnskap om hverandres hverdag og utfordringer. Dette gjør partene likeverdige og de knytter sosiale bånd. |
| Formidling | Forelesninger av forskere, representanter fra praksisfeltet. Spørsmål fra salen. Film. | Strukturer/ mekanismer | Forelesere er i hovedsak den aktive part, mens deltakere fra salen stiller spørsmål underveis og i etterkant av innlegg. Strukturen åpner opp for enveis kommunikasjon, informasjon gis fra foreleser til tilhørere. Deltakerne har en strategisk allianse, i form av å være en del av de offentlige helsetjenestene, og er avhengige av et godt samarbeid på tvers av enheter. Det vises film der et relevant case presenteres. Enveis kommunikasjon gjør det mulig for deltakerne å lære av andres praksis. |
| | | Maktbalanse | Kommunerepresentant: «Vi får kun være med i diskusjoner når det har oppstått konflikter, skulle gjerne vært med utenom også». Kan sees som et uttrykk for skjev maktbalanse, men også praktiske hensyn. Kommunerepresentant: Forteller om erfaringer. Anerkjennet sykehjem og sykehus på lik linje, mener begge håndterer situasjoner bedre nå enn før. Legger grunnlaget for en jevn maktbalanse, eventuelt skiftende i tråd med hvem som søker og hvem som har kunnskap. |
| | | Tillit og risiko | Ingen umiddelbar risiko står i veien for kunnskaps-overføring. Kunnskap som deles fører ikke til at senders organisasjon mister konkurransefortrinn. Foreleser høster tillit relatert til ekspertrollen, og fremstår som troverdig. Deltakerne har tillit til at det som sies er riktig og relevant. Forskerne som er ansvarlig for opplegget har kvalitetssikret de eksterne innleggene. Sykehusrepresentant: «Kulturen i spesialist- og primærhelsetjenesten er forskjellig – det vet vi – men vi tror det nytter å vite om det». Sykehusrepresentanten legger grunnlag for interorganisatorisk samarbeid på tross av ulikheter i kultur. |
| Dialog | Gruppe-diskusjoner. Fasilitator bidrar til at alle deltakere involveres. | Strukturer/ mekanismer | Alle deltakere involveres i gruppediskusjonene, som preges av en dynamisk struktur. |
| | | Maktbalanse | Sykehusansatt: «Sykehjemmene er så flinke nå, sjelden man får pasienter lagt inn derfra» Sykehjemsansatt: «Sykehuset er flinke til å sende utskrivningsrapporter» Partene fremstår som likeverdige. Utsagnene fremmer et godt klima for kunnskapsoverføring. Man anerkjenner den andre parten, samtidig som man gir verbalt uttrykk for at man kan ha noe å lære fra ansatte i andre enheter. |
| | | Tillit og risiko | Én deltaker dominerer i gruppen: «Vi har gjort en stor jobb, det må andre også gjøre nå». Har mye å utsette på andre aktører, fremstiller egen enhet som vellykket. Et uttrykk for en skjev maktbalanse, et forsøk på å jevne ut skjevheten. Alle parter deltar aktivt i diskusjonen. Viser respekt for hverandres synspunkter. Deltakerne stiller spørsmål og venter på svar, og får bekreftet eller avkreftet sin forståelse. Deltakerne har en grunnleggende tillit til hverandre, de tør dele erfaringer og tar i mot andres synspunkter på en høflig måte. Man føler seg trygg på at kunnskapen som deles ikke vil bli brukt utover det som var intensjonen eller utenfor rammene. |

