

E-læring i helsevesenet – status og perspektiver

Merete Laugerud Holsted

HR, Helse Sør-Øst RHF, merete.laugerud.holsted@helse.sor-ost.no

Jorunn Martinussen

Seksjon for læring og kompetanse, Forsknings- og utviklingsavd., Helse Bergen, jorunn.martinussen@helse-bergen.no

Boas Krøgh Nielsen

Kompetanseavdelingen, Akershus universitetssykehus HF, boas.krogh.nielsen@ahus.no

Øystein Ramseng

Tabulator as, or@tabulator.no

Sammendrag

Helsevesenet i Norge kom relativt seint i gang med å bruke e-læring, men de siste årene har det skjedd en liten revolusjon her, tilskyndet blant annet av at ledelsene i foretakene og helseregionene har begynt å interesse seg for feltet og tatt konkrete initiativer. Mange utfordringer gjenstår fortsatt og den største av disse er å knytte bruken av e-læring mer direkte til den pasientbehandlende virksomheten. Fordi helsevesenet er så stort og komplekst, er det et spennende studieobjekt også for andre som er interessert i hvordan e-læring kan brukes i stor skala i arbeidslivet.

Nøkkelord

E-læring i helsevesenet, Strategi for e-læring, Implementering av e-læring i store organisasjoner

Innledning

I denne artikkelen skal vi begynne med et blick på den nære historien og se på årsaker til at e-læring er i ferd med å få et så stort omfang i helsevesenet. Deretter ser vi nærmere på en del av de erfaringer man har gjort. Til slutt tar vi for oss utfordringer og muligheter for videre satsing på e-læring i helsevesenet.

Artikkelforfatterne har jobbet med e-læring i helsevesenet i flere år og har vært tett på mange av prosessene bak satsingen. Gjennom nettverk og samarbeidsprosjekter har vi god oversikt over det som skjer. For ikke å uttale oss på vegne av hele Helse-Norge, vil vi presisere at artikkelen stort sett handler om e-læring sett fra perspektivet til Helse Sør-Øst og Helse Vest, som vi har mest erfaring med.

Før vi går videre skal vi gi en kort introduksjon til organisering og arbeidsforhold i helsevesenet i Norge, for de som ikke kjenner den. Vi gir også en kort innføring i hvordan e-læring i hovedsak brukes i helsevesenet.

Helsevesenet i Norge

Helsevesenet i Norge er delt i en *primærhelsetjeneste*, som kommunene har ansvaret for, og en *spesialisthelsetjeneste*, organisert i fire regionale helseforetak: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. De regionale helseforetakene er direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Se for øvrig nærmere definisjoner bakerst i artikkelen.

Helse Sør-Øst (HSØ) er landets største regionale helseforetak og omfatter Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med 2,7 millioner innbyggere. Foretaksgruppen har ca. 65 000 medarbeidere, fordelt på 14 helseforetak, og et årlig budsjett på om lag 52 milliarder kroner. Nest største helseforetak er Helse Vest, som omfatter Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane med 1 million innbyggere. Foretaksgruppen har ca. 28 000 medarbeidere, fordelt på 5 helseforetak, og et årlig budsjett på om lag 18 milliarder kroner.

Helsevesenet sett under ett er en av de aller mest kompetanseintensive sektorene i Norge. Samtidig er det en sektor hvor utviklingstakten er høy, på grunn av ny medisinsk forskning, omorganiseringer og nye driftsformer, og ny teknologi som tas i bruk både i pasientbehandling og i administrasjon. Dette gir økende behov for kompetanseutvikling, både på jobben og gjennom formelle kurs og studier. Utfordringen er å dekke behov for opplæring innenfor de rammer som er til rådighet.

Når det gjelder e-læring er dette en satsing som i all hovedsak har skjedd i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid planer om delvis å åpne e-læringsportalene til de regionale helseforetakene mot primærhelsetjenesten. Det er også under utvikling e-læringskurs som fokuserer på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Hvordan brukes e-læring i helsevesenet?

E-læring er et sekkebegrep som rommer veldig mye. I for eksempel høyere utdanning har e-læring i hovedsak vært brukt i kombinerte løsninger med andre læringsformer. Her har nettet – gjennom LMSer/læringsportaler – vært brukt særlig til dialog og veiledning, samt til distribusjon av fagstoff. Klasserommet har fortsatt vært hovedarenaen for undervisning.

I helsevesenet har man i hovedsak adoptert den dominerende e-læringsformen i arbeidslivet. Her er fokus på bruk av preproduserte læringsobjekter/kursmoduler som de ansatte stort sett tar individuelt og hvor gjennomføring er uavhengig av tid og sted. Det er liten bruk av veiledning eller annen oppfølging av de ansatte i denne formen for e-læring.

