

Implementering af Nationale kliniske retningslinjer
Håndbog med hjælpeværktøjer

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

1.	Om håndbog i "Implementering af Nationale kliniske retningslinjer (NKR)"	1
1.1.1	Håndbogen indeholder overblik over opgaver og hjælpeværktøjer	1
1.1.2	Målgruppen er personer som er involveret i implementeringsarbejdet	1
1.1.3	Formålet er at fremme implementering af Nationale kliniske retningslinjer	2
1.1.4	Håndbogen kan bruges til de sygdomsspecifikke standarder i DDKM	2
1.1.5	Håndbogen bygger på international litteratur	3
1.1.6	Foreslå forbedring af håndbogen	3
1.1.7	Definitioner	3
1.1.8	Yderligere læsning	4
2.	Implementeringsmodel for Nationale kliniske retningslinjer (NKR)	6
2.1	ORGANISERING AF IMPLEMENTERINGSARBEJDET	8
2.1.1	Ledelser fastholder energien med klare budskaber	10
2.1.2	Styrk sundhedsfagligt personales interesse og engagement	10
2.1.3	Projektgruppe: Klinisk forankret, tværfaglig og tværinstitutionel	11
2.1.4	Medarbejderinddragelse er nøglen til implementeringssucces	11
2.1.5	Patienterne og pårørende medinddrages i NKR- implementering	11
2.2	FASTSÆT MÅLSÆTNING	12
2.3	ETABLER KLINISK MÅLING	13
2.3.1	Kriterier for indikatorer til implementering	14
2.3.2	Anvend indikatorer fra landsdækkende kliniske databaser	15
2.3.3	Anvend om nødvendigt lokale data og indikatorer	15
2.3.4	Brug indikatorer baseret på patientfeedback	17
2.4	UDFØR BARRIEREANALYSE	18
2.4.1	Kortlæg patientforløb og involveret sundhedsfagligt personale	19
2.4.2	Kortlæg lokale dokumenter	21
2.4.3	Mål den aktuelle kvalitet	22
2.4.4	Bedøm omfanget af NKR-nødvendige ændringer	22

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

2.4.5	Modeller giver overblik over fremmende og hæmmende faktorer	22
2.4.6	Interview til at identificere fremmende og hæmmende faktorer.....	24
2.4.7	Workshop til at identificere fremmende og hæmmende faktorer	24
2.4.8	Kvantificer udsagn om fremmende og hæmmende faktorer med spørgeskema og måling ..	25
2.5	VÆLG IMPLEMENTERINGSTILTAG	26
2.5.1	Skræddersy implementeringstiltag til udfaldet af lokal barriereanalyse	27
2.5.2	Effekten af implementeringstiltag orienteret mod sundhedsfagligt personale.....	28
2.5.3	Udnyt altid forhold der fremmer effekten af implementeringstiltag	29
2.5.4	Brug altid: Audit og feedback	29
2.6	UDARBEJD IMPLEMENTERINGSPLAN	30
2.6.1	Gennemfør en interessentanalyse	30
2.6.2	Udarbejd en overordnet plan	31
2.7	GENNEMFØR PLANEN	33
2.7.1	PDSA-modellen skaber ejerskab gennem handlingsorienteret læring	34
2.7.2	Udarbejd en detaljeret handleplan for den nærmeste fremtid	36
2.7.3	Brug eksisterende mødefora til jævnlig uformel feedback på implementeringen	37
2.8	FØLG OP PÅ PLANEN	37
2.9	FASTHOLD	39
2.9.1	Proaktiv brug af måling af sandsynligheden for at ny praksis fastholdes	39
2.9.2	Personalepolitik der understøtter brug af NKR-anbefalinger	40
2.9.3	Indikatorovervågning fortsættes i fastholdelsesfasen	40
3.	Hjælpeværktøjer til implementering af NKR	41
3.1	☐ Organisering af implementeringsarbejdet	43
3.1.1	Etablering af projektgruppe	43
3.2	☐ Fastsæt mål.....	43
3.2.1	Seriediagram til dokumentation af målopfyldeelse	43
3.3	☐ Etabler klinisk måling.....	45

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

3.3.1	Seriediagram til klinisk måling	45
3.3.2	"Antal imellem" indikator ved sjældne begivenheder	47
3.3.3	Journalaudit med kriterier fra NKR.....	48
3.4	☐ Udfør barriereanalyse.....	52
3.4.1	Interviewguide til barriereanalyse.....	52
3.4.2	Tjekliste til interviewer	55
3.4.3	Workshop til barriereanalyse	55
3.4.4	Årsagsvirkningsdiagram.....	58
3.4.5	Kortlægning af patientforløb	59
3.5	☐ Vælg implementeringstiltag	66
3.5.1	Implementeringstiltag baseret på barriereanalyse	66
3.5.2	Forhold der påvirker implementeringstiltag	69
3.5.3	Inddrag patienter i at følge NKR-anbefalinger	71
3.6	☐ Udarbejd implementeringsplan.....	74
3.6.1	Milepælsplan og tidsestimat	74
3.6.2	Handleplan.....	76
3.7	☐ Gennemfør planen.....	79
3.7.1	PDSA-hjælpekema.....	79
3.8	☐ Følg op på planen	81
3.8.1	Opfølgning med patientfeedback.....	81
3.9	☐ Fasthold	86
3.9.1	Faktorer for fastholdelse	86
4.	Effekt af interventioner orienteret mod sundhedsfagligt personale ..Fejl! Bogmærke er ikke defineret.	

1. Om håndbog i "Implementering af Nationale kliniske retningslinjer (NKR)"

Formålet med denne håndbog er at lette arbejdet med at implementere Nationale kliniske retningslinjer (NKR) i praksis. Målgruppen er personer, der lokalt har ansvar for hele eller dele af implementeringen. De foreslåede implementeringsaktiviteter kan også bruges til andre typer af ændringer i praksis.

1.1.1 Håndbogen indeholder overblik over opgaver og hjælpeværktøjer

Håndbogen er bygget op i to hovedsektioner:

- En sektion med gode råd til gennemførelse af *implementeringsaktiviteterne* fra start til slut. Denne del trækker på generel implementeringsteori og forskning i implementering af forbedringer i sundhedssektoren.
- En sektion med udvalgte erfaringsbaserede *hjelpeværktøjer*, som kan understøtte gennemførelsen af specifikke delopgaver. Denne del indeholder detaljerede skemaer og vejledninger.

Sigtet med håndbogen er at præsentere et udvalg af metoder og værktøjer, man kan bruge i det daglige implementeringsarbejde. Er der brug for at komme mere i dybden med strategier, teorier, metoder og værktøjer så se "Yderligere læsning".

1.1.2 Målgruppen er personer som er involveret i implementeringsarbejdet

Den primære målgruppe for håndbogen er de medarbejdere, der får til opgave at være procesdrivere, som eksempelvis projektleder eller projektmedarbejder i en projektgruppe, og implementere den givne nationale kliniske retningslinje i en institution eller på tværs af institutioner.

Herudover er ledere, som de der har det øverste ansvar for at sikre implementering, en målgruppe for værktøjskassen.

Desuden kan det personale, som også er involveret i opgaven, idet de skal gøre noget anderledes, end de hidtil har gjort: det vil sige ændre adfærd, også have interesse i værktøjskassen.

1.1.3 Formålet er at fremme implementering af Nationale kliniske retningslinjer

Formålet med håndbogen er at understøtte den lokale implementering af NKR ved tilvejebringelse af en række konkrete redskaber, som kan være en hjælp til projektlederen eller lederen, der lokalt skal planlægge og drive en implementeringsproces.

Implementering har større chance for succes, hvis den planlægges på baggrund af indsigt i de lokale forhold. Denne indsigt kan fås ved at udføre en analyse af lokale faktorer, der kan være henholdsvis fremmende og hæmmende for en implementeringsproces. Analysen giver et grundlag for at foretage et situationsbestemt valg af implementeringstiltag. Implementeringsarbejdet har afgørende betydning for, at kliniske retningslinjer får effekt på behandlingsresultatet for patienterne. Håndbogen beskriver opgaver, der skal løses, og hjælpeværktøjer til opgaveløsningen, der kan anvendes i forbindelse med det konkrete implementeringsarbejde. Implementering af Nationale kliniske retningslinjer vil være af meget varierende omfang – afhængigt af hvor meget anbefalinger afviger fra eksisterende praksis.

1.1.4 Håndbogen kan bruges til de sygdomsspecifikke standarder i DDKM

Implementeringshåndbogen kan være en hjælp til at indføre lokale kliniske retningslinjer, instrukser og vejledninger. De er nødvendige for at efterleve kravene i de sygdomsspecifikke standarder i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Standarderne stiller krav om, at man bruger kliniske retningslinjer for hyppige, specialiserede og/eller komplicerede sygdomsområder. Det gælder også i tilfælde, hvor der ikke findes en national klinisk retningslinje.

DDKM "[Akkrediteringsstandarder for sygehuse](#)" (2. version) indeholder således i [standard 3.12.1](#) krav om, at den kliniske kvalitet skal basere sig på kliniske retningslinjer, at retningslinjerne bliver implementeret og overvåget, og at man gennemfører tiltag, som kan forbedre kvaliteten i tilfælde, hvor den ikke er tilfredsstillende. Kravene gælder for alle hyppige, specialiserede og /eller komplicerede sygdomme, der bliver behandlet på sygehuset. Retningslinjerne skal baseres på nationale retningslinjer, hvor disse foreligger.

Uanset, om en klinisk retningslinje er udarbejdet nationalt eller lokalt, skal personalet implementere den lokalt, for at retningslinjen får effekt på behandlingsresultatet.

1.1.5 Håndbogen bygger på international litteratur

Håndbogen trækker på internationalt publicerede empiriske studier af, hvad man kan gøre for at understøtte, at personer og institutioner ændrer praksis. Det teoretiske grundlag for implementering kommer fra mange forskellige discipliner: projektledelse, forandringsledelse, innovationsforskning, organisationspsykologi, og strategilitteratur. De centrale kilder til håndbogen er sammenfattet her: "Yderligere læsning".

Der er ingen implementeringsmodel, som entydigt kan sikre succes. Hvis man har gode erfaringer med en bestemt tilgang til at forbedre klinisk praksis, så er det en god ide at bruge disse erfaringer. Brug eventuelt håndbogen som en tjekliste og et supplement til lokal erfaring. Den kan desuden give inspiration til løsninger, hvis der opstår problemer undervejs.

1.1.6 Foreslå forbedring af håndbogen

NKR-sekretariatet modtager gerne alle typer forslag til ændringer i håndbogen på [sst@sst.dk](mailto:ssst@sst.dk), att. NKR-sekretariatet. Jeres erfaringer med brug af håndbogen kan bidrage til at øge dens anvendelighed.

1.1.7 Definitioner

Denne håndbog bruger følgende ord i en bredere eller anden betydning end det sædvanligvis er gældende:

Indsats: Omfatter enhver indsats udført eller delegeret af sundhedsfagligt personale rettet mod en sund, rask eller syg person/borger. Eksempler:

- pleje og behandling (terapi) rettet mod syge
- forebyggende indsatser og sundhedsopgaver rettet mod borgere
- palliative indsatser rettet mod døende
- fødselshjælp rettet mod sunde, raske og syge fødende og deres familier
- sundhedsfremmende træning, vejledning og rådgivning
- rehabilitering efter ulykke og sygdom; screeningundersøgelser
- diagnostiske undersøgelser af enhver art, herunder analyser af blod og væv.

Patient: Den person/borger (sund, rask eller syg), som en given indsats (se ovenfor) retter sig imod.

Institution: Enhver organisation i primær- og sekundærsektor som behandler patienter (se ovenfor).
Eksempler:

- hjemmeplejeenheder
- plejecentre
- sundhedscentre
- rehabiliterings-, genoptrænings og omsorgscentre
- praksisklinikker (alment praktiserende læge og speciallæge)
- hospital
- center, enhed, afdeling, afsnit, etc.

1.1.8 Yderligere læsning

- Andersen, Ole Steen et al: Aktiv projektledelse. Mål – Milepæle – Mennesker. Børsens forlag, 2001
- [Agency for Healthcare Research and Quality \(AHRQ\)](#): Innovation exchange.
- [Cabana et al.](#): Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA 1999;282:1458-1465.
- [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health \(CADTH\)](#): Interventions that target professionals directly, aiming to improve practice.
- [Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group \(EPoC\)](#): Reviews of specific types of interventions.
- [Dansk netværk](#) for personer med en særlig interesse i implementering.
- Danske Regioner: [Det hele sundhedsvæsen](#). Regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen. 2012.
- Fraser, SW. Fremskynde spredning af god praksis. En arbejdsbog. På dansk ved [Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2007](#).
- [Francke AL et al.](#): Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. BMC Medical Informatics and Decision Making 2008;8:38-49.
- Gawande, Atul: "The checklist manifesto. How to get things right". Profile Books Ltd., UK, 2010.
- Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for evidence-based practice. The Medical Journal of Australia 2004;180:57-60.
- Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care. The implementation of change in health care. BMJ-Books 2013.

- [IHI \(Institute of Healthcare Improvement\)](#): "Seven leadership leverage points".
- [Implementation Science](#): Videnskabeligt tidsskrift.
- Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaard 2006.
- Langley GJ et al. The improvement guide. A practical approach to enhancing organizational performance. Jossey-Bass, San Francisco 2009.
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. [Patient Participation](#): Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. Mayo Clin Proc. 2010;85:53-62.
- Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen KM, Krøll V, Rhode P. Kvalitetsudvikling i praksis. Munksgaard, København 211.
- National Health Service (NHS): "[The experience based design approach](#)". Institute for Innovation and Improvement.
- [National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\)](#): How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change.
- [NICE \(National Institute for Health and Care Excellence\)](#): What your organisation needs to have in place.
- Provost LP, Murray SK. The health care data guide. Learning from data for improvement. Jossey-Bass, San Francisco 2011.
- [Spørg brugerne](#) - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. Enhed for Brugerundersøgelser, 2011.
- [Stergiou-Kita M](#): Implementing clinical practice guidelines in occupational therapy practice: recommendations from the research evidence. Aust Occup Ther J. 2010;57:76-87.
- [The European Academy of Nursing Science](#): Researching the Implementation of Complex Interventions.
- [The Scottish Intercollegiate Guidelines Network \(SIGN\)](#) . Implementation: Getting guidelines into practice.
- Øvretveit J. Leading improvement. Journal of Health Organisation and Management 2005;19:413-30.

Referencerne ovenfor er overvejende sekundærlitteratur. Opdaterede litteraturlister med primærlitteratur om de enkelte trin i implementering findes i lærebogen: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care. The implementation of change in health care. BMJ-Books 2013.

2. Implementeringsmodel for Nationale kliniske retningslinjer (NKR)

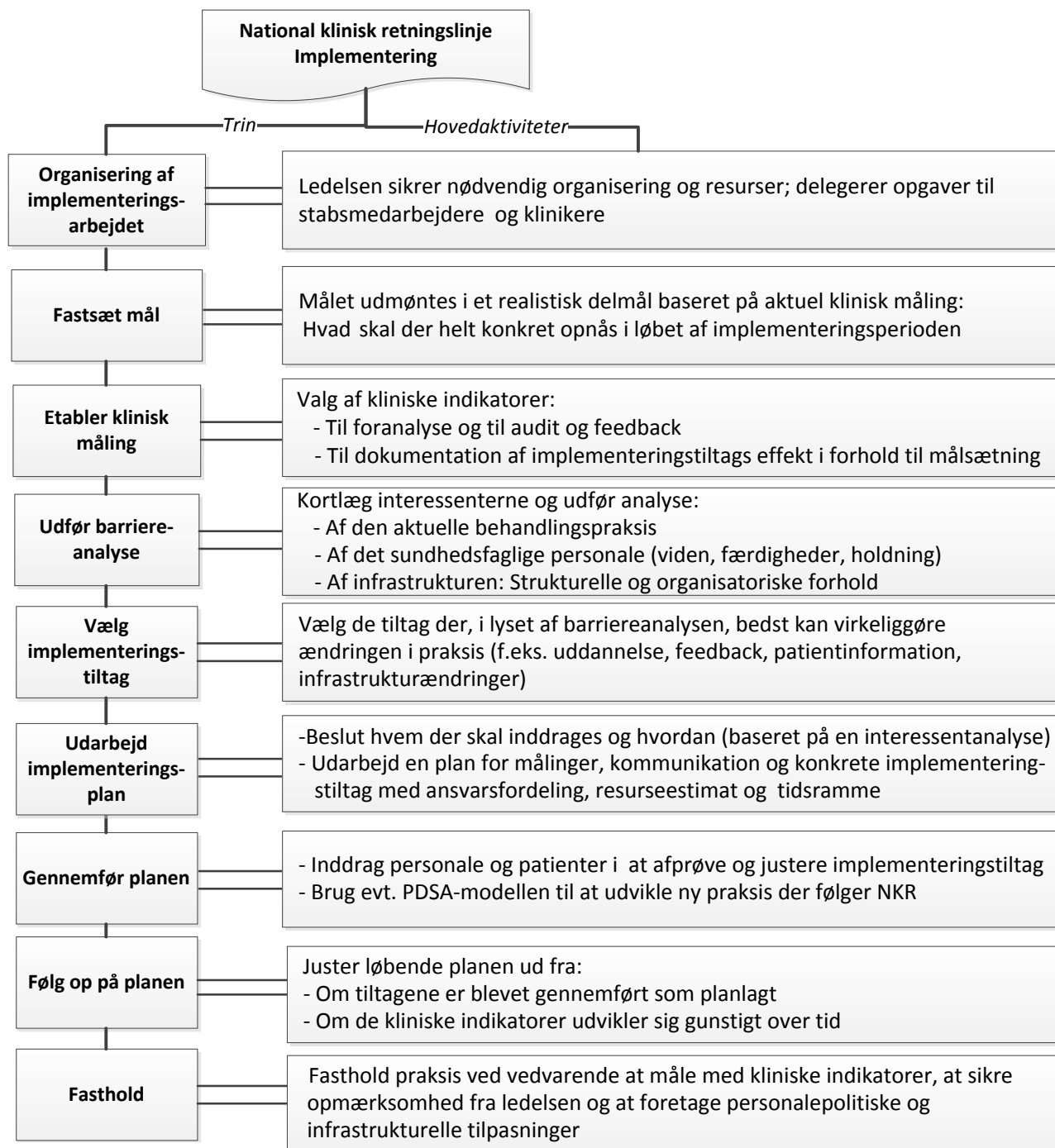
Det er ledelsens ansvar, at personalet arbejder aktivt og systematisk efter en justerbar implementeringsplan. En implementeringsplan kan med fordel baseres på et overblik over, hvor meget retningslinjens anbefalinger afviger fra praksis og en lokal analyse af faktorer, som kan fremme eller hæmme en implementeringsproces. Med udgangspunkt i analysen vælger ledelsen et eller flere implementeringstiltag, som indarbejdes i praksis, og hvor virkning heraf efterfølgende vurderes løbende.

- Implementering handler om at bygge bro mellem viden og praksis.
- NKR er først fuldt implementeret, når alle patienter, som opfylder de kliniske kriterier og giver informeret samtykke, modtager den anbefalede indsats.
- Vær indstillet på, at personer fra forskellige faggrupper og institutioner skal ændre deres vaner, rutiner og måske også opfattelser af, hvad der er fagligt korrekt.
- Mange skal lære at arbejde og samarbejde på nye måder, bruge nye systemer, vejledninger, skemaer og målinger.

Modellen nedenfor giver et strukturelt overblik over de enkelte trin, der kan indgå i et implementeringsarbejde. Den danner rammen for opbygningen af håndbogens opgavebeskrivelser.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer



BEMÆRK: Rækkefølgen fleksibel

Det er muligt at planlægge implementering af NKR til en vis grad. Men man må være lydhør og fleksibel, når der opstår udfordringer. Lad situationen bestemme behovet for at variere rækkefølgen af opgaverne, springe over eller genoptage en implementeringsopgave.

VIL DU VIDE MERE

Vil du vide mere om en given opgave, kan du klikke i boksene

2.1 ORGANISERING AF IMPLEMENTERINGSARBEJDET

Den øverste ledelse har det endelige ansvar for at implementere NKR. Deres engagement er afgørende for succes. Ledelsen delegerer oftest de praktiske opgaver til en projektleder og/eller en projektgruppe. Gruppen kan være tværfaglig, tværinstitutionel eller tværsektoriel.

Ledelsernes hovedopgaver er at:

- sikre fastlæggelse af mål og realistiske delmål for implementeringen
- kommunikere implementeringsplanen klart
- sikre nødvendig organisering og resurser
- fastholde momentum i implementeringsarbejdet.

Implementeringsarbejdet forudsætter fuldstændig loyalitet mellem alle ledelsesniveauer, og mellem parallelle ledelseshierarkier, hvis patientforløbet strækker sig over flere institutioner eller sektorer.

HUSK AT:

Brug af NKR-anbefalinger til udarbejdelse af lokale retningslinjer er et akkrediteringskrav i henhold til DDKM [standard 3.12.1](#) for sygehuse.

Ved implementering af Nationale kliniske retningslinjer er der tre overordnede opgaver, som skal varetages:

1. **Kommunikation.** Ledelses- og kommunikationsindsatsen skal sikre, at der er opbakning til implementeringen hos alle interessenter, blandt andet ved at tydeliggøre mål, delmål og fremdrift i implementeringsarbejdet.
2. **Målinger.** Det er afgørende at skaffe data – herunder til kliniske indikatorer – der angiver, hvor meget praksis afviger fra NKR-anbefalingerne – både før, under og efter, at tiltagene er sat i værk. Målinger bidrager til at motivere det sundhedsfaglige personale og giver ledelsen viden om, hvordan implementeringen skrider frem – og dermed hvor de skal sætte yderligere ind.
3. **Ændringer.** Indførsel af implementeringstiltag bør ske efter afprøvede principper. Implementeringen skal tage afsæt i institutionens konkrete udfordringer, som de f.eks. fremstår

efter analyse af barrierer. Man kan styrke effekten af implementeringstiltagene ved at arbejde efter Plan-Do-Study-Act princippet.

SKYD IKKE SPURVE MED KANONER

Er omfang og kompleksitet af implementeringsaktiviteterne beskedne, kan de planlægges uden større organisering, f.eks. af en direktionsudpeget medarbejder i samarbejde med de kliniske ledelser.

Er omfang og kompleksitet af de samlede opgaver så betydelige, at det vil kræve større forandringer i organisationen, er der behov for en tværfaglig og tværinstitutionel sammensat projektgruppe med en direktionsudpeget projektleder som implementeringsansvarlig.

Det vil ofte være en ledelsesudpeget projektleder i samarbejde med en projektgruppe, som varetager det løbende arbejde med at drive en implementeringsproces.

Projektleder og gruppemedlemmer skal have afsat tid til det praktiske arbejde og skal have et arbejdsgrundlag (kommissorium) med angivelse af rammer for tids- og ressourceforbrug.

Projektgruppen skal repræsentere de fagområder, institutioner og sektorer, som er relevante for den pågældende Nationale Kliniske Retningslinje.

Hvis forskellen mellem målet og den nuværende praksis er lille, eller der findes "en sikker og let løsning", som sikrer brug af en Nationale kliniske retningslinjer, er der selvsagt ikke grund til at mobilisere mange mennesker. Men husk, at der ofte er behov for, at personer skal ændre faglige rutiner og adfærd, hvilket kan opleves som 'truende'. I givet fald vil en personaleinvolverende, nede-fra-op organisering af implementeringen fremme succes. Det er afgørende for succes at inddrage det involverede sundhedsfaglige personale direkte i arbejdet.

HUSK AT:

Do-not-do anbefalinger i Nationale kliniske retningslinjer, der indebærer, at nuværende procedurer og arbejdsgange skal ophøre, kan også have konsekvenser for økonomi og organisering af patientforløb mv.

Hovedopgaverne ved indførslen af Nationale kliniske retningslinjer fremgår i "Implementeringsmodellen".

2.1.1 Ledelser fastholder energien med klare budskaber

Uanset hvordan ledelsen vælger at organisere implementeringsarbejdet, har den selv en afgørende rolle med vedvarende, gentagen og klar kommunikation til alle interessenter om målet og fremdrift (succeshistorier og statistiker). Denne kommunikation er en forudsætning for at fastholde momentum i implementeringsarbejdet.

HUSK AT:

Ledelsen kan også sende et tydeligt signal ved at trække på andre til at hjælpe med kommunikationsopgaven. Det kan f.eks. være faglige *peers* der fortæller om evidensen for NKR og/eller patienter, der fortæller om deres oplevelse og *outcome* til klinikerne.