Tabell 4: Møteplassen: Kunnskapsinteraksjon

| Fase | Læringsverktøy | Kunnskapsinteraksjon | Empirisk beskrivelse |
|-------------|---|----------------------|---|
| Ubundet tid | Frigjøring av tid. Film. Felles måltid. Tilrettelegge lokaler for uformelle samtaler. Arrangere møte på en arena utenfor organisasjonens vannte omgivelser. | Sosialisering | Deltakerne snakker med hverandre og deler erfaringer fra hverandres hverdag. Deltakerne ønsker å bli kjent med hverandre gjennom samtale, der samtalens tema ikke trenger å handle om kunnskapen som skal overføres. Sosialisering gjør det lettere å sette seg inn i andres tankeprosesser. |
| | Tid og rom for uformelle diskusjoner | Kombinering | Eksplisitt kunnskap som allerede er kjent av partene diskuteres, og settes i en annen sammenheng. Deltakerne skaper ny kunnskap ved at de utveksler og kombinerer kunnskap, og systematiserer konsepter i et kunnskapssystem. |
| Formidling | Visning av film med relevant case. | Sosialisering | Deltakerne observerer skuespillerne og situasjonene som presenteres i filmen. De ser hvordan god samhandling kan fungere, og hvordan spesi- fikke tekniske rutiner er tenkt gjennomført. |
| | Presentasjon av PowerPoints. Forelesninger av forskere. Forelesninger av sentrale representanter fra praksisfeltet. | Eksternalisering | PowerPoint-presentasjoner som er laget basert på taus kunnskap og erfaringer, blir presentert og distribuert skriftlig til deltakerne. Implisitt kunnskap fremstilles ved hjelp av eksplisitte konsepter, blant annet i form av modeller. |
| | Oppsummering av allerede kjent kunnskap. Presentasjon av PowerPoints. | Kombinering | Forsker oppsummerer tiltak fra forrige samling. Forskeren setter allerede kjent kunnskap inn i en ny kontekst, og tilrettelegger for at ny kunnskap skapes. Presentasjon av PowerPoints basert på eksisterende eksplisitt kunnskap i organisasjonen. Allerede kjent kunnskap systematiseres og leder til ny kunnskap. |
| | Forelesninger av forskere. Forelesninger av sentrale representanter fra praksisfeltet. Mulighet for spørsmål og refleksjon fra deltakerne underveis og i etterkant. | Internalisering | Kommunerepresentant: «Jeg satt og tenkte under det forrige innlegget: «Ok, vi har noen utfordringer knyttet til systemnivå og noen til individnivå». Kunnskapen internaliseres og omgjøres til verdifull kompetanse. Kommunerepresentanten gjør den nylig ervervede kunnskapen til sin egen, og bruker kunnskapen i egen organisasjonssetting. |
| Dialog | Gruppediskusjoner. Kafébord-oppsett. Oppfordring til formulering av skriftlige tiltak. | Eksternalisering | Deltakerne deler egen taus kunnskap med andre deltakere. Hver gruppedeltaker noterer tre tiltak for sin avdeling, basert på egen taus kunnskap. Deltakerne skaper nye, eksplisitte konsepter. Implisitt kunnskap blir gjort tilgjengelig for andre. |
| | Gruppediskusjoner. Kafébord-oppsett. Oppfordring til formulering av skriftlige tiltak. | Kombinering | Deltakerne diskuterer kunnskap som allerede er kjent i gruppen. Hver gruppedeltaker noterer tre tiltak for sin avdeling, basert på eksisterende kunnskap i organisasjonen. Deltakerne setter eksisterende kunnskap inn i et kunnskapssystem. De sorterer og kombinerer allerede kjent kunnskap, det artikuleres skriftlig eller muntlig og fører til at ny kunnskap skapes. |
| | Gruppediskusjoner. Kafébord-oppsett. | Internalisering | Deltakerne deltar aktivt i diskusjonene. Spørsmål blir stilt til deltakere fra andre enheter. Deltakerne reflekterer over kunnskapen som kommer frem i diskusjonene. Deltakerne oppdaterer eget kunnskapsregister med momenter de har manglet. De setter den eksisterende kunnskapen inn i et kunnskapssystem, og gjør den til sin egen. |

legger til rette for at en slik form for kunnskaputvikling kan skje.

DISKUSJON

Studien frembringer resultater som bekrefter at de ulike elementene i Møteplassen, hver for seg og som helhet, legger til rette for interorganisatorisk kunnskapsoverføring.