Vi ser imidlertid en tendens til at e-læring i større grad brukes innenfor rammen av kombinerte løsninger også i helsevesenet, som f.eks. individuell forberedelse til kurs, som fordypningsmoduler, eller som flere etapper på veien i lengre læringsløp.

Utviklingen: fra lite til mye på kort tid

For ti år siden hadde vi den første e-læringsboomen i Norge. Selv om erfaringene fra et pedagogisk ståsted var blandede – for å si det forsiktig – var optimismen betydelig. Det skulle senere vise seg at mange hadde urealistiske forventninger til både anvendelse og effekt av e-læring. I helsevesenet var imidlertid e-læring stort sett et ikke-tema, med unntak av noen få enkeltstående forsøk med bl.a. CDrom-baserte opplæringsprogram.

For fem år siden hadde e-læring som pedagogisk virkemiddel ”kommet for å bli” både innen utdanning og i en rekke andre sektorer og bransjer i Norge. I helsevesenet hadde man gått fra spede eksperimenter til de første mer systematiske forsøk med e-læring. Men fortsatt var mye av arbeidet preget av Nikes slagord ”Just do it!”: Det som ble gjort var sjelden eller aldri forankret i foretaksstrategier, og ildsjelene som sto bak fikk til det de gjorde mer på tross av enn på grunn av ledelse og budsjettmidler.

I dag er e-læring definitivt etablert også i helsevesenet. Satsingene er forankret strategisk både i helseregionene og på foretaksnivå. Store investeringer er gjort i teknisk infrastruktur for e-læring. Egne produksjonsmiljøer er under etablering flere steder, og det er produsert eller kjøpt inn rundt regnet et par hundre e-læringskurs. Hvorfor har utviklingen gått så raskt når den først skjøt fart? Vi mener at dette er de viktigste bakenforliggende årsakene:

- *Den digitale revolusjonen:* Helsevesenet har definitivt vært en del av den digitale revolusjonen. Det er stor PC-dekning og stadig større krav til digital kompetanse hos medarbeiderne. Det er innført flere store og kritiske IT-systemer, som f.eks. elektroniske pasientjournaler. Og ved mange foretak er 250-300 IT-applikasjoner i daglig bruk. I slike ”omgivelser” er det ganske naturlig å tenke digital teknologi også brukt i sammenheng med læring.
- *Økte krav til effektivisering:* Stadige krav om effektivisering i helsevesenet og stort fokus på drift, gir utfordringer i forhold til å prioritere kompetanseutvikling. Å kunne nå store ansattegrupper med opplæring, på en fleksibel måte og innenfor stramme budsjettammer er viktig. E-læring har virket som i hvert fall et delvis svar på disse utfordringene. Og selv om det ikke er entydig dokumentert,

er det flere eksempler på at e-læring i helsevesenet har gitt kostnadsbesparelser sammenliknet med mer tradisjonelle former for opplæring.

- *Økte krav til dokumentasjon:* Dokumentasjon av gjennomført opplæring blir stadig viktigere i helsevesenet, blant annet for legemiddelhåndtering, brannvern, HMS og bruk av medisinsk-teknisk utstyr. E-læring gir utvilsomt et bedre system for å kunne dokumentere hva slags opplæring som er gitt, hvem som har fått opplæring og om de har bestått tester knyttet til dette.
- *Større fokus på kvalitet i læringen:* De siste årene har det vært økt oppmerksomhet i helsevesenet om hva som skaper kvalitet i læring; at det ikke nødvendigvis er slik at opplæring er lik økt kompetanse. Det er større bevissthet om sammenhengen mellom mål, målgrupper og pedagogiske virkemidler. E-læring kommer her inn, ikke som løsningen på alle utfordringer, men som en utvidelse av den verktøykassen vi som jobber med opplæring i helsevesenet har til rådighet.

Status og erfaringer

Med det omfanget e-læring har fått i helsevesenet de siste årene, er det vanskelig å gi et noenlunde samlet bilde av status og erfaringer. Vi vil imidlertid trekke fram noen hovedpunkter.

Satsingen i helseregionene

Helse Sør-Øst

Byggingen av nye Akershus universitetssykehus og de medfølgende behovene for opplæring, var en katalysator for en større satsing på e-læring i hele helseregionen (opprinnelig Helse Øst). Etter en lang prosess startet man i 2007 med implementeringen av en felles læringsportal (et LMS – Learning Management System) for hele Helse Sør-Øst. Dette er en sentralt driftet løsning, men hvert helseforetak har en lokal systemeier og forvaltningsansvarlig. Alle foretakene vil i løpet av 2009 ha implementert løsningen.

De fleste foretakene driver selv med kursproduksjon, gjennom et felles forfatterverktøy. Noen har etablert produksjonsmiljøer med flere ansatte, på andre foretak er det kanskje 1-2 ressurspersoner som sitter med denne kompetansen. Det er et utstrakt samarbeid mellom foretakene i regionen med hensyn til å utveksle erfaringer og diskutere felles strategi og utvikling. Det er også etablert en regional funksjon som e-læringskoordinator i Helse Sør-Øst.