2.1.2 Styrk sundhedsfagligt personales interesse og engagement

Ledelsen appellerer til det sundhedsfaglige personales *indre motivation*: "At gøre noget godt for andre mennesker", med budskaber og aktiviteter som disse:

- *Klart mål*: Sikre at alle patienter, som opfylder de kliniske kriterier og giver informeret samtykke, får den anbefalede indsats.
- *Praksis kløften*: Forskellen mellem retningslinjernes anbefalinger og ydelserne i praksis synliggøres med tørre tal og lokale sygehistorier.
- *Peers*: Der henvises til, at kolleger, der fagligt og videnskabeligt er eksperter på området, anbefaler brugen af givne NKR i tidsskriftsartikler og/ eller ved møder.

Ledelsen kan styrke engagementet ved at:

- Iværksætte lokale faglige selvevalueringer med fagets egne metoder, f.eks. ved tavlemøder, journalaudit, rapporter fra kliniske databaser.
- Sikre at der gives personlig feedback fra nærmeste leder, personale og patienter. Patientfeedback kan udføres på flere måder.
- Muliggøre personalets deltagelse i eksterne uddannelsesaktiviteter, konferencer og videnskabelige møder.
- Understøtte arbejdet med velfungerende IT-systemer og andet relevant apparatur.
- Aflaste personalet for andre opgaver (f.eks. *do-not-do* anbefalinger og registreringer).

2.1.3 Projektgruppe: Klinisk forankret, tværfaglig og tværinstitutionel

Hvis det besluttes at organisere implementeringsarbejdet med brug af en af en projektgruppe er der nogle hensyn der skal overvejes ved dens sammensætning og arbejdsform.

Der henvises til "Projektgruppe".

2.1.4 Medarbejderinddragelse er nøglen til implementeringssucces

Det er en ledelsesopgave at fremme personalets engagement, viden og læring. Dette sker bl.a. gennem iværksættelse af tiltag, der fremmer aktiv deltagelse. Tiltagene skal sikre, at relevant sundhedsfagligt personale:

- Har viden og færdigheder der giver (selv)tillid til at kunne varetage de nye kliniske opgaver.
- Har indsigt i og forståelse for fordele for patienterne ved indsats i overensstemmelse med NKR-anbefalinger.
- Får en positiv holdning til og motivation for at ændre adfærd.

Det kan bl.a. ske ved at sikre at personalet:

- Deltager i interview eller workshops i forbindelse med barriereanalyse.
- Bidrager direkte eller indirekte i eventuelt etableret projektgruppes arbejde.
- Deltager interaktivt i auditmøder.
- Modtager feedback fra kolleger, ledelse og patienter.
- Får arbejdstilrettelæggelsesfordele ved revision af patientforløb.
- Får adgang til IT, der understøtter fornøden dataindsamling og løbende giver information tilbage til personalet.

Det kan være en god ide at lære af andre afdelinger og personalegrupper, f.eks. gennem besøg, drøftelser og observationer.

2.1.5 Patienterne og pårørende medinddrages i NKR- implementering

Patientinddragelse er et højt prioriteret indsatsområde i sundhedssektoren, hvilket blandt andet fremgår af Danske Regioners visionspapir: "[Det hele sundhedsvæsen](#)" fra 2012. Den Danske Kvalitetsmodel stiller krav om patientinddragelse i standard 2.1.1 - [Informeret samtykke](#) og standard 2.1.2 - [Patientens og pårørendes inddragelse som partnere](#).

For at understøtte dette kan der ved implementeringen af NKR gennemføres tiltag, som sikrer at patienters og pårørendes ressourcer bliver et aktiv for efterlevelse af NKR. Patienter og pårørende kan eksempelvis inddrages i følgende:

- tilpasse den skriftlige patientinformation til NKR – evt. i form af en patientversion af NKR "Quick-guide".
- At overvåge om egen behandling og pleje mv. lever op til NKR-anbefalinger, f.eks. med brug af en struktureret patientdagbog. Læs mere i "Anvend indikatorer baseret på patientfeedback".
- At fortælle om deres oplevelser af patientforløbet som bidrag til, at ledere og klinikere får indblik i, hvor og hvordan der opstår problemer med at efterleve NKR. Læs mere i "Patientfeedback til ledere og sundhedsfagligt personale".

Patienternes viden om deres faktiske forløb kan afdække de sundhedsfagliges "blinde vinkler". Det sundhedsfaglige personale kender ikke NKR efterlevelsen i hele patientforløbet, fordi de kun interagerer med patienterne i en afgrænset del.

2.2 FASTSÆT MÅLSÆTNING

Målet med implementeringen er, at alle relevante patienter som accepterer NKR-anbefalet indsats modtager den, dvs. en efterlevelseshastighed på 100 %. Realisering af målet skal dokumenteres med kliniske målinger. Et realistisk delmål baseret på lokale forhold angiver en tidsafgrænset forbedring af efterlevelseshastigheden. Delmålet baseres på kendskab til efterlevelseshastigheden forud for implementering af NKR.

- Mål og delmål bidrager til at motivere det sundhedsfaglige personale til at foretage de ændringer, der nødvendiggøres af NKR-anbefaling.
- Måling af efterlevelseshastigheden er nødvendig for at dokumentere fremskridt.
- Aktuell feedback til personalet med målinger af efterlevelseshastigheden fremmer motivationen til at ændre adfærd og interne arbejdsgange som følge af NKR.

En god målsætning opfylder følgende kriterier, den skal være **SMART**:

- **Specifik** – skal være kendetegnende for det der præcist ønskes opnået (f.eks. grænseværdier).
- **Målbart** – skal kunne dokumenteres med tal (kliniske indikatorer).
- **Ambitiøs** – skal fungere som inspirerende ideal (være accepteret af interessenterne).
- **Realistisk** – skal være praktisk gennemførlig inden for givne resurser og tid.

- Tidsbestemt – skal realiseres inden for en præciseret tidsramme.

Slutmålet for implementeringen er, at samtlige relevante patienter får tilbudt NKR-anbefalet indsats.

Relevante patienter er dem, der opfylder NKR-inklusionskriterierne for indsats og ikke opfylder et eksklusionskriterium. Der må desuden ikke være variation i processen over tid.

For at sikre lighed i behandlingsindsatsen, er det nødvendigt at reducere variationen i efterlevelseshraten.

For eksempel kan der være mønstre i variationen betinget af ferieperioder, weekender, vagtdøgnet og bemanning.

Målopfylde dokumenteres med objektive målinger, fortrinsvist med NKR-anbefalede kliniske indikatorer for de vigtigste anbefalinger.

Operationaliseret kan målsætningen inden for et kvartal f.eks. være

- at øge efterlevelseshraten fra før-målte a % til a + b %,
- at reducere den periodiske variation i behandlingsprocessen fra før-målt afvigelse på c % til c - d %.

Dokumentationen af opfyldelsen af målsætningen sker med løbende måling og tidsserieanalyser, f.eks. med seriediagram. Læs mere herom i "Seriediagram til dokumentation af målopfylde".

2.3 ETABLER KLINISK MÅLING

Kliniske indikatorer anvendes til at måle og monitorere efterlevelseshraten vedrørende vigtigste anbefalinger i NKR. Brug så vidt muligt de nationale indikatorer, som anbefales i den givne NKR. Nationale indikatorer kan suppleres med lokale målinger, fortrinsvist baseret på bestående data i IT-systemer og journaler. Seriediagram er egnet til at dokumentere implementeringsindsatsers effekt på efterlevelseshraten.

Formålet med at anvende kliniske indikatorer er:

- I analysefasen at fastlægge forskellen mellem aktuel praksis og NKR-anbefalet praksis.
- I implementeringsfasen at dokumentere forbedring i NKR-efterlevelseshraten.
- I fastholdelsesfasen at monitorere vedvarende brug af NKR-anbefalet praksis.

Et seriediagram er et hjælpeværktøj hertil. Læs mere i "Seriediagram til klinisk måling".

På sygehuse er det et akkrediteringskrav at overvåge NKR, hvor de foreligger (DDKM version 2, [standard 3.12.1](#), Trin 3). Standarden kræver, at overvågningsdata analyseres og vurderes mhp. forbedringstiltag ved ikke-tilfredsstillende faglig kvalitet.

2.3.1 Kriterier for indikatorer til implementering

Indikatorer skal vise, om ændringer i processerne medfører uændret, bedre eller dårligere kvalitet. Dette forudsætter:

- At der er evidens for, at indikatoren måler det, den skal måle (validitet).
- At indikatoren kan opfange effekten af ændringer over tid.
- At datafangsten er praktisk mulig, og at datakvaliteten er kendt og gennemskuelig.
- At indikatoren giver mening for og er accepteret af klinikerne.
- At indikatorværdier præsenteres på en intuitivt forståelig måde.
- At seneste indikatorværdi er aktuel og afspejler den gældende kliniske praksis.

For indikatorer til monitorering af implementering, "implementeringsindikatorer", er de generelle krav:

Mulighed for præsentation som tidsserier. Indikatorer skal være egnet til præsentation på et format, der giver mulighed for at følge effekten af implementeringstiltag lokalt over tid, se nærmere om seriediagram. Dette indebærer, at:

- o *Antal delperioder skal være 15-25* for at sikre passende statistisk styrke ved dokumentation af gennembrud i efterlevelseshraten.
- o *Antal patienter per delperiode og klinisk enhed skal være ≥ 10* for at sikre et passende beregningsgrundlag.

Aktualitet: Da data skal bruges til løbende justeringer af implementeringsarbejdet, skal oplysningerne afspejle den aktuelle kvalitet. Det betyder:

- o Data skal være 'friske', dvs. *minimal tidsforsinkelse* fra patientkontakten til data er registreret, analyseret og feedback-rapport foreligger.
- o *Indikatortypen skal afspejle aktuel kvalitet*, dvs. ikke 'gammel' kvalitet (f.eks. 5-års overlevelse); følgende indikatortyper er egnede:
 - *Procesindikatorer* vedrørende anvendelsen af givne anbefalinger (andel patienter der får den indsats, som retningslinjen anbefaler – dvs. efterlevelseshraten).

- *Hurtige patient-outcome*, dvs. kort vindue mellem indsats (proces) og patientresultat (*outcome*), og høj evidensgrad for sammenhæng mellem indsats (processen) og *outcome* (f.eks. 30-dages mortalitet).

NKR-rapporterne peger på egnede kliniske indikatorer til at monitorere implementeringen. Anbefalede indikatorer findes på [NKR hjemmesiden](#) i de enkelte retningslinjers afsnit om "Implementering" og "Monitorering".

2.3.2 Anvend indikatorer fra landsdækkende kliniske databaser

NKR-rapporten anbefaler at bruge indikatorer fra Landspatientregisteret (LPR) og de landsdækkende kliniske databaser (LKD), når sådanne findes. Indikatorer fra LKD har den fordel, at de kan bruges til benchmarking og til at følge egen kvalitet over tid. LKD giver mulighed for at sammenligne det lokale kvalitetsniveau med lands-, regions- eller kommuneniveauet og for at sammenligne med institutioner, der ligner ens egen. Benchmarking kan være stimulerende for lokal implementering.

Konsulter de enkelte NKR-rapporters afsnit om "Implementering" og "Monitorering" på [NKR hjemmesiden](#) for at finde anbefalede LKD-indikatorer.

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) fører en liste med alle LKD. Listen forefindes på [RKKP's hjemmeside](#). Lister med indikatorer for hvert sygdomsområde findes i databasernes årsrapport, der også ligger på [RKKP's hjemmeside](#). Vær opmærksom på, at ikke alle indikatorer i LKD opfylder kriterierne for en egnet implementeringsindikator. F.eks. vil livskvalitet 1 år efter behandling, gangfunktion 3 år efter operation og 5 års mortalitet efter canceroperation ikke kunne bidrage til at monitorere en pågående implementering, fordi disse målinger afspejler kvaliteten, som den var for 1, 3 og 5 år siden, og ikke som den er nu og her i forbindelse med givne NKR-implementering.

2.3.3 Anvend om nødvendigt lokale data og indikatorer

Hvis der ikke findes anbefalinger om egnede landsdækkende indikatorer i NKR-dokumentet, er det nødvendigt at etablere lokal måling med dataindsamling og indikatorberegning. Lokale indikatorer er resursekrævende og skal opfylde kriterierne for implementeringsindikatorer.

Der er en række fordele ved at bruge lokale data til monitorering af NKR-implementering:

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

- Sikrer at institutionen kan følge egen kvalitet over tid og dokumentere egne 'gennembrud' i kvaliteten af indsatserne.
- Fremmer lokalt ejerskab og forståelse af data.
- Fremmer intern læring.

En ulempe er, at lokal måling kun giver mulighed for benchmarking såfremt der er andre der anvender samme måling.

Data kan hentes fra følgende to kilder:

Data fra lokale IT-systemer

Indikatorer baseres på lokale udtræk af bestående data fra f.eks. patientadministrative systemer, medicinregistre, Landspatientregisteret (LPR), DRG-register, Sygesikringsregistre, Kommunale omsorgssystemer, Datafangstmodul (DAMD).

Data fra journaler til tidsserieanalyser

Ved journalaudit vedrørende et givent NKR-sygdomsområde udtrækkes relativt få journaler (10-20) relativt hyppigt (f.eks. daglig eller ugentligt). Derved kan der hurtigt konstrueres et seriediagram.

I hver udtrukken journal anvendes udvalgte vigtigste NKR-anbefalinger som facitliste (eksplicitte auditkriterier). og det opgøres, om relevante patienter er behandlet i overensstemmelse med NKR-anbefalingerne. Valget af NKR-anbefalinger baseres på de der fremhæves i NKR-rapportens afsnit 'Opsummering' eller 'Quick-guide' og som er aktuelle i egen institution. På basis heraf kan efterlevelseshraten for hver anbefaling opgøres. Det er også muligt at konstruere en sammensat, [all-or-none](#) indikator: Andel patienter der fik "hele pakken" blandt patienter, der burde have "hele pakken".

Hvilken af de to datakilder man vælger, må afhænge af de praktiske muligheder og tilgængelige resurser. Hjælp til arbejdet findes i "[Praktisk databehandling](#)".

Konstruktion af indikator

Den hyppigst brugte indikator type er en rate som efterlevelseshen procent: antal patienter, der får anbefalet indsats divideret med antal patienter, der burde have anbefalet indsats gange med 100.

Når efterlevelseshøjden er høj, f.eks. over 95 %, anbefales det at ændre indikatorarten til "antal imellem".

Casebaseret journalaudit

Foruden ovennævnte statistiske metoder kan anvendes ikke-statistiske metoder til at få indblik i efterlevelsen af NKR-anbefalinger, f.eks. casebaseret journalaudit med eksplicite og implicite kriterier.

2.3.4 Brug indikatorer baseret på patientfeedback

Patienter kan være kilde til data om efterlevelse af NKR. Jo bedre, patienter er informeret om deres behandling og forløb, jo mere pålidelige data vil de kunne levere til at monitorere implementeringen.

Nogle NKR-anbefalinger er egnede til, at monitoreringen kan foregå med input fra patienter og borgere. Det gælder de indsatser, som skal foregå på bestemte tidspunkter og direkte involverer patienterne, f.eks.:

- at patienterne modtager bestemte informationer,
- at operationspatienter mobiliseres i et fastlagt døgnmønster efter operationen,
- at en bestemt medicin gives på et fastlagt tidspunkt,
- at patienterne tilbydes bestemte interventioner, f.eks. fysioterapi eller et hjælpemiddel.

Data bliver mest retvisende, når patienter registrerer forhold ved deres behandling og pleje tæt på det tidspunkt, hvor interventionen sker. Herved reduceres risikoen for erindringsforskydninger.

Kognitivt velfungerende patienter og/eller pårørende, som er velinformerede om NKR-forløbet, kan bruge strukturerede patientdagbøger eller spørgeskemaer til at overvåge, om deres tilbudte sundhedsydelse stemmer overens med NKR-anbefalingerne. Datakvaliteten af patienters registreringer kan blive meget pålidelig, når patienterne informeres grundigt om, hvad de skal gøre og hvorfor, og de har et velegnet skema ved hånden til at foretage registreringerne.

Metoderne forudsætter, at patienterne har en meget præcis information om, hvad de kan forvente under deres forløb, og at de kan udfylde skemaet, efterhånden som elementer i deres forløb gennemføres.

Patient-genereret feedback har den fordel, at registreringen minder patienter og personale om forglemmelser, som der hurtigt kan rettes op på. En overset medicinering eller fysisk øvelse kan gennemføres, når dens fravær bemærkes. Ved patientrapportering påvirker selve registreringen det, som

måles. Eftersom formålet med implementeringsprocessen er at få efterlevelseshraten bragt op, er dette en fordel. Således bliver patientgenererede indikatorer et redskab til proaktiv kvalitetsforbedring.

Patienters overvågning af NKR efterlevelse kan ske med to metoder: patientdagbøger og spørgeskemaer. Datafangsten kan gennemføres på papir eller elektronisk på tablets eller en app. Papir-skemaer er billige, mens databehandlingen lettes ved at bruge digitale medier.

Strukturerede patientdagbøger

En "struktureret patientdagbog" er en tidstro tjekliste, der også kan fungere som et registreringsskema. Patientdagbogen udformes f.eks. som skemaer, der stiller konkrete spørgsmål, der er relevante i forhold til patientens aktuelle situation. Dagbogen giver patienterne mulighed for løbende at notere om de får NKR-anbefalet behandling og pleje, foruden andre væsentlige forhold om deres forløb.

Spørgeskemaer

Spørgsmålene skal være skræddersyet til det aktuelle sted i patientforløbet, så der bliver spurgt præcist til det, der ifølge den lokale NKR implementering burde være sket for patienten. Husk at give spørgeskemaerne til patienterne eller de pårørende, mens de stadig kan huske detaljerne fra deres forløb.

2.4 UDFØR BARRIEREANALYSE

Den optimale implementeringsindsats forudsætter kendskab til hæmmende og fremmende faktorer for indførsel af en given NKR. Sådanne faktorer kan findes både hos de individuelle sundhedsfaglige personer, i deres samarbejdsrelationer og i organisationen. Hovedmetode til at afdække faktorerne er interview med det relevante sundhedsfaglige personale (individuelt, fokusgruppe eller workshop).

Implementeringstiltag tilpasset de lokale forhold er mere effektive end standardtiltag. Analyseopgaven falder i to dele:

- Undersøg, om aktuell praksis afviger fra NKR-anbefalingerne, i givet fald hvor stor afvigelsen er.
- Undersøg de lokale forhold, som potentielt kan give problemer i implementeringen.

HUSK AT:

Der er tendens til at springe til løsninger, før der er foretaget en analyse. Det er ikke nok at *tro*, at øget uddannelse, flere PC-er, ændret personalesammensætning etc. vil sikre en given implementering. Valg af effektiv indsats forudsætter *kendskab* til de faktiske forhold.

Det er en forudsætning for analysen, at det indledningsvist kortlægges hvordan den pågældende NKR berører

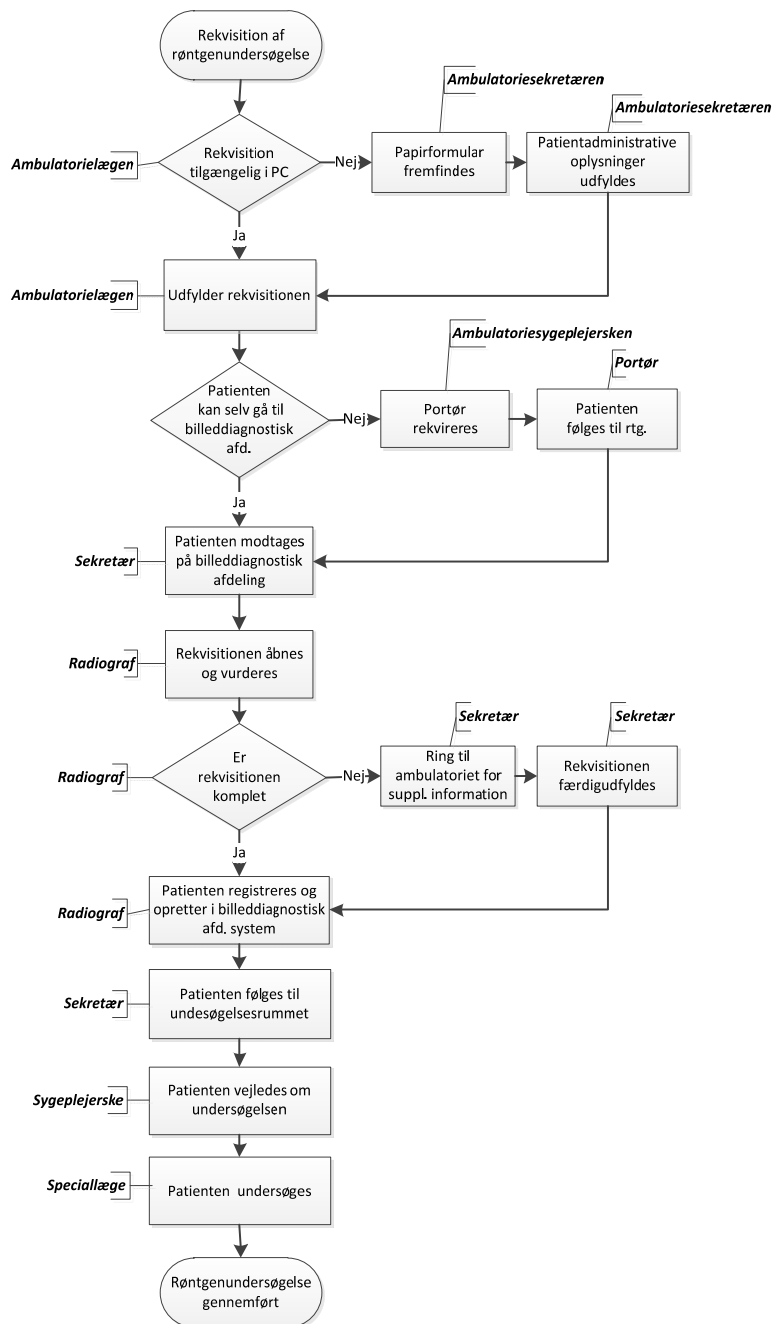
- patientforløb
- sundhedsfagligt personale
- lokale dokumenter

2.4.1 Kortlæg patientforløb og involveret sundhedsfagligt personale

For at få overblik over alle aspekter af aktuel praksis skal man have overblik over hele det pågældende patientforløb, gennem alle institutioner i primær- såvel som i sekundærsektoren. Et forløbsdiagram (flowdiagram) hjælper til at få overblik og synliggøre et forløb, der berøres af NKR. På hvert trin i forløbet kan diagrammet suppleres med angivelse af, hvilken profession der bidrager på det givne trin. Læs mere om [Forløbsbeskrivelse og forløbsdiagram](#).

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer



Eksempel på forløbsdiagram for rekvision af en røntgenundersøgelse med angivelse af, hvilken profession der bidrager på givne trin.

HUSK AT:

Vær opmærksom på, at kortlægningen skal afspejle det typiske forløb, og ikke dække alle de specielle tilfælde. En tommelfingerregel er, at proceskortlægningen skal afspejle omkring 80 % af forløbene.

Kortlægningen kan foretages i form af en workshop.

Kortlægningen af forløbet giver et arbejdsgrundlag for designet af den nye praksis. Kortlægningen af det eksisterende forløb bidrager også til det analytiske grundlag for beslutninger om implementeringstiltag. Det er derfor vigtigt at inddrage repræsentanter fra alle faggrupper, som har en rolle i patientforløbet. Man bør realitetstjekke om de beskrevne forløb er i overensstemmelse med daglig praksis. Det kan ske ved observationsstudier, ved at tjekke klinikernes udsagn eller ved at spørge [patienterne](#).

Kortlægningen af det involverede sundhedsfaglige personale kan uddybes med en "Interessentanalyse", der præciserer, hvem der skal ændre praksis, hvem der skal informeres, og om der er positiv/negativ holdning til NKR-anbefalingerne.

2.4.2 Kortlæg lokale dokumenter

Kortlæg om der er lokale dokumenter, der ikke er i overensstemmelse med NKR-anbefalingerne. Lokale dokumenter kan være:

- administrative og kliniske retningslinjer,
- funktionsbeskrivelser,
- protokoller,
- vejledninger,
- patientvejledninger og informationsmateriale,
- sygeplejeprogrammer,
- behandlingsprogrammer,
- patientforløbsbeskrivelser,
- standarder.

HUSK AT:

Kortlæg også hvad der findes af *patientvejledninger* (papir, elektronisk, samtalevejledninger) på området, med henblik på at sikre, at der er overensstemmelse mellem NKR-anbefalinger og patientinformation.

2.4.3 Mål den aktuelle kvalitet

Den aktuelle kvalitet måles mest hensigtsmæssigt med de kliniske indikatorer, der anbefales i NKR-rapporten. Målingen skal foretages for at hindre, at der sættes ændringer i værk, der i værste fald kan forstyrre en allerede velfungerende praksis på området.

Den sikreste metode til vurdering af kvaliteten er at foretage målingen med de NKR-anbefalede kliniske indikatorer. En anden metode er journalaudit.