Forutsetninger

Forskjellige læringsverktøy tilrettelegger for faktorer som forskningslitteraturen fremholder som viktige i prosesser for interorganisatorisk kunnskapsoverføring. For eksempel foregår mye av interaksjonen mellom deltakerne når det er frigjort tid til uformell samhandling.

” Tilrettelegging for dialog er et annet sentralt læringsverktøy i Møteplassen.

Dette fremmer utviklingen av sosiale bånd. Slike uformelle sosiale relasjoner har vist seg å være viktig for kunnskapsflyt mellom medlemmer av samme organisasjon (33) eller mellom forskjellige organisasjoner (34). Det er derfor grunn til å understreke betydningen av å legge til rette for uformell kontakt mellom deltakere i en interorganisatorisk læringsintervensjon.

En annen forutsetning for at kunnskapsoverføring mellom organisasjoner skal fungere, er at det finnes en strategisk allianse mellom enhetene som deltar (22). Deltakerne i Møteplassen har en slik strategisk allianse. De er en del av de offentlige helsetjenestene og avhengige av et godt samarbeid. Samtidig møter de krav til samhandling på tvers av enheter og behandlingsnivåer gjennom nasjonale føringer (1).

Videre er det viktig at det eksisterer et tillitsforhold mel-

lom partene. Dette kan bidra til trygghet på at kunnskapen ikke vil bli utnyttet utover det den var tiltenkt for, noe som kan fremme kunnskapsoverføringen (22). Man kan imidlertid ikke utelukke at det finnes informasjon deltakere og forelesere avstår fra å dele. Det kan tenkes at deling av enkelte typer informasjon kan skade enhetens eller eget omdømme. Denne studien har ikke kunnet avdekke slik tilbakeholdelse.

Tilrettelegging for dialog er et annet sentralt læringsverktøy i Møteplassen. Maktbalanse mellom partene ble observert, og i en av gruppene avdekket man en skjevhet i maktbalansen. Dette er et eksempel på at rasjo-

nale for samarbeid faller bort når en av partene ikke synes den har noe mer å lære. Slik skjevhet i maktbalansen vil sees som en hemmende faktor for interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Funnene viser at en jevn maktbalanse i noen grad kan gjenopprettes ved at forskeren gir ordet til mindre aktive deltakere, og søker å involvere alle i diskusjonen. Dette taler for at gruppediskusjoner med fordel kan styres av en ekstern part.

Møteplassen er så langt et tiltak designet, iverksatt og fasilitert av forskere. Å videreføre tiltaket som en integrert del av arbeidet med overføringer av eldre pasienter, innebærer en rekke utfordringer knyttet til ansvar, organisering, ressurser og kultur. Ansvarsmessig har en av suksesskriteriene for Møteplassen vært bruk av eksterne fasilitatorer (forskere) og gjennomføring på «nøytral grunn».

Ved videreføring vil man måtte ta stilling til hvem som skal ha det overordnede ansvaret for Møteplassen. Dette kan være kommunale helse- og sosialkontor, en eller flere av de øvrige deltakende enheter eller samhandlingsseksjoner på sykehus. Det kan også være andre aktører med roller i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Organisatorisk bør det tilrettelegges for fortsatt gjennomføring på «nøytral grunn» der man fokuserer på en blanding av uformell kontakt, dialog, pasientbaserte case og bruk av fasilitatorer eller forskere som ikke er direkte involvert i casene. Ressursmessig er det utfordringer knyttet til å frigjøre økonomi og personale til planlegging og gjennomføring av Møteplassen. Og i forhold til hvordan oppfølging av enhetene i etterkant av deltakelse i Møteplassen skal foregå, med tanke på implementering av konkrete tiltak for bedring av kvaliteten på overføringer av eldre pasienter. Kulturmessige utfordringer er knyttet til vilje hos ledelsen i deltakende enheter, til å frigjøre personale fra ordinær drift og motivasjon hos deltakerne til å stille opp.