Helse Vest

Helse Bergen (tidl. Haukeland universitetssykehus) fikk i 2004 en egen læringsportal, som det første helseforetaket i Norge. For tre år siden startet Helse Vest MOT-prosjektet (Mennesker, Organisasjon og Teknologi), som handler om utvikling av et HR-system for ressursforvaltning, rekruttering og kompetanseutvikling.

Og fra 2007 av har Helse Bergens læringsportal vært integrert i MOT som en felles løsning for hele regionen.

Det er etablert et felles e-læringsforum i helseregionen, hvor alle foretakene er representert. Gjennom dette forumet skal man i størst mulig grad samarbeide om utvikling av e-læringskurs, som da skal være tilgjengelig for alle foretakene. Endelig beslutning om hvilke kurs som skal utvikles tas av HR-direktørmøte i Helse Vest. I motsetning til Helse Sør-Øst har man også i en stor grad sentralisert produksjonsressursene, ved etablering av et felles produksjonsmiljø i Bergen.

Hvilke mål har man for e-lærings-satsingen?

I disse to helseregionene har det vært ganske samsvarende målsettinger bak satsingene på e-læring. Vi kan ta Helse Sør-Øst som eksempel, hvor det i Læringsportalprosjektet ble formulert følgende overordnede målsetting:

Felles regional e-læringsplattform for Helse Sør-Øst er et prosjekt som skal sikre riktig implementering og utnyttelse. Læringsportalen skal bidra til å oppnå høyere kvalitet i pasientbehandlingen gjennom å forenkle og effektivisere kompetanseutvikling. Dette gjøres gjennom bedre kvalitet, økt produktivitet og kostnadsbesparelser. Læringsportalen skal bidra strategisk ved å være: kvalitetsutviklende, standardiserende, forenklerende og effektiviserende.

Bedre kvalitet, økt produktivitet og kostnadsbesparelser er hovednøkklene her. Det er interessant å se hvilke parametere Helse Sør-Øst vil bruke når gevinstrealisering etter hvert skal vurderes:

Kvalitetsmål	Produktivitetsmål	Kostnadseffekter
<ul style="list-style-type: none">• Faglig og pedagogisk kvalitetsforbedring i innholdsutvikling• Kvalitetsforbedring gjennom standardisering av opplæring på tvers av avdelinger og foretak• Gjenbruk, samordning og standardisering av kvalitativt gode kurs• Økt mulighet for repetisjon• Økt kvalitetsfokus kursmateriell• Bedre kvalitet i rapportering og	<ul style="list-style-type: none">• Redusert tidsforbruk i kursforberedende aktiviteter• Redusert tidsforbruk i administrasjon av deltakere• Produktivitetsforbedring gjennom standardisering av opplæring og utviklingsverktøy• Redusert tidsforbruk kursdeltaker og kursleder• Produktivitetsøkning kursleder• Redusert behov for å ta personell ut av ordinært arbeid for	<ul style="list-style-type: none">• Redusert kostnad interne og eksterne lokaler/fasiliteter• Redusert kostnad produksjon kursmateriell• Høyere grad av gjenbruk av kurs• Redusert behov for investering i lokale heterogene løsninger for kursutvikling• Kostnadsbesparelser transport og overnatting ved kursgjennomføring• Redusert behov for

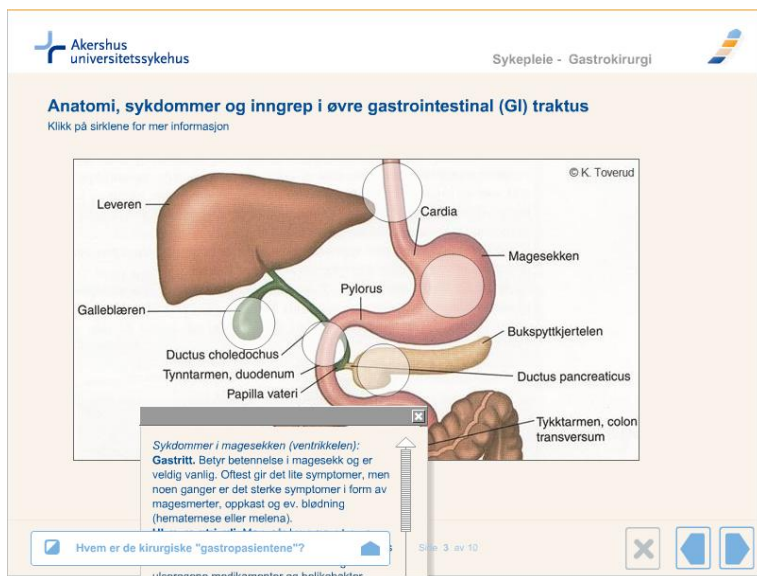
kompetanseoversikter	kursgjennomføring <ul style="list-style-type: none"> • Redusert tidsforbruk transport • Utvikling av felles kurs på regionalt nivå 	innleie av vikar eller overtid for inndekning av personell på kurs <ul style="list-style-type: none"> • Kostnadsbesparelser ved utvikling og innkjøp av felles kurs på regionalt nivå
----------------------	--	--

Foreløpig har man ikke gjort noen samlet vurdering av effektene av satsingen i forhold til disse målene, men en evaluering er planlagt etter at alle foretak har Læringsportalen i drift.