Endelig kan man vurdere kvaliteten ved at interviewe de involverede sundhedsfaglige personer om deres daglige praksis på området. Bemærk, at erfaringer peger på, at selvrapporteret klinisk adfærd ofte viser et bedre kvalitetsniveau end objektive målinger.

2.4.4 Bedøm omfanget af NKR-nødvendige ændringer

Kortlægningen af patientforløbet identificerer nødvendige ændringer affødt af NKR-anbefalinger. Disse ændringer kan omfatte:

- Helt nye rutiner (*Do*)
- Stoppe aktuelle rutiner helt (*Don't*)
- Gøre mere eller mindre af rutiner, der allerede er indarbejdet
- Ingen ændringer nødvendige

2.4.5 Modeller giver overblik over fremmende og hæmmende faktorer

Fokus i analysen er at kortlægge konkrete, *lokale* fremmende og hæmmende faktorer for implementering af NKR. Der kan hentes inspiration til analysen i teoretiske modeller for sådanne faktorer. Her præsenteres to modeller:

[Francke's model](#) har fokus på både de menneskelige og de organisatoriske aspekter:

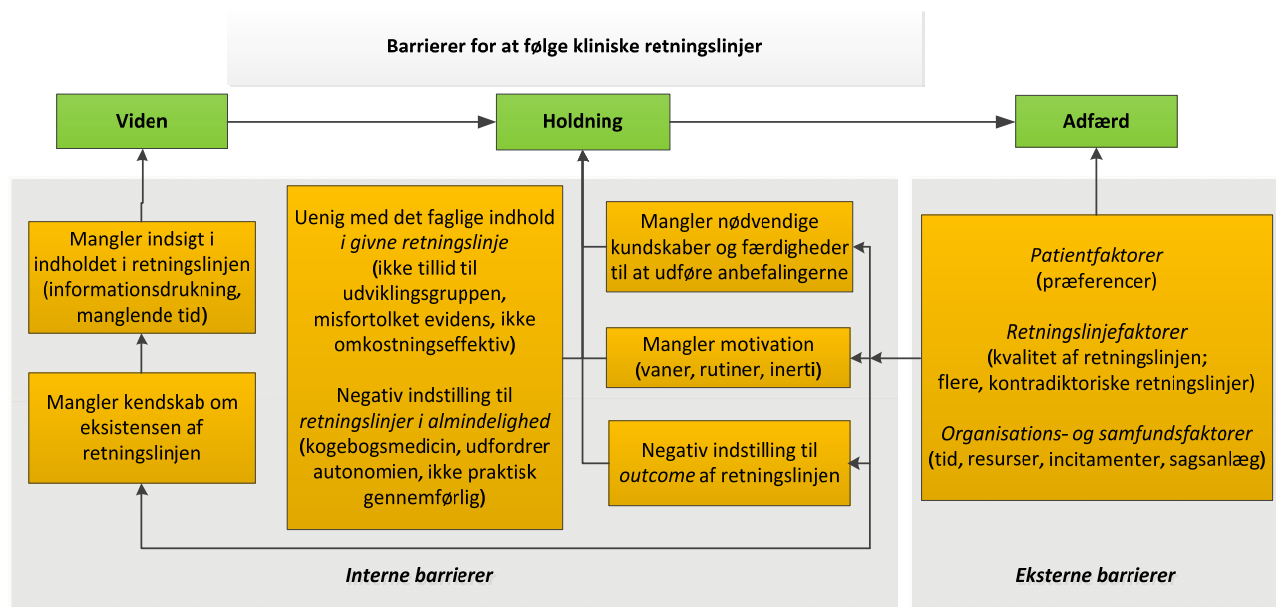
Kategori	Eksempler på fremmende/hæmmende faktorer
Den kliniske retningslinje	• Tilgængelighed • Komplexitet • Forståelighed • Brugbarhed • Evidensgrundlag

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

De sundhedsfaglige	• Kompetencer: Viden, erfaring, færdigheder i relation til NKR • Holdning til retningslinjer i almindelighed, og aktuelle NKR i særdeleshed • Motivation i almindelighed og for brug af NKR i særdeleshed
Teamet af sundhedsfaglige	• Ledelsesstil • Kollegiale samarbejdsrelationer • Kulturen på arbejdspladsen • Faglig uenighed
Patienter	• Viden om og ønsker om at få den NKR givne anbefaling • Præferencer for og forventninger til anden behandling og pleje mv. end den NKR-anbefalede
Institutionen	• Faciliteter: Apparatur, IT, kapacitet (senge, rum, OP-stuer, mv.) • Stab: Normering, personalesammensætning • Tid: Arbejdspres • Tilrettelæggelse: Arbejdsgange, patientforløb • Incitamenter (faglige og økonomiske belønninger/straf)
Regionale og kommunale vilkår og rammer	• Visitationsregler, bekendtgørelser, love, politikker, standarder • Overenskomster og aftaler

[Cabana's model](#) har særligt fokus på det sundhedsfaglige personale:



Modellerne giver indblik i modstand mod forandringer. Skepsis og modarbejdelse bunder oftest i helt reelle bekymringer for, om den nye rutine er bedre end den gamle - ud fra faglige, organisatoriske eller egoistiske hensyn. Ændrede arbejdsmåder kan medføre tab af tryghed, indflydelse, prestige, rettigheder m.v.

2.4.6 Interview til at identificere fremmende og hæmmende faktorer

Hovedkilden til viden om fremmende og hæmmende faktorer er interessenterne. Deres indsigter kan synliggøres enten ved traditionel interviewmetode eller ved at samle de relevante personer og gennemføre en workshop. Respondenter og workshopdeltagere kan være udvalgte nøglepersoner eller tilfældigt udtagne personer. Patienter kan også interviewes.

Interview kan foretages individuelt eller i grupper. Interview kan have form af ustruktureret (uformal) samtale, eller semistrukturerede interview baseret på en interviewguide. Interview er som metode effektivt og billig. Afdækningen af barrierer skal som minimum belyse de kategorier der fremgår af de teoretiske modeller.

Baseret på sådanne modeller er der udarbejdet en interviewguide til sundhedsfagligt personale.

Patienter og deres pårørende kan også være respondenter. Patienten kan være en patientrepræsentant fra lokale råd eller patientforeninger, eller egne behandlede patienter med erfaring med pågældende sygdom.

En ulempe ved interviewmetoden er, at den inddrager et begrænset antal interviewpersoner, hvilket begrænser repræsentativiteten. Dertil kommer, at det tager en del tid at få koordineret og gennemført mange interview.

Er der behov for at få et overblik over, hvordan en større gruppe personale forholder sig til specifikke spørgsmål kan man gennemføre en spørgeskemaundersøgelse.

TIP

Bogen "[Spørg brugerne](#) - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet" indeholder konkrete tips og tjeklister som hjælp ved planlægning af et interview. Samme sted kan man downloade tjeklister til forberedelse og gennemførelse af interview.

2.4.7 Workshop til at identificere fremmende og hæmmende faktorer

En workshop bidrager til at skabe interesse for og ejerskab til implementeringsopgaven. En workshop bidrager også til at skabe en fælles forståelse, idet forskelle i interessenternes praksis bliver synliggjort.

Fordele ved workshops er det desuden, at interessenteres/deltageres viden, holdninger og adfærd i forhold til en NKR implementering belyses samlet og på struktureret vis at workshoparbejdet er ressourceeffektivt, og at projektgruppen får input, den kan bruge og omsætte med det samme.

En workshop i forbindelse med en barriereanalyse er særligt en god idé, hvis:

- der ønskes en hurtig afklaring af fremmende og hæmmende faktorer,
- der forventes, at være divergerende holdninger til NKR blandt interessenterne,
- det forventes, at der er stor variation i praksis,
- det forventes, at der er forskellige meninger om, hvad der skal til for at implementering lykkes
- interessenterne fra forskellige dele af patientforløbet (f.eks. flere institutioner og/eller sektorer) skal koordinere deres arbejde som følge af NKR; en workshop medvirker til at styrke relationerne mellem interessenterne.

En vellykket workshop forudsætter, at der skabes en stemning, hvor alle deltagere føler sig trygge ved at udtale deres ærlige mening og fortælle oprigtigt om, hvordan de gør i praksis. En ekstern konsulent kan være en hjælp.

Læs mere om planlægning og gennemførelse af en workshop til barriereanalyse.

2.4.8 Kvantificer udsagn om fremmende og hæmmende faktorer med spørgeskema og måling

Interviewdata er kvalitative. Er der behov for kvantitative data kan man benytte et spørgeskema til at få statistisk indsigt. Spørgeskemaer kan være på papir- eller elektronisk format.

Fordele ved spørgeskemaundersøgelse:

- Tillader hurtig indsamling af mange oplysninger fra en stor gruppe af personer, f.eks. fra spredte lokaliteter.
- Muliggør statistiske analyser, herunder databaseret prioritering af hæmmende (respektive fremmende) faktorer med [Paretodiagram](#).
- Tal synliggør hyppigheden eller omfanget af afvigelser fra NKR, og kan dermed understøtte en rationel prioritering af implementeringstiltagene.

Ulempen ved spørgeskemaundersøgelser er bl.a. det betydelige arbejde med at udarbejde et godt spørgeskema, og til at distribuere, indsamle og analysere det samt fortolkningsproblemer ved lav svarprocent.

Der kan også være behov for at efterprøve oplysninger om f.eks. en given barriere ved konkrete tællinger eller målinger:

Eksempler

1) Interview viser, at PC-nedetid er en hyppig barriere, når retningslinjen skal bruges. Hvor stort problemet faktisk er, kan belyses med målingsdata af 'minutter nede' fra IT-afdelingen, eller ved lokal optælling: Hver gang en PC bruges til at finde en retningslinje, registreres med en streg (havelåger) om PC-en er 'oppe' eller 'nede':

PC-oppe	PC-nede
	

2) Interview viser, at ventetid på NKR-anbefalet bioanalytisk undersøgelse er en barriere. Dette kan kvantificeres ved at opgøre de faktiske ventetider.

Afdækning af barrierer danner baggrund for valg af implementeringstiltag.

2.5 VÆLG IMPLEMENTERINGSTILTAG

Vælg implementeringstiltag på baggrund af resultatet af den lokale analyse. Ofte vil flere tiltag være relevante: Tiltag, der klæder personalet på til at udføre NKR anbefalingerne, kombineret med ændringer af institutionens retningsgivende dokumenter og faciliteter.

Implementeringstiltag, som skal fremme implementering af NKR-anbefalinger, kan man dele ind i tre grupper. Tiltag rettet mod at sikre:

- Nødvendig viden og færdigheder hos det sundhedsfaglige personale.
- Nødvendig motivation hos det sundhedsfaglige personale.
- At infrastrukturen understøtter brugen af NKR-anbefalinger.

Sikrest effekt har implementeringstiltag - herunder kombinationer af tiltag – som er baseret på en lokal analyse af faktorer, der fremmer og hæmmer implementering. Det er således tiltag, som er skræddersyet til den lokale kontekst.

HUSK AT:

Der er en tendens til at gå direkte til løsningen, før der er foretaget en analyse. Særligt kan der være tendens til at tro, at ændring af infrastruktur og teknologiske tiltag i sig selv løser alle implementeringsproblemer. Sådanne tiltag er ofte nødvendige, men ikke tilstrækkelige til at sikre implementeringssucces.

De største udfordringer ligger ofte i den menneskelige faktor: At klæde personalet på til forestående opgaver.

Effekten af en række implementeringstiltag orienteret mod det sundhedsfaglige personale (herunder undervisning, audit og feedback, påmindelse, mfl.) er kendt fra systematiske reviews. Klik her hvis du vil vide mere om effektstørrelserne: "Effekt af interventioner orienteret mod sundhedsfagligt personale".

I nævnte review fremhæves en række forhold, som forstærker effekten af hvert af de givne implementeringstiltag. Yderligere information om forhold der kan forstærke effekten af interventioner rettet mod det sundhedsfaglige personale (undervisning, audit og feedback, påmindelser mfl.): "Forhold der påvirker implementeringstiltag".

2.5.1 Skræddersy implementeringstiltag til udfaldet af lokal barriereanalyse

Erfaringsbaserede undersøgelser peger på, at den bedste effekt opnås, når implementeringstiltagene er tilpasset den lokale kontekst. Se oversigt herunder.

Lokal barriereanalyse peger på manglende viden og/eller færdigheder hos det sundhedsfaglige personale

Tiltag rettet mod manglende kendskab til eksistensen af NKR

Tiltag rettet mod manglende kundskab om indholdet i NKR

Tiltag rettet mod manglende færdigheder som er nødvendige for at følge NKR

Tiltag rettet mod manglende tid til NKR-relevant læring

Tiltag rettet mod, at det er vanskeligt at huske NKR-anbefalingerne

Lokal barriereanalyse peger på svigtende eller manglende motivation hos det sundhedsfaglige personale

Tiltag mhp. at motivere NKR-interessenter

Tiltag mhp. at motivere den enkelte NKR-interessent

Tiltag baseret på at opfordre patienter til at give feedback

Loka barriereanalyse peger på behov for at ændre infrastrukturen

Tiltag vedrørende infrastrukturændringer

Tiltag vedrørende kommunikation om infrastrukturændringer

2.5.2 Effekten af implementeringstiltag orienteret mod sundhedsfagligt personale

Der findes en del litteratur, som handler om effekten af implementeringstiltag orienteret mod det sundhedsfaglige personale, herunder studier med interventions- og kontrolgruppe.

Følgende implementeringstiltag over for det sundhedsfaglige personale er undersøgt systematisk og har været genstand for [Cochrane review](#) (international samarbejdsgruppe der udfører systematiske review af randomiserede, kontrollerede undersøgelser):

Implementeringstiltag		
Dansk betegnelse	Engelsk betegnelse*	Effekt**
Distribution	<i>Distribution of educational material</i>	2 %
Passiv undervisning	<i>Educational meetings</i>	6 %
Interaktiv undervisning	<i>Local consensus processes</i>	-
Uddannelsesbesøg	<i>Educational outreach visits</i>	6 %
Lokale meningsdannere	<i>Local opinion leaders</i>	12 %
Patientrettet intervention	<i>Patient mediated interventions</i>	21 %
Audit og feedback	<i>Audit and feedback</i>	5 %
Påmindelser	<i>Reminders</i>	12 %
Massemedie	<i>Mass media</i>	-
Lokal tilpasning efter barriere analyse	<i>Marketing</i>	13 %
Flerstrengt intervention	<i>Multifaceted intervention</i>	9 %

* Efter [Cochrane](#) Effective Practice and Organisation of Care Group: EPOC Taxonomy

**Effekt angivet som % efterlevelse af *guideline*-anbefaling i interventionsgruppen minus % efterlevelse i kontrolgruppen; her er anført medianen blandt foreliggende undersøgelser.

Der findes ikke tilsvarende udredninger baseret på randomiserede, kontrollerede studier af, hvilken betydning finansielle, organisatoriske og regulatoriske implementeringstiltag har.

De systematiske undersøgelser af effekten af tiltag orienteret mod det sundhedsfaglige personale viser, at effekterne er små til moderate; effektstørrelsen er mellem 2 % og 21 %.

Læs mere i "Effekt af interventioner orienteret mod sundhedsfagligt personale". Dette review indeholder oversigter over effektstørrelsen af hvert af de ovennævnte implementeringstiltag.

De små til moderate effekter i interventionsstudierne betyder, at det ikke er hensigtsmæssigt at vælge tiltag alene baseret på videnskabelig viden om effekt. Valg af mest effektiv intervention skal baseres på lokal analyse af fremmende og hæmmende faktorer, se "Barriereanalyse".

Den videnskabelige litteratur handler om den generelle effekt af implementeringstiltagene – uanset hvilket sygdomsområde og hvilken type organisation, tiltagene bliver brugt i. Hvis arbejdsgruppen der udvikler en given NKR har fundet videnskabelig litteratur om gunstig effekt af et implementeringstiltag rettet mod det specifikke sygdomsområde, beskrives det i NKR-rapporten i afsnit: "Implementering".

2.5.3 Udnyt altid forhold der fremmer effekten af implementeringstiltag

Litteraturen beskriver forhold, der påvirker, hvor stor effekt et implementeringstiltag får.

Hovedkonklusionen er, at der skal vælges implementeringstiltag, som er baseret på og tilpasset den lokale kontekst – med dens særlige fremmende og hæmmende faktorer i personalet og infrastrukturen.

2.5.4 Brug altid: Audit og feedback

I generelle undersøgelser har audit og feedback moderat effekt. Der er imidlertid beskrevet en række forhold, som bidrager til at maksimere effekten af audit og feedback, som man relativt enkelt kan bruge lokalt. Audit og feedback anses på den baggrund for at være en effektiv metode til at implementere kliniske retningslinjer. Følgende forhold er med til at maksimere effekten af audit og feedback:

- Audit og feedback gennemføres hyppigt.
- Kvaliteten af data er høj: Sundhedsfagligt personale skal kunne stole på data.
- Indikatorerne skal give klinisk mening: Forstået og accepteret af det sundhedsfaglige personale.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

- Data bag indikatorværdierne stilles til rådighed lokalt, så personalet kan lave egne uddybende analyser.
- Klinikerne har en aktiv rolle i at vurdere data og indikatorværdier: Intern audit.
- En respekteret fagkollega giver konstruktive tilbagemeldinger.
- Data og indikatorværdier afspejler den helt aktuelle og opdaterede kliniske situation.
- Mundtlige tilbagemeldinger bliver suppleret med skriftligt materiale og vice versa.
- Tilbagemeldinger kombineres med uddannelsesaktiviteter.

Kort sagt skal audit fungere som basis for læring og ikke som kontrol.

En afgørende betingelse for læringen er, at der er troværdige, accepterede og opdaterede data til brug for auditarbejdet. Ved implementering af NKR vil denne betingelse oftest være opfyldt. Kliniske målinger med indikatorer er en integreret del af NKR. Indikatormålingerne viser, om implementeringen er succesfuld.

Kort sagt: Kliniske målinger foreligger ofte. Udfordringen er at bruge målingerne og sikre, at de bliver brugt til læring med veltilrettelagte audits.

2.6 UDARBEJD IMPLEMENTERINGSPLAN

En implementeringsplan giver overblik over, hvad man skal gøre, hvornår og hvem der har ansvaret for de enkelte aktiviteter. Planen er et styringsredskab for den, som er ansvarlig for at implementere NKR. Planer letter også arbejdet med at delegere og følge op på de tiltag, som bliver sat i gang.

I analysefasen er der foretaget en kortlægning af de givne patientforløb og det involverede sundhedsfaglige personale. Dette er et vigtigt forarbejde for implementeringsplanen, som optimalt omfatter alle interessenter.

2.6.1 Gennemfør en interessentanalyse

Formålet med interessentanalysen er at finde ud af, hvordan man bedst får alle relevante personer med på at implementere Nationale kliniske retningslinjer.

En interessentanalyse kan være en hurtig øvelse, hvis implementeringsudfordringerne er begrænsede. Den kan for eksempel bestå i at udarbejde en oversigt over alle, der skal informeres, og alle der skal handle anderledes fremover. Interessenter er i princippet alle, der påvirker eller påvirkes af implementeringen. Det gælder også fagpersoner fra andre sektorer, ledere, teknikere og sekretærer.

Interessent	Får nye eller ændrede opgaver	Skal informeres	Navn på person - som kan være tovholder på gruppens vegne	Særlige udfordringer i.f.t. implementering (f.eks. færdigheder, holdninger, tværfagligt samarbejde)
Læger i egen afd.				
Sygeplejersker i egen afd.				
Diagnostisk enhed				
Henvissende læge				
Fysioterapeut				
Diætist				
Praktiserende læge				
Kommunal visitator				
Administrativt personale				
Sekretærer				
Patienter & pårørende				
... andre				

Interessentanalysen kan være et nyttigt redskab til at vurdere, hvem der skal indgå i arbejdet og på hvilken måde.

2.6.2 Udarbejd en overordnet plan

Forarbejdet med barriereanalyse og interessentanalyse er en hjælp til at udarbejde en egentlig implementeringsplan. En overordnet plan udarbejdes i samarbejde med nøglepersoner fra hver interessentgruppe. Planen gør det muligt at få besluttet en gennemtænkt og realistisk tidsplan.

En implementeringsplan sætter rammerne for arbejdet vedrørende:

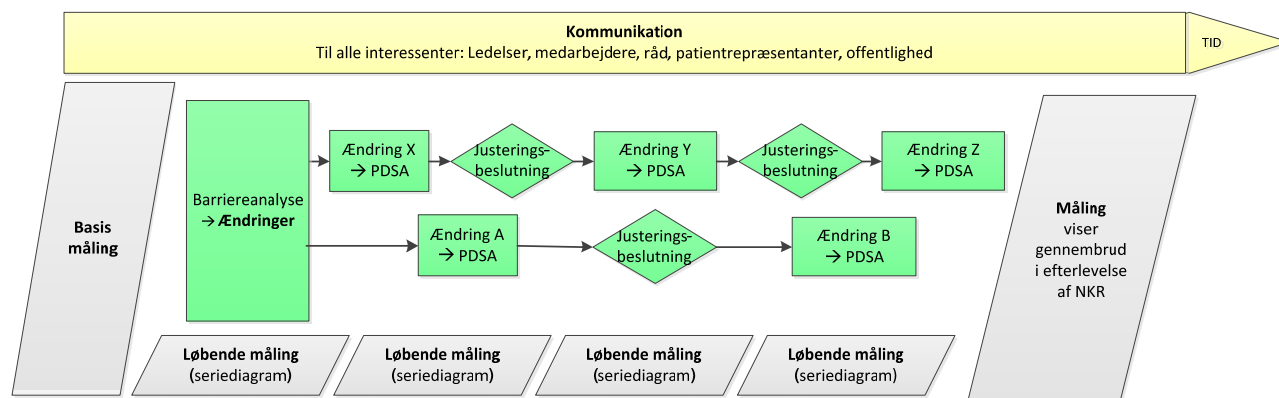
- **Måling:** Overordnet tidsplan for basismåling, kadence for de løbende målinger af indikatorer og et tidspunkt hvor der gøres status på implementeringen, jf. de målsætninger som er sat.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

- **Kommunikation:** Overordnet plan for kommunikationen med interessenterne. Hvis implementeringen kræver ændringer uden for egen institution, aftales det med nøglepersoner fra de involverede institutioner, hvordan samarbejdet vil foregå. Desuden er det vigtigt, at personalet bliver orienteret om visionen og fremdriften af implementeringen. Brug her de kommunikationskanaler, som i forvejen anvendes, f.eks. personalemøder, interne nyhedsbreve eller periodiske e-mails.
- **Ændringer:** Overordnet plan for konkrete implementeringstiltag med aftaler om hvem, der skal være ansvarlig for hvad og med hvilke deadlines. Der sættes tid af til at evaluere de løbende målinger og justere planen, efterhånden som man får erfaringer under implementeringen. Læs mere herom i afsnittet "Gennemfør plan".

Eksempel på en overordnet implementeringsplan - hvor tiden afspejles i den horisontale akse:



Den overordnede plan bliver et nyttigt styringsredskab for projektlederen, når planen omdannes til en milepælsplan, som præciserer, hvad der skal være færdigt hvornår. I milepælsplanen skal man gennemtænke rækkefølge og deadlines for aktiviteter, der sikrer, at projektet når at blive gennemført til aftalt tid. Milepælsplanen tager afsæt i den overordnede implementeringsplans tre hovedindsatsområder:

- Kommunikation.
- Måling.
- Ændringstiltag.

Bryd de tre områder ned i grupper af opgaver, som hænger logisk sammen, som f.eks. "ajourføre patientinformation", "planlægning og afholdelse af informationsmøder for sygeplejersker" eller "ajourføre interne kliniske guidelines". Uddeleger ansvaret for disse opgaver til enkeltpersoner i eller uden for

implementeringsgruppen med et veldefineret slutpunkt med en deadline. Se mere om milepælsplanlægning eller om projektledelse, for eksempel i "Aktiv projektledelse", Andersen mfl. Det kan være vanskeligt på forhånd at afgøre præcis hvilke implementeringstiltag, der er nødvendige. Derfor må man være indstillet på også at håndtere udfordringer, når de opstår. Det kan desuden vise sig, at planlagte tiltag er virkningsløse i en konkret situation, og at man derfor må forsøge noget andet.

Det kan være spild af tid at planlægge hele projektet i detaljer på et tidligt tidspunkt. Der skal være klare mål for implementeringen, men fasthold fleksibiliteten i PDSA-modellens ånd: Implementering er en iterativ proces, hvor organisationen gradvist bliver klogere på, hvad der virker, og kasserer de tiltag, som ikke fungerer hensigtsmæssigt.

Det kan være nyttigt at udarbejde et groft overslag over det forventelige tidsforbrug hos de forskellige nøglepersoner samtidig med udarbejdelsen af milepælsplanen. Læs mere om tidsestimering.