Metoderefleksjoner

Studien har lagt til grunn at deltakende observasjon er en egnet metode for å få svar på hvordan Møteplassen legger til rette for kunnskapsoverføring på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Man får ved hjelp av observasjon direkte tilgang til samhandling og aktiviteter som faktisk skjer. Dermed får man førstehånds kunnskap om hvordan interorganisatorisk kunnskapsoverføring utartes i praksis. Det kan imidlertid knyttes usikkerhet

til hvorvidt man ved observasjon klarer å fange det som faktisk er relevant, og videre om observasjonene tolkes på en hensiktsmessig måte. Sammenliknet med andre kvalitative metoder som fokusgrupper eller individuelle intervjuer, kan det hevdes at en fordel ved deltakende observasjon over tid er mulighetene til å «teste» om observasjonene er relevante i løpet av datainnsamlingen. En annen begrensende faktor er at det utelukkende er benyttet feltnotater som datagrunnlag. Bruk av diktafon kan gi en mer detaljert fremstilling av dialogen, og dermed også et rikere datamateriale. Lyddokument ble av praktiske årsaker og av hensyn til deltakerne ikke gjennomført.

Studiens design er bygget opp rundt et teoretisk rammeverk (figur 1) utviklet av anerkjente og ofte siterte forskere. Litteraturen fastslår at det innen helsetjenesteforskning er en stor mangel på studier med uttalte teoretiske perspektiver, spesielt innen evaluering og implementering (35,36). Imidlertid er en slik «teoristyring» ikke uproblematisk. Den kan begrense forskeren ved at man unnlater å observere forhold som teoriene ikke vektlegger, men som like fullt er relevante. På den andre siden forutsetter studiens omfang at ikke alle faktorer kan inkluderes. Teoriene er i så måte med på å fastsette nødvendige rammer for hva som skal være gjenstand for observasjon og ikke.

Resultatene fra denne studien peker på hvordan en læringsarena kan legges til rette for kunnskapsoverføring relatert til overføringer av eldre pasienter mellom tjenestenivåer. Litteraturen peker på at svært få studier presenterer forslag

til metoder som støtter opp om kunnskapsformidling og kunnskapsutveksling i helsevesenet (37). I så måte er denne studien et bidrag som kan tjene til dette formålet. Studien er ikke designet for å kartlegge effekter i form av konkrete tiltak iverksatt i de deltakende enhetene for å forbedre overføring av pasienter som følge av Møteplassen. Det er i sin tur viktig å gjennomføre slike effektstudier for å konkludere om Møteplassen har effekt både på læringsforholdene i de deltakende enhetene og på kvaliteten på overføring av eldre pasienter. Dette vil være del av prosjektets fase 2 (19).

Konklusjon

Den gjennomførte observasjonsstudien viser at intervinsjonen Møteplassen ved hjelp av ulike læringsverktøy legger til rette for fire former for kunnskapsutvikling: 1. Sosialisering i form av frigjøring av tid, film, felles måltid, tilrettelegging for uformelle samtaler, møtepunkt utenfor vante omgivelser. 2. Eksternalisering i form av presentasjon av PowerPoints, forelesninger, gruppediskusjoner, kafébord-oppsett, oppfordring til formulering av skriftlige tiltak. 3. Kombinering i form av tid og rom for uformelle diskusjoner, oppsummering av allerede kjent kunnskap, presentasjon av PowerPoints, gruppediskusjoner, kafébord-oppsett, oppfordring til formulering av skriftlige tiltak. 4. Internalisering av kunnskap i form av forelesninger, mulighet for spørsmål og refleksjon, gruppediskusjoner, kafébord-oppsett.