Hvilke områder lager man e-læring for?

Den e-læringen som er i bruk i helsevesenet i dag – både produsert internt og kjøpt eksternt – kan deles inn i tre temaområder:

- *Foretaksovergripende generell* opplæring: For eksempel kurs i brannvern, HMS og informasjonssikkerhet
- *Applikasjons- og utstyrsopplæring*: For eksempel kontorstøtte (Office, bruk av Internett etc), elektronisk pasientjournal og medisinsk teknisk utstyr.
- *Kliniske kurs*: For eksempel legemiddelhåndtering, smittevern, klinisk ernæring, blodprøvetaking, Triage for akuttmedisin, rushåndtering, barn med ryggmargsbrokk, stoffskiftesykdommen PKU og scop-funksjonen i hjerteovervåkingen



Figur 1: Skjerm bilde fra e-læringskurs i gastrokirurgi for sykepleiere

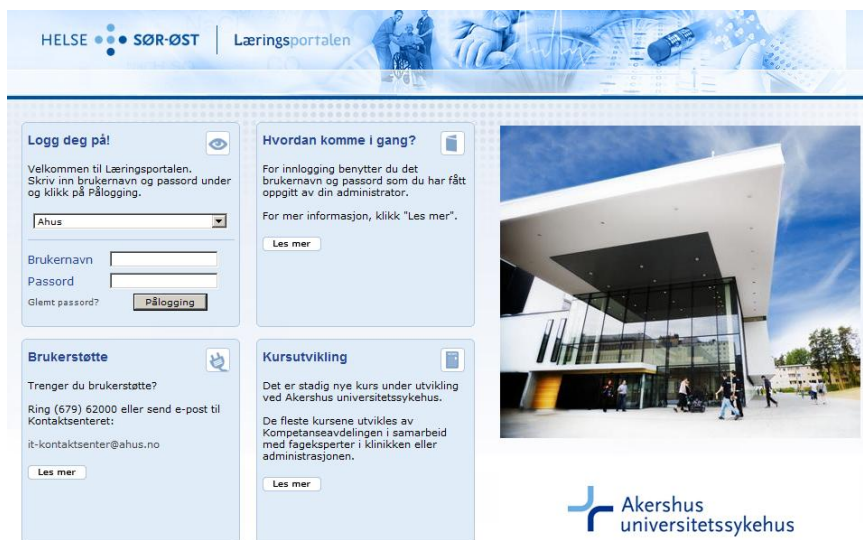
Det er også ved enkelte foretak gjort forsøk på samarbeid med høyskoler og primærhelsetjeneste. Studenter som skal i praksis ved foretakene eller ansatte ved sykehjem som arbeider tett med spesialisthelsetjenesten, kan ha god nytte av disse programmene.

De aller fleste kurs i helsevesenet er produsert internt ved helseforetakene, av både faglige og økonomiske grunner.

Eksempel på storskalabruk

I oktober 2008 flyttet Akershus universitetssykehus inn i et nytt bygg, et av Europas mest moderne sykehus. Allerede i forberedelsene til nytt sykehus inngikk planer om bruk av e-læring. Sykehuset satte blant annet i gang et eget prosjekt for å gjøre erfaringer med og utrede muligheter med teknologistøttet kompetanseutvikling.

Det er en stor utfordring når nærmere 5.000 medarbeidere skal ta i bruk et nytt sykehusbygg med nytt utstyr, og i tillegg, for manges vedkommende, må forholde seg til ny organisering og nye samarbeidsformer. I den foretaksovergripende opplæringen med å forberede de ansatte på den nye virkeligheten, ble e-læring en viktig læringsmetode. Flere av e-læringskursene ble gjort obligatoriske, slik at nytt ID-kort ikke ble utlevert før kursene var registrert gjennomført. I tillegg ble det også utviklet digitale veivisere og e-læringsprogram som gjorde de ansatte kjent med bygget.



Figur 2: Læringsportalen for Helse Sør-Øst. Bildet viser forsiden til Akershus universitetssykehus.

