

Kunnskapsbaserte retningslinjer

SEPTEMBER 2012

Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer

Andre utgave



En hilsen fra Doris Grinspun

Chief Executive Officer (CEO) Registered Nurses' Association of Ontario

Det er med stor glede at Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) lanserer den andre utgaven av denne verktøykassen: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer. Verktøykassen støtter implementering av de kunnskapsbaserte retningslinjene som RNAO har utarbeidet hittil. Dette er en omfattende ressurs håndbok som er basert på teori, forskning og erfaring. Den omtaler praktiske prosesser, strategier og verktøy for klinikere og andre som arbeider for å ta initiativ til og opprettholde endringer i praksis i helsevesenet, og den er et hjelpemiddel for å sikre sunne og gode arbeidsmiljøer. RNAO er glad for å kunne tilby denne ressursen.

Vi vil gjerne takke styresmaktene i Ontario som anerkjenner RNAOs evne til å lede programmet for utarbeidelse av kunnskapsbaserte retningslinjer og for deres økonomiske bistand. Vi vil også takke: Irmajean Bajnok, Director, RNAO International Affairs and Best Practice Guidelines (IABPG) Centre, for hennes pågangsmot og urokkelige engasjement for å oppnå høy kvalitet, Barb Davies og Donna Rothwell, ledere av panelet som utarbeidet verktøykassen, for deres fantastiske lederevner, innsats og fremragende ekspertise, samt RNAO Program Manager Althea Stewart-Pyne for hennes gode styring av hele prosessen. Vi vil også takke vårt fremragende utviklingspanel. Vi respekterer og verdsetter ekspertisen og den frivillige innsatsen, og vi hadde ikke klart det uten dere.

Sykepleiere som yrkesgruppe, som med sitt brennende engasjement for høy kvalitet i sykepleien og sunne arbeidsmiljøer har delt sin kunnskap og brukt utallige timer i utviklingen og oppdateringen av verktøykassen. Nå er det din tur. Som helsearbeider, og i organisasjonen der du arbeider, skal du nå bruke dette verktøyet og de ulike kunnskapsbaserte retningslinjene i praksis og sørge for at de implementeres på en god måte.

Å sikre høy kvalitet i klinisk arbeid og sunne arbeidsmiljøer er både et individuelt og et kollektivt ansvar. For at disse retningslinjene skal kunne implementeres på en god måte, kreves felles innsats fra styresmakter, ledere, klinikere og andre for å skape kultur for kunnskapsbasert praksis. Vi ber deg om å dele RNAOs verktøykasse med kolleger og organisasjonen for å sikre god og varig implementering. Vi kan lære mye av hverandre.

Sammen kan vi sikre at kunnskapsbasert praksis preger den kliniske praksisen for sykepleiere og annet helsepersonell, samt bidra til å sikre sunne arbeidsmiljøer. Kunnskap og medfølelse er sentrale elementer for å sikre god pasientomsorg. La oss sammen sørge for at helsepersonell og menneskene de hjelper blir de virkelige vinnere i dette viktige arbeidet.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(hon), O.Ont.



Chief Executive Officer (CEO)

Registered Nurses' Association of Ontario

Veilederen ble først oversatt av et profesjonelt oversettelsesbyrå. Oversettelsen ble deretter konseptuelt tilpasset for å sikre at termer var tilpasset fagfeltet kunnskapsbasert praksis og implementering i Norge. Dette ble gjort av en forskningsbibliotekar, med master i kunnskapsbasert praksis (KBP) og redaktøransvar for en digital ressurs i KBP. Etterpå ble tilpasningene drøftet sammen med to (sykepleiere med ph.d.) fra Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskulen på Vestlandet, inntil det var enighet om en norsk versjon. Deretter gikk en sykepleier med klinisk mastergrad, og som behersker både norsk og engelsk flytende, gjennom både originalversjonen og den norske, og merket seg uklarheter. Disse ble drøftet med de samme to personene fra Senter for kunnskapsbasert praksis, inntil det forelå enighet om endelig norsk versjon.

Arbeidet med oversettelsen er finansiert gjennom støtte fra Norges forskningsråd (<https://prosjektbanken.forskningsradet.no/#/project/NFR/256569>), Høgskulen på Vestlandet, Norsk sykepleierforbund og Registered Nurses of Ontario.

Copyright

Med unntak av de delene av dette dokumentet som er underlagt konkrete forbud eller begrensninger i forhold til kopiering, kan dokumentet trykkes, kopieres og publiseres i sin helhet, uten endringer, i enhver form, inkludert elektronisk, i forbindelse med opplæring og til ikke-kommersielle formål. Hvis materialet må tilpasses, må det først innhentes skriftlig godkjenning fra Registered Nurses' Association of Ontario. Kreditering eller referanse skal vises på alt kopiert materiell og på følgende måte:

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer (andre utgave)*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Dette programmet er finansiert av Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

Kontaktinformasjon:

Registered Nurses' Association of Ontario
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
158 Pearl Street
Toronto, Ontario M5H 1L3, Canada
Nettsted: www.rnao.ca/bpg

Innholdsfortegnelse

Innledning: Legge grunnlaget	7
Kapittel 1: Identifisere et problem: Identifisere, vurdere, velge kunnskap	17
Kapittel 2A: Tilpasse kunnskapen i en lokal kontekst	31
Kapittel 2B: Interessenter	35
Kapittel 2C: Ressurser	45
Kapittel 3: Vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer for kunnskapsbruk	53
Kapittel 4: Velge og skreddersy intervensjoner og strategier for implementering	69
Kapittel 5: Monitorere kunnskapsbruk, og evaluere resultater	80
Kapittel 6: Opprettholde kunnskapsbruk	98
Sammendrag	127
Bibliografi	130
Vedlegg A: Revidere og oppdatere verktøykassen	138
Vedlegg B: Søkestrategi	139
Vedlegg C: Ordliste	142
Vedlegg D: Prosessrammeverket ADAPTE	146
Vedlegg E: Sykepleieprosedyrer og NQUIRE®	151

Utviklingspanelet for verktøykassen

Registered Nurses' Association of Ontario satte ned et panel av sykepleiere og forskere som skulle utarbeide en revidert verktøykasse for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer. Panelet bestod av følgende medlemmer:

Barbara Davies, RN, PhD (leder) Professor,
University of Ottawa, School of Nursing Co-Director Nursing
Best Practice Research Unit Ottawa Ontario

Donna Rothwell, RN, BScN, MN (leder)
Chief Nursing and Professional Practice Officer
Health Program Director, Saint Catherine General Site & Maternal
Child
Niagara Health System St.
Catharines, Ontario

Deb McAuslan, RN, MScN
Nursing Practice Consultant London
Health Sciences Centre London,
Ontario

Nancy Bauer, HBA, HBAAdmin, RN, ET
Local Champion Facilitator
Registered Nurses' Association of Ontario Toronto,
Ontario

Ian Graham, PhD
Vice-President
Canadian Institutes of Health Research Ottawa,
Ontario

Lynn McCleary, RN, PhD
Associate Professor
Faculty of Applied Health Sciences, Brock University St.
Catharines, Ontario

Lynn Kachuik, RN, BA, MS Advanced
Practice Nurse, Palliative Care The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Gloria Morris, RN, BScN, MScN
Manager, Dental Program Niagara
Region Public Health Thorold, Ontario

Karen L. Ray, RN, MSc
Research Manager
Saint Elizabeth Health Care Markham,
Ontario

Baiba Zarins, RN, BScN, MScN
Program Manger-Global Practice University
Health Network
Toronto, Ontario

Ansatte i Registered Nurses' Association of Ontario

Irmajean Bajnok, RN, MScN, PhD
Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Althea Stewart-Pyne, RN, BSN, MHA
Program Manager
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre Registered
Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Patricia Hogg, BA (Hon)
Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