Samtidig gjør Møteplassen bruk av læringsverktøy som fremmer dynamikk på tvers av organisasjoner i form av tilrettelegging for uformelle samtaler,

frigjort tid, lokaler som innbyr til sosial kontakt, samle de samme personene på flere samlinger over tid, forelesninger, åpning for spørsmål fra salen, film og gruppediskusjoner med fasilitator (forsker) til stede. Videre har partene; deltakere fra primær- og spesialisthelsetjenesten, trekk som fremmer kunnskapsoverføring i form av at de er motiverte for å lære og for å gi fra seg kunnskap. I tillegg anerkjenner de verdien av ny kunnskap og har verdifull kunnskap å tilby. Studien konkluderer med at Møteplassen er en virkningsfull arena som tilrettelegger for interorganisatorisk kunnskapsoverføring knyttet til overføringer av eldre mellom behandlingsnivåer.

Integrering av Møteplassen som en læringsarena for kunnskapsoverføring som ikke er forskerdrevet, krever avklaring av en rekke forhold knyttet til ansvar, organisering, ressurser og kulturtrekk hos deltakende enheter. Spredning av Møteplassen til bruk i andre deler av helsetjenesten fordrer videre forskning, men suksesskriterier som tilrettelegging for uformell kontakt, strategiske allianser, tillit mellom partene, dialog og bruk av «eksterne» fasilitatorer (forskere) anses å være typiske trekk.

REFERANSER

1. Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. nr. 47 (2008–2009).
2. God kvalitet – trygge tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. nr. 10 (2012–2013).
3. Integrated health services – What and why? (Internett). WHO; 2008 (Nedlastet: 2015-03-13). Tilgjengelig fra: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf.
4. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. International Journal of Geriatric

Psychiatry. 2003;18:222-35. doi: 10.1002/gps.819.

5. **Hilligoss B, Cohen MD.** The unappreciated challenges of between-unit hand-offs: negotiating and coordinating across boundaries. *Annals of emergency medicine*. 2013;61(2):155-60. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.04.009.

6. **Holen-Rabbersvik E, Eikebrokk TR, Fensli RW, Thygesen E, Slettebø Å.** Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC health services research*. 2013;13:451. doi: 10.1186/1472-6963-13-451.

7. **Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.** Politikk for likestilling. Oslo, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2012. NOU 2012:15.

8. **Mechanic D, Tanner J.** Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Affairs*. 2007;26:1220-30. doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220.

9. **Long SJ, Brown KF, Ames D, Vincent C.** What is known about adverse events in older medical hospital inpatients? A systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013;25:542-54. doi: 10.1093/intqhc/mzt056.

10. **Wenger NS, Young RT.** Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55:S285-S92. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01334.x.

11. **Coleman EA.** Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003;51:549-55. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.511185.x.

12. **Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademar P, Kalkman C, et al.** Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2012;157:417-28. doi: 10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00006.

13. **Laugaland K, Aase K, Barach P.** Addressing risk factors for transitional care of the elderly – literature review. I: Albolino S, Bagnara S, Bellandi T, Llanaez J, Rosal-Lopez G, Tartaglia R, eds. *Health care systems ergonomics and patient safety*. London: Taylor & Francis Group; 2011:183-91.

14. **Laugaland K, Aase K, Barach P.** Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. 2012;41:2915-24. doi: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.

15. **Aase K, Laugaland KA, Dyrstad DN, Storm M.** Quality and safety in transi-

onal care of the elderly: the study protocol of a case study research design (phase 1). *BMJ open*. 2013;3(8). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003506.

16. **Storm M, Siemsen IMD, Laugaland K, Dyrstad DN, Aase K.** Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal Of Integrated Care [Internet]*. 2014 [Nedlastet: 2014-05-20];14(2). Tilgjengelig fra: <https://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1194/2384>.

17. **Hastings SN, Heflin MT.** A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2005;12, 978-86. doi: 10.1197/j.aem.2005.05.032.

18. **Clark PG.** Examining the interface between interprofessional practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork. *Journal of interprofessional care*. 2011;25:26-32. doi: 10.3109/13561820.2010.497751.