I opplæringen mot nytt sykehus ble det registrert over 20.000 gjennomføringer av e-læringskurs. Alt i alt gjorde sykehuset på relativt kort tid omfattende erfaringer med

en ny læringsløsning, inkludert planlegging, utvikling og gjennomføring av e-læringskurs. Erfaringene har tydelig vist at organisasjonen var moden for å ta e-læring i bruk. Opplæringen ble gjennomført på relativt kort tid, med godt resultat og minimalt behov for brukerstøtte.

Kritiske faktorer

Det er mange bremsende og begrensende faktorer for å få til storskalabruk av e-læring i helsevesenet. Ser vi på hvilke foretak som har kommet lengst i satsingen, er det imidlertid to faktorer som peker seg ut som spesielt kritiske.

Den første handler om forankring hos ledelsen på alle nivåer. Man kan komme langt med ildsjeler som tenker "Just do it!", men bare inntil et visst punkt, hvor videre satsing må inn i foretaksstrategier. Lederne – og kanskje mer i linjen enn i toppledelsen – må få et eierforhold til dette. Og man må ta konsekvensene av sine mål og sette av personell- og utviklingsressurser til dette. Det koster å starte opp med e-læring og det er et nedre kritisk nivå før de ressursene man satser er mer eller mindre bortkastet.

Den andre handler om forankring i fagmiljøene. Helseforetakene er tunge kunnskapsorganisasjoner med store krav til effektivitet. Hvis ikke fagmiljøene opplever e-læring som et viktig bidrag i den kontinuerlige kunnskapsutviklingen, blir det vanskelig å satse. Dessuten trenger man et tett samarbeid med fagmiljøene både i utvelgelse av hvilke kurs som skal lages, i utvikling av manus til disse og i kvalitets-sikring av endelig produkt.

Hva vet vi om effektene av e-læring?

I Norge er det forsket lite på effektene av e-læring i arbeidslivet. Heller ikke i helsevesenet kan man gi noe fyllestgjørende svar på om e-læring gir positive effekter for kompetanseutviklingen eller om de betydelige beløp som er investert de seinere årene har gitt avkastning. Her ligger det en utfordring for både forskningsmiljøene og helseforetakene selv.

Ett sjeldent unntak fra dette bildet, er undersøkelsen som Helse Bergen gjorde sammen med Høgskolen i Bergen i 2007 om hvilke undervisningsmetoder ga størst læringsutbytte innen opplæring i smittevern (Hegg m.fl., 2008). 141 sykepleiestudenter deltok i undersøkelsen. En gruppe fikk tradisjonell undervisning, en gruppe fikk e-læring og den tredje gruppen fikk simuleringsbasert undervisning. De to første gruppene tok samme flervalgstest etterpå. Da hadde forelesningsgruppen bedre gjennomsnittsskår, men det var ingen forskjell mellom gruppene mht. andelen bestått og ikke-bestått. Konklusjonene ellers fra undersøkelsen, basert på bl.a. intervjuer med studentene, er at e-læring som undervisningsform kan fungere bra, men at to suksessfaktorer vil være bruken av mer interaktive oppgaver i kursene og ikke minst inkludering av simuleringsøvelser sammen med e-læring.

Når helseforetakene satser videre og utvider bruken av e-læring, har det sammenheng med mer direkte, men i liten grad systematiserte, erfaringer fra "undervisningens frontlinje": Dette virker – de ansatte lærer av det og de er stort sett positive til læringsformen. Man når mange flere mye raskere med e-læring. Og det sparer ressurser i gjennomføring av opplæringen selv om utviklingen av e-læringsmodulene i mange tilfeller er kostnadskreven.

Mangelen på norsk forskning betyr imidlertid ikke at vi står helt uten vitenskapelig kunnskap om effektene av e-læring i helsevesenet. Særlig spennende her er en omfattende amerikansk meta-analyse av mer enn 200 studier av effektene av e-læringsprosjekter i helsevesenet og helseutdanning (JAMA, 2008). Analysens hovedkonklusjoner er:

1. E-læring virker; det gir store positive effekter sammenliknet med ikke å gi noen form for opplæring i det hele tatt.
2. Sammenliknet med andre (mer tradisjonelle) læringsformer gir ikke e-læring noen entydige gevinster, men virker heller ikke dårligere. Her anbefaler man imidlertid nærmere forskning for å differensiere mellom ulike former for e-læring.

E-læring er altså ikke den mirakelkuren som noen har forsøkt å selge det som. Men en pragmatisk og nøktern lesing av konklusjonene fra den amerikanske studien, er at e-læring – fordi det virker like bra som med tradisjonelle læringsformer – gir oss en mye større verktøykasse å bruke i kompetansearbeidet i helsevesenet. Og det i seg selv er en stor gevinst.