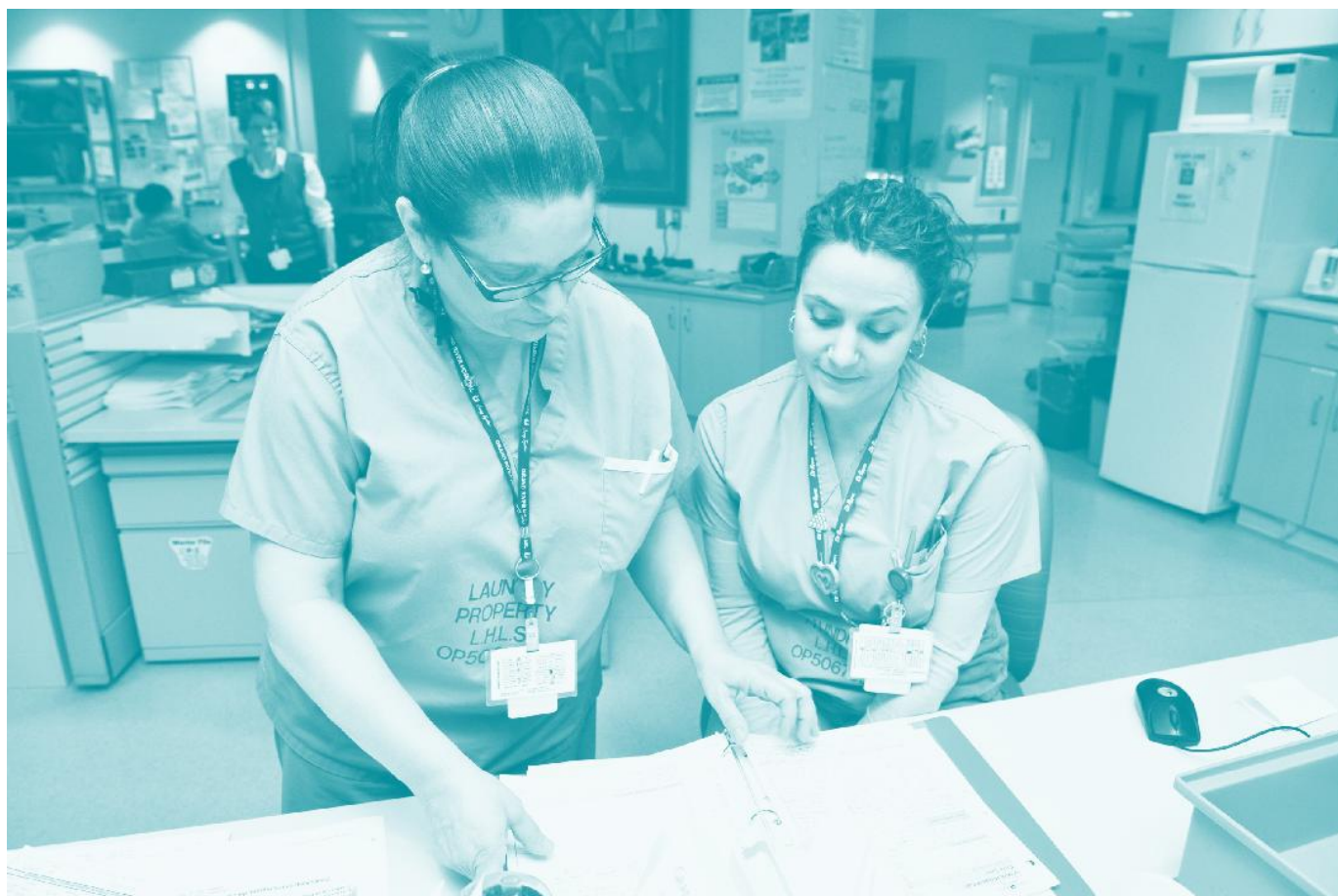
Heather McConnell RN, BScN, MA(Ed)
Associate Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre Registered Nurses'
Association of Ontario
Toronto, Ontario

Josephine Santos, RN, MN
Program Manager
Long-Term Care Best Practices Initiative
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Erica D'Souza, BSc, GC, DipHlthProm
Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre Registered Nurses'
Association of Ontario
Toronto, Ontario

Verktøykassen ble konseptualisert og utarbeidet av utviklingspanelet som en gruppe. Men ledelsen for de ulike kapitlene er som følger:

Kapittel	Ledelse
Innledning	Irmajean Bajnok
Kapittel 1:	Donna Rothwell, Nancy Bauer
Kapittel 2A:	Irmajean Bajnok, Heather McConnell
Kapittel 2B	Nancy Bauer, Althea Stewart-Pyne, Gloria Morris
Kapittel 2C	Althea Stewart-Pyne, Nancy Bauer
Kapittel 3:	Deb McAuslan, Althea Stewart-Pyne
Kapittel 4:	Lynn McCleary, Karen Ray, Deb McAuslan, Josie Santos
Kapittel 5:	Ian Graham, Lynn Kachuik, Barbara Davies
Kapittel 6:	Baiba Zarins, Barbara Davies



Takk til

RNAO ønsker å takke følgende personer i forbindelse med revideringen av verktøykassen:

Caitlin G. Bowron BScN, Level IV Student	McMaster University-Mohawk College Hamilton, Ontario
Debbie Bruder BA, RN, MHS	Clinical Informatics Specialist Grand River Hospital, Kitchener, Ontario
Pat Donnelly RN BSc BScN MN	Nursing Practice Quality Assurance Coordinator Regional Municipality of Halton Public Health Department, Oakville, Ontario
Christine D'Souza RN, BScN, MScN Student	University of Toronto Markham, Ontario
Nancy Fram RN, BScN, MEd (Admin)	Ancaster, Ontario
Samantha Mayo RN, PhD (C)	Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing University of Toronto, Toronto, Canada
Beverley Morgan RN, BScN, MEd	Quality Improvement Coach Health Quality Ontario, Hamilton, Ontario
Andrea Mowry RN, BScN, MN	Professor Trent/Fleming School of Nursing, Peterborough, Ontario
Judith A. Ritchie, RN, PhD	Associate Director for Nursing Research McGill University Health Centre Montreal, Québec
Tiziana Rivera RN, BScN, MSc, GNC	Chief Practice Officer York Central Hospital, Richmond Hill, Ontario
Josephine Santos RN, MN	Program Manager Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, Ontario
Michelle Sobrepena RN, BScN, CNCC(c), MScN student	York Central Hospital Patient Care Coordinator Intensive Care Unit, Toronto, Ontario
Sandy White RN, BScN, MN, CHPCN(c)	Lecturer, Trent/ Fleming School of Nursing Trent University , Peterborough, Ontario
Susan Yates RN, BN, B.Ed, MA, CHE	Director, Chronic Disease & Injury Prevention, Brant County Public Health Unit B, Brantford, Ontario

Registered Nurses' Association of Ontario vil takke følgende forskningsassistenter for deres bidrag til kvalitetsvurdering av litteraturen og utforming av kunnskapstabeller: Kim English RN, BScN,MN, Marian Lucktar-Flude RN, MScN, Lilibeth Jones-Lim RN, BScN (Hons), MN, GNC(c), Olessya Kolisnyk RN, BS(Ed), BScN, MN, and Danielle Stillwell MN, BScN, RN.

Oversikt over kapitlenes innhold

Kapittel	Trinn i Kunnskap-til-handling-modellen	Spesifikke innholdsområder
Innledning	Legge grunnlaget	<ul style="list-style-type: none"> • Hensikten med verktøykassen • Metodikk for utvikling • Kunnskap-til-handling-modellen • Slik kan du bruke verktøykassen
Kapittel 1	Identifiser problemer/utfordringer, vurder og velg kunnskapsverktøy (kunnskapsbaserte retningslinjer) som skal implementeres	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere hull i praksis, bruke prosesser for kvalitetsforbedring, bruke indikatorer • Innledende identifisering av sentrale kunnskapsprodukter og kunnskapsbaserte retningslinjer
Kapittel 2A	Tilpasse kunnskapen til lokale forhold	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide en infrastruktur for å implementere kunnskapsbaserte retningslinjer • Identifisere og kritisk vurdere retningslinjer og bruk av ADAPTE, og tilpasse dem etter behov
Kapittel 2B	Interessenter	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere interessenter, analyser og engasjement for å lede implementeringsprosess
Kapittel 2C	Ressurser	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsark for vurdering av hvorvidt miljøet er klar for endring • Trinn i verktøykassen er oppsummert, og det foreslås ressurser som kan bistå i administrering og monitorering av implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer
Kapittel 3	Vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer for kunnskapsbruk	<ul style="list-style-type: none"> • Hvor viktige motivasjonsfaktorer og barrierer er • Potensielle strategier til hjelp i implementeringen
Kapittel 4	Velge og tilpasse implementeringsstrategier og -intervensjoner	<ul style="list-style-type: none"> • Implementeringsverktøy kategorisert etter utdanning, «linkage and exchange», audit og feedback, dataverktøy, pasienttilpassede og organisatoriske intervensjoner
Kapittel 5	Monitorere kunnskapsbruk, og evaluere resultater	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuerlige prosesser for kvalitetsforbedring, monitorering av indikatorer og kontinuerlig datainnsamling og gjennomgang • Bruk av e-helse og elektroniske journalsystemer i denne prosessen • Arbeidsark for identifisering av indikatorer • Struktur, prosess og resultat, evaluering med hensyn til innledende problem og reduksjon av hull • Evalueringsmodeller, logisk modell

Kapittel 6	Opprettholde kunnskapsbruk	<ul style="list-style-type: none">• Mal for handlingsplan• Bygge inn en kultur for kunnskapsbasert praksis gjennom orientering, stillingsbeskrivelser, vurdering av resultater, samt samfunnsoppdrag, visjon og verdier• Utnytte viktige organisatoriske strukturer for å sikre at kulturen implementeres gjennom hele organisasjonen og på alle nivåer
------------	----------------------------	---

Innledning – legge grunnlaget

I dette dokumentet brukes begreper som «pasient», «bruker» og «beboer» om personer som mottar behandling, pleie og omsorg

Kunnskapsbaserte retningslinjer er anbefalinger som kan endre seg basert på eksperterens erfaring, vurderinger, perspektiv og kontinuerlig forskning (Health Canada, 2008). De kan også beskrives som systematisk utviklede råd for praksis i et bestemt klinisk eller helse- og omsorgsmiljø, de er kunnskapsbaserte og de er utformet for å veilede klinikere og ledere når de skal ta kliniske og administrative avgjørelser (Field og Lohr, 1992).