19. **Storm M, Groene O, Testad I, Dyrstad DN, Heskestad RN, Aase K.** Quality and safety in the transitional care of the elderly (phase 2): the study protocol of a quasi-experimental intervention study for a cross-level educational programme. *BMJ Open*. 2014;4(7). doi: 10.1136/bmjopen-2014-005962.

20. **Gordon M, Findley R.** Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Medical education*. 2011;45:1081-9. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04049.x.

21. **Stoyanov S, Boshuizen H, Groene O, van der Klink M, Kicken W, Drachler H, Barach P.** Mapping and assessing clinical handover training interventions. *BMJ quality & safety*. 2012;21:i50-i57. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001169.

22. **Easterby-Smith M, Lyles MA, Tsang EW.** Inter-organizational knowledge transfer: Current themes and future prospects. *Journal of management studies*. 2008;45:677-90. doi: 10.1111/j.1467-6486.2008.00773.x.

23. **Cohen W, Levinthal D.** Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly [Internet]*. 1990 [hentet 2014-05-15];35:128-152. Tilgjengelig fra: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/detail?sid=e6abf9fb-7998-4745-b44f-6f8117f257f5%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4114&bdata=JnNjb3B1PXNpdG U%3d#db=sih&AN=9603111655>.

24. **Lane PJ, Lubatkin M.** Relative absorptive capacity and interorganizational learning. *Strategic management journal [Internet]*. 1998 [hentet 2014-05-15];19:461-77. Tilgjengelig fra: [http://webkuliah.unimedia.ac.id/ebook/files/lane-lubatkin\(1998\)%20relative%20absorptive.pdf](http://webkuliah.unimedia.ac.id/ebook/files/lane-lubatkin(1998)%20relative%20absorptive.pdf).

25. **Norman PM.** Protecting knowledge in strategic alliances: Resource and relational characteristics. *The Journal of High Technology Management Research*. 2002;13: 177-202. doi: 10.1016/S1047-8310(02)00050-0.

26. **Ko D-G, Kirsch LJ, King WR.** Antecedents of Knowledge Transfer from Consultants to Clients in Enterprise System Implementations. *MIS Quarterly*. 2005;29:59-85. doi: 10.2307/25148668.

27. **Dhanaraj C, Lyles MA, Steensma HK, Tihanyi L.** Managing tacit and explicit knowledge transfer in IJVs: the role of relational embeddedness and the impact on performance. *Journal of International Business Studies*. 2004;35:428-42. doi: 10.1057/palgrave.jibs.8400098.

28. **Hagedoorn J, Narula R.** Choosing Organizational Modes of Strategic Technology Partnering: International and Sectoral Differences. *Journal of International Business Studies*. 1996;27:265-84. doi: 10.2307/155285.

29. **Nonaka I, Takeuchi H.** *The Knowledge Creating Company*. New York: Oxford University Press; 1995.

30. **Nonaka I.** A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization science*. 1994;5:14-37. doi: 10.1287/orsc.5.1.14.

31. **Simonin BL.** An empirical investigation of the process of knowledge transfer in international strategic alliances. *Journal of international business studies*. 2004;35:407-27. doi: 10.1057/palgrave.jibs.8400091.

32. **Johannessen A, Tuft PA, Christoffersen L.** *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag; 2010.

33. **Hansen MT, Løvås B.** How do multinational companies leverage technological competencies? Moving from single to interdependent explanations. *Strategic Management Journal*. 2004;25, 801-22. doi: 10.1002/smj.413.

34. **Bell GG, Zaheer A.** Geography, networks, and knowledge flow. *Organization Science*. 2007;18:955-972. doi: 10.1287/orsc.1070.0308.

35. **Davidoff F, Dixon-Woods M, Leviton L, Michie S.** Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Quality and Safety*. 2015;24:228-38. doi:10.1136/bmjqs-2014-003627.

36. **Walshe K.** Understanding what works – and why – in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19:57-59. doi: 10.1093/intqhc/mzm004.

37. **Pentland D, Forsyth K, Maciver D, Walsh M, Murray R, Irvine L, Sikora, S.** Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67:1408-25. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05631.x.