Utfordringer og muligheter

Det er dekkning for å si at når det gjelder e-læring, har helsevesenet i Norge kommet sent, men godt i gang. Den pedagogiske og tekniske utviklingen innen e-læring går imidlertid hurtig og gir begrensede muligheter for å hvile i et "driftsmodus". Dessuten er det fortsatt betydelige utfordringer internt ved foretakene i forhold til videre satsing på e-læring. Vi skal i siste del av artikkelen se nærmere på de viktigste av disse utfordringene.

Behovet for nasjonal strategi og overbygning

Helseregionene er store virksomheter. Helse Sør-Øst er for eksempel Norges største arbeidsplass med omkring 65.000 medarbeidere. Det sier seg selv at implementering og drift av e-læring i så store organisasjoner ikke nødvendigvis er enkel. Samtidig har disse organisasjonene det meste til felles. Man jobber stort sett med helsetjenester mot de samme målgruppene, har mye av det samme utstyret og mange felles behov for kompetanseutvikling. Dette gir store muligheter for samarbeid, for eksempel om felles applikasjoner, felles kurs og felles standarder for kurs. En av de store

potensielle gevinstene er knyttet til å standardisere på kvalitetssikrede, kunnskapsbaserte e-læringskurs som er felles for alle helseforetak – regionalt eller nasjonalt.

National Health Service (NHS) – det statlige helsevesen i Storbritannia – er Europas største arbeidsgiver. NHS har kommet langt i å sentralisere utvikling av nasjonale e-læringskurs. Gjennom e-læringsstrategien e-Learning for Healthcare⁴⁾ tilbyr man nasjonale, kvalitetssikrede e-læringskurs for ulike profesjoner i helsesektoren. I tillegg har man opprettet nasjonale styrer for både e-læringsstrategi og for administrasjon og ledelse av e-læring i helsesektoren. Man holder for tiden på å implementere et felles LMS for hele NHS, noe som er en del av prosjektet NHS Connecting for Health, verdens største sivile it-prosjekt⁵⁾.

Skal norsk helsevesen ta ut de samme gevinstene som man er i gang med i Storbritannia, kreves det med andre ord handling og oppfølging på nasjonalt plan. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF er arbeidet med regional koordinering i gang. Hvis dette arbeidet lykkes, vil det gi store gevinster. Men den største effekten er sannsynligvis knyttet til en nasjonal koordinering og satsing.

Gode pasientforløp og kunnskapsbasert praksis

Helsevesenet i Norge og internasjonalt har de siste årene rettet stadig større oppmerksomhet mot det som kalles *kunnskapsbasert praksis*. Dette handler om "[...] å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen" (Jamtvedt og Nortvedt, 2008)⁶⁾. At helseforetakene er oppmerksomme på at dette er viktig, kan vi lese ut av Helse Sør-Østs årsrapport for 2008⁷⁾: "Ved å etablere kunnskapsbasert praksis, bevissthet rundt forløpstankegang, utvikling av behandlingslinjer og sykehusene som lærende organisasjoner, kan risiko for uønskede hendelser minskes og kostnadene reduseres, samtidig som kvaliteten forbedres".

Kunnskapsbasert praksis er basert på forsknings-, erfarings- og brukerkunnskap. Dette er viktig for å kunne ta riktige beslutninger om pasientens behandling ut fra tilstand, enten man er lege, sykepleier eller annen behandler. Å bringe e-læring tettere inn i kjernevirksomheten – pasientbehandlingen – i helsevesenet, er en god måte å knytte disse kunnskapselementene sammen på. Det pågår også nå prosjekter både i Norge og i bl.a. Finland, Canada og USA om å utvikle teknologien for å integrere e-læringsressurser, elektroniske pasientjournaler og ulike prosedyresystemer, slik at man får et læringsverktøy som kan brukes direkte inn i den daglige pasientbehandlingen. Som kliniker eller student/lærer, får man da enkelt og raskt tilgang til oppdatert kunnskap om ulike emner; "det du trenger når du trenger det".

Det å arbeide med elektronisk læring som verktøy, vil nok være noe uvant i praksisfeltet, i det minste innenfor sykepleietjenesten. Derfor må det opparbeides en kultur hvor dette er en læringsmetode som er akseptert og som man kan bruke tid på. I tillegg må selvsagt PC-utstyr være tilgjengelig. Her igjen er det viktig å forankre en satsing på ledernivå for å få tilstrekkelig fokus på dette. Raskt å kunne gå inn og

søke kunnskap elektronisk dersom det er usikkerhet om noe, bør bli en selvfølge i praksis. Men man må lære å stille de rette spørsmål, ”Hva spør jeg etter” og ”Hva leter jeg etter?”

Kravene til fagspesifikke e-læringskurs må standardiseres og kvalitetssikres, slik at de er allmenngyldige på tvers av helseforetakene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Innholdet i e-kursene må være basert på forskningsresultater som kan dokumenteres. E-kursene bør også gi veiledning til gode kilder, og gjerne tips om hvordan gjøre litteratursøk.