En rekke anerkjente grupper for utvikling av retningslinjer, inkludert Registered Nurses' Association (RNAO), har arbeidet for at den beste kunnskapen tas i bruk i praksisfeltet. Guideline International Network omfatter av de fleste av disse gruppene, inkludert Johanna Briggs Institute, Scottish Intercollegiate Guideline Network og National Institute for Health and Clinical Excellence. Selv om mange av disse gruppene håndterer kliniske tema som er relevante for sykepleiere, i stor grad på tvers av profesjoner, er Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en av få organisasjoner som utarbeider retningslinjer spesifikt for sykepleiere. RNAOs retningslinjer inkluderer anbefalinger som er skreddersydd for sykepleie, samt relatert opplæring og anbefalinger knyttet til retningslinjer. I tillegg har RNAO stort fokus på implementering og evaluering av retningslinjer.

Uavhengig av fokus utarbeides og implementeres kunnskapsbaserte retningslinjer for å oppnå ett eller flere av disse målene:

- Å tilby effektiv, kunnskapsbasert behandling, pleie og omsorg.
- Å løse et problem i klinikk (for eksempel utilstrekkelig smertelindring).
- Å kunne tilby behandling, pleie og omsorg av høy kvalitet ved å oppfylle eller overgå kvalitetsstandarder.
- Å innføre en innovasjon (for eksempel en ny test eller en ny behandling).
- Å eliminere bruken av intervensjoner som ikke er anerkjent som mønsterpraksis.
- Å skape arbeidsmiljøer som tilrettelegger for høy kvalitet i klinisk praksis.

Utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer er et område som er i kraftig vekst, særlig innen sykepleie. Men til tross for det økende antallet kunnskapsbaserte retningslinjer, er det fortsatt variasjon i praksis i helse- og omsorgssektoren generelt, og spesielt innen sykepleien, samtidig som praksis ikke alltid er tilstrekkelig kunnskapsbasert. I tillegg er det fortsatt utfordringer knyttet til total bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer blant klinikere, spesielt hvis de ikke introduseres, implementeres og støttes på en god måte. Dokumentasjon av høy kvalitet viser mangelfull bruk av velkjente kunnskapsbaserte retningslinjer, selv om studiene for det meste omhandler medisinsk praksis. (Bero mfl., 1998, Davis og Taylor-Vaisey, 1997, Oxman, Thomson, Davis og Haynes, 1995, Thomas mfl., 1999, Wensing, Van der Weijden og Grol, 1998). Disse funnene gjenspeiler erfaringene fra både sykepleiere og utvilsomt annet helse- og omsorgspersonell (Davies, Edwards, Ploeg og Virani, 2008, Higuchi, Davies, Edwards, Ploeg og Virani, 2011).

Du kan lese og vurdere RNAOs kunnskapsbaserte retningslinjer på www.rnao.ca/bpg

Denne verktøykassen beskriver en systematisk og grundig planlagt implementeringsprosess, og den er utformet for å hjelpe sykepleiere og annet helse- og omsorgspersonell for å understøtte kunnskapsbaserte kliniske og administrative avgjørelser. Den skal følge med de kunnskapsbaserte retningslinjene som er utarbeidet av RNAO for å fasilitere implementering og varig bruk av dem innen helse- og omsorgssektoren. Brukere vil også ha nytte av verktøykassen i forbindelse med alle typer kunnskapsbaserte, kliniske innovasjoner.

Denne verktøykassen er basert på ny forskningsbasert kunnskap som bekrefter at sannsynligheten for at kunnskapsbaserte retningslinjer følges i helse- og omsorgssektoren øker når:

- Ledere på alle nivåer arbeider for å støtte implementeringen av retningslinjene.
- Retningslinjer som skal implementeres, velges ut basert på en systematisk og inkluderende prosess:
 - interessenter, som er relevante for den aktuelle retningslinjen, identifiseres og inkluderes i implementeringsprosessen, og
 - undersøke av hvor klart miljøet er for implementering, og hvordan dette vil påvirke at retningslinjen tas i bruk.
- Retningslinjene tilpasses til lokale forhold.
- Barrierer og motivasjonsfaktorer for bruk av retningslinjene vurderes og tas tak i:
 - det velges tiltak som fremmer bruk av retningslinjene, og som er egnet til å overvinne barrierer og styrke motivasjonsfaktorene.
- Bruken av retningslinjene monitoreres og opprettholdes systematisk.
- Å evaluere effekten av å bruke retningslinjene er en avgjørende del av prosessen.
- Det finnes tilstrekkelige ressurser slik at aktivitetene knyttet til alle deler av implementeringen av retningslinjene kan gjennomføres.

Basert på disse premissene vil denne omfattende ressurshåndboken, som er basert på teori, forskning og erfaring, sørge for at klinikere og andre som arbeider for å ta initiativ til, og opprettholde kunnskapsbasert endring av praksis i helse- og omsorgssektoren, får praktiske prosesser, strategier og verktøy. Verktøykassen ble utarbeidet for å være en brukervennlig ressurs som fasiliterer systematisk identifisering og implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer. Siden innholdet er basert på den kunnskapen som til enhver tid er tilgjengelig, vil verktøykassen revideres og oppdateres regelmessig (se vedlegg A).

Dette kapittelet i verktøykassen for implementering besvarer fire spørsmål:

1. Hvem er verktøykassen laget for?
2. Hvordan ble verktøykassen utarbeidet?
3. Hvilke begrensninger er det i verktøykassen?
4. Hvordan skal man bruke verktøykassen?

- Implementeringsteam som har ansvaret for å lede implementeringen av kunnskapsbaserte retningslinjer, kan omtales som implementeringskomiteer, styringskomiteer eller prosjektteam.
- Enkeltpersoner som leder slike team, kan kalles fasilitatorer eller prosjektledere.

1. Hvem er verktøykassen laget for?

Verktøykassen er laget for de som bruker verktøykassen til implementering, inkludert sykepleiere og annet helse- og omsorgspersonell. Denne verktøykassen vil spesielt være nyttig for implementeringsteam som har ansvaret for å implementere kunnskapsbaserte retningslinjer i sine organisasjoner. Verktøykassens hovedfokus er implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer på avdelingsnivå ved hjelp av en systematisk prosess. Strategiene som beskrives, kan imidlertid også brukes av team eller mindre enheter, siden det å ta i bruk kunnskapsbaserte retningslinjer innebærer at både klinikere, team og ledelse må endre praksis. Organisasjoner eller team som ønsker å implementere kunnskapsbaserte retningslinjer, bør finne en eller flere personer som kan ta ansvar for å tilrettelegge planlegging, implementering og evaluering av prosessen. Vanligvis skjer en vellykket integrering av kunnskapsbaserte retningslinjer ved å bruke en tverrfaglig tilnærming i planlegging, oppstart, implementering og evaluering.

Forkjempere for kunnskapsbaserte retningslinjer er sykepleiere og annet helse- og omsorgspersonell som har fått opplæring og er kurset for å få en bedre forståelse av kunnskapsbasert praksis, kunnskapsbaserte retningslinjer og prosessen med å introdusere kunnskapsbasert praksis i kliniske miljøer.

I dag har RNAO lært opp mer enn 5000 sykepleiere fra alle sektorer til forkjempere for kunnskapsbaserte retningslinjer. Forkjempere for kunnskapsbaserte retningslinjer er effektive i forbindelse med veiledning, opplæring og initiere endringer i policy og praksis (Ploegg, Skelly, Rowan, Edwards, Davies, Grinspun, Bajnock og Downey, 2010).

2. Hvordan ble verktøykassen utarbeidet?

Den opprinnelige utviklingsprosessen: 2001–2002

I 2001 satte RNAO sammen et panel bestående av sykepleiere, annet helsepersonell og forskere med ekspertise innen implementering av retningslinjer. Panelet ble enige om verktøykassens omfang, de utarbeidet en modell for implementering av retningslinjer basert på den beste tilgjengelige kunnskapen og de laget konkrete anbefalinger for hver fase av implementeringsprosessen basert på kunnskapsgrunnlaget. Implementeringsverktøy og eksempelstudier ble gitt. Den opprinnelige verktøykassen var rettet mot fagsykepleiere, forkjempere for kunnskapsbaserte retningslinjer og ledere som hadde ansvaret for implementering av kliniske retningslinjer.

Revideringsprosess: 2012

I januar 2009 satte Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) sammen et revideringspanel som bestod av

Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer

sykepleieeksperter og forskere. Panelet hadde medlemmer fra det opprinnelige utviklingspanelet, samt andre anbefalte personer med ekspertise fra implementering av retningslinjer på organisatorisk nivå gjennom tiltaket RNAO Best Practice Spotlight Organization (BPSO) ®.

BPSO®-programmet er et partnerskap mellom RNAO og helseorganisasjoner eller akademia. Programmet har som mål å implementere flere kunnskapsbaserte retningslinjer i hele organisasjonen, samt å opprettholde en kultur for kunnskapsbasert praksis. BPSOer® må gjennom en treårig kvalifiseringsperiode, og når de har oppnådd de ønskede resultatene, blir de utpekt som BPSO®.