TIPS:

- Benyt de mødestrukturer (teammøder, tavlemøder, konferencer) og uddannelsesressurser (uddannelsesafdelingen) som allerede findes til at informere om implementeringen.
- Projekter kan gå i stå på grund af manglende tid hos de, der skal udføre opgaverne. I givet fald overvejes aflastning fra andre opgaver.

2.7 GENNEMFØR PLANEN

Bryd implementeringsplanen op i overskuelige delopgaver, som kan uddelegeres og gennemføres på det operative niveau. En decentral tilgang skaber lokalt ejerskab til løsningerne. PDSA-modellen er en gennemprøvet metode til at afprøve konkrete implementeringstiltag i praksis.

For at sikre, at ændringerne får den ønskede effekt, kan det være en god ide at arbejde iterativt med afgrænsede ændringstiltag, f.eks. ved brug af PDSA-modellen der sikrer at der løbende sker læring og tilpasning på baggrund af en tæt vurdering af effekter. Modellen lægger op til, at der kan findes løsninger på de problemer, der opstår, når man gennemfører forandringer i komplekse systemer. Planen må derfor justeres efter behov.

Det er en faldgrube ved forandringsprocesser, at de implementeringsansvarlige beslutter løsningen og trækker den ned over organisationen. Lydhørhed og fleksibilitet øger chancen for, at implementeringen bliver en succes, uden at personalets eventuelle skepsis får lov til at underminere implementeringen. PDSA-modellens eksperimenterende tilgang tager brodden af personalets bekymring for at ændringen er en forringelse.

Inddrag derfor personalet – og også gerne patienterne – i at eksperimentere sig frem til den arbejdsgang, som passer bedst til den aktuelle NKR-anbefaling. Det kan resultere i følgende fordele:

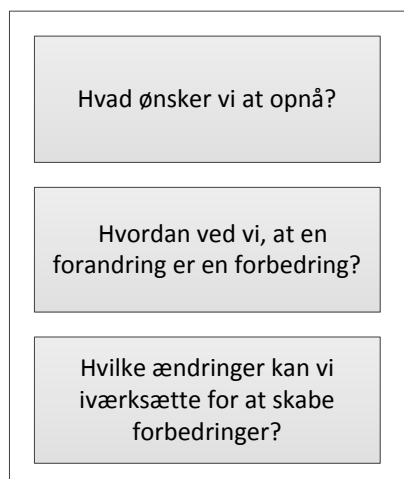
- god tilpasning af løsninger til lokale forhold,
- ejerskab til løsninger og dermed øget efterlevelse,
- mindre frustration hos personalet,
- mindre tidsspilde.

2.7.1 PDSA-modellen skaber ejerskab gennem handlingsorienteret læring

PDSA-modellen (Plan-Do-Study-Act også kaldet forbedringsmodellen eller gennembrudsmodellen) er en metode til at indføre forandringer trinvist og rationelt. Modellen er generisk, indgår i Den Danske Kvalitetsmodel, og har vist sig at være effektiv til at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet. PDSA-modellen har med god effekt været brugt i 90 år i industri- og servicevirksomheder og i 30 år i sundhedsvæsenet.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer



Sæt mål

Udarbejd en klar målsætning for, hvilke patientgrupper berører forbedringen, og hvor stor forbedring inden for en given tidsramme

Etabler måling

Vælg de rigtige målinger/indikatorer der kan afgøre om en ændring er en forbedring.

Vælg ændring

Kom med ideer til, hvilke ændringer der med størst sandsynlighed kan forbedre kvaliteten

Afprøv ændring

Afprøv med PDSA-cyklus, om de valgte ideer skaber ændringer i arbejdsgangene i den virkelige verden.

- Plan: Planlæg afprøvning af den foreslåede ændring.
Planlæg dataindsamling (hvem, hvad og hvornår).
- Do: Afprøv ændringen.
- Study: Undersøg effekten af ændringen.
- Act: Indfør i ændringer som har effekt.

Brug gentagne PDSA-cykler: Begynd med at indføre ændringen i det små, virker det så prøv i lidt større skala etc.

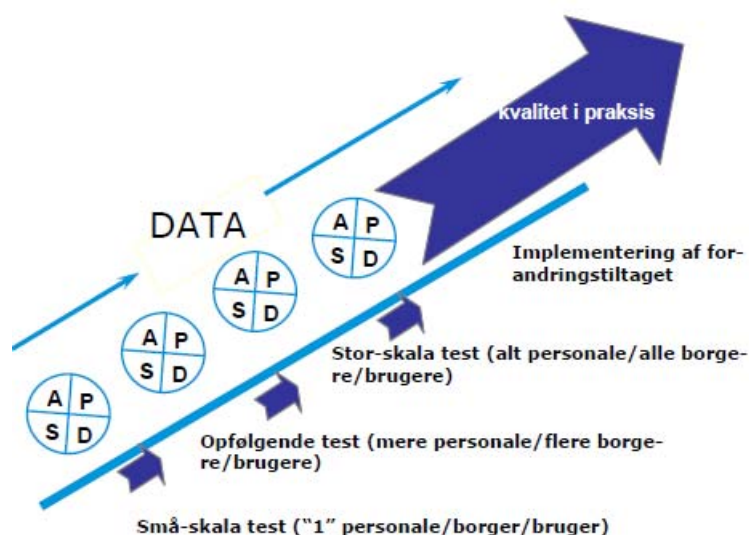
Kilde: [Håndbog i kvalitetsforbedring](#)

PDSA-modellen indeholder tre spørgsmål, der skal besvares, før PDSA-cyklussen kan anvendes. Arbejdet med at besvare disse spørgsmål indgår (på et overordnet niveau) i implementeringsmodellen:

<i>Spørgsmål i PDSA-modellen</i>	<i>Trin i implementeringsmodellen</i>
Hvad ønsker vi at opnå?	Fastsæt målsætning
Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?	Etabler klinisk måling
Hvilke ændringer kan vi iværksætte for at skabe forbedringer?	Vælg implementeringstiltag baseret på en udført barriereanalyse

PDSA-modellen kan bruges både på et hovedprojekt og på de enkelte delprojekter, f.eks. udvikling af er tjekskema.

Grundlæggende er idéen i PDSA-modellen, at et ændringstiltag planlægges afprøvet i meget lille skala (for eksempel for kun 1 patient) for at lære af det første spæde forsøg. Herefter evaluerer man effekten, retter til og planlægger en ny "runde" i lidt større skala. Se illustration i følgende figur.



Kilde: [Center for Kvalitetsudvikling](#)

Det er en fordel at bruge PDSA-modellen, når kompleksiteten i en forandringsopgave er stor. Når flere personalegrupper eller institutioner bliver berørt af en ændring, er der risiko for, at det første løsningsdesign overser vigtige aspekter der kan være barrierer for implementering..

Der findes flere uddybende beskrivelser af, hvordan PDSA-modellen kan understøtte implementering:

- [PDSA-cyklus som implementeringsredskab](#) med særligt fokus på modellens anvendelse i implementeringsprojekter(Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland)
- [PDSA-modellen til kvalitetsforbedring](#) med særligt fokus på det konkrete arbejde på hvert trin, herunder et [PDSA-hjælpekema](#), til at planlægge og dokumentere de enkelte trin (Kræftens Bekæmpelse, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Region Hovedstaden).

2.7.2 Udarbejd en detaljeret handleplan for den nærmeste fremtid

Den overordnede implementeringsplan og milepælsplanen en hjælper til at holde overblik over det samlede projekt. Det er dertil en støtte for projektledelsen at udarbejde en detaljeret handleplan for et passende tidsinterval vedrørende de aftalte aktiviteter for kommunikation, ændringer og målinger.

Den detaljerede handleplan indeholder som minimum alle aktiviteter frem til næste gang, projektgruppen samles. Perioden skal være lang nok til, at deltagerne kan nå at løse deres opgaver, men ikke længere end at gruppemedlemmerne kan overskue projektets videre udvikling. Handleplanen kan f.eks. have en tidshorisont der er detaljeret på 2 ugers sigt. Den er ikke detaljeret på længere sigt. Læs mere om handleplaner og se en skabelon.

2.7.3 Brug eksisterende mødefora til jævnlig uformel feedback på implementeringen

De løbende indikatormålinger er nødvendige. De er imidlertid ikke tilstrækkelige kilder til viden om implementeringens fremdrift. Projektgruppen skal også "lytte på vandrørene" og efterspørge personalets oplevelser af de igangværende tiltag. Efterspørg feedback på NKR implementeringen ved personale møder, snak i kaffestuen, eller som *smalltalk* ved andre møder. Det oplagt at bruge de eksisterende mødefora f.eks. tavlemøder, konferencer etc.

2.8 FØLG OP PÅ PLANEN

De kliniske målinger er den vigtigste dokumentation for, om implementeringen virker. Indikatorerne viser graden af overensstemmelse mellem NKR-anbefaling og praksis og dokumenterer gennembrud i kvaliteten. Opfølgning på målingerne og aktiviteterne i implementeringsplanen er en vigtig forudsætning for at holde fokus og momentum i implementeringsarbejdet. Projektlederen skal synliggøre fremdriften i planen, både med hensyn til gennemførte aktiviteter og løbende kliniske målinger. Alle personer, som har en rolle i gennemførslen af NKR-anbefalede indsatser, skal have ajourført information om, hvordan det står til med efterlevelseshraten.

Gennemførsel og opfølgning på planen er tæt forbundne opgaver. Projektlederen har to hovedopgaver i sin løbende opfølgning på planen:

- Holde sig orienteret om, hvordan det går med efterlevelse af NKR-anbefalingerne.
- Tjekke at aftalte aktiviteter gennemføres og hjælpe projektgruppen med at håndtere eventuelle hindringer for planens gennemførelse.

Opfølgning på efterlevelse af NKR-anbefalingerne

Projektlederen må sikre, at de kliniske målinger rapporteres med den aftalte frekvens. Data skal fortolkes, og eventuelle overraskelser skal undersøges. Det er også muligt at få patienter eller pårørende til at rapportere om visse forhold ved NKR implementeringen. Deres observationer af praksis kan være et nyttigt bidrag til et "realitetstjek" i.f.t. om alle efterlever NKR.

Læs om feedback fra patienter og pårørende.

Opfølgning på handleplanen

Projektlederen følger løbende op på handleplanen, gør status på aktiviteter og planlægger næste periodes delaktiviteter i samarbejde med projektgruppen. Trækker enkelte opgaver ud, drøfter gruppen, hvordan de kan håndtere de faktorer, som forsinker implementeringen.

Det er en velkendt udfordring, at projektgruppens arbejde er presset på grund af medlemmernes normale arbejdsopgaver. Hvis manglen på tid truer implementeringsplanen, bør man involvere sine ledere eller på anden vis forsøge at løse udfordringerne. Det er linjeledelsens opgave at afsætte den tid der skal til for at de enkelte medlemmer i projektgruppen kan passe deres del af projektarbejdet som en del af deres normale arbejde, og ikke som en ekstra opgave der lægges oven i de daglige arbejdsopgaver.

Projektlederens opfølgning på planen sikrer, at små og store succeser bliver tydelige for projektgruppen. Når projektlederen har fokus på at kommunikere de gode historier, kan det desuden være motiverende for det øvrige personale, som er involveret i implementeringen.

Det er vigtigt at sætte fokus på resultaterne af de løbende kliniske målinger. Gentag budskabet ofte og på flere forskellige medier: Personalemøder, konferencer, mails, opslag, mv.

Læs mere om projektopfølgning i Andersen mfl. 2001, "Aktiv projektledelse".

2.9 FASTHOLD

Det kan være svært at fastholde en ny praksis i den daglige drift. Det gælder om at integrere ændringer som følge af NKR-anbefalinger i dagligdagen, så personalet oplever, at 'vi gør som vi plejer'. En vellykket overgang fra projekt til drift står og falder med, at implementeringsprojektet er gennemført "efter bogen". At fastholde ændringerne indebærer desuden fortsat infrastruktur- og organisationstilpasning samt vedvarende datadreven overvågning og ledelsesopmærksomhed.

Udfordringen med at fastholde ændringer skal tages ganske alvorligt. Implementeringslitteraturen peger på, at en meget stor del ikke overlever i længden. Fejlprocenten angives op mod 70 %.

Der er udviklet et måleredskab, der kan vejlede om, hvilke forholdsregler man skal tage tidligt i et implementeringsprojekt, for at øge sandsynligheden for, at den ny praksis fastholdes på langt sigt.

2.9.1 Proaktiv brug af måling af sandsynligheden for at ny praksis fastholdes

National Health Service (NHS) har udarbejdet en "*Sustainability Model*", som er baseret på omfattende erfaring. Modellen giver et grundlag for konstruktive diskussioner om et givet implementeringsprojekts stærke og svage sider samt deraf følgende beslutninger om ændringer i projektet. Diskussioner og beslutninger baseres på en scoring med et måleinstrument, der er udviklet til formålet.

NHS-modellen indeholder således et scoringsredskab, der kan forudsige sandsynligheden for, at en implementeret ny praksis fastholdes på lang sigt. Modellen er oversat til dansk "En guide til fastholdelse af ny praksis" og udgivet af "[Center for Kvalitetsudvikling \(CfK\), Region Midtjylland](#)".

Ifølge NHS-modellen bidrager ti faktorer væsentligt til at sikre, at nye processer kan fastholdes og blive integreret som daglig rutine. De ti faktorer handler om den nye praksis i sig selv (processerne), personalet og organisationen. Faktorerne uddybes i hjælpeværktøjet: "[Faktorer for fastholdelse](#)".



NHS-redskabet bygger på en scoring af hver af de ti faktorer. Høj score giver anledning til optimisme vedrørende fastholdelse. Lav score giver anledning til at overveje at gribe ind for at forbedre sandsynligheden for succes. Scoringerne giver også mulighed for at prioritere de faktorer, der er vigtigst at få justeret. Modellen anbefaler at udføre scoringen relativt tidligt i implementeringsarbejdet for proaktivt at kunne bruge oplysningerne.

2.9.2 Personalepolitik der understøtter brug af NKR-anbefalinger

De ti faktorer, der har væsentlig indflydelse på succesfuld overgang fra projekt til drift, indgår også som vigtige faktorer for et succesfuldt implementeringsprojekt.

I fastholdelsesfasen bliver det dog særligt vigtigt, at personalepolitikken understøtter den vedvarende brug af NKR-anbefalinger på linje med lokal personalepolitik for andre retningslinjer.

2.9.3 Indikatorovervågning fortsættes i fastholdelsesfasen

Vedvarende overvågning og ledelsesfokus er vigtige elementer i fastholdelsesfasen.

Målingsmæssigt betyder overgang fra projekt til drift, at antallet af indikatorer reduceres - gerne til én indikator, der helt overordnet afspejler ydelseskvaliteten. Et eksempel kunne være en sammensat "[all-or-none](#)" indikator, der udtrykker den andel af patienter, der får indsatser i overensstemmelse med alle de vigtigste anbefalinger i hver gældende NKR.

En indikator der afspejler patient-*outcome* (mortalitet, komplikationsrate, helbredelsesrate, herunder PROM: Patient rapporteret *outcome* målinger) er også relevant, hvis der er høj evidens for sammenhæng mellem efterlevelse af anbefalingerne og patient-*outcome*.

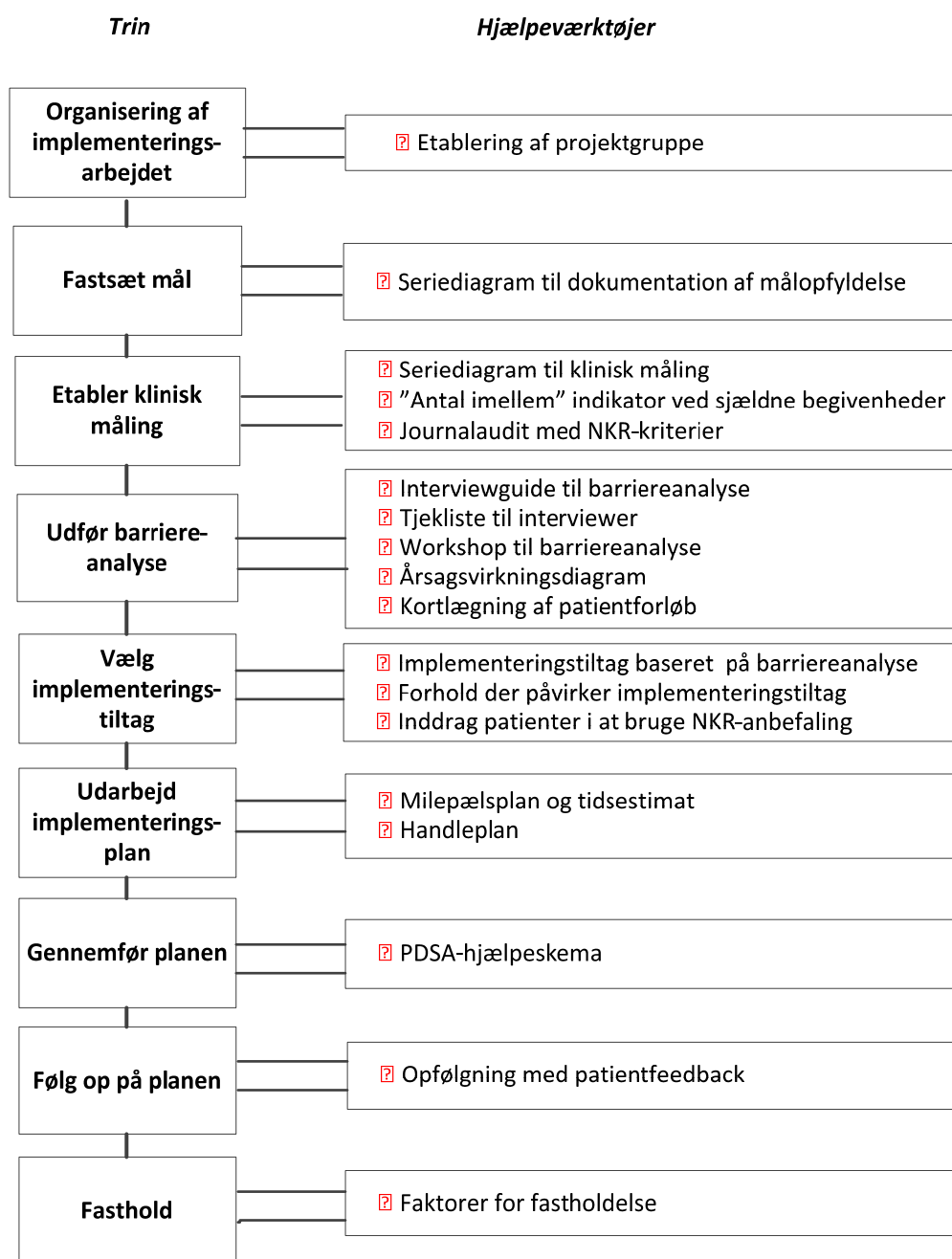
Det er hensigtsmæssigt at erstatte seriediagrammet, der anvendes i implementeringsfasen, med et [kontrolldiagram](#). Passende type af kontrolldiagram er mere følsomme end seriediagrammer for små vedvarende forandringer i processen. Derfor er de velegnede til overvågningsformål.

På dansk findes et frit tilgængeligt, internetbaseret it-program til at konstruere kontrolldiagrammer med tilhørende vejledning i valg af diagramtype og diagramfortolkning: "[SPC Diagrammer og analyse med brug af EpiData](#)". Mere detaljerede oplysninger om kontrolldiagrammer findes i lærebogen: Provost & Murray 2011.

3. Hjælpeværktøjer til implementering af NKR

Denne sektion indeholder hjælpeværktøjer til implementeringsarbejdet. Den giver detailbeskrivelser af metoder samt viser skabeloner og skemaer, som kan lette arbejdet med NKR-implementeringsaktiviteterne. Hjælpeværktøjerne er udvalgt, fordi de forventes at være nyttige i denne sammenhæng. Generiske projektledelsesværktøjer er således tilpasset til NKR-implementeringsopgaven.

Beskrivelsen af de enkelte hjælpeværktøjer følger samme model som beskrivelsen af implementeringsaktiviteterne. Det fremgår således, til hvilket implementeringstrin værktøjet kan være til hjælp:



VIL DU VIDE MERE

Vil du vide mere om et givent hjælpeværktøj kan du klikke på værktøjets titel

3.1 Organisering af implementeringsarbejdet

3.1.1 Etablering af projektgruppe

Hvis det besluttet at organisere implementeringsarbejdet med brug af en af en projektgruppe er der nogle hensyn der skal overvejes. Det gælder gruppens antal, sammensætning, kompetencer, opgaver, resursetildeling, arbejdsgrundlag og mødeform. Læs generelt om [projektgrupper](#) her.

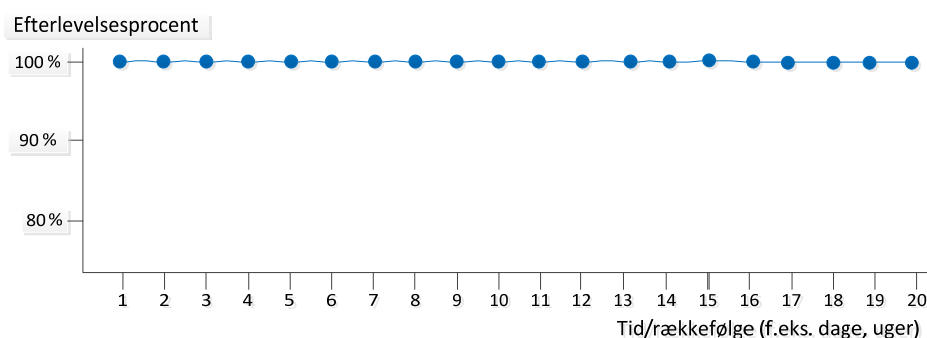
3.2 Fastsat mål

3.2.1 Seriediagram til dokumentation af målopfyldelse

Dokumenter målopfyldelse med tidsserieanalyser

Målopfyldelsen skal dokumenteres med kliniske indikatorer og egnet statistisk analyse. Seriediagram er en statistisk metode til kontrol af udviklingen i en proces - såkaldt statistisk proceskontrol. Statistisk proceskontrol, herunder seriediagram, kan dokumentere betydende forandringer (gennembrud) i processer, dvs. vise om forandring af processen kan skyldes et indgreb i processen (f.eks. et implementeringstiltag) eller 'bare' er udtryk for den tilfældige variation, der findes i alle processer.

Der fastsættes målbare målsætninger for de vigtigste anbefalinger som de fremgår i NKR-rapporten. Valget af vigtigste anbefalinger baseres på de der fremhæves i NKR-rapportens afsnit 'Opsummering' eller 'Quick-guide' og som er aktuelle i egen enhed. Det er nødvendigt af hensyn til belastningen ved dataindsamling til løbende målinger. Det overordnede mål er til stadighed 100 % efterlevelse af NKR-anbefalinger. I et seriediagram ser målopfyldelsen sådan ud:

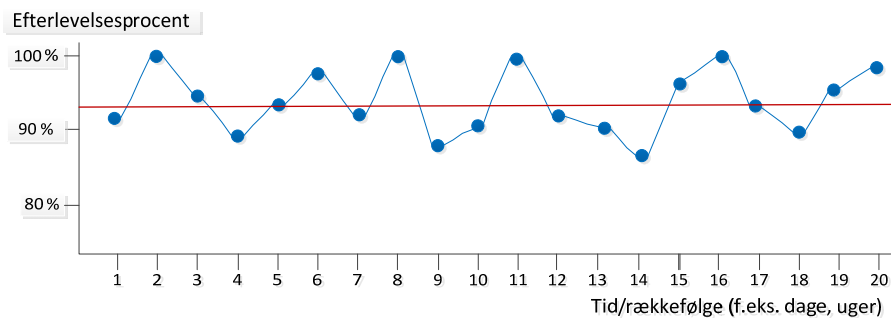


Seriediagrammet viser at efterlevelsprocenten er 100 % i hver eneste periode.

Måling af efterlevelsprocenten i praksis, ser imidlertid typisk sådan ud:

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

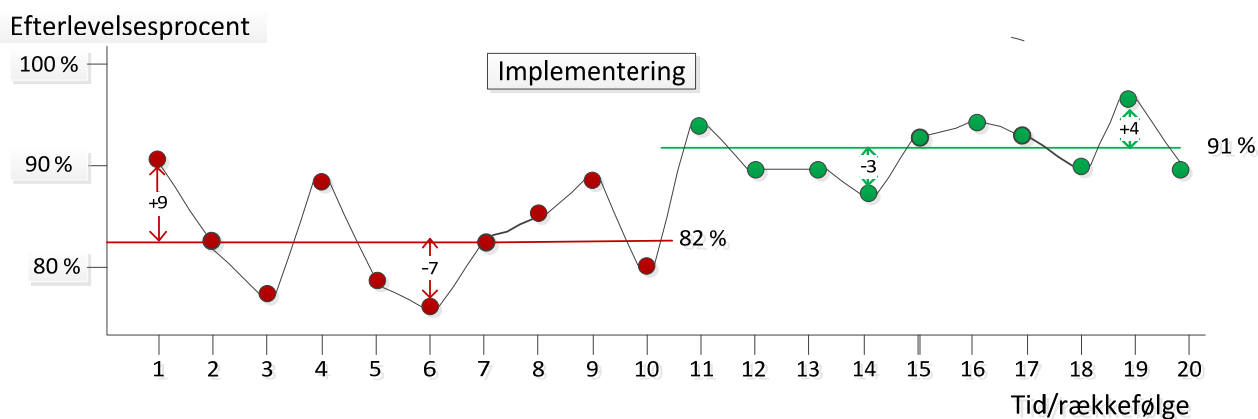


Seriediagrammet viser, at efterlevelseshesprocenten er lidt forskellig fra periode til periode (variation over tid), og at der er et niveau, hvorom variationen foregår (her vist med en rød linje der markerer den midterste værdi, medianen).

Sæt fokus på reduktion af variation

Fokus på variation er nødvendigt af hensyn til generelt krav om lighed i indsatsen: En acceptabel gennemsnitsværdi beregnet over f.eks. en ½-års periode, kan dække over delperioder, hvor alle patienter får anbefalet indsats, og andre delperioder, hvor få patienter får anbefalet indsats. En god måde at "holde styr" på variationen er brug af seriediagram.

I seriediagrammet nedenfor, er niveauet for efterlevelseshesprocenten (udtrykt som den midterste værdi, medianen) ændret fra 82 % før implementering til 91 % efter. Reduktion af variationen er illustreret ved, at den største afvigelse fra medianen før implementering er +9/-7 og efter implementeringen er +4/-3:

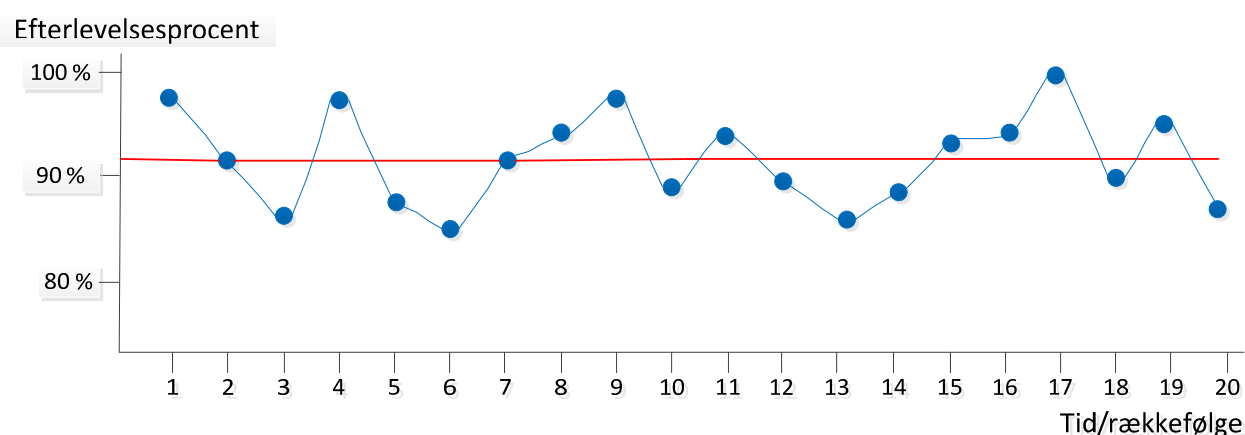


3.3 Etabler klinisk måling

3.3.1 Seriediagram til klinisk måling

Implementering af NKR-anbefalinger kræver ændringer, og ændringer indføres over tid. Det er derfor nødvendigt at følge indikatorværdier over tid for at observere, om ændringen medfører en forandring i processen. Er forandringen større end den tilfældige variation, kan skiftet tilskrives ændringer: Der er sket et "gennembrud". Et [seriediagram](#) (på engelsk *run chart*) er et enkelt og effektivt værktøj til at afgøre, om ændringer som følge af NKR-anbefalinger fører til forbedring af de kliniske processer.

Et seriediagram er en graf, der viser, hvordan en indikatorværdi udvikler sig over tid. Den vertikale akse viser de observerede indikatorværdier (efterlevelsescraten i procent); den horisontale akse viser tiden eller rækkefølgen:



Medianen, på diagrammet en rød ret linje, er per definition placeret, så der er samme antal datapunkter over og under den (og eventuelt nogle datapunkter på medianen). I det viste diagram fordeler datapunkterne sig tilfældigt omkring medianen. Den proces diagrammet afspejler, udviser således alene tilfældig variation. Hvis processen forandrer sig betydende (f.eks. som følge af et implementeringstiltag), vil der opstå særlige mønstre i datapunkternes fordeling, såkaldte signaler. Det kan f.eks. være:

- usædvanligt mange fortløbende datapunkter på samme side af medianen (*Serielængdesignal*) eller
- usædvanlig få krydsninger af medianen (*Krydssignal*).

Brug af seriediagram i implementeringsarbejdet indebærer fordele, fordi diagrammet:

- Er intuitivt forståeligt og derfor egnet for interessentgruppen: Travle sundhedsfaglige personaler og ledere.
- Viser tidsudviklingen i implementeringen i egen institution.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

- Giver indsigt i processen – både dens variation og dens niveau, dvs. dens ”gennemsnitlige” ydeevne.
- Er let at [konstruere](#) – kan klares med papir og blyant.
- Er let at [tolke](#) fordi diagrammet er ens for alle typer data og indikatorer.
- Giver [signaler](#) på ikke-tilfældig variation der er enkle og lette at genkende.
- Har signaler der betyder, at der skal ageres med faglig analyse af processen.
- Gennem den faglige analyse kan godtgøre om signalet skyldes implementeringsindsatsen.
- I analysen kræver personer med faglig indsigt i processen, er der kobling mellem statistik og faglighed.
- Synliggør [variation i processen](#); variation afspejler ulighed i indsatsen.
- Har en god [specificitet og sensitivitet](#): Risikoen for falsk signal (type-1 fejl) er lav (< 5 %). Risikoen for at diagrammet ikke signalerer, at der foreligger en betydende forandring (type-2 fejl) er 0 %. Men det kan tage tid før signalet viser sig: des mindre forandringen i processen er (signalet) i forhold til den tilfældige variation (støjen), des flere datapunkter skal der til, før signalet slår igennem.

Seriediagram kan anvendes både i planlægnings- og i implementeringsfasen.

I planlægningsfasen

Hvis der findes data, der kan præsenteres som tidsserier fra perioderne før man sætter implementeringstiltag i værk, har man værdifulde oplysninger om

- aktuelt niveau (median) for efterlevelsen,
- aktuel variation i behandlingsprocessen, tilstedeværelse af ikke-tilfældig variation i processen, som udtryk for (utilsigtede) forandringer i processen.

Seriediagrammets ”budskaber” bruges i planlægningsfasen til at:

a) Fastsætte målsætning

Målsætningen skal være ambitiøs men også realistisk vedrørende at:

- o øge efterlevelseshøjden (udtrykt som median efterlevelse)
- o reducere den periodiske variation i behandlingsprocessen
- o stabilisere processen så den alene udviser tilfældig variation.

b) Motivere staben

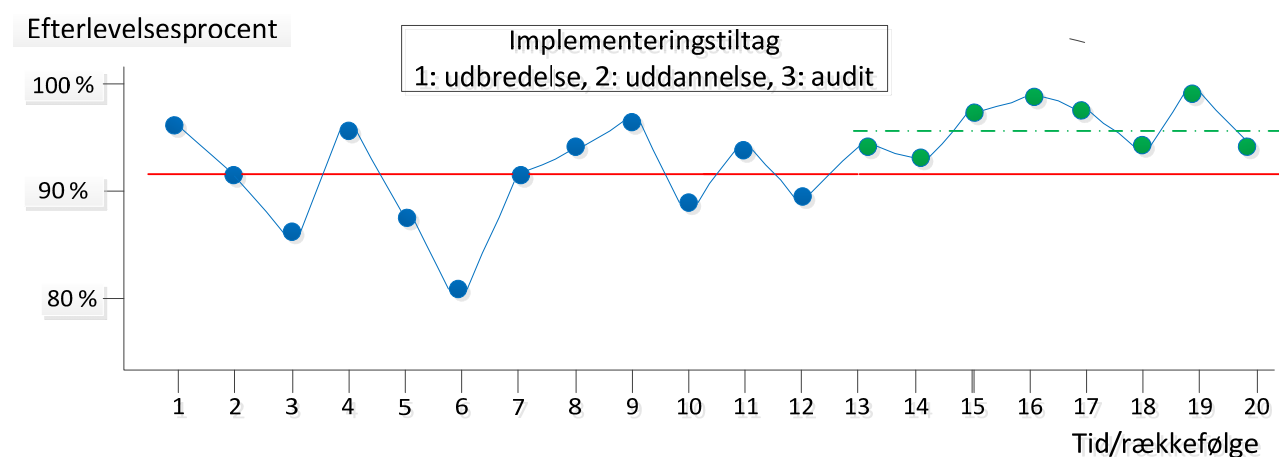
Demonstrerer med tørre tal behovet for at forbedre indsatsen.

I implementeringsfasen

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Seriediagrammet bruges til at dokumentere et eventuelt gennembrud i kvaliteten som følge af iværksatte implementeringstiltag. Diagrammet signalerer tilstedeværelse af ikke-tilfældig variation; en faglig analyse kan godtgøre om signalet skyldes de foretagne implementeringstiltag. I diagrammet nedenfor med tre implementeringstiltag er der et signal (*serielængdesignal* med 8 konsekutive datapunkter (grønne) på samme side af medianen, den røde linje). Den forandrede proces (grønne datapunkter) har en højere median (grøn punkteret linje) og mindre variation end processen før implementeringstiltagene (blå datapunkter).



Bemærk: Seriediagram er en af flere tilgange til statistisk proceskontrol (SPC). Læs kort om [Kontrolldiagram](#), eller studér SPC i dybden i: Provost & Murray 2011.

3.3.2 "Antal imellem" indikator ved sjældne begivenheder

"Antal imellem" betyder f.eks. antal patienter, der får korrekt indsats mellem to, der ikke får korrekt indsats. Indikatortypen anvendes, når andelen af patienter, der får den anbefalede indsats nærmer sig målet på 100 %. Den traditionelt brugte indikator "efterlevelseshesprocent" bliver ineffektiv til at monitorere variation i implementeringsprocessen, når efterlevelseshesprocenter er større end ca. 95 %, alene af den grund, at efterlevelseshesprocenten i mange delperioder vil være 100 %.

Ved brug af "antal imellem"-indikatorer er det muligt at konstruere et seriediagram, der statistisk effektivt kan give signal om forandring i processen, også når afvigelse fra en anbefaling forekommer sjældent. Det sker ved at ændre indikatoren "procent efterlevelse" til enten

- Antal patienter der får NKR- anbefalet indsats mellem to patienter, der ikke får anbefalet indsats, eller
- Antal dage mellem to patienter der ikke får NKR-anbefalet indsats.

Læs om "antal imellem" indikatorer i Provost & Murray 2011: "Shewhart charts for rare events".

3.3.3 Journalaudit med kriterier fra NKR

Som klinisk måling bruger man to typer audit, som hver har deres stærke og svage sider:

Statistisk baseret (kvantitativ) audit

Denne journalaudit er en intern audit med eksplicitte kriterier. Dens styrke er, at den:

- giver præcise oplysninger om størrelsen af en forskel mellem anbefalet og faktisk praksis,
- giver statistisk dokumentation for betydende forbedring som følge af implementeringstiltag,
- dokumenterer fastholdelse af den anbefalede praksis.

Dens svage side er, at den er relativt resursekrævende.

Fremgangsmåde ved dataudtræk fra journaler til seriediagram:

1. Vælg eksplicitte kriterier, baseret på en eller flere af de vigtigste anbefalinger i NKR. Det eksplicitte kriterium er, at egnede patienter (dvs. patienter der opfylder inklusionskriterierne og ikke opfylder eksklusionskriterierne) modtager den NKR-anbefalede indsats.
2. Vælg indikator: Tæller = Egnede patienter der får NKR-anbefalet indsats. Nævner = Alle egnede patienter.
3. Udtag 10 - 20 patientjournaler der vedrører givne NKR-sygdomsområde.
4. Udtag journalerne så hyppigt som muligt; hyppigheden afhænger af patient-flowet; delperioder kan f.eks. være dagens behandlede patienter, patienter afsluttet de seneste tre døgn, eller seneste uges afsluttede patienter. (Brug en tilfældigt udvalgt stikprøve, hvis der er flere end 20 patienter pr. delperiode). På www.randomizer.org findes en tilfældighedsmaskine, til at danne ægte, tilfældige stikprøver.
5. Lad to indsigtsfulde fagfolk gennemgå journalerne uafhængigt af hinanden, og udfylde et auditskema à la følgende.

		<i>Inklusionskriterium til stede</i>		<i>Eksklusionskriterium til stede</i>		<i>Begrundet afvigelse*</i>		<i>Indsats givet iht. NKR-anbefaling</i>	
		JA	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Pt. A/dato								
Pt. B/dato								
Pt. X/dato								

*Herunder velinformeret patient der ikke ønsker den NKR-anbefalede indsats

6. Drøft casen, hvis der er uenighed mhp at opnå konsensus.

7. Klassificer hver patient som enten tæller & nævner case (T&N case) eller nævner case (N case):

Patienter med dette svarmønster indgår i både tæller og nævner (T&N case):								
T&N case	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ
	Inklusionskriterium til stede		Eksklusionskriterium til stede		Begrundet afvigelse		Indsats givet iht. NKR-anbefaling	

Patienter med dette svarmønster indgår kun i nævneren (N case):								
N case	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	NEJ
	Inklusionskriterium til stede		Eksklusionskriterium til stede		Begrundet afvigelse		Indsats givet iht. NKR-anbefaling	

8. Før klassifikationen ind i en tabel à la følgende, med datoer i en given delperiode:

	T&N case	N case
Pt. A/dato	1	
Pt. B/dato		1
Pt. C/dato	1	
Pt. D/dato	1	
Pt. E/dato		1
Pt. X/dato	1	
SUM	4	2

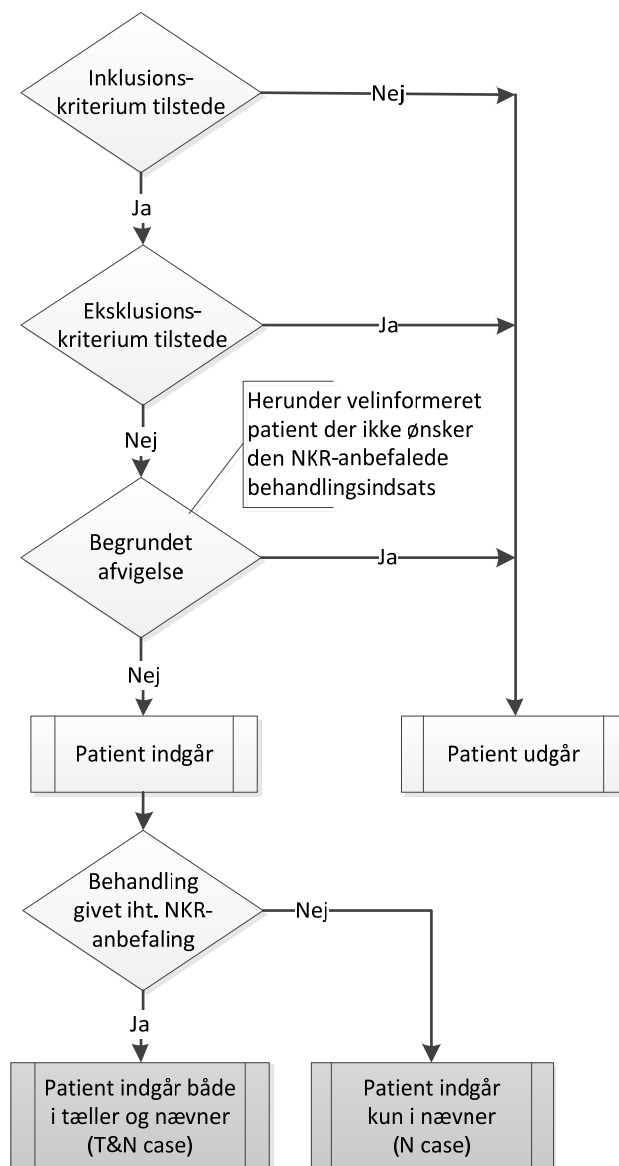
9. Beregning: Andel (%) egnede patienter der modtager NKR-anbefalet indsats:

$$\frac{\text{Antal T\&N case} \times 100}{\text{Antal T\&N case} + \text{Antal N case}}$$

Eksemplet ovenfor: $\frac{4 \times 100}{4+2}$

TIPS: Regneark kan lette arbejdet med dataregistrering og beregning – men er man ikke regnearkskyndig kan arbejdet klares med papir og blyant!

På et diagram tager datasortering og beregning sig sådan ud:



Beregning: Andel (%)

Tæller: De enkelte T&N case med værdi 1 adderes (sammentælles) for givne indikatorperiode.

Nævner: De enkelte T&N case med værdi 1 og de enkelte N case med værdi = 1 adderes (sammentælles) for givne indikatorperiode.

Andelen (procenten) beregnes: Tæller divideres med nævner og multipliceres med 100, dvs.

$$\frac{\sum T\&N}{\sum T\&N + \sum N} \times 100$$

10. De beregnede indikatorværdier indsættes fortløbende i et diagram.
11. Opdateret diagram vises ved morgenmøder, tavlemøder, konferencer, temadage, auditmøder mv.
12. Når der er 15 delperioder kan man vurdere det som et seriediagram.
13. Case baseret (kvalitativ) audit bør foretages på følgende patienter i materialet:
 - Inklusionskriterium til stede: NEJ
 - Eksklusionskriterium til stede: JA
 - Begrundet afvigelse: JA

med henblik på et auditpanels vurdering af, om foreliggende afvigelser er i overensstemmelse med god klinisk praksis på området.

Case baseret (kvalitativ) audit

Denne journalaudit er intern audit med eksplicite og implicite kriterier. Som vurderingsgrundlag anvendes de foreliggende NKR-anbefalinger (eksplicite kriterier) og paneldeltagernes egen viden om og erfaring med hvad, de mener, er tilfredsstillende klinisk kvalitet (implicite kriterier). Denne audittypes styrke er, at den giver detaljeret indblik i kvalitetsproblemer og bidrager til intern, interaktiv læring. Audittypens svaghed er, at den er for upræcis til at dokumentere et statistisk sikkert gennembrug i kvaliteten.

Brug NKR-anbefalinger – evt. fokuseret på de vigtigste anbefalinger – som eksplicite kriterier suppleret med kriterier om inklusion, eksklusion og afvigelser er fagligt velbegrundede (implicite kriterier). Formen kan være lokal ekspertkonsensus baseret på drøftelser sat på dagordenen på en af institutionens sædvanlige konferencer eller i et dedikeret auditpanel. Panelets drøftelser (se nedenfor) overværes af alle relevante fagpersoner i institutionen. Synliggør gerne konklusioner f.eks. i en intern mail til personale, som skal arbejde med anbefalingen.

Fremgangsmåde ved case baseret audit:

- Udtag 5-10 journaler, f.eks. hver måned eller hvert kvartal, tilfældigt valgte i den patientgruppe som retningslinjen er rettet mod.
- Anonymiseres journalerne og tag stilling til, hvilke af de NKR-relevante delelementer i patientforløbet, auditpanelet skal vurdere.
- *Auditpanelets medlemmer vurderer individuelt:* Hvert medlem tager stilling til tilfredsstillende/ikke-tilfredsstillende kvalitet i hvert NKR-relevant delelement af patientforløbet.
- *Auditmedlemmerne mødes mhp konsensus:* Hvert relevant delelement i hver patientjournal trækkes frem. Er der enighed i panelet i vurderingen af "tilfredsstillende kvalitet", foretages ikke

yderligere. Er der ikke enighed, drøfter panelet case med henblik på konsensus om hvorvidt kvaliteten er tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende. Om nødvendigt konsulteres NKR eller videnskabelig originallitteratur.

- Drag konklusioner med henblik på, om der er grund til ændringer/justeringer af det daglige kliniske arbejde.

Kilder: [Center for Kvalitetsudvikling](#) og kapitler om audit i Mainz J et al. 2011 og i Kjærgaard J et al. 2006.

3.4 Udfør barriereanalyse

3.4.1 Interviewguide til barriereanalyse

Interview med sundhedsfagligt personale er en hovedmetode til at få indblik i faktorer, som henholdsvis fremmer og hæmmer implementering af NKR. Interviewguiden er tænkt som inspiration til at formulere en spørgeguide som er målrettet din institution. Alle de foreslåede spørgsmål er næppe relevante, og der kan være relevante emner, som ikke er dækket i guiden. Brug en løsere struktureret spørgeguide til workshop.

Interviewguiden på denne side er udarbejdet på baggrund af Francke et al's model for fremmende og hæmmende faktorer ved implementering af kliniske retningslinjer.

INTERVIEWGUIDE TIL BARRIEREANALYSE: DET SUNDHEDSFAGLIGE PERSONALE	
Formålet med spørgsmålene er at få interviewpersonens ærlige vurderinger og synspunkter. Understreg, at svarene behandles anonymt.	
Den sundhedsfaglige selv	• Er du opmærksom på at vi har fået en ny National klinisk retningslinje? • Kender du indholdet i den (ny) NKR? (Hvis ja uddyb med underspørgsmål:) ○ I hvor høj grad er du enig i NKR-anbefalingerne? (hvis der udtrykkes uenighed: Hvad er grunden til at du ikke er helt enig i anbefalingerne?) ○ Hvordan vurderer du NKR-anbefalingernes anvendelighed til patienter med komplicerende sygdomme? ○ I hvor høj grad synes du, at NKR er forståelig og brugbar? ○ Kender du til eksisterende retningslinjer på området med andre anbefalinger end de i NKR anførte? Hvilke? • Hvad er din holdning til princippet i at hele sundhedssektoren skal følge NKR for [aktuelt patientforløb]? ○ I hvor høj grad har du tillid til evidensgrundlaget for [den aktuelle] NKR? ○ Finder du NKR-udviklingsgruppen (videnskabelig) kompetent? (intervieweren medbringer liste med udviklingsgruppens navne) • Hvad er din holdning til at vi skal implementere NKR-anbefalingerne? ○ I hvor høj grad er du motiveret for selv at bruge NKR? • Finder du at din egen viden, erfaring og færdigheder er passende til at efterleve NKR-anbefalingerne? ○ Hvad er din aktuelle praksis på området: I hvilket omfang anvender du allerede NKR-anbefalingerne? ○ Ved du hvordan du finder NKR når du har brug for at referere til den i dit kliniske arbejde? • Har du gode ideer til, hvad der skal til for at fremme implementeringen? ○ Oplever du barrierer i forbindelse med at bruge NKR-anbefalingerne? ○ På hvilke områder kan de eksisterende arbejdsgange og rutiner vanskeliggøre at alle efterlever NKR? ○ Er der eksisterende arbejdsgange og rutiner, som kan bruges til at fremme efterlevelsen af NKR-anbefalingerne? • Kan du pege på kolleger der fungerer som lokale meningsdannere, og som kolleger ofte konsulterer når de skal tage stilling til vanskelige kliniske tilfælde? ○ Er du selv er en toneangivende meningsdanner?

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Teamet af sundhedsfagligt personale	• Er der forhold omkring ledelsen af [afdelingen/institutionen] som kan tænkes at fremme eller hæmme indførelsen af NKR? • Er der noget i de kollegiale samarbejdsrelationer i [afdelingen/institutionen] som kan tænkes at fremme eller hæmme indførelsen af NKR? • Hvordan vurderer du samarbejdet mellem [de faggrupper] som skal samarbejde for at få NKR anbefalingerne til at virke i praksis? (Intervieweren nævner specifikt de faggrupper som er involveret i patientforløbet – husk også faggrupper man har kontakt med tværsektorielt eller på andre afdelinger). • Er der forhold omkring kulturen i [afdelingen/institutionen] som kan tænkes at fremme eller hæmme indførelsen af NKR? • Hvordan vurderer du dine kollegers indstilling til NKR: Hvor mange er med, måske med, ikke med, slet ikke med?
Patienten	• Har du en forventning om, hvorvidt patienter vil have andre præferencer for behandling og pleje mv. end dem, som NKR anbefaler? ○ Hvad tror du er styrende for deres præferencer? ○ Har du indtryk af hvor patienter orienterer sig om deres sygdom og behandling – ud over i den information de får af os?
Institutionen	• Hvordan ønsker du at retningslinjen er tilgængelig for dig (papir, E-mail, dokumentstyringssystem, epj-reminder, internet) • Mangler vi grej (rum, apparater, udstyr) for at kunne efterleve NKR-anbefalingerne? • Har vi en passende kapacitet (senge, undersøgelsesrum, diagnostiske undersøgelser, operationer) til implementering af NKR-anbefalingerne? • Er der efter din vurdering passende kompetencer og passende personalesammensætning i vores afdeling/klinik til at vi kan lykkes med at implementere NKR-anbefalingerne? • Er vores normeringer passende til implementering af NKR-anbefalingerne? • Synes du, at de bestående arbejdsgange (patientforløb, plejebehandlingsprogrammer, pakkeforløb) giver et godt afsæt for implementering af NKR-anbefalingerne? Hvis ikke – hvad skal der efter din mening ændres?
Sundhedsvæsenet	• Kender du til regler, love, akkrediterings-standarder eller politikker, der kunne blive en hæmsko for implementering af NKR? Det kunne f.eks. være rekommandationer for brug af specifikke medicinske præparater. • Er der regler, love, akkrediterings-standarder eller politikker som vi kan støtte os til for at fremme implementeringen? • Hvilken betydning tror du at følgende forhold har for implementering af NKR-anbefalingerne: ○ DRG takster (eller andre afregningstakster) ○ visitationsregler ○ overenskomster ○ måden vi forfremmer på ○ rejser & konferencedeltagelse ○ forskningsvilkår

3.4.2 Tjekliste til interviewer

Her en tjekliste til den som skal foretage interviews. Som led i planlægningen af en interviewrunde og interviewguide bør følgende spørgsmål overvejes (kilde: "[Spørg brugerne](#)"):

1. Har du overvejet, om du skal gennemføre interview med enkeltpersoner, gruppe-interview eller en workshop?
2. Har du tænkt over, hvor struktureret interviewet skal være?
3. Hvilke problemstillinger tror du er mest følsomme? Kan du strukturere spørgeguiden så den hurtigt kommer ind på disse emner? (pluk og tilpas fra eksemplet ovenfor)
4. Har interviewguiden en opstart, en midte og en afslutning? Overvej hvordan du skal indlede og afslutte interviewene. Hvad skal der siges om formålet og fortrolighed for at få respondenterne til at svare ærligt?
5. Er det tydeligt hvornår du spørger til respondenternes egen adfærd, opinion og værdier?
6. Er spørgsmålene nemme at forstå, kort formuleret, fri for fagsprog (som ligger udenfor respondentens kompetence) og ikke ledende?
7. Har du foretaget pilotinterview og herefter justeret spørgeguiden?
8. Hvordan skaber du gode og uforstyrrede rammer for interviewet?
9. Har du forberedt de kommende respondenter på forløbet af interviewet?
10. Har du overvejet, hvordan du selv vil fremstå under interviewet? (strukturerende, sensitiv, tillidsvækkende, åben, kontrollerende, kritisk...). Hvad kan du gøre for at "afvæbne" eventuel skepsis mod interviewet?
11. Er du fortrolig med interviewguiden?
12. Har du overvejet, om interviewpersonerne skal udvælges på én gang eller løbende?
13. Har du overvejet, om problemstillingen bedst belyses ved at sikre variation blandt interviewpersonerne eller ved at udvælge de ekstreme tilfælde?

3.4.3 Workshop til barriereanalyse

En workshop kan bruges til at afdække fremmende og hæmmende faktorer hos en større gruppe interessenter på én gang, jf. afsnit "Identificér fremmende og hæmmende faktorer". En workshop i forbindelse med barriereanalyse er en mødeform, hvor alle deltagerne bidrager aktivt til at få afdækket de holdninger og organisatoriske forhold, som kan give udfordringer i implementering af NKR.

Gør kritik legitim!

Der kan være holdninger, som deltagerne ønsker at skjule, for eksempel hvis de dybest set ikke er enig i anbefalingen i den nye NKR, men forventer at ledelsen ville blive irriteret over en sådan udmelding. Modstandere af en forandring holder ofte kortene lidt tæt til kroppen. Dette indebærer, at en workshop, der skal afdække barrierer for forandring, bør faciliteres så eventuel kritik og skepsis overfor NKR kommer frem. Det er blandt andet vigtigt, at skeptikere ikke hænges ud. Det kan eksempelvis undgås ved at gøre det muligt at bidrage anonymt (f.eks. skriftlige input fra deltagerne på anonyme stykker papir) – eller med metoder, hvor det er et mål i sig selv at finde på kritik og så sidenhen løse de udfordringer, som rejses af kritikerne. ”Forandringens dobbelte bogholderi”.

Planlæg workshoppen grundigt

Ved planlægning af workshoppen må projektgruppen gøre følgende overvejelser:

- Hvem skal deltage? Tag udgangspunkt i en interessentanalyse. I et tværsektorielt patientforløb opstår barrierer i skellet mellem institutionerne, og disse bør workshoppen belyse. Inviter derfor også gerne interessenter fra alle dele af patientforløbet og på tværs af faggrupper for at få maksimal videndeling og en god dynamik. Projektgruppen må vurdere, hvem der vil kunne bidrage bedst afdækning af faktorer, som kan implementeringen.
- Hvor og hvornår skal workshoppen holdes? Brug eventuelt en allerede planlagt temadag, som anledning til at arbejde med NKR. Ellers må der inviteres særskilt. Med en passende gruppeinddeling og veltilrettelagte, konkrete opgaver kan man nå meget langt på få timer.
- Hvem skal facilitere workshoppen? Det er en god idé at have en trænet facilitator, som kan tilrettelægge og styre programmet, så alle deltagers synspunkter kommer frem. En ekstern facilitator giver de implementeringsansvarlige mulighed for at deltage med fuld opmærksomhed på indholdet i diskussionerne, frem for at have fokus på at styre processen.
- Hvad skal på programmet? Programmet kan eventuelt bygges op efter Cabana et als model.

Her er nogle bud på programindhold:

- o Orientering om den ny NKR
 - NKR skal indføres indenfor (tidshorisont)
 - Hvordan gavner denne NKR patienterne?
 - Hvad er de væsentligste ændringer i.f.t. aktuel praksis?
- o Afdækning af holdninger til den ny NKR (med inddragelse af alle)
 - F.eks. med ”[Forandringens dobbelte bogholderi](#)” (se længere ned på siden)

- F.eks. med individuelle udsagn om potentielt hæmmende faktorer (jf. emner i "Interviewguide til barriereanalyse" som deltagere skriver ned på papkort. De cirkuleres rundt blandt deltagere, og alle som er enige i det udsagn de sidder med, sætter hak på det kort. Alle kort indsamles, tematiseres, og diskuteres. Denne øvelse giver en række udsagn med en indikation af, hvor mange der er enige i den holdning som står på kortet.
- F.eks. ved at inddele deltagerne i mindre grupper der bliver bedt om at drøfte styrker/fordele og svagheder/ulemper ved den nye NKR, som de efterfølgende fremlægger i plenum.
- Der findes en lang række andre metoder til facilitering af gruppeprocesser som kan bruges til at afdække holdninger. Få evt. råd om sådanne metoder i udviklingsafdelingen eller hos andre med faciliteringserfaring i dit netværk.
- Indvendinger mod NKR sorteres efter viden – holdning - adfærd
- Gruppearbejde: Arbejde analytisk og/eller løsningsorienteret med de indvendinger som er fremkommet. Hvordan kan vi forstå indvendingerne + brainstorm i grupper på, hvordan man kan håndtere indvendingerne. Opsamling på gruppearbejde i plenum.
- Projektlederen orienterer om det videre arbejde med NKR-implementeringsprojektet

Gruppeopgaverne kan tilrettelægges på forskellig vis. Det væsentlige er at komme lidt i dybden med de problemstillinger, som er blevet rejst i plenum.

Her kan udarbejdelsen af et Årsagsvirkningsdiagram (fiskebensdiagram) være et godt værktøj til at analysere hvilke barrierer, der skal overkommes, for at indførslen af de nye NKR bliver en succes. I sammenhæng med årsagsvirkningsdiagrammet er brainstorm metoden god til at få belyst problemstillingerne grundigt og med bidrag fra alle deltagere.

Forandringens dobbelte bogholderi

Som inspiration til afdækningen af fremmende og hæmmende faktorer, kan følgende model anvendes:

	Aktuel praksis		Efter NKR implementering	
	Fordele	Ulemper	Fordele	Ulemper
Lægernes holdning				

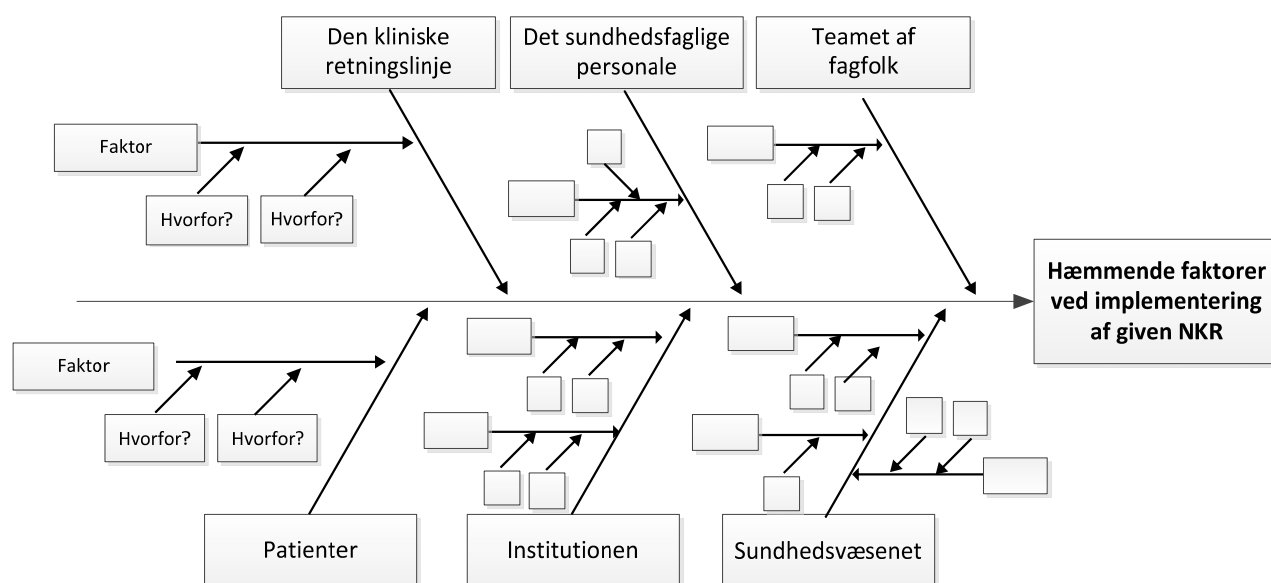
Plejegruppens holdning				
Andre interessenters holdning				

Modellen kaldes "[Forandringens dobbelte bogholderi](#)" – og på linket her uddybes metoden. Det er et nyttigt værktøj til afdækning af en gruppes holdninger til en forandring. Metoden egner sig til brug i workshops og ved interviews, hvor facilitatoren spørger til holdninger og bekymringer omkring de nye retningslinjer

3.4.4 Årsagsvirkningsdiagram

En metode til barriereanalyse er at bruge [brainstorm](#) kombineret med [årsagsvirkningsdiagram](#) (fiskebensdiagram), som er struktureret efter de kategorier af hæmmende faktorer man kender fra en teoretisk model. Modellen omfatter den kliniske retningslinje, det sundhedsfaglige personales viden, holdning og færdigheder, samarbejdsrelationer i teamet, patientpræferencer og infrastrukturelle forhold i institutionen eller sundhedsvæsenet.

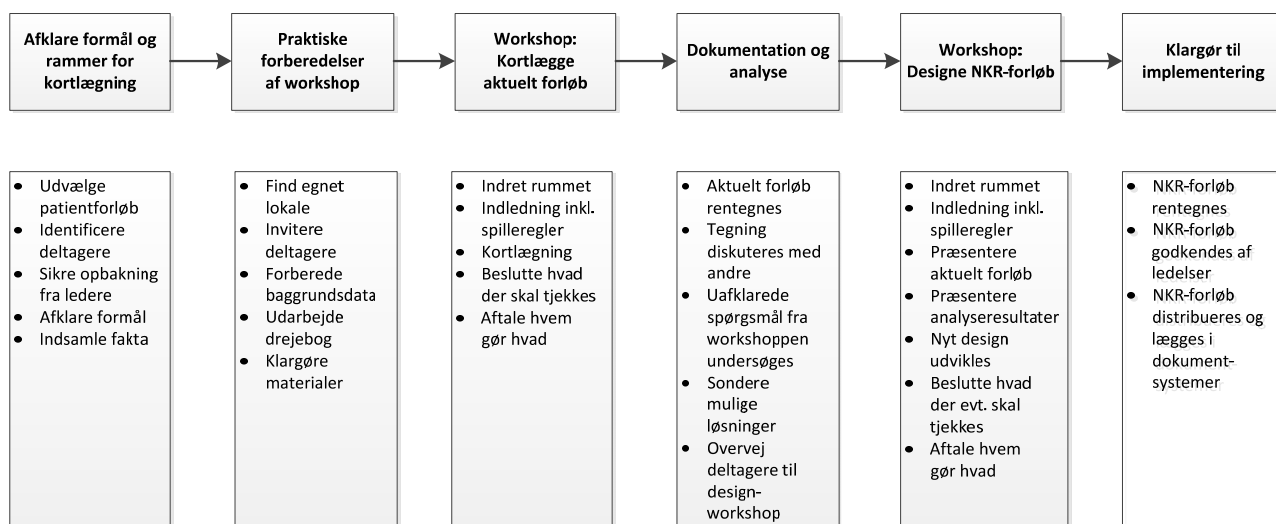
Gruppen der brainstormer kommer f.eks. med ideer til, hvilke hæmmende faktorer, der knytter sig til selve den kliniske retningslinje. Bed dem om at uddybe, *hvorfor* anførte faktor er hæmmende. Gruppen forholder sig nøje årsager bag de problemstillinger, som de selv har fundet frem til, med sigte på at komme ind til kernen af problemet, så det kan løses 'ved roden'. Årsagsvirkningsdiagrammet er et værktøj til kerneårsagsanalyse, hvilket blandt andet bruges i .f.m. undersøgelser af alvorlige utilsigtede hændelser.



3.4.5 Kortlægning af patientforløb

Proceskortlægning er et stærkt analytisk værktøj ved implementering af NKR. I metoden kortlægges og tegnes de dele af et patientforløb, som påvirkes af anbefalingerne i en ny NKR. Formålet med kortlægningen er at identificere afvigelser mellem NKR og praksis. Herefter vil det ofte være nødvendigt at undersøge forhold, som er kommet frem under kortlægningen nærmere. Siden kan kortlægningsmetodikken bruges til at designe forbedringer, som sikrer, at forløbet lever op til NKR. Dette afsnit indeholder gode råd til den person, som skal tilrettelægge og facilitere selve kortlægningsarbejdet. Teknikken med at udarbejde en forløbsbeskrivelse og tegne et diagram er beskrevet i [Forløbsbeskrivelse og forløbsdiagram](#).

Modellen herunder viser hovedtrækkene i et kortlægningsarbejde, der ender med design af et NKR-forbedret patientforløb, klar til implementering.



Afklare formål og rammer for kortlægning af patientforløb

Indsamle fakta forud for kortlægningsworkshop

Det anbefales at indhente oplysninger om de processer, der skal arbejdes med før kortlægningsworkshoppen. Eksisterende forløbsbeskrivelser, kliniske retningslinjer og visitationsregler er gode at tage udgangspunkt i. Data for patientvolumen er en hjælp til at holde fokus.

Kortlægningsworkshops er effektive, når deltagernes erfaringer underbygges med fakta. Det kan kvalificere kortlægningen og spare en del diskussion. Undersøg fx følgende hos nøglepersoner, der har viden i organisationen:

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

- Afgrænsning af hovedprocesser i patientforløbet, der påvirkes af NKR
 - Hvordan forløber hovedprocesserne – helt overordnet?
 - Hvordan er ansvarsfordelingen for dem fordelt mellem afdelinger?
- Hvor "store" er hovedprocesserne hver især i.f.t.
 - Hvor mange gange forekommer de (f.eks. antal henvisninger, antal ambulatoriebesøg, antal diagnostiske undersøgelser, antal sengedage m.v.)
 - Hvor lang tid tager "1" proces/aktivitet
 - Træk på medarbejdernes tid (hvor mange mandetimer pr. måned eller årsværk)
 - Træk på dyrt udstyr eller andre begrænsede ressourcer
 - Den omsætning de genererer (DRG takster, interne overførsler eller andet)
 - Antallet af patienter de berører
 - De omkostninger som er forbundet med at lave fejl
- Hvilke typer af kvalitetsproblemer er der i processerne?
 - Hvor mange klager kommer der? Hvad klages der over?
 - Hvor mange UTH'er registreres der?
 - Hvor opstår der bunker og ventetider – og i hvilket omfang?
 - Hvor mange gange skal noget gentages eller laves om, fordi det ikke var i orden første gang.

Træk data om volumen fra IT-systemer. Brug det, som er lettilgængeligt.

Tal med det mest erfarne personale og få deres kvalificerede bud på de ubesvarede spørgsmål. Det kan oftest give et "godt nok" overslag til workshoppens formål. Forløbskortlægningen sigter ikke på at beskrive processerne i detaljer. Fokuser på at kortlægge de processer, som har det største forbedringspotentiale i forhold til at efterleve NKR.

Identificere deltagere

Udpeg deltagere som kender processerne godt. Der bør være repræsentanter fra de faggrupper, der bidrager til den del af patientforløbet, I skal kortlægge ved workshopen. Overvej om der skal inviteres patienter og pårørende for at tilføre viden fra et brugerperspektiv og kvalificere kortlægningen.

Sikre opbakning fra ledere

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Projektlederen orienterer lederne for de medarbejdere, som skal deltage i kortlægningsworkshoppen, om tidsforbrug m.v., således at de kan frigøre de nødvendige arbejdstimer.

Praktiske forberedelser af kortlægningsworkshop

Workshoppens længde afhænger af kompleksiteten af det forløb, der skal beskrive. Som tommelfingerregel afsættes 1½ - 2 timer til at kortlægge et kort forløb. Til kortlægning af et tværsektorielt patientforløb kræves en arbejdsdag.

Find et egnet lokale

Vælg et sted med plads til at stå op og mulighed for at hænge kortlægningen op på en stor vægflade. Husk flipoverpapir og/eller *whiteboard* og tjek adgang til projektor, hvis der er behov for det.

Invitér deltagere til kortlægningsworkshop

Send invitation/mødebooking til deltagerne i god tid. Understreg at de er valgt på grund af deres viden om forløbet, og at de derfor ikke kan sende en stedfortræder.

Forbered deltagerne på det, der skal ske, ved at tage en uformel snak med dem inden workshoppen.

Forbered baggrundsfakta og afgrænsning

Udarbejd en oversigt over de vigtigste forløbstrin og fakta om trinnene. Det er vigtigt at have afklaret, hvordan I skal afgrænse kortlægningen og at sikre, at der er fokus på de dele af patientforløbet, som den nationale kliniske retningslinje påvirker.

Projektlederen eller facilitatoren kan spare tid på dagen ved at skrive forløbstrinene på papkort/post its inden workshoppen, og bruge dem som "forslag" på workshoppen.

Skriv en "drejebog" for workshoppen, hvor der sættes realistisk tid af til hvert punkt, og beskriv ansvarsfordelingen, hvis der er flere personer om faciliteringen. Vær parat til at justere undervejs.

Klargør materialer

Der er brug for følgende:

- Store post its i forskellige farver *eller* papkort i forskellige farver
- Mindre post its i flere farver
- Flipover papir

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

- Bredt brunt pakkepapir, eller flipovers sammenlimet til lange baner
- Malertape til at hænge papirbaner & flipovers op
- Pædagog-tyggegummi
- Tykke tuscher som kan læses på afstand – nok til alle deltagere
- alm. klar tape til at fastholde postits/papkort på papiret før det rulles sammen
- Digitalt kamera til at affotografere kortlægningen

Workshop: Kortlæg aktuelt forløb

Der er mange måder at gennemføre kortlægningen på. Her gives et forslag, som kan bruges til inspiration.

Indret rummet

Gør plads til arbejdet før deltagerne kommer. Hæng en lang papirbane (f.eks. 3 meter) til kortlægningen op på væggen. Placér stole og borde så det fremmer dialog på tværs af deltagergruppen.

Indledning på workshoppen – formål & afgrænsning

Indled med at præsentere formål og dagsorden – herunder mål og delmål for NKR-implementeringsprojektet. Skab en fælles forståelse af, hvilke dele af patientforløbet kortlægningen skal omfatte og vær sidenhen tydelig omkring rammerne, hvis deltagerne bringer problemstillinger op, som falder udenfor workshoppens fokus.

Kortlægningsmetoden præsenteres

Forklar deltagerne metoden i proceskortlægning. Indholdet kan evt. præsenteres sådan her:

- Procesbeskrivelsen udarbejdes i fællesskab ved, at alle skriver vores input ned på papkort/postits så stort og tydeligt, at de kan læses på afstand. Kortene hænges op efterhånden, som deltagerne når til det sted i processen, hvor de er relevante.
- Der arbejdes med processens overordnede procestrin først. De skrives på grønne papkort/postits.
- Herefter beskriver vi, hvilke aktiviteter som hører under procestrinene. De skrives enkeltvis på gule papkort/postits.
- Så vurderes processen i helikopterperspektiv og mhp. at få øje på, hvor der forekommer uhensigtsmæssigheder i forhold til de nye NKR retningslinjer. Opmærksomheden er også på, hvor der opstår mange fejl, eller hvor der bruges meget tid på småting. Uhensigtsmæssigheder skrives enkeltvis på lyserøde papkort/postits.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

- Deltagerne brainstormer på idéer til forbedringer og forenklinger, der bringer processen i overensstemmelse med NKR anbefalingerne. Ideerne må gerne være lidt vilde... selv vilde idéer indeholder nogle gange en pointe, som kan bearbejdes til noget der kan realiseres. Ideer skrives enkeltvis på blå papkort/postits.
- Undervejs dukker der sikkert ubesvarede spørgsmål op, som kan være relevant at få svar på før deltagerne kan finde frem til den fremtidige proces. Spørgsmålene skrives ned.
- Efter workshoppen bliver processen rentegnet, så andre kolleger kan være med til at give input.

Tip: Hæng et papkort/postit af hver farve op med en beskrivelse af hvad farven skal bruges til. Eksemplet brugt ovenfor på farvekode:

grønt papkort: "overordnede procestrin"

gult papkort: "almindelige, planmæssige aktiviteter"

rødt papkort: "ting der ofte går galt"

blåt papkort: "idéer til løsninger".

Aftal spilleregler for arbejdet

Eksempel på spilleregler ved en kortlægningsworkshop:

- I denne workshop er der fokus på spørgsmålet: "Hvordan gør vi aktuelt / hvordan er forløbet aktuelt?" Der er ikke behov for at begrunde eller forsvare, hvorfor processen er, som den er.
- Alle forventes at bidrage aktivt med deres viden og erfaring.
- Konsensus er ikke nødvendig i første omgang. Skriv et kort for hver variant hvis der er flere beskrivelser af hvad et procestrin består af.
- Det er facilitatorens rolle at afkorte diskussioner og sætte fokus på opgaven: Kortlægning af forløbet.
- Dan makkerpar, der sammen drøfter og formulerer bidrag til kortlægningen.
- Først beskrives processen i overordnede trin. Så tilføjes særlige problemer og detaljer i processen.
- Gode idéer til løsninger på problemer skrives på papkort/postit, som anvendes senere i programmet.
- Det er ikke tilladt at kritisere andres input under en kortlægning – det hæmmer kreativiteten. Der kommer et tidspunkt, idéerne skal prioriteres – her er kritik velkomment.
- Telefoner, også vagttelefoner, er slukket!

Facilitér processen

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Her følger nogle generelle råd til facilitering af kortlægningsworkshops.

Skab fokus: Afstem forventninger til hvilket patientforløb, der skal kortlægges, og hvordan det præcist begynder og slutter.

Når processens start- og slutpunkter er besluttet, så tal om detaljeringsniveauet for processerne. Som tommelfingerregel bør en procesbeskrivelse have mindst 4 trin, og den bør ikke have mere end ca. 10 trin.

Prøv at justere detaljeringsniveauet ind efter det.

Fyld detaljerede aktiviteter på efter de overordnede 4-10 trin er navngivet.

Brug deltagernes resurser

Vær opmærksom på at få alle med. Skift mellem plenum og dialog parvis. Stil udforskende spørgsmål til kortlægningen undervejs:

- Sker det altid på denne måde?
- Har vi det vigtigste med?
- Hvilke væsentlige undtagelser forekommer i processen?

Anerkend bidrag fra deltagerne.

Håndtér uenighed

Brug kun få minutter på enkeltproblemstillinger og parker eventuelle uenigheder på en opsamlingsliste

Mind deltagerne om, at workshoppen handler om at få et "overblik", ikke om detaljer i processerne eller sjældne undtagelser. Forløbsbeskrivelsen skal ikke tage højde for alle variationer, fokus er på fællesnævnerne.

Hold tidsstyringen

Hold øje med drejebogens tidsplan. Gør deltagerne opmærksom på, at alle detaljer ikke behøver at komme på plads.

Fokuser på emnet:

Hvis I er i gang med at kortlægge den nuværende situation, skal der ikke diskuteres løsninger. Hvis deltagerne går i "løsningsmode" i kortlægningen, så skriv idéerne ned på papkort/post its og gem dem til, I kommer til design af løsninger eller prioritering af idéer.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Læg mærke til om detaljeringsniveauet springer meget – og kommenter det – bed deltagerne hjælpe med at holde overblikket.

Når forløbet er kortlagt, følger brainstorm og diskussion af de procestrin, som skal ændres for at komme i overensstemmelse med NKR anbefalingerne.

Umiddelbare idéer til forbedringer

Slut af med at spørge til hvilke forbedringsidéer som umiddelbart springer i øjnene. Ideerne kan danne afsæt for det videre arbejde, selv om I ikke skal designe en ny proces i kortlægningsworkshoppen eller beslutte løsninger. Brug lidt tid på det – og saml op på de idéer som deltagerne måtte have skrevet ned tidligere i workshoppen.

Aftal hvem der gør hvad

Skriv en handleplan med deadlines for opfølgning på workshoppen. Få delt opgaver ud til så mange af deltagerne som muligt. Det fremmer følelsen af fælles ejerskab til kortlægningen. Opsummér de uafklarede spørgsmål, som skal undersøges og fordel dem.

Aftal tidspunktet for en eventuel designworkshop. Tidsintervallet mellem de to workshops afhænger af, hvor meget som skal undersøges i mellemtiden. En tommelfingerregel er at holde designworkshoppen højst to uger efter kortlægningsworkshoppen, for at man stadig kan huske, hvad der blev sagt, og for at holde momentum i projektet.

Tag et foto af papirbanen med kortlægningen.

Affotografer papirbanen, men gem den også i tilfælde af at fotografierne ikke er helt tydelige. Det er en god idé at sætte klar tape hen over papkortene på den store papirbane, så den kan tåle at blive foldet/rullet uden at miste kortene.

Dokumentation og analyse

Tegn kortlægningen af forløbet rent umiddelbart efter workshoppen, f.eks. som en håndtegning, der kan skannes til en pdf fil.

Diskuter tegningen med andre

Giv tegningen til deltagerne fra workshoppen og til personer, som ikke kunne deltage men hvis input er vigtige. Drøft tegningen og hvordan den afspejler forløbet. Er alt det væsentlige kommet med? Der vil næsten altid være brug for justeringer – men pas på med at tage for mange detaljer med.

Workshop: Designe NKR-forløb

Designworkshoppen forberedes og gennemføres næsten på samme måde som kortlægningsworkshoppen. Formålet er at designe et forbedret patientforløb som lever op til NKR.

Indhold af en workshop for design af forbedringer af forløbet skal omhandle:

- Vis tegning af det aktuelle forløb, så der er et fælles udgangspunkt
- Præsenter svar på spørgsmål fra sidste workshop og resultater af analysen
- Brainstorm af ideer til forbedringer og herunder præsentation af ideer, som er kommet fra kolleger, brugere og andre nøglepersoner
- Udvælgelse af ideer på baggrund af deres forbedringspotentialer
- Kvalificering af de valgte ideer
- Beslutte hvad der evt. skal tjekkes før et nyt NKR-tilpasset forløbsdesign er klar til godkendelse.

Hvis det godkendte NKR-patientforløb nødvendiggør implementeringstiltag er næste trin i implementeringen at udarbejde en implementeringsplan.

3.5 Vælg implementeringstiltag

3.5.1 Implementeringstiltag baseret på barriereanalyse

Valg af implementeringstiltag baseres på den viden om fremmende og hæmmende faktorer, som den lokale barriereanalyse har afdækket.

I oversigten nedenfor følger ideer til, hvilke tiltag I kan overveje ud fra hvad barriereanalysen peger på af hæmmende faktorer:

- Viden og/eller færdigheder [Barriereanalysen peger på manglende viden og/eller færdigheder hos det sundhedsfaglige personale]
- Motivation [Barriereanalysen peger på svigtende eller manglende motivation hos det sundhedsfaglige personale]

- Infrastruktur. [Barriereanalysen peger på behov for ændring af infrastrukturen]

Barriereanalysen peger på manglende viden og/eller færdigheder hos det sundhedsfaglige personale	
Tiltag rettet mod <i>manglende kendskab</i> til eksistensen af NKR	- Frem nysgerrighed ved tidligt at oplyse om, at en ny National klinisk retningslinje er under udvikling. Fortæl om NKR-arbejdsgruppens sammensætning. - Sørg for, at NKR er let tilgængelig i dokumentstyresystemer, på NKR-hjemmeside og som app. - Etabler distribution via e-mail og/eller papirversion til alle relevante personer. - Øg opmærksomhed om NKR: Brug opslagstavler, personalemøder, konferencer, nyhedsbreve og påmindelser (mundligt, papir, email, og SMS). - Gør opmærksom på den korte Quick-guide for NKR, hvor de vigtigste anbefalinger er opsummeret - Inviter en fagperson, der har bidraget til udviklingen af NKR (eller andre <i>peers</i> udpeget af videnskabelige selskaber/faglige fora), til møde/konference på institutionen.
Tiltag rettet mod <i>manglende kundskab</i> om indholdet i NKR	Rettet mod NKR-sygdomsområdet: - Etabler interaktiv, problemorienteret lokal undervisning. - Etabler intern kvantitativ audit baseret på egne statistiker og kliniske indikatorværdier. - Etabler intern kvalitativ audit baseret på egne patientjournaler. - Benyt lokale faglige meningsdannere som undervisere. - Udnyt bestående læringsmaterialer på NKR-hjemmesiden (slides, e-learning). - Udnyt eventuelle kurser mv. udbudt af videnskabelige selskaber og faglige fora.
Tiltag rettet mod <i>manglende færdigheder</i> nødvendige for at følge NKR	- Sidemandsoplæring: Gennemfør arbejdsbaseret oplæring. - Brug simulations-baseret træning. - Suppler med drøftelser (baseret på videooptagelser) af udført procedure. - Inviter eksperter ude fra til oplæring i komplekse procedurer. - Send personale på oplærings/træningsbesøg hos andre institutioner, som har implementeret NKR.
Tiltag rettet mod <i>manglende tid</i> til NKR-relevant læring	- Øremærk etableret uddannelsestid (auditmøder, faglige konferencer, efteruddannelsesdage) til NKR-læringsaktiviteter. - Reducer anden aktivitet (herunder patientbehandling) for at skaffe tid til læringsaktiviteter, som kan fremme implementeringen af NKR. - Undersøg og udnyt muligheder for e-learning. - Brug web-konferencer for personer fra institutioner spredt på flere matrikler.
Tiltag rettet mod, at det er <i>vanskeligt at huske</i> NKR-anbefalingerne	- Fokuser på NKR's centrale anbefalinger. En kort version af NKR findes typisk som <i>Quick guide</i> - oversigt over de centrale anbefalinger på NKR-hjemmesiden for det givne sygdomsområde. - I kommunikationen om NKR: målret budskaberne til de enkelte faggrupper, så der kommer fokus på de anbefalinger der vedrører dem selv. - Indfør tjekliste (til hukommelsesstøtte – ikke til dokumentation med flueben eller afkrydsning).

	- Etabler et system til påmindelse og/eller beslutningsstøtte i forbindelse med kontakten/det kliniske møde med patienten.
Inspiration fra: NICE: How to change practice	

Barriereanalysen peger på svigtende eller manglende motivation hos det sundhedsfaglige personale	
Tiltag mhp. <i>motivationsfremme for alle NKR-interessenter</i>	- Øg viden om forventet patient <i>outcome</i>, om evidensgrundlaget og om den kvalitetssikrede udviklingsproces af NKR - Inviter fagperson fra NKR-udviklingsgruppen eller andre eksterne faglige meningsdannere som undervisere - Fremhæv (med tørre tal og cases) forskellen mellem NKR-anbefaling og lokalt ydelsesniveau - Giv vedvarende feedback til staben fra databaser, der belyser udviklingen i forskellen mellem NKR-anbefaling og lokalt ydelsesniveau - Gør brug af fagets 'egne' metoder til læring (f.eks. audit og klinisk feedback) - Sørg for uddannelse, så det sundhedsfaglige personale er trygge ved, at de har den viden og de færdigheder, som NKR-anbefalingerne forudsætter - Sørg for interaktiv læring så alle "kommer til orde" og får deres faglige bekymringer drøftet i et kollegialt forum - Afklar faglig uenighed mellem meningsdannere afklares. Hvis der fremkommer saglig kritik af NKR-retningslinjen rettes henvendelse til NKR-udviklingsgruppens formand, att. NKR-sekretariatet
Tiltag mhp. <i>Motivationsfremme for den enkelte NKR-interessent</i>	- Undersøg muligheden for løntillæg eller andre personalegoder ved aktive bidrag til implementeringsarbejdet, f.eks.: - o Deltagelse i projektgruppe. - o Analyse og præsentation af data. - o Organisere og afvikle auditmøder. - o Udføre NKR-specifikke uddannelsesopgaver. - Mind nærmeste leder om at anerkende og rose for enhver indsats, der fremmer NKR-implementeringen. - Brug databaser mv. om ydelsesniveau og udvikling til at give personlig feedback. - Frem mulighed for videnskabeligt arbejde og andre publikationer. - Tilbyd lederuddannelse/træning til lokale faglige meningsdannere der agerer som "det gode eksempel". - Tilbyd støtte til personlig udvikling (coaching), f.eks. kollegial sparring med kliniske mestre eller respekteret kollega som mentor. - Gennemfør medarbejderudviklingssamtale med sigte på specifik efteruddannelse og/eller ændret stillings/funktionsbeskrivelse. - Indkald til tjenstlig samtale med krav om ændret adfærd, med specifikation af hvordan ændringen observeres og med tidsfrist. Hvis kravet ikke efterleves, da forflytning eller afsked (følg lokal personalepolitik).

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Tiltag baseret på motivationsfremmende samarbejde med patienter	- Uddan patienterne (folder, hjemmeside, mundtligt: individuelt eller i hold); som bidrag til at patienter har præference for den NKR-anbefalede indsats - Overvej en kampagne i lokale medier (dag- og ugeaviser, radio, tv); for at bidrage til, at patienter foretrækker den NKR-anbefalede indsats. - Gør feedback fra patienter til en del af implementeringsarbejdet. - Gå i dialog med den berørte patientforening om information på deres hjemmeside og andre steder på internettet de eventuelt er aktive. Den kan bruges til formidling og debat om NKR relevante budskaber. Vær desuden opmærksom på patientfællesskaber på sociale medier som f.eks. Facebook. - Etabler et samarbejde med patientrepræsentanter (fra institutionens råd og udvalg, fra lokale eller landsdækkende patientforeninger, eller med håndplukkede 'egne' patienter)
Inspiration fra: NICE: How to change practice	

Barriereanalysen peger på behov for ændring af infrastrukturen	
Tiltag vedrørende infrastrukturændringer	- Indføre nye (eller ny vægt) på mål, delmål og målinger i relation til NKR - Tilpasse retningslinjens til lokale forhold - Etablere et af system til påmindelse - Etablere/afvikle/revidere sammensætning af multidisciplinære teams - Ændre patientforløb og arbejdsgange - Ændre normering og stabssammensætning - Ændre arbejdsfordeling mellem afdelinger eller mellem personalegrupper - Ændre afdelings/afsnitsstruktur (sammenlægning, nye afsnit) - Ændre kapacitet og åbningstider - Indføre nye eller udfas gamle apparater, IT, medikamenter og materialer - Indføre nye eller udfas gamle regler, procedurer, standarder, pleje-behandlingsplaner - Ændre incitamentsstruktur og personalegoder - Ændre i budget (indbygget besparelse/merudgifter)
Tiltag vedrørende kommunikation om infrastrukturændringer	Ledelser kommunikerer tidligt og intensivt om beslutninger baseret på resultatet af barriereanalysen vedrørende infrastrukturer: - Fokuser på hvad ændringer betyder i det daglige for egen institution og dens medarbejdere - Benyt medlemmer af projektgruppen som informanter og undervisere Gennemgå milepælsplanen (hvem gør hvad og hvornår) med vægt på lokal betydning.
Inspiration fra: NICE: How to change practice	

3.5.2 Forhold der påvirker implementeringstiltag

Effekten af de implementeringstiltag, der er orienteret mod det sundhedsfaglige personale (undervisning, feedback mv.), påvirkes af en række forhold, der er specifikke for hvert tiltag. På den baggrund er

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

udarbejdet en liste over de forhold, litteraturen fremhæver som vigtige for effekten af implementeringstiltag orienteret mod sundhedsfagligt personale([Cochrane EPOC gruppen](#)).

Listen kan anvendes, når et (eller flere) implementeringstiltag er valgt, til at få viden om, hvad der kan gøres, for at tiltaget får maksimal effekt.

Implementeringstiltag	Forhold med betydning for effekt af implementeringstiltag
Distribution	- Distribution af uddannelsesmateriale øger opmærksomhed på (ny) klinisk retningslinje - Format og layout på det distribuerede materiale har indflydelse på materialets effekt: Præcis formulering skal tilpasses hver faggruppes fagsprog - Indholdet skal vægte de konkrete ændringer, en klinisk retningslinje indebærer for det sundhedsfaglige personale - Distribution af uddannelsesmateriale skal kombineres med andre implementeringstiltag
Passiv undervisning	- Tilgange til at øge effekten af passiv undervisning er: - o Blande passiv med interaktiv undervisning - o Fokuser undervisningen på patient <i>outcome</i> som det sundhedsfaglige personale oplever som alvorlige/vigtige - o Sørg for høj deltagelsesrate - Konferencer og forelæsninger øger opmærksomheden på (nye) kliniske retningslinjer - Kombiner passiv undervisning med andre implementeringstiltag - Katedral undervisning kan næppe ændre kompleks klinisk adfærd
Interaktiv undervisning	- Jo mere interaktive møder er, des mere effektive er de mht. at ændre det sundhedsfaglige personales praksis - Interaktiv, målrettet, problemorienteret lokal undervisning påvirker viden, færdigheder og holdning hos det sundhedsfaglige personale
Uddannelsesbesøg	- Uddannelsesbesøg er effektive til at ændre ordinationspraksis hos praktiserende læger - Den uddannelsesgivende besøgers identitet skal være åben/kendt (person, uddannelse, baggrund) - Mere end et besøg øger effekten - Effekten øges ved kombination med andre tiltag f.eks. audit og feedback, reminders eller patientrettet intervention - Uddannelsesbesøg er mest effektive, hvis indholdet tilpasses til den individuelle interessents situation og barrierer - Uddannelsesbesøg er dyre i tid og penge
Lokale meningsdannere	- Lokale meningsdannere har generelt stor indflydelse på udbredelse af ny viden og brugen heraf (rollemodel) - Påvirkningen kan være positiv og negativ - Det kan være vanskeligt at finde egnede meningsdannere - De mest indflydelsesrige personer fremgår ikke nødvendigvis af deres titler

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Patientrettet intervention	- Styrk fælles beslutningstagning. Sandsynligheden for, at patienter holder sig til den tilbudte indsats, øges hvis de er velinformerede og deres værdier, præferencer og bekymringer efterspørges i dialogen med klinikerne. - Brug af informations- og uddannelsesmateriale til patienter medfører bedre patient <i>outcome</i>, hvilket bidrager til de sundhedsfaglige personales motivation.
Audit og feedback	Audit og feedback er effektive redskaber til implementering af kliniske retningslinjer, når følgende forhold taget i betragtning: - Kvaliteten og typen af data er vigtig. Sundhedsfagligt personale skal kunne stole på data, og indikatorerne skal give klinisk mening og give mulighed for uddybende, egne analyser. - Audit virker bedst, når klinikerne har en aktiv rolle (intern audit). - Audit virker bedst, hvis den er konstruktiv og kommer fra en person, der er en respekteret fagkollega. - Audit skal bygge på data, der er helt aktuelle og opdaterede. - Tilbagemeldinger, der gives både skriftligt og mundtligt, er mere effektivt end med kun en af formerne. - Feedback er særlig effektivt, når den kombineres med undervisningsmateriale og uddannelsesaktiviteter. - Des hyppigere, der gennemføres audit, des større effekt. - Des lavere efterlevelseshastigheden med given klinisk retningslinje er i udgangspunktet, des større er effekten.
Påmindelser	- Påmindelser bidrager effektivt til at ændre praksis. - Påmindelser er mest effektive, når de gives i forbindelse med det kliniske møde/beslutningstagning. - Jo flere påmindelser des bedre. - Påmindelser har større effekt på yngre under oplæring end ældre erfarne. - Påmindelser har større effekt, hvis der på påmindelsen fremgår en begrundelse for dens indhold (f.eks. anbefalingens styrke). - Påmindelser er ikke egnede til at håndtere kompleks beslutningstagen.
Massemedie	- Både planlagte og ikke planlagte mediekampagner kan have effekt.
Lokal tilpasning efter barriereanalyse	- En intervention har større effekt, hvis den vælges ud fra en analyse af de lokale barrierer end samme intervention valgt uden forudgående analyse. - Der er varierende effekt af forskellige kombinationer af tiltag. - Effektiviteten af flere samtidige interventioner øges ikke med antallet af interventioner.
Kilde: NICE2007 "Effekt af interventioner orienteret mod sundhedsfagsprofessionelle ved implementering"	

3.5.3 Inddrag patienter i at følge NKR-anbefalinger

Den velinformerede patient er tilbøjelig til at foretrække den anbefalede indsats. Patienter, som kender til deres behandling, pleje og det forventede forløb, har mulighed for at stille spørgsmål og gå i dialog, hvis noget ikke går som planlagt. Jo bedre patienterne er informeret om egen behandling og pleje, jo bedre kan

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

de medvirke til at sikre, at retningslinjerne bliver fulgt. Flere studier har dokumenteret, at en stor andel af patienter og/eller deres pårørende både kan og vil medvirke til, at få patientens forløb til at glide.

- Velinformerede patienter kan for eksempel: Spørge til medicin, så han/hun får den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt.
- Gøre opmærksom på det, hvis sikkerhedsprocedurer ikke overholdes.
- Efterspørge at der bliver fulgt op på diagnostiske tests.
- Rykke for henvisninger m.v.
- Fortælle om modstridende beskeder de modtager fra forskelligt sundhedspersonale.
- Gøre opmærksom på fejl i journalen.

Patienterne får præferencer for behandling og pleje

Patienter bliver informerede om deres sygdom og behandling og pleje ad flere kanaler. Mange forsøger selv at orientere sig på internettet, de konsulterer deres netværk af pårørende og andre patienter, og de forholder sig til patientcases som omtales i medierne. Disse informationskilder har høj troværdighed for mange patienter, idet de betragtes som troværdige og uafhængige af sundhedsvæsenet som "system". Patienternes holdning til en anbefalet indsats kan være stærkt præget af den information, de selv har søgt. Hvis ikke der findes god, patientrettet information der er i overensstemmelse med NKR på nettet, øger det risikoen for forstyrrelser i kommunikationen mellem sundhedsfaglige og patienter.

Patientpræferencer for behandling og pleje bliver påvirket af

- Det patienterne mener at vide om deres sygdom og behandlingsmuligheder før samtalen med lægen
- Patientens grundlæggende værdier og livssituation
- Patientens evne til at forstå
- Det sundhedsfaglige personales kommunikative evner, særligt evnen til vise empati
- Den måde, beslutningssituationen præsenteres på
- Den patientinformation, som er tilgængelig på behandlingsstedet
- Vejledning fra behandlingsstedet om hvor patienten kan søge mere information

Tilsvarende præference-faktorer gør sig gældende i forløb, hvor patienten selv skal være aktiv for at sikre at anbefalinger bliver fulgt.

Patienternes præferencer kan spille en afgørende rolle for, om de vil acceptere at følge NKR-anbefalinger. Blandt andet derfor er det vigtigt for implementeringen, at patienterne bliver informeret om, hvad det anbefalede forløb er for deres sygdom. Der også vigtigt, at de får informationen på en sådan måde, at de reelt føler ejerskab til beslutninger om diagnostik, behandling, pleje mv.

Informer patienterne

Materialer der kan udarbejdes som støtte for patientkommunikationen kan for eksempel være:

- Vejledning til sundhedsfagligt personale, der skal give mundtlig information.
- Trykte pjecer.
- Hjemmesider.
- E-learning.
- Informationsfilm der præsenterer fordele og ulemperne ved alternativerne i en beslutningssituation.
- Apps som understøtter patienterne i dokumentere symptomer, huske at tage medicin, gør det muligt for dem at dele information med behandleren, eller andet.
- Tilbud om patientuddannelse – hvor flere patienter informeres eller oplæres sammen.
- Henvis patienter til at søge viden om deres sygdom på Patienthåndbogen på www.sundhed.dk.

Det kan være dyrt at udvikle informationsmaterialer. Det er for eksempel oplagt at designe apps på nationalt niveau. Bring gerne ideer til sådanne videre til faglige selskaber, patientforeninger og find samarbejdspartnere. Overvej at søge udviklingsmidler eksternt. Brug desuden – og fortæl patienterne om - Patienthåndbogen på www.sundhed.dk. Kontakt evt. NKR-sekretariatet og/eller "Danske Patienter", eller Kræftens Bekæmpelse for at undersøge, om der er materiale på vej.

HUSK AT

Det er oplagt at inddrage patienter i at udarbejde materialer vedr. NKR. Herved sikrer I, at de spørgsmål som patienterne er mest optaget af kommer med, og at informationerne er til at forstå.

Patienter kan være med i en arbejdsgruppe, der har fokus på patientkommunikation, eller der kan gennemføres workshops, hvor patienter inviteres med. Det er også muligt at inddrage patienter i høringsrunder, men værdien af deres bidrag bliver størst ved at inddrage dem tidligere.

Inddrag patienterne i fælles beslutninger: Shared decision making

Der findes forskningsbaseret litteratur om såkaldt "*shared decision making*" (fælles beslutningstagning), som har påvist, at det er vigtigt for kliniske *outcomes*, at patienter inddrages i beslutninger på en mere vidtgående måde, end der er sædvanlig praksis i Danmark.

Inspirationsmateriale kan findes i Mayo klinikkens videnskabelige arbejder, f.eks. [Patient Participation](#). De har desuden udviklet et simpelt men effektivt værktøj til *shared decision making*, som er omtalt i denne præsentation af Dr. Shah fra Mayo Clinic Rochester:

[Creating a healthcare system to FIT the patient - Patient-centered translation of evidence into practice](#) -

3.6 Udarbejd implementeringsplan

3.6.1 Milepælsplan og tidsestimat

En milepælsplan giver overblik over implementeringsprojektet fra start til slut og viser, hvornår de enkelte milepæle skal være nået. En milepæl er nået, når en gruppe af sammenhængende opgaver er afsluttet. Et implementeringsprojekt omfatter så mange forskelligartede opgaver, at det er nødvendigt at gruppere dem, afdække deres indbyrdes afhængigheder og uddelegere ansvar, for at de bliver gennemført. Til det formål er en milepælsplan nyttig.

En milepælsplan består af følgende komponenter:

- Indsatsområder, delt op i aktiviteter som fordeler sig over en tidslinje
- Leverancer, der markerer at en væsentlig opgave er løst
- Deadlines for leverancer, der tilsammen giver en samlet tidsplan
- Evt. navne på de ansvarlige for hvert indsatsområde
- Evt. tidsestimat på gennemførelse af hvert indsatsområde.

Den første version af milepælsplanen udarbejdes, når implementeringsprojektet starter. Planen skal være fleksibel og kunne justeres og udbygges. Analysefasen vil tydeliggøre, hvilke tiltag der er behov for at gennemføre, og kan således gøre milepælene mere præcise.

Projektgruppen udarbejder milepælsplanen i fællesskab for at sikre at den er så gennemtænkt som muligt, og for at skabe ejerskab til den fælles plan. Projektlederen må bygge sit lederskab på gruppemedlemmernes ansvarsfølelse, der forudsætter at de har forpligtet sig på en fælles plan.

Milepælsplanen er nemmest at skabe i fællesskab, hvis projektlederen hænger papkort eller store postits på en væg til at strukturere de enkelte elementer i implementeringsplanen.

Planen kan udarbejdes ved et udvidet arbejds møde med følgende trin:

1. Skab overblik over hvilke forandringer der skal være gennemført når implementeringsprojektet er slut. Hver af disse forandringer er en leverance. Skriv et papkort / postit om hver leverance.
2. Sæt leverance-kortene op på væggen yderst til højre, og fjør aktiviteter til i den rækkefølge de skal afvikles for at nå frem til at leverancen er komplet.
3. Gruppér aktiviteterne i implementeringsprojektet i indsatsområder, som f.eks. "projektledelse", "kommunikation", "måling" og "ændringstiltag". Hvis der er brug for en underopdeling af indsatsområder, kan man med fordel bruge trinene fra implementeringsmodellen. Trinnet "Gennemfør planen" kan droppes og erstattes af de PDSA forløb, man påtænker.
4. Projektgruppen identificerer milepælene indenfor hvert indsatsområde. Enhver leverance er en milepæl, men milepæle kan godt være uden leverancer.
5. Når alle milepæle er placeret på væggen, justere I dem tidsmæssigt i forhold til hinanden.
6. Aftal ansvarsfordeling aftales, og organiser projektgruppen herefter m.h.t. mødestruktur, rapportering og samarbejdsformer i øvrigt.

Det kan lette overblikket at have et overslag over forbruget af arbejdstimer til de opgaver, der fører frem til hver enkel milepæl. Herved bliver det synligt for alle, om og i hvilket omfang, deres rolle i implementeringen vil kræve nedprioritering af eller aflastning fra andre opgaver. Orienter ledelsen efterfølgende, og lav klare aftaler om rammerne for implementeringsarbejdet.

I kan udføre tidsestimat ved, at hvert medlem kommer med et bud på hvor mange timer de vurderer at skulle bruge til hver opgave, der skal løses for at nå milepælene. Tag en milepæl ad gangen, brug et minut på at brainstorme omkring hvilke arbejdsopgaver der ligger i den, og lad så hvert gruppemedlem notere sit bud på, hvor mange timer den ansvarlige skal bruge. Gennemsnittet af gættene bruges som rettesnor. Metoden er simpel og effektiv, hvis man ikke går for meget i detaljer. Det forventede forbrug af arbejdstimer kan indføjies i selve milepælsplanen, når I skiver den ren. Husk, at projektgruppen også skal sætte tid af til at deltage i arbejdsgruppemøder.

Nedenfor ses et eksempel på en milepælsplan med anslået tidsforbrug. Der findes avanceret software som kan understøtte en projektleders arbejde, f.eks. med milepælsplanlægning. Hvis projektlederen ikke er

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

fortrolig med den slags værktøj, så brug simple oversigter f.eks. Excel. Skabelon til det viste eksempel finder du her.

Indsats- område	Milepæl	Ansvarlig	Anslået time- forbrug	Uge 10	Uge 11	Uge 12	Uge 13	Uge 14	Uge 15		Uge 28
Kommunikation	Kommunikationsplan for implementeringen er klar	Peter N.	8	(dato)							
Kommunikation	Personalet er orienteret om implementeringen	Peter N.	10		(dato)						
Måling	Forslag til kliniske målinger er fremsat for ledelsen	Anne H.	30			(dato)					
Måling	Kliniske målinger er sat i gang	Anne H.	20				(dato)				
Analyse	Analyse af barrierer er gennemført	Michael H.	20			(dato)					
Analyse	Det eksisterende patientforløb er kortlagt og dokumenteret	Michael H.	20				(dato)				
Nye arbejdsgange	Nyt patientforløb og tilsvarende arbejdsgange er beskrevet i udkast	Michael H.	60							(dato)	
Nye arbejdsgange	Aftale om tværsektorielt samarbejde er godkendt af begge ledelser	Michael H.	30					(dato)			
Patientinformation	Patientinformation er indsamlet og læst	Susan	12	(dato)							
Patientinformation	Udkast til ny patientinformation er skrevet og diskuteret i relevante fora.	Susan	28				(dato)				
Patientinformation	Møde med patienter om NKR og patientinformation er afholdt	Susan	10			(dato)					
Patientinformation	Patientinformation er revideret og publiceret	Susan	15						(dato)		
Nye arbejdsgange	Nye arbejdsgange er godkendt på hospitalet	Michael H.	30							(dato)	
Nye arbejdsgange	Nye arbejdsgange er godkendt i kommunen	NN fra kommune								(dato)	
Nye arbejdsgange	Nye arbejdsgange er dokumenteret og publiceret på hospitalet	Michael H.									(dato)
Nye arbejdsgange	Nye arbejdsgange er dokumenteret og publiceret i kommunen	NN fra kommune									(dato)
Nye arbejdsgange	Ændring 2	...									
Nye arbejdsgange	Ændring 3										
Akkrediteringsstandarder	...										

3.6.2 Handleplan

Som tovholder eller projektleder for implementeringen kan du have mange opgaver, som andre skal bidrage til at løse. Det kan blive komplekst og uoverskueligt, også for dem der er med i projektgruppen. Her er en fælles, opdateret handleplan et godt værktøj: Skabelon for handleplan.

En god handleplan indeholder som minimum en beskrivelse af de enkelte opgaver, hvem der er ansvarlig for dem, hvornår de skal være løst, samt en kolonne til at notere status.

Hvis der udarbejdes en handleplan i Excel, er pivot-tabel funktionen nyttig til at sortere og filtrere de enkelte linjer (grupperet opgaver efter hvem der er ansvarlig, eller i datorækkefølge i.f.t. deadlines).

Funktionen gør det muligt at sortere afsluttede bort uden at de bliver slettet. Det kan være praktisk hvis det undervejs skal dokumenteres hvad der er gjort.

Det er desuden et godt råd at sætte et anslået timeforbrug på de enkelte opgaver. Det kan være med til at synliggøre, om der er behov for at frigøre ekstra tid til implementeringen hos nøglepersoner. Det bidrager også til at skabe en realistisk tidsplan.

Handleplan - eksempel						
Ved at klikke på pilen i hver kolonne kan du sortere kolonnen efter hvad du gerne vil have vist.						
Man kan også markere hvilke typer af felter man vil have vist - alle ikke-markede skjules.						
Oprettet (dato) ▼	Indsatsområde ▼	Opgave ▼	Anslået timer ▼	Ansvarlig ▼	Deadline ▼	Status ▼
03-maj	Kommunikation	planlæg informationsmøde for plejegruppen	1	Peter N	15-maj	OK
03-maj	Måling	hold møde med IT-afdeling om mulige data udtræk	2	Anne H	15-maj	OK
15-maj	Måling	lav udkast til kliniske måleparametre	5	Anne H	25-maj	
16-jun	Projektledelse	sikre at kommunen stiller nøglepersoner til implementeringsarbejdet		Jørgen	23-jun	
08-aug	Ændring 1	indsamle al patientinformation og gennemlæse	2	Susan	12-aug	
08-aug	Ændring 1	indsamle og læse alle dokumenter & vejledninger til personale	4	Christian	12-aug	
08-aug	Ændring 1	planlæg informationsmøde for plejegruppen		Susan	15-aug	
10-aug	Projektledelse	planlæg interviews med læger	4	Jørgen	18-aug	
10-aug	Projektledelse	planlæg interviews med plejegruppe	3	Jørgen	18-aug	

Opfølgning på implementeringsaktiviteterne kan deles i to grupper:

- ❖ Opfølgning på de aktiviteter der knytter sig til hvert element i **implementeringsprojektet**, f.eks.:

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

	Planlagt	I gang	Justering	Afsluttet	Bemærkning
Organisering af implementeringsopgaven					
Fastsæt målsætning					
Etabler klinisk måling					
Udfør barriereanalyse					
Vælg implementerings-tiltag					
Udarbejd implementeringsplan					
Gennemfør plan					
Integrer NKR i daglig rutine					

- ❖ Opfølgning på de aktiviteter der knytter sig til hvert af de valgte **implementeringstiltagene**, f.eks. et eller flere blandt følgende:

	Planlagt	I gang	Justering	Afsluttet	Bemærkning
Distribution					
Passiv undervisning					Antal timer Antal deltagere
Interaktiv undervisning					Antal timer Antal deltagere
Uddannelsesbesøg					
Lokale meningsdannere					
Patientrettet intervention					
Audit og feedback					Antal timer Antal deltagere
Påmindelse					
Massemedie					
Ajourføring af					

patientinformation					
Lokal tilpasning efter barriere analyse					
Anskaffelse af apparat					
Andet					

Det kan være ganske nyttigt at have en struktureret handleplan som er fælles for projektgruppen. En handleplan kan udformes helt ned på enkelt-opgave niveau, og angiver som minimum, hvem der skal gøre hvad og med hvilken aftalt deadline. Andre oplysninger som f.eks. anslået tidsforbrug, status på opgaven, eller hvad der måtte være behov for, kan desuden tilføjes. Husk blot, at det skal være et anvendeligt og forståeligt værktøj, så hold det så simpelt som muligt. Find et eksempel på brug af pivot-tabeller i Excel til handleplan i værktøjssektionen.

3.7 Gennemfør planen

3.7.1 PDSA-hjælpekema

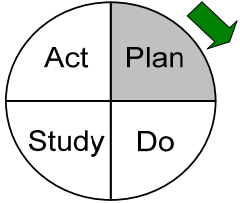
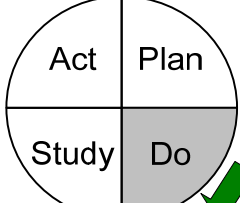
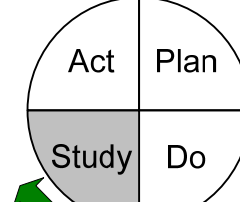
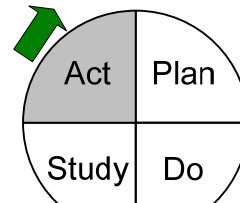
PDSA-hjælpekemaet kan bruges til:

- At guide dig igennem trinnene i PDSA-modellen
- At notere dit arbejde på hvert trin

PDSA-hjælpekemaet indeholder på hvert trin i PDSA-cyklus adskillige underpunkter og spørgsmål. De er til inspiration: [Download skemaet.](#)

PDSA-hjælpekema

Institutionens kvalitetsstrategi/ mål	Hvorledes hænger dette forbedringstiltag sammen med institutionens overordnede målsætninger?
Sæt mål/ målsætning	
Etabler måling/ indikator	
Ændring	
PDSA-cyklus nummer	Afprøvning nummer: XX. (Enhver målsætning vil kræve flere mindre afprøvninger af ændringer) Start dato Slut dato

Ansvarlig person	Navn på ansvarlig person for forbedringsprojektet
 Planlæg afprøvning	Forventet udfald af denne PDSA-cyklus? Hvad forventes udfaldet af afprøvningen at være? Plan for ændring Hvad går ændringen ud på (detaljeret)? Hvem gør hvad? Hvor gør de det? Hvornår gør de det? Plan for dataindsamling Hvilken information indsamles (tællinger, målinger, interviews, observationer)? Hvem indsamler data? Hvem analyserer data og studerer resultatet? Hvor indsamles data? Hvornår finder dataindsamlingen sted? Hvordan indsamles data?
 Udfør planen	Beskriv hvad der faktisk skete ved udførelse af planen: Indførsel af ændring og dataindsamling Notér faktisk udfald. Notér også uforudsete problemer og uventede hændelser/begivenheder, der kan bidrage til at forstå hvorfor en ændring virkede eller ikke virkede. Var der behov for at modificere planen? – I givet fald hvilken modificering? Begynd analysen af data (f.eks. diagram, tabel).
 Observer og lær af udfaldet	Læring: Udfaldet af afprøvningen i forhold til forventet udfald Sammenhold det observerede resultat af afprøvningen med det forventede udfald. Sammenfatning. Skriv en liste med den viden/erfaring denne PDSA-cyklus medførte. Hvad var det bedste ved ændringen? Hvad var det værste ved ændringen?
 Beslut næste PDSA cyklus	Næste handling Er der behov for ny afprøvning for at være sikker på at ændringen medfører forbedring? Skal alternative ændringer afprøves? Skal andre aspekter ved ændringen undersøges? Er der behov for at modificere den afprøvede ændring? Er ændringen en fiasko, så den skal droppes helt? Er sikkerheden for at ændringen virker stor nok til, at ændringen skal indføres i større skala? Sammenfatning: Beskriv – med udgangspunkt i læringen for nuværende PDSA-cyklus – modifikationer til planen med henblik på at gennemføre den næste PDSA-cyklus. Brug nyt hjælpeskema.

3.8 Følg op på planen

3.8.1 Opfølgning med patientfeedback

Patienterne er de eneste, som oplever forløbene i deres helhed. Hvis patienterne er velorienterede om, hvad den relevante NKR foreskriver i deres forløb, kan de være med til at gøre opmærksom på afvigelser fra retningslinjerne. Du kan anvende strukturerede patienthåndbøger eller spørgeskemaer til at undersøge frekvensen af afvigelser fra NKR og kvalitative metoder til at undersøge omstændighederne omkring afvigelser.

Det er i kontakten med patienterne, at det viser sig, om der er forskel på den praksis, som i princippet er indført, og den aktuelle praksis. Albert Einsteins udsagn: "In theory there is no difference between theory and practice; in practice, there is".

Patienters og pårørendes mulige bidrag til NKR implementering

Patienternes perspektiv på forløbet kan anvendes til flere aspekter af NKR implementering.

1. De kan observere **faktuelle forhold** vedrørende efterlevelse af NKR-betingede arbejdsrutiner, f.eks. hvor vidt NKR-anbefalet medicin er givet på det forventede tidspunkt, eller hvor vidt planlagte aktiviteter er gennemført. Denne type observationer kan bruges til monitorering af efterlevelseshraten.
2. Patienter og pårørende kan observere, **hvordan "systemet" fungerer** i deres eget tilfælde. F.eks. hvorvidt alt personale, som er involveret i patientens forløb, agerer konsistent i.f.t. hinanden. Patienter og pårørende kan opdage eventuelle kommunikationsbrist i overgange, og de har mulighed for at bemærke utilsigtede hændelser. Denne type observationer kan bruges til at skærpe opmærksomheden på svagheder i implementeringen.
3. Patienter og pårørende kan også observere forhold, der har betydning for **den patientoplevede kvalitet** mere generelt. F.eks. om omgangsformen i institutionen fremmer eller hæmmer effektiv kommunikation, eller om man tager rimelige hensyn til patienternes individuelle præferencer og værdier. Denne type observationer er væsentlige input til den løbende kvalitetsforbedring

Der er flere metoder til at inddrage patienterne i implementering af NKR, og i denne håndbog præsenteres følgende:

- strukturerede patientdagbøger
- spørgeskemaer
- møder med direkte feedback
- patientfortællinger

Valg af metode til patientfeedback

I kan undersøge frekvensen af afvigelser fra NKR med strukturerede patienthåndbøger eller spørgeskemaer. Omstændighederne omkring afvigelser fra NKR kan undersøges med kvalitative metoder.

Der er et udvalg af metoder til at inddrage patienter. Find inspiration til patient- og pårørende inddragelse på "[Enhed for brugerundersøgelser og evaluering](#)". I oversigten herunder skitseres nogle af de fordele og ulemper, som knytter sig til udvalgte patientfeedback metoder. Pårørende kan ofte svare på patientens vegne, hvis patienten ikke selv kan deltage.

Nedenstående tabel skitserer nogle styrker og svagheder ved patientfeedbackmetoder i et NKR-implementeringsprojekt.

Metode	Anvendelse	Fordele	Ulemper
--------	------------	---------	---------

Struktureret patientdagbog (digital eller på papir)	Monitorering af efterlevelsesserater.	Datafangsten er pålidelig, mindre resursekrævende end journalaudits, især ved digitale dagbøger. patienten støttes i at blive en proaktiv samarbejdspartner, som efterspørger NKR-indsats.	Kun for kognitivt velfungerende patienter, elektroniske patientdagbøger kan være resursekrævende at etablere, begrænsninger i patienternes viden om kvalitet.
Spørgeskema (digital eller på papir)		Nem metode, pålidelig statistik, automatisk datafangst ved digitale skemaer.	Resursekrævende at distribuere & databehandle hvis det er papir-baseret; dyr opstart hvis det er digitalt.
Møder med direkte feedback	Udforskning af organisatoriske forhold omkring implementeringsudfordringer,	Interaktion mellem patienterne og klinikerne giver dybere indsigt end ved 1:1 samtaler.	Tidskrævende planlægning, klinikere skal være tilstede, facilitator rollen er krævende.
Patientfortællinger	identificere behov for nye implementeringstiltag.	Nemt at arrangere, resurseeffektivt, mulighed for dyb indsigt.	Meget afhængig af at patienten er struktureret og indsigtsfuld.

Strukturerede patientdagbøger

En struktureret patientdagbog kan indeholder både vejledning til patienter samt tjekskemaer som patienten udfylder efterhånden som de forskellige elementer i forløbet gennemføres. Denne type materiale kan være en stor støtte for både patienter og personale, hvad enten den er i trykt form eller digital – f.eks. som en app på en tablet.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

De oplysninger om hvad der er gjort hvornår, som patienten selv udfylder, kan bruges til at monitorere efterlevelsen af NKR anbefalingerne. Eksemplet nedenfor er et uddrag af en patientdagbog som er udviklet af Frederiksberg Ortopædkirurgisk Klinik.

Efter operation

Information	(sæt x)	Ja	Nej
Har du fået besked på, hvordan operationen er gået?			
Hvis nej, spørg da din sygeplejerske om operationen er forløbet, som det var planlagt.			
Træning	(sæt x)	Ja	Nej
Har du været oppe at gå i gangvogn?			
Hvis nej, kontakt din fysioterapeut eller plejepersonalet.			
Smerter	(sæt x)	Ja	Nej
Er du tilfreds med håndteringen af dine smerter			
Hvis nej, kontakt sygeplejersken på afdelingen			

Dagen efter operation

Information	(sæt x)	Ja	Nej
Har du fået besked om, hvordan det er gået efter operationen?			
Hvis nej, spørg din sygeplejerske.			
Har du fået talt med lægen, der opererede dig?			
Hvis nej, kontakt din sygeplejerske med henblik på at få aftalt et tidspunkt for stuegang.			
Medicin	(sæt x)	Ja	Nej
Har du fået din blodfortyndende medicin?			
Hvis nej, kontakt din sygeplejerske.			
Har du fået den øvrige medicin i dag?			
Hvis nej, kontakt din sygeplejerske.			
Ernæring	(sæt x)	Ja	Nej
Har du spist de portioner og de drikkevarer, der blev stillet frem til dig ?			
Hvis nej, kontakt plejepersonalet.			
Har du fået tilbudt proteindrik			
Hvis nej, kontakt plejepersonalet.			

Møder med direkte patientfeedback

”[Direkte Patientfeedback](#)” (også kendt som ’feedback møder’), er et eksempel på en struktureret måde at udføre kvalitative interviews med grupper af patienter.

Direkte Patientfeedback sker ved et møde, hvor personalet fra fx en sygehusafdeling kan høre patienterne fortælle om deres oplevelse af indlæggelsen/besøget på afdelingen. Metoden giver indsigt i patienternes oplevelse, og gennem interviewspørgsmål kan diskussionen tematiseres i forhold til NKR-relaterede problemstillinger. Mødeformen ”Direkte Patientfeedback” giver patienterne og de pårørende mulighed for selv at formulere sig. Personalet får også mulighed for at spørge ind til patienternes observationer af forhold, der har indflydelse på NKR implementeringens succes.

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer

Håndbog med hjælpeværktøjer

Direkte feedback giver et mere nuanceret og subjektivt billede end f.eks. en spørgeskemaundersøgelse, hvor alle spørgsmål ligger fast på forhånd. De konkrete oplevelser kan bruges i arbejdet med at forbedre implementeringen af NKR i patientforløbet. Diskussionen ved sådanne møder kan give de implementeringsansvarlige en idé om, *hvorfor* elementer af en NKR måske ikke efterleves – og inspiration til, *hvordan* det kan håndteres. Metoden er uddybet i bogen "[Spørg brugerne](#)".

Patientfortællinger

En patientfortælling er en simpel metode til at inddrage patienten. Patient eller den pårørende inviteres til et møde for at fortælle om sine oplevelser.

En velfortalt patienthistorie kan være en øjenåbner både i forhold til, hvad der går godt, og hvad der skal arbejdes mere med i kvalitetsudvikling. Patienterne kan belyse det sammenhængende patientforløb og bidrage til at tydeliggøre eventuelle brudflader i det tværinstitutionelle samarbejde. Patientfortællinger kan både stimulere personalets motivation til at arbejde med forbedringer samt give konkrete idéer til problemløsning.

Inviter en patient (eller pårørende) som har været eller er i et patientforløb, der er berørt af NKR på en måde, som patienten selv mærker. Overvej en patientfortælling i følgende sammenhænge:

- ved projektgruppens arbejds møder
- ved morgenkonferencer
- på afdelingsledelsens møder
- på kvalitetsrådsmøder.

Patientens rolle er primært at fortælle, hvad han eller hun har oplevet og stille sig til rådighed for spørgsmål fra personalet.

Når patienten kontaktes for at lave aftalen, er det vigtigt at gøre formål og tidsramme klart.

Det er ideelt, hvis patienten og "værten" mødes til et formøde, før den dag patienten skal fortælle sin historie. Det giver mulighed for at håndteres eventuelle udfordringer på forhånd. Især hvis patienten er meget ustruktureret eller nervøs, kan et møde hvor "værten" hører fortællingen og orienterer om rollen øge sandsynligheden for, at patientens optræden bliver en succes. Så kan patienten indstille sig på, hvilke aspekter af historien som er vigtigst at få fortalt.

HUSKAT

Det er vigtigt at inddrage patienter, som mangler kendskab til det danske sprog eller har store sociale problemer, for at sikre lighed i kvaliteten. De sproglige eller sociale barrierer kan håndteres ved brug af tolke, støttepersoner og evt. ved at forhåndsoptage patientens fortælling på video.

Mødelederen indleder med at forklare alle, hvorfor patienten er inviteret og takker for at vedkommende stiller op. Desuden er det en god idé at ridse spillereglerne op.

Den patientansvarlige ”vært” tager styringen af case-præsentationen.

Lad patienten fortælle sin historie uden afbrydelse fra mødedeltagerne. Dog kan den patientansvarlige stille uddybende spørgsmål eller holde fokus på det aftalte emne. Ligeledes har ”værten” – som jo kender patientens historie – ansvar for at overholdetiden for selve case-præsentationen.

Rund af med at mødelederen takker for patientens deltagelse og konkluderer lidt om, hvad man har fået ud af at høre historien. Hvis det er muligt, så fortæl hvordan patientens indsigt vil blive brugt fremadrettet. Værten bør følge patienten udenfor døren og kort høre om hans/hendes oplevelse af mødets forløb.

3.9 Fasthold

3.9.1 Faktorer for fastholdelse

Implementering af NKR betyder, at der indføres ændringer vedrørende patientforløb, procedurer og arbejdsgange; disse ændringer sammenfattes på denne side som ”ny praksis”.

Ifølge ”Sustainability Model” er der ti faktorer, der bidrager til at sikre at ”ny praksis” kan fastholdes. Det drejer sig om:

Vedrørende ny praksis:

- 1) **Fordele, ud over fordele for patienten** (*Benefits beyond helping patients*): Ny praksis øger effektiviteten og letter personalets arbejde.

- 2) **Dokumentationens troværdighed** (*Credibility of evidence*): Fordelene ved ny praksis er åbenlyse, veldokumenterede og betragtes som troværdige af personalet.
- 3) **Tilpasningsevne** (*Adaptability*): Ny praksis kan tilpasses andre ændringer i institutionen, og der findes et system, der muliggør løbende forbedringer.
- 4) **Monitorering af forandringsprocessen** (*Monitoring progress*): Der findes et system, som monitorerer fremskridt, handler på basis heraf og sørger for at resultaterne formidles.

Vedrørende personalet:

- 5) **Involvering og oplæring** (*Training and involvement*): Personalet er blevet involveret fra begyndelsen af forandringsarbejdet og har modtaget en tilstrækkelig oplæring til at understøtte fastholdelsen af den forbedrede praksis.
- 6) **Holdninger og motivation** (*Attitudes*): Personalet oplever medejerskab i forhold til forandringsprocessen og tror på, at ændringstiltaget vil kunne fastholdes.
- 7) **Den overordnede ledelses engagement** (*Senior leaders*): Ledelsen påtager sig ansvaret for arbejdet med at fastholde forandringen, og personalet deler generelt information med og søger aktivt råd hos ledelsen.
- 8) **Den kliniske ledelses engagement** (*Clinical leaders*): Den kliniske ledelse påtager sig ansvaret for arbejdet med at fastholde forandringen, og personalet deler generelt information med og søger aktivt råd hos ledelsen.

Vedrørende organisationen:

- 9) **Strategisk målsætning, værdigrundlag og kultur** (*Fit with goals and culture*): Organisationens har gode erfaringer med fastholdelse; forandringsarbejdets målsætninger er forenelige med organisationens strategiske mål.
- 10) **Infrastruktur til understøttelse af fastholdelse** (*Infrastructure*): Personale, fysiske rammer og teknisk udstyr såvel som jobbeskrivelser, politikker, procedurer og kommunikationssystemer er velegnede til at understøtte den forbedrede arbejdsproces.