• kunnskapsbasert praksis

Om nettkurset | Ordliste | a a a

Velkommen Kunnskapsbasert praksis Spørsmålsformulering Litteratursøk Kritisk vurdering Anvende KBP Evaluere egen praksis

Velkommen

Velkommen

Er du kliniker, lærer eller student i medisin og helsefag? Ved hjelp av dette nettkurset kan du lære deg å finne, kritisk vurdere og å bruke forskningsbasert kunnskap slik at du kan ta kunnskapsbaserte beslutninger.

KONTEKST

forskningsbasert kunnskap

erfaringsbasert kunnskap

Kunnskapsbasert praksis

brukerkunnskap og brukervedvirkning

I dette nettkurset får du innsikt i:

- Trinnene i KBP
- Hvordan formulere spørsmål
- Hvordan søke i medisinske databaser
- Hvordan kritisk vurdere artikler

Ved å bruke dette nettkurset kan du bli kjent med de viktigste begrepene innenfor kunnskapsbasert praksis (KBP), og lære mer om de seks trinnene i KBP. Vi anbefaler deg å følge trinnene kronologisk.

HØGSKOLEN I BERGEN

kunnskapscenteret

Skjerm bilde fra e-læringskurs i kunnskapsbasert praksis, utviklet i samarbeid mellom Høgskolen i Bergen, Senter for kunnskapsbasert praksis og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenest⁸⁾

Bruk av kombinerte modeller

I helsevesenet er mye opplæring basert på praktiske ferdigheter og samhandlingsprosesser. Det er derfor i mange sammenhenger ikke hensiktsmessig å erstatte slik opplæring med e-læring. Derimot kan e-læring støtte opp under blant annet praktiske øvelser på en god måte. Oslo universitetssykehus, Ullevål, har f.eks. endret praksis i sin opplæring i Hjerte-Lunge-Redning (HLR). Tidligere kjøpte sykehuset inn hefter som deltagerne måtte lese før de deltok i opplæringen. Praksis viste varierte kunnskaper hos deltagerne, og man visste lite om hvor mange som hadde lest heftet når

de kom til sertifiseringen. E-læring erstattet heftene og en test gav et nøyaktig resultat for kunnskapsnivået. Minstekravet til kunnskap for praktisk trening ble sikret og sykehuset sparte penger på tiltaket.

Mange helseforetak utvikler i dag nye, kombinerte læringsmodeller hvor blant annet klasseromsundervisning, e-læring, simuleringer og andre praktiske øvinger, veiledning og bruk av videokonferanser inngår som elementer i en helhet. Framover blir det viktig å samle erfaringene med disse modellene. Kan vi f.eks. lage et metodesett for helsevesenet hvor følgende inngår?:

- Analyseverktøy som gjør det enklere å vurdere hvilke læringsformer og konkrete metoder som er adekvat å bruke i ulike sammenhenger.
- Et sett (erfæringsbaserte) standardmodeller/pedagogiske design som støtte for de som jobber med pedagogisk utviklingsarbeid i helsevesenet.

Vi tror at e-læring i kombinasjon med andre læringsformer i mange sammenhenger vil gi større pedagogisk effektivitet i opplæringen i helsevesenet.

Skape en kultur for e-læring

I en hektisk sykehushverdag er en av godene for ansatte å få gå på kurs. Det er en sjelden, men etterlengtet pause i hverdagen. utfordringer knyttet til innføring av e-læring i helsevesenet blir nettopp å tilføre noe som oppleves bra for de ansatte. Hvis fokuset er effektivisering og økonomisk gevinst, vil ikke dette bidra til å skape en kultur for e-læring. Pålagt kursgjennomføring må nok til i noen tilfeller, men det er også viktig at dette er et tilbud til ansatte som ønsker fagutvikling.

E-læring må forankres i helseforetakenes strategier, og det må settes på agendaen for ledere og mellomledere. Tid til å kunne sitte med opplæring, skjermet plass, PC til formålet og en plan – blant annet lagt inn i turnusplanene – for den enkelte medarbeider er viktige momenter. For å kunne skape en kultur for e-læring i helsevesenet må man i tillegg til bred forankring og tydelig systemeierskap involvere fagmiljøene i utvikling av e-læring. På den måten får ansatte et eierskap til innholdet og det skapes kurs som er relevante for de ansatte i deres hverdag.

Samarbeid mellom foretak og regioner

Hvis alle helseforetak som setter i gang med e-læring selv skal utvikle sine kurs, vil situasjonen fort bli slik at det finnes 25 forskjellige brannvernkurs, 20 forskjellige kurs i informasjonssikkerhet, 15 forskjellige smittevernkurs, 12 forskjellige kurs i postoperativ sykepleie osv. Alle helseforetakene vil måtte bruke betydelige ressurser på utviklingen, og ikke alle vil ha tid og råd til å kvalitetssikre kursene godt nok. En helsearbeider som bytter jobb (det er ikke utvanlig) må i tillegg sette seg inn i nye kurs i den nye jobben.