Panelets mandat var å revidere den opprinnelige verktøykassen (som ble publisert i 2002) med tanke på ny kunnskap, og å gjennomføre de nødvendige revideringene for å sikre at hjelpemiddelet gir en systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer for klinisk og godt arbeidsmiljø. Arbeidet ble gjennomført på følgende måte:

Planlegging:

- RNAO-medarbeidere gjennomførte et strukturert nettsøk med fokus på nylig publiserte ressurser for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer.
- Panelet vurderte de eksisterende verktøyene for implementering og valgte rammeverket Kunnskap til handling som modell for oversettelse av kunnskap. Modellen er et rammeverk for å skape og overføre kunnskap. Det er basert på mer enn 30 ulike teorier knyttet til prosesser for utvikling av kunnskapsressurser og hvordan de kan implementeres på en god måte (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein og Bhattacharyya, 2009). Denne kunnskapsbaserte modellen med enkelte modifikasjoner gjenspeilte verktøykassens mandat for å støtte implementering av retningslinjer på en systematisk måte som kan brukes av organisasjoner, avdelinger, team og enheter.
- Basert på elementene i tiltakssyklusen, som beskrives i rammeverket Kunnskap til handling, avdekket panelet de viktigste temaområdene i den reviderte verktøykassen.
- Disse temaområdene ble brukt til å strukturere litteratursøket.
- Det ble laget søketermer for hvert tema i verktøykassen, med innspill fra revideringspanelet.
- Litteratursøket ble utført av en bibliotekar med kompetanse i helsefag.

Kritisk vurdering:

- Panelet vurderte søkeresultatene.
- Vurderingen omfattet inkludering eller ekskludering basert på det aktuelle temaet.
- Studier som oppfylte kravene til inkludering eller ekskludering, ble innhentet.
- Kvalitetsvurdering og dataauthenting ble utført av forskningsassistenter som RNAO valgte ut, og resultatene ble oppsummert.
- I vedlegg B finner du en detaljert beskrivelse av søkestrategien.

Utvikling av anbefalinger:

- Panelets medlemmer vurderte dataauthentingstabellene, systematiske oversikter og, der det var aktuelt, vurderte de også originalstudier og implementeringsressurser.
- Anbefalinger for ytterligere søkestrategier ble identifisert ved behov.
- Gjennom en konsensusprosess ble hvert kapittel utarbeidet basert på det identifiserte temaet (se side 6 for oversikt over panelmedlemmene som hadde ansvaret for hver del).

Gjennomgang av interessenter:

- Da utkastet til verktøykassen var ferdig, ble det vurdert av en rekke interessenter med vekt på tydelighet, relevans, nytteverdi og kobling til kunnskapsgrunnlaget.
- Feedback fra interessentene ble integrert i den endelige versjonen av verktøykassen.

Hva er nytt eller annerledes i den nye utgaven?

- Bruken av en modifisert versjon av Kunnskap til handling-rammeverket.
- Et nytt kapittel om opprettholdelse
- Verktøy, relaterte ressurser og eksempler ble inkludert i hvert kapittel. Disse er basert på erfaringer fra BPSOers implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer innen spesialisthelsetjenesten, folkehelsearbeid, hjemmesykepleie og institusjoner for heldøgns pleie og omsorg.

Hvilke begrensninger er det i verktøykassen?



Forskning på implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer (spesielt forskning som har fokusert på sykepleie og å bygge vedvarende forbedrede kulturer med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis) er under utvikling for å inkludere sentrale strukturer og ressurser som medfører at implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer påvirker praksis og pasient- og brukerutfall. Kunnskapsoverføringens natur gjør den veldig kontekst-spesifikk. Derfor må alle forsøk på å legge frem en systematisk prosess gjøres med stor oppmerksomhet på å skape muligheter for å kontekstualisere den til den lokale kulturen.

Hvordan skal man bruke verktøykassen?

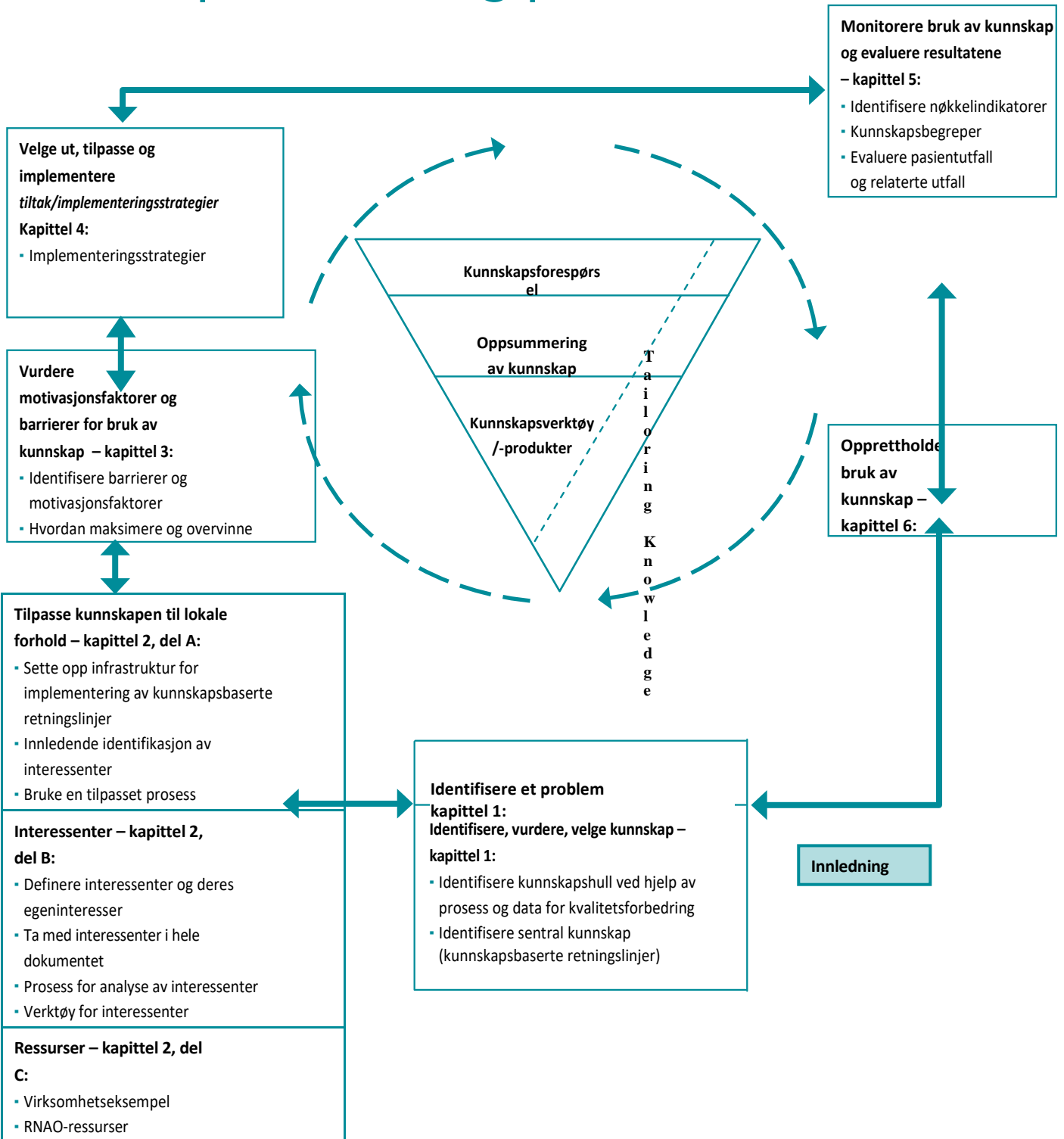
Verktøykassen ble konseptuert ved hjelp av rammeverket Kunnskap til handling (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein og Bhattacharyya, 2009), samt tilpasset for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer (figur 1).

Modellen viser de følgende syv avgjørende komponentene for kunnskapsoverføring som trengs for at kunnskapsbaserte retningslinjer skal kunne implementeres:

1. Identifisere problemet: Identifiser, vurder, velg kunnskapsverktøy/-ressurser
2. Tilpasse kunnskapsverktøy/-ressurser til lokale forhold
3. Vurdere barrierer og motivasjonsfaktorer for kunnskapsbruk
4. Velge ut, skreddersy og implementere tiltak
5. Monitorere kunnskapsbruk
6. Evaluere resultatene
7. Opprettholde kunnskapsbruk

Disse trinnene gjenspeiler en prosess som er dynamisk og iterativ istedenfor lineær. Derfor er det helt nødvendig å forberede de neste fasene og reflektere over de foregående fasene ved hver fase.

RNAO KUNNSKAPSBASERTE RETNINGSLINJER Verktøykasse: Kunnskap til handling-prosessen



Figur 1: Revidert rammeverk for Kunnskap til handling

Tilpasset fra «Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice». S. Straus, J. Tetroe og I. Graham. Copyright 2009 fra Blackwell Publishing Ltd. Tilpasset med tillatelse.

Når vi ser på modellen i figur 1, er det tydelig at syklusen kunnskap til handling består av to sentrale prosesser. Den første prosessen er **kunnskapsutvikling**, som konsentrerer seg om å identifisere avgjørende kunnskap og fører til kunnskapsprodukter. Den andre er handlingssyklusen, som er konsentrert om å tilpasse kunnskapen til den aktuelle praksissettingen. I denne verktøykassen tar vi i hovedsak for oss handlingssyklusen ved anvendelse av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Før vi omtaler handlingssyklusen, er det viktig huske at delen **kunnskapsutvikling** i modellen omhandler prosessene som brukes til å identifisere relevant kunnskap og til å validere og skreddersy kunnskapen til de konkrete områdene for kunnskapsforespørslers. Det er denne prosessen som brukes i utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer, mens forskning og annen kunnskap avdekkes og deretter omdannes til kunnskapsverktøy og produkter, for kunnskapsbaserte retningslinjer og praksisanbefalinger, behandlingsforløp og samvalgsverktøy. I hovedsak inneholder alle metoder for utvikling av retningslinjer en prosess for kunnskapsutvikling, men noen mer nøyaktig enn andre. De som har ansvaret for å lede team for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer, kan avdekke kunnskapsproduktenes kvalitet ved å vurdere dem opp mot anerkjente standarder for utvikling av retningslinjer. Disse internasjonalt anerkjente standardene er tilgjengelige i verktøyet «Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation» (AGREE II) (Brouwers, mfl., 2010). RNAOs prosess for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer bruker standardene fra AGREE II-instrumentet.

Handlingssyklusen, som styrer kapitlene i denne verktøykassen, er prosessen hvor kunnskapen som har blitt utarbeidet, blir implementert, evaluert og opprettholdt i praksisen. Handlingssyklusens syv faser er basert på en syntese av kunnskapsbaserte teorier som har fokus på en prosess for bevisst og systematisk endring av systemer og grupper i helse- og omsorgssektoren (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein og Bhattacharyya, 2009).

I denne verktøykassen har de syv fasene blitt komprimert til seks trinn. Hvert trinn blir beskrevet i egne kapitler.

Handlingssyklusens **første fase** – å identifisere problemet – aktiveres på en av to måter:

1. Klinikere eller ledere definerer et problem (ofte via metoder for kvalitetsforbedring eller analyse av indikatordata), og deretter finner og vurderer de mønsterpraksis som kan bidra til å løse problemet.
2. Klinikere eller ledere blir oppmerksomme på en kunnskapsbasert retningslinje og avgjør om dagens praksis er i tråd med mønsterpraksis, eller om det er behov for å endre praksisen.

Den innledende fasen er viktig. Den setter tonen for hvor inkluderende implementeringsprosessen blir, hvordan prosessen er knyttet til pågående kvalitetsforbedringer og hvordan det identifiserte problemet kan løses ved hjelp av mønsterpraksis, opplæring eller utvikling eller revidering av retningslinjer.

Den **andre fasen** – tilpasning til lokal kontekst – er avgjørende for å oppnå effektiv kunnskapsoverføring og den krever at man forstår de lokale forholdene og konsekvensene knyttet til mønsterpraksis i den sammenhengen slik at man kan tilpasse anbefalingene etter kulturen. Når man tilpasser en retningslinje til den lokale teksten, ser man ikke bort fra kunnskapsgrunnlaget retningslinjen er basert på. Tilpasning innebærer at man setter ned en implementeringskomite som vurderer og velger de egnede retningslinjene som skal brukes, vurderer dem opp mot kvalitetskravene i AGREE II, finner den kliniske nytten, avdekker om retningslinjens anbefalinger kan implementeres, samt avdekker hvilke retningslinjer som generelt er akseptable i den lokale konteksten. I denne fasen kan anbefalingene for retningslinjer endres av implementeringsgruppen, med innspill fra interessenter. Målet med denne fasen er å velge et kunnskapsprodukt eller anbefalinger i kunnskapsbaserte retningslinjer på en transparent måte, som alle oppfatter som den beste kunnskapsbaserte løsningen på et identifisert problem og som passer til lokale forhold. Denne fasen involverer medarbeidere og interessenter i planleggingen for å sikre at de kunnskapsbaserte retningslinjene som velges, oppfyller behovene og kan formes etter lokale forhold i organisasjonen.

Den **tredje fasen** – vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer for kunnskapsbruk – går nærmere implementering av elementer fra retningslinjen og identifiserer barrierer og motivasjonsfaktorer for bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer i

miljøet, samt påvirkning fra aktuelle interessenter. Det er avgjørende at man avdekker konkrete barrierer, som mangel på kunnskap, holdninger og motstand mot endringer, samt at man balanserer disse mot elementene som vil lette kunnskapsoverføringen. I denne fasen er det også viktig å identifisere interessenter

som vil være støttende, som vil utfordre eller som ikke vil ha noen interesse i arbeidet med implementering av den valgte kunnskapsbaserte retningslinjen. Kort forklart handler denne fasen om å vurdere miljøet og de relevante interessentene.

Den **fjerde fasen** – skreddersy og implementere tiltak – inkluderer en implementeringsplan som tar hensyn til vurdering av interessentene og strategier for engasjement. Den inkluderer også vurdering av barrierer og motivasjonsfaktorer, samt kunnskap om effektive strategier for implementering. Planen bruker disse dataene for å identifisere og støtte valg og tilpasning av tiltak som vil understøtte implementering av retningslinjene i praksis.

Fase fem og seks handler om monitorering, evaluering og å opprettholde kunnskapsbruk, og disse fasene er avgjørende for å oppnå effektiv implementering. Disse fasene inkluderer å vurdere bruken av kunnskapsbaserte retningslinjer ved å se på etterlevelse av retningslinjen eller endringer i kunnskap eller holdninger, og samtidig vurdere effekt eller utfall av å implementere anbefalingene fra de kunnskapsbaserte retningslinjer og opprettholde endringene i praksis. Siden disse tingene er viktige for syklusen kunnskap-til-handling, må de inkluderes i alle de tidligere fasene. På samme måte vil grundig planlegging og implementering av de fire første fasene gi retning for monitorering, evaluering og innbyggingsprosesser.

Det er viktig at ledere som er i ferd med å iverksette aktiviteter som inkluderer kunnskapsoverføring, husker at kunnskapsoverføring som beskrevet i rammeverket for Kunnskap-til-handling ikke nødvendigvis er en sekvensiell prosess, siden mange faser kan oppstå eller må vurderes samtidig. Derfor er det helt avgjørende at medlemmer i team for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer leser hele verktøykassen slik at de blir kjent med alle aspektene knyttet til kunnskapsoverføring. Verktøykassen er utarbeidet for å gi svar på «hvordan», «hvorfor», «hva gjør vi nå» og «slik gjorde vi det». Derfor inneholder den både teori og praktiske eksempler, samt maler for arbeidsark som kan brukes i alle faser av prosessen. I tillegg inneholder hver fase ressurskonsekvenser, som må identifiseres og tas tak i for at implementeringen av kunnskapsbaserte retningslinjer skal bli vellykket. Eksempler på bruksområder som gjenspeiler ulike sektorer er inkludert gjennom hele dokumentet.

Ting å se etter når du leser kapitlene

Hvert kapittel er organisert med følgende underkapitler:

1. Oppsummering av forrige trinn
2. Hva handler dette kapitlet om?
3. Nøkkeldefinisjoner
4. Konkret innhold, eller «Her er faktaene»
5. Bruk, eller «Få det til å skje der du jobber»
6. Konsekvenser som må vurderes før man går videre til neste kapittel
 - **Konsekvenser for interessenter**
 - **Konsekvenser for ressurser**
 - **Konsekvenser for handlingsplan**
 - **Konsekvenser for vedvarende forbedringer**

•Konsekvenser for evaluering

7. Scenario* (en illustrasjon av innholdet i hvert kapittel)

8. Referanser






9. Ressurser (uthevet i hvert kapittel)

*** Det brukes ulike ikoner i hvert kapittel for å utheve viktige avsnitt knyttet til underkapitlene. Disse forklares på de neste sidene.**

Ikoner som brukes i denne verktøykassen

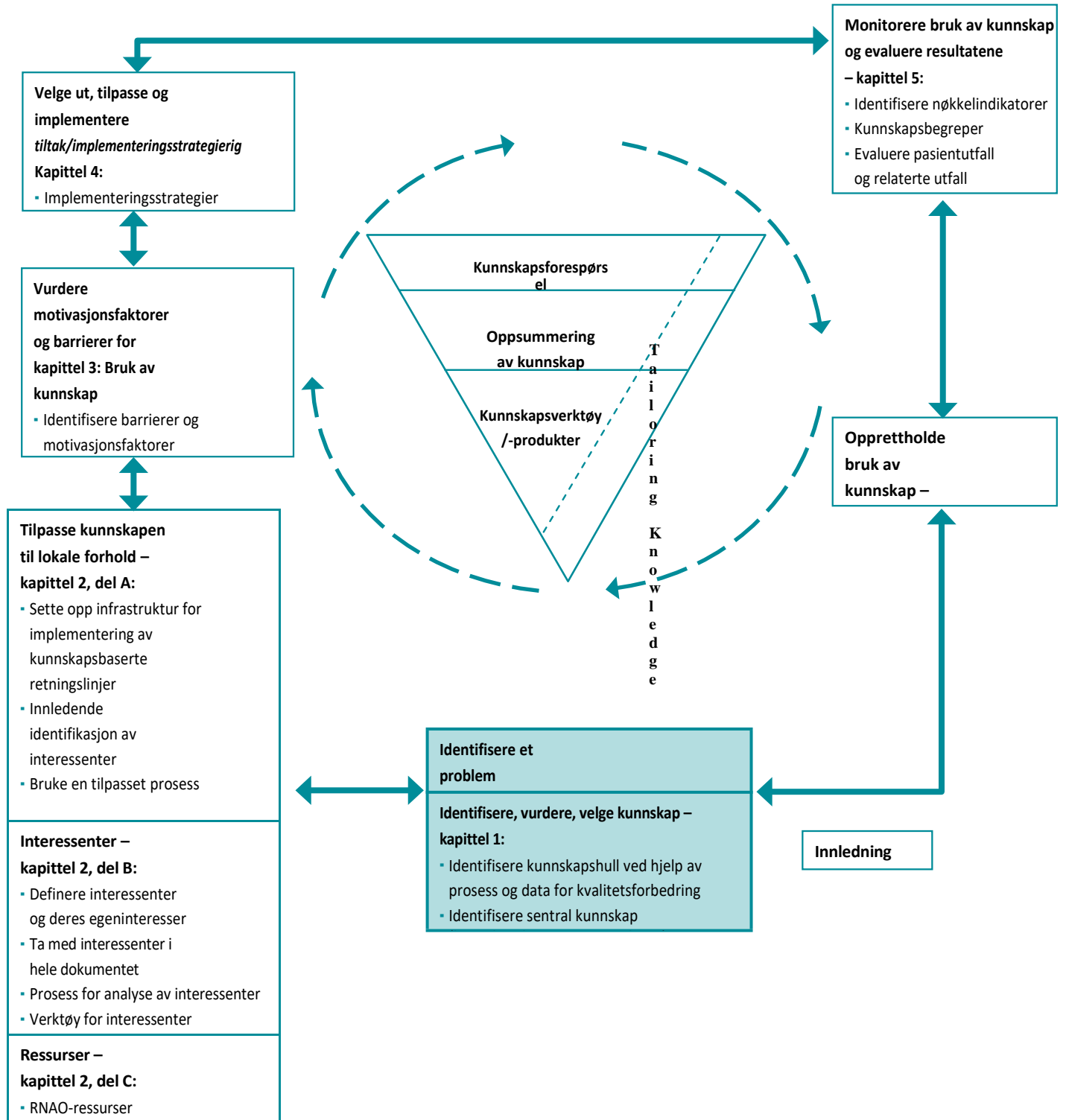
	<h2>Handlingsplan</h2> <p>Når du starter planleggingsøvelsen, anbefaler vi at du bruker handlingsplanen som er merket i denne verktøykassen. Malen for handlingsplan og tomme arbeidsark kan lastes ned fra http://..... Gjør deg kjent med malen for handlingsplan. Fastsett generøse tidsplaner for implementering og evaluering av kunnskapsbaserte retningslinjer. Malene kan brukes umiddelbart ved å legge inn relevant informasjon i arbeidsarkene.</p>
	<h2>Interessenter</h2> <p>Interessenter har en avgjørende rolle i hvert trinn av handlingssyklusen. Hvert kapittel beskriver konsekvenser for interessenter, inkludert hvordan man kan innhente innspill fra interessenter og holde dem informerte, samt hvor viktig det er å forstå hvordan interessenter kan påvirkes av handlingene i prosessen. Kapitlene 2, 3 og 4 omhandler spesielt interessenter og deres rolle i prosessen. De omhandler også hvordan interessenter bør identifiseres, analyseres og engasjeres.</p>
	<h2>Konsekvenser for ressurser</h2> <p>Enkeltpersonene i organisasjonen som utpekes til å lede prosessen med implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer, bør være troverdige klinikere med kompetanse på fagområdet, ha erfaring fra prosjektledelse, endringsledelse, tilrettelegging, det å arbeide med og engasjere andre, og være klar over ressursene som kreves for dette arbeidet.</p> <p>Man må tidlig i prosessen forstå at implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer krever ressurser i form av for eksempel avsatt tid til å lede, planlegge og implementere de kunnskapsbaserte retningslinjene, tid til opplæring, samt tid til å monitorere og evaluere prosesser. De konkrete detaljene for ressursbehov diskuteres i kapittel 2C – ressurser. Men i likhet med vurdering av interessenter bør vurdering av ressursbehov innledes og utarbeides i planleggingsprosessen. Bruk arbeidsarkene mens du arbeider deg gjennom hvert kapittel for å identifisere budsjettkonsekvensene for implementering av en kunnskapsbasert retningslinje.</p>
	<h2>Idé</h2> <p>Konkrete tilnærminger eller nye strategier deles for å gi deg ytterligere hjelp når du går fra kunnskap til handling via implementering av retningslinjer. Disse kan du dele med teamet ditt for å få hjelp på veien.</p>
	<h2>Forsiktig</h2> <p>Dette er områder som krever stor oppmerksomhet for å unngå risikoer. Husk det aktuelle målet, og forstå at du ikke kan gjøre alle til lags hele tiden. Vær klar over at det kommer til å oppstå forsinkelser, og sørg for at kommunikasjonen er tydelig, konsekvent og regelmessig. Ved å være forberedt på disse kravene i alle endringsprosesser, får du en positiv opplevelse når du skal implementere den utvalgte retningslinjen.</p>

Ikoner som brukes i denne verktøykassen

	<p>Arbeidsark</p> <p>Du får blanke ark som du kan dokumentere ideer og planer på. Disse kan brukes til å gjennomgå arbeidet du har utført eller planlegger å gjøre. Disse verktøyene er tilgjengelige i et Word-dokument som kan brukes på datamaskinen. Ved behov kan du også kopiere dem. Maler for arbeidsark kan lastes ned fra http://..... Bruk arbeidsarkene mens du arbeider deg gjennom hvert kapittel.</p>
	<p>Kasusstudier</p> <p>Eksempler på kliniske kasusstudier og situasjoner fra ulike sektorer brukes for å beskrive erfaringene andre har gjort seg i forbindelse med implementering av retningslinjer. Disse kasusstudiene kan inneholde forslag til hvordan ulike team kan tilnærme seg implementering av retningslinjer.</p>
	<p>Scenario</p> <p>I hvert kapittel finner du et scenario som viser hvordan du kan identifisere, implementere og evaluere implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje. Scenariene gjenspeiler ulike miljø, for eksempel sykehus, lokalsamfunn og ulike spørsmål knyttet til implementering av retningslinjer.</p>
	<p>Evaluering</p>
	<p>Gjør deg kjent med de ulike trinnene i evalueringen, metodene som brukes til evaluering og verktøyene og tiden du trenger for å evaluere prosessen, fremgangen og implementeringen av retningslinjen.</p> <p>Vedvarende forbedringer</p> <p>Når de kunnskapsbaserte retningslinjene har blitt implementert, er det viktig å skape en prosess for vedvarende forbedringer. Det kan inkludere evaluering, audit, feiring, ny opplæring, publisering og presentasjoner. Prosessen med vedvarende forbedringer kan kreve ekstra ressurser, og disse bør identifiseres som et ledd av hele implementeringsprosessen.</p>

Nøkkeldefinisjoner er inkludert i hvert kapittel, og i vedlegg C finner du en komplett ordliste.

Kapittel 1: Identifisere problem, vurdere og velge kunnskap



Kapittel 1: Identifisere et problem, vurdere og velge ut kunnskap

Gjennomgang av introduksjonen

I introduksjonen gikk vi gjennom hensikten, fokuset og målgruppen for den andre utgaven av RNAOs verktøykasse for implementering av retningslinjer, og vi forklarte likhetene med og forskjellene fra den første utgaven. I tillegg introduserte og beskrev vi det kunnskapsbaserte rammeverket Kunnskap-til-handling, som former strukturen og innholdet i denne utgaven av verktøykassen.

Hva dette kapitlet tilfører

- Definerer en retningslinje
- Gir en begrunnelse for bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer
- Viser hvordan kunnskapsbaserte retningslinjer brukes
- Kobler sammen kvalitetsforbedring og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer
- Skisserer hvordan du bør gå frem for å velge kunnskapsbaserte retningslinjer av høy kvalitet
- Skisserer neste trinn når en kunnskapsbasert retningslinje er valgt

Innledning

Dette kapitlet inneholder bakgrunnsinformasjon og videre drøfting av det første trinnet i syklusen Kunnskap-til-handling i verktøykassen for kunnskapsbaserte retningslinjer. Denne prosessen tilrettelegges ved å identifisere et praktisk problem, hvorpå man bruker kunnskapsverktøy, ofte kalt retningslinjer. Mange tusen kliniske retningslinjer er tilgjengelige for klinikere fra alle disipliner. Disse retningslinjene varierer med hensyn til nivå av metodisk nøyaktighet som brukes i utviklingen, styrken i kunnskapsgrunlaget som støtter anbefalingene, tydelighet og format. Mange retningslinjer unnlater å følge etablerte, metodiske standarder for utvikling av retningslinjer (Brouwers mfl., 2010), spesielt med hensyn til å identifisere, evaluere og syntetisere forskningsbasert kunnskap (Straus, Tetroe og Graham, 2009). Klinikere trenger ofte hjelp til å identifisere og velge de beste retningslinjene som er relevante for deres praksis. I denne verktøykassen finner du veiledning som hjelper klinikere og andre med å forstå hva som er gode retningslinjer og hvordan man får tilgang til slike.

Hva er en kunnskapsbasert retningslinje?

Uttrykkene retningslinje, kliniske retningslinjer og kunnskapsbaserte retningslinjer brukes ofte om hverandre for å beskrive en rekke verktøy for klinisk praksis. Denne verktøykassen er basert på forståelsen av at retningslinjene er kunnskapsbaserte ressurser som understøtter kliniske og administrative beslutninger. I denne verktøykassen brukes uttrykkene, som defineres her, for å omtale retningslinjer:

- **Kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer:** Systematisk utarbeidede anbefalinger som er utarbeidet for å bistå helsepersonell og brukere med å ta avgjørelser basert på egnet plan for behandling, pleie og omsorg i konkrete kliniske omstendigheter (Field og Lohr, 1992),
- **RNAO kunnskapsbaserte retningslinjer:** RNAOs unike kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer. Det finnes to typer av kunnskapsbaserte retningslinjer fra RNAO: kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer og kunnskapsbaserte retningslinjer for sunt arbeidsmiljø. Arbeidet ledes av RNAO, med finansiering fra Ontario Ministry of Health and Long-Term Care og støtte fra Health Canada, Office of Nursing Policy (RNAOs nettsted, 2009).

De kunnskapsbaserte retningslinjene fører til utforming av policy, praksis, standarder og fagprosedyrer. The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE II) omtaler tydelig standarder for retningslinjer og bidrar til å skille mellom retningslinjer av god kvalitet og andre praksisrelaterte dokumenter som er tilgjengelige for klinikere på arbeidsplassen.

Hvorfor er det viktig å bruke kunnskapsbaserte retningslinjer?

Kunnskapsbaserte retningslinjer hjelper klinikere å basere praksisen sin på den beste kunnskapen og har betydning for pasientutfall. Selv om hver kliniker bør holde seg oppdatert og påse at den beste kunnskapen blir brukt, kommer det til så mye ny kunnskap hver eneste dag at det er urealistisk å forvente at hver kliniker har tid til å gjennomføre regelmessige litteraturgjennomganger for å holde praksisen sin oppdatert. Ved at troverdige organisasjoner utarbeider kunnskapsbaserte retningslinjer av god kvalitet, får klinikere og organisasjoner muligheten til å bruke den beste kunnskapen i sin praksis. Kunnskapsbaserte retningslinjer er viktige fordi de lar klinikere fokusere på å levere best mulig behandling, pleie og omsorg i trygg forvisning om at de tar utgangspunkt i den beste kunnskapen (Ferguson-Pare, Closson og Tully, 2002). Modellen i figur 2 beskriver prosessen med å utarbeide, formidle, implementere og evaluere kunnskapsbaserte retningslinjer



Figur 2

Metodisk nøyaktig prosess for utvikling av retningslinjer

RNAOs grundige prosess for utvikling av retningslinjer består av en tilnærming som er delt inn i syv faser. Det sikrer best mulig kvalitet og at panelet, som består av sykepleieeksperter og andre, bruker den nyeste og beste forskningen og kunnskapen om temaet, som senere skal brukes i utviklingen av praksis, opplæring og anbefalinger. De konkrete trinnene i prosessen beskrives i modellen i figur 2 over, og de inkluderer: omfattende utvelgelse av temaer, identifisering av ekspertpanelet, identifisering av retningslinjenes omfang, systematisk oversikt over kunnskapsgrunnlaget, utforming av kunnskapsbaserte anbefalinger med fokus på praksis, opplæring og policy, kartlegging av interessenter, publisering av retningslinjen, formidling og en femårig oppdateringsprosess.

Distribusjon og implementering

RNAO arbeider for bred spredning og implementering av retningslinjene, og organisasjonen bruker en koordinert tilnærming til formidling, inkludert en rekke strategier, som beskrevet i figur 2. Implementering av retningslinjer tilrettelegges ved hjelp av RNAO-spesifikke tiltak som inkluderer: 1) Nursing Best Practice Champion Network®, som utvikler enkeltsykepleiere og arbeider for bevissthet, engasjement og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer. 2) Veiledende behandlingsplaner som inneholder tydelig, konkret og praktisk informasjon om retningslinjer basert på de praktiske anbefalingene i kunnskapsbaserte retningslinjer, som sykepleiene kan implementere i praksis. De er utformet for å brukes i kliniske journalsystemer, men de kan også brukes i papirbaserte miljøer eller hybridmiljøer. Se vedlegg E for mer informasjon. 3) Best Practice Spotlight Organization® (BPSO) som støtter implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer på organisatorisk nivå og systemnivå. BPSOs fokus på å utvikle kultur for kunnskapsbasert praksis med konkret mandat å implementere, evaluere og opprettholde bruk av flere kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer fra RNAO. I tillegg til disse strategiene, gjennomføres årlig samlinger for spesifikke kunnskapsbaserte retningslinjer og hvordan de kan implementeres.

Evaluering, monitorering og opprettholdelse av bruken av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Evaluering av effekten av implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer og opprettholdelse av bruken av slike retningslinjer monitoreres ved hjelp av regelmessig evaluering av strukturelle indikatorer, prosessindikatorer og utfallsindikatorer. Strukturelle indikatorer gjelder elementene i arbeidsmiljøet som fasiliterergod behandling, pleie og omsorg og inkluderer bemanning, omsorgsmodeller og lignende. Prosessindikatorer vurderer i hvilken utstrekning anbefalingene fra kunnskapsbaserte retningslinjer har blitt implementert. Utfallsindikatorer er de konkrete pasient- og brukerutfallene som forventes etter bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer. Mulighetene til å koble sammen strukturelle indikatorer og prosessindikatorer med indikatorer for konkrete pasient- og brukerutfall er et hjelpemiddel når man skal finne effekten av implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer på konkrete helseutfall for pasienter og brukere.

Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuIRE®) er et internasjonalt kvalitetsforbedringstiltak som sikrer datainnnsamling og måling av strukturelle indikatorer, prosessindikatorer og utfallsindikatorer knyttet til hver av de kunnskapsbaserte retningslinjene fra RNAO. NQuIRE® ble spesialutformet for at BPSO®er systematisk skal kunne monitorere fremgangen og evaluere resultatene av implementeringen av RNAOs kunnskapsbaserte retningslinjer i sin egen organisasjon.

Ved hjelp av effektiv implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer kan man oppnå følgende mål:

- Bidra til gode utfall for pasienter og brukere
- Redusere variasjon i praksis
- Overføre forskningsbasert kunnskap til praksis
- Fremme bruken av kunnskapsbasen for sykepleie
- Bistå i kliniske avgjørelser
- Identifisere kunnskapshull
- Slutte med tiltak som har liten effekt eller som forårsaker skader
- Redusere kostnader

Slik brukes kunnskapsbaserte retningslinjer

Det forventes at helsepersonell bruker kunnskapsbasert praksis for å tilby trygg og etisk riktig behandling, pleie og omsorg av høy kvalitet. Kunnskapsbaserte retningslinjer har innvirkning på praksis, standarder, fagprosedyrer, opplæringsprogrammer og policy som er en del av alt helsepersonells daglige praksis. Eksempler hvor kunnskapsbaserte retningslinjer har blitt innlemmet i strukturer og prosesser innen helsevesenet inkluderer:

- Pasient- og brukerinformasjon for informerte beslutninger

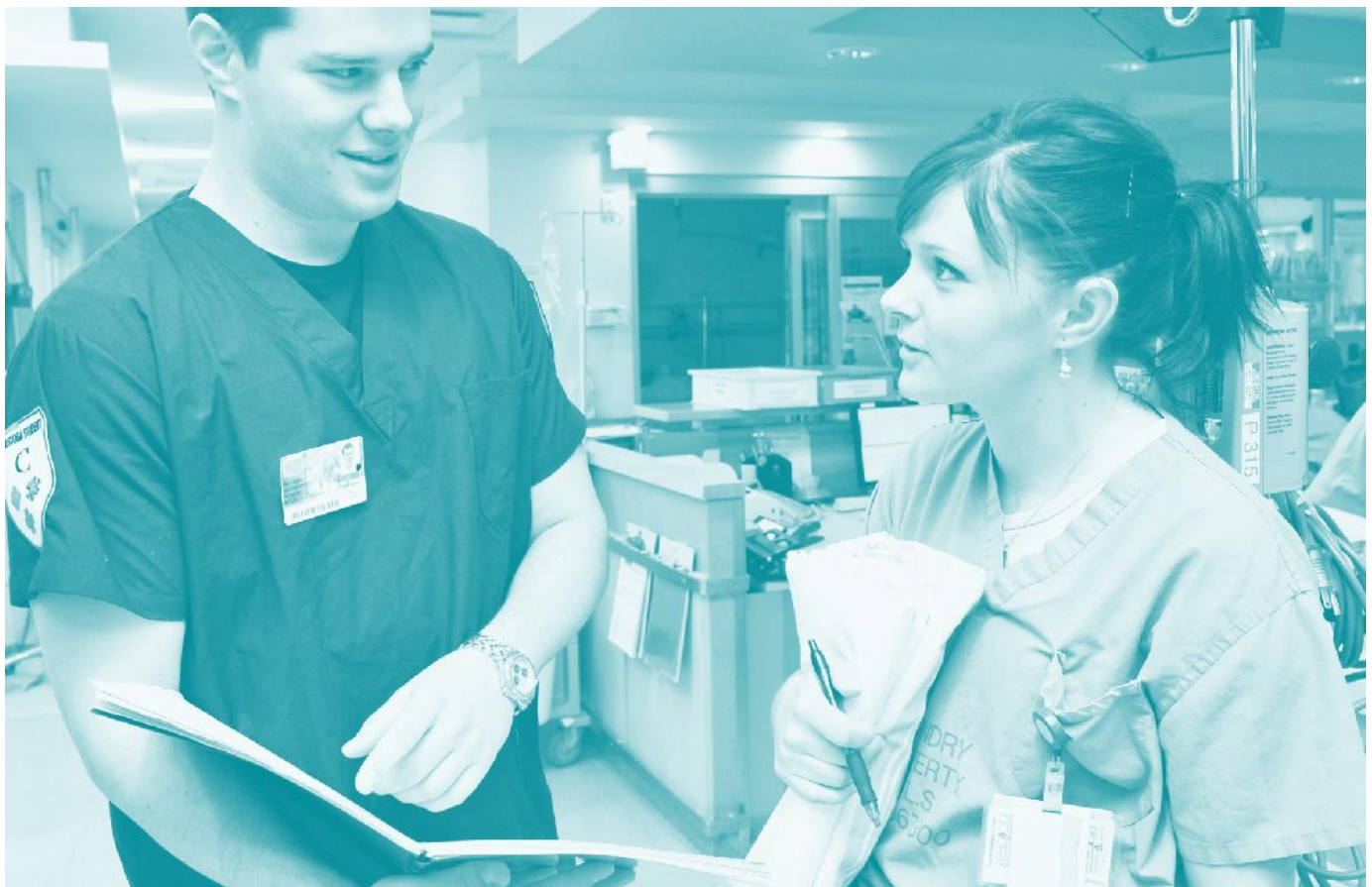
- Behandlingsplaner, behandlingsforløp og algoritmer.
- Systemprosesser og utfall
- Visjoner, formålsparagrafer, daglig praksis, policy, prosedyrer og dokumentasjon (Krugman, 2003).
- Kurssett og opplæringspakker som brukes til orientering og fagutvikling (Krugman, 2003).
- Akkrediteringsstandarder knyttet til kunnskapsbaserte kliniske og administrative beslutninger

Hvordan identifisere muligheter for endring av praksis ved å hjelp av kunnskapsbaserte retningslinjer?

Dagens helseorganisasjoner og klinikere har alltid som mål at deres tilnærming gir gode resultater og er basert på den beste kunnskapen. Derfor brukes mønsterpraksis vanligvis på to måter for å utløse en endring i praksis. Den ene måten er å tilgjengeliggjøre en ny retningslinje som fører til en gjennomgang av praksisen og innføring av den nye retningslinjen. En annen måte er når det oppstår en utfordring eller et problem i praksisen som fører til at man søker etter kunnskapsverktøy, for eksempel en kunnskapsbasert retningslinje, som kan avgjøre hvordan en ny praksis eller konkrete endringer kan føre til en effektiv løsning. Generelt sett vil de fleste kunnskapsbaserte retningslinjer vurderes hvis en av disse omstendighetene oppstår og avdekker et kunnskapshull:

- Interessenter identifiserer et behov i praksisen
- En samfunnspartner ber om hjelp eller ønsker samarbeid i forbindelse med et prosjekt.
- En uønsket hendelse fører til behov for gjennomgang av dagens praksis og å undersøke hvordan behandlingen kan forbedres
- Styresmaktene innfører et nytt helsetiltak
- Det oppstår behov for tiltak i forbindelse med pasientsikkerhet
- Kvalitetstiltak og innsamlede data krever et tiltak

Matrisen på neste side viser hvordan en hendelse eller et problem kan føre til identifisering og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer.



EKSEMPLER på hvordan endringer/problemer i praksisen identifiseres og kan føre til at retningslinjene brukes

Kjede av hendelser	Involvering fra interessenter			Tiltak fra styremaktene	Uønsket hendelse	Kvalitetsindikator
	Enkeltperson	Gruppe	Organisasjon			
Hva skjedde?	Veilederen får oppdatering om en stomipasient fra en student. Det nevnes kunnskapsbaserte retningslinjer.	Akkrediteringskomiteen har avdekket et behov for å forbedre behandling, pleie og omsorg i forbindelse med slag	En doktorgradsstudent utfører forskning på bruk av fysiske tvangsmidler i din organisasjon	Health Canada krever endringer i praksis for blodoverføringer	Feilmedisinering som nesten førte til unødvendig kirurgi for en bruker	Det viser seg at andelen trykksår er høyere enn gjennomsnittet.
Relatert problem eller mulighet som ble avdekket	Det kan være behov for en gjennomgang av stomipleien i organisasjonen	Det utføres en gjennomgang av behandling, pleie og omsorg i forbindelse med slag	Mulighet til å oppdatere all praksis knyttet til bruk av fysiske tvangsmidler	Praksis og dokumentasjon av intravenøs behandling og sentralvenøse tilganger må gjennomgås	Underbemanning og praksis og systemer for medisinerings må gjennomgås	Medarbeiderne har fått god opplæring om trykksår, men mangler utstyr.
Kunnskapsbaserte retningslinjer fra RNAO som sykepleiergruppen fant relevante	<ul style="list-style-type: none"> • Ostomy Care and Management • Client Centred Care • Establishing Therapeutic Relationships 	<ul style="list-style-type: none"> • Stroke Assessment Across the Continuum of Care • Nursing Management of Hypertension • Screening for Delirium, Depression and Dementia in Older Adults • Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult • Care Giving Strategies for Delerium, Depression and Dementia in Older Adults • Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers • Client Centred Care 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment and Device Selection for Vascular Access • Care and Maintenance to Reduce Vascular Access Complications 	<ul style="list-style-type: none"> • Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload • Developing and Sustaining Effective Nursing Leadership • Professionalism in Nursing • Workplace Health, Safety and Well-being in Nursing Guideline 	<ul style="list-style-type: none"> • Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers • Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers.
Andre retningslinjer som også ble brukt	Ingen brukes	<ul style="list-style-type: none"> • ACLS, TNCC, PALS, Triage • Retningslinjer for strategi ved slag 	Ingen brukes	<ul style="list-style-type: none"> • Oncology Nurses Society retningslinjer for venøs tilgang 	<ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjer fra apotek • Lokalenormer og regler (kodex) 	Ingen brukes.
Tiltak i forbindelse med identifisert problem	Utfør en gjennomgang av stomirelaterte retningslinjer, opplæring, dokumentasjon og prosedyrer, noe som fører til færre komplikasjoner som følge av stomioperasjoner	Utfør en gjennomgang av policy for risikovurdering, prosedyrer, opplæring og dokumentasjon. Målet er å forbedre behandlingen av hypertensjon og slag.	Utfør en gjennomgang av retningslinjer, opplæring, dokumentasjon og prosedyrer som omhandler bruk av fysiske tvangsmidler. Målet er å øke brukes og medarbeideres tilfredshet.	Utfør en gjennomgang av policy, opplæring, dokumentasjon og prosedyrer for intravenøs behandling med tanke på brukes og medarbeideres tilfredshet.	Utfør en gjennomgang av policy, opplæring, praksis og dokumentasjon av forskrivning, utlevering og administrasjon av medisiner. Målet er å redusere antall feil.	Innkjøp av trykkavlastende madrasser i hele sykehuset, endringer i dokumentasjon er gjennomført og stomisykepleier er ansatt. Målet er å redusere forekomsten av trykksår.

Let etter kunnskapsbaserte retningslinjer av god kvalitet

Når man har avdekket et gap mellom kunnskap og praksis, er det viktig å bruke den riktige kunnskapen for å finne løsningen. Det har blitt utført mye arbeid for å forbedre kvaliteten og nøyaktigheten i kunnskapsbaserte retningslinjer for å sikre at klinisk praksis baseres på den beste kunnskapen som er tilgjengelig. I tråd med målet om å bruke best mulig kunnskap i forbindelse med utvikling av retningslinjer, er det også viktig å bruke de beste retningslinjene som er tilgjengelige. Derfor anbefales det at både de som lager og de som bruker retningslinjene bruker et instrument for å evaluere dem, for eksempel AGREE II-instrumentet (Brouwers mfl., 2010). På den måten kan man kvalitetssikre retningslinjene før de tas i bruk (Burgers, Cluzeau, Janna, Hunt og Grol, 2003. Harrison, Graham og