Det er relativt opplagt at det er store gevinster knyttet til felles utvikling, enten den koordineres regionalt eller nasjonalt. Samtidig vil det i mange tilfeller være behov for en viss lokal tilpasning av innholdet, men det er ikke til hinder for at for eksempel 80 prosent kan utvikles felles. Det bør i tillegg være et stort rom for helt lokale kurs som kan produseres på en enkel måte av lokale utviklere.

Én modell for samarbeid er å etablere felles regionale produksjonsteam for e-læringskurs. Dette er en modell som Helse Vest RHF nylig har satt i verk. Helseforetakene sponser et felles team som utvikler kurs. Disse kursene deles fritt i regionen. Kursene blir utviklet ut fra felles ønsker og behov. En annen modell, som for tiden følges i Helse Sør-Øst RHF, er at foretakene selv tar initiativ til samarbeid om utvikling. Gjennom et felles administratorforum blir man kjent med nye kurs og planer om nye kurs i andre helseforetak, hvoretter man kan etablere samarbeid. I tillegg til dette er det satt av midler regionalt til større felles satsinger i Helse Sør-Øst.

Neste fase begynner nå!

Det er liten tvil om at potensialet ved bruk av ny teknologi i læring er stort. Det er samtidig like sikkert at suksessen ikke kommer automatisk. Uten god forankring, fornuftig implementering, kvalitetssikring, strategier for bruk, og ikke minst gode regionale og nasjonale føringer, kan e-læring i helsevesenet gå inn i rekken av IT-løsninger som er innført med de beste intensjoner, men som likevel ikke innfrir forventningene og gir ønskede effekter.

Førsteamanuensis Grete Netteland ved Høgskolen i Sogn og Fjordane fulgte i sin doktorgrad Telenors implementering av e-læring i forbindelse med flytting og samlokalisering i nytt hovedkontor på Fornebu (Netteland, 2008)⁹⁾. Hennes erfaringer er blant annet at ledelsen ofte slipper taket i en prosess så snart den første innføringsperioden er over og ikke utnytter potensialet og de mulighetene som ligger i bruk av ny teknologi.

E-læring i helsesektoren er fortsatt i startfasen; det er mange muligheter, men hvis den neste fasen skal bli vellykket, må man ikke slippe taket. Planleggingen må begynne nå, og den bør helst inkludere regionale og nasjonale strategier!

Definisjoner og Referanser

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten omfatter sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Tjenestene er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 1999.

Regionalt helseforetak (RHF)

Et regionalt helseforetak er en virksomhet som er eid av den norske stat og som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i en region. Hovedoppgavene er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Virksomheten omfatter sykehus, institusjoner i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ambulansetjeneste, nødmeldingstjeneste, sykehusapotek og laboratorier. De regionale helseforetakene har overordnet ansvar for å bidra til at helsepolitiske målsetninger og lover blir oppfylt innen sitt geografiske ansvarsområde. Målsetningene er nedfelt i blant annet helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven. De politiske målsetningene fremkommer i nasjonale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer.

Helseforetak (HF)

Et helseforetak (HF) er en norsk statlig virksomhet som eies av et regionalt helseforetak (RHF), og hvert helseforetak er en juridisk enhet. De yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Inndelingen i helseforetak er basert på geografiske opptaksområder og fordeling av oppgaver. Hvert helseforetak organiserer igjen flere sykehus og institusjoner innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk.

(Kilde Statistisk sentralbyrå, nettside: www.ssb.no/emner/03/02/sykehus/)

Litteratur

- Cook, Levinson & Garside: Internet-Based Learning in the Health Professions: A Meta-analysis, Journal of the American Medical Association, 2008: 1181-1196
- E-læringskurs i kunnskapsbasert praksis, se <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>
- Grete Netteland: E-learning for Change in a Large Organization, Universitetet i Bergen, 2008
- Gro Jamtvedt og Monica Nortvedt: Kunnskapsbasert praksis i ergoterapi, artikkel i Ergoterapeuten 01/08.
- Hegg, Reime, Aksnes og Mikkelsen: The most successful method in teaching nursing students infection control – E-learning or lecture?, Høgskolen i Bergen, 2008
- Helse Sør-Øst, HR Strategi 2009-2011.
- Helse Sør-Øst, Årsrapport 2008, s. 7.
- Om e-læringsstrategien *e-Learning for Healthcare* til National Health Services i Storbritannia, se <http://www.elfh.co.uk/>
- Philip C. Candy: Elearning and NHS Connecting for Health: An Overview (<http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/capability/phi/personal/elearning/elearning.pdf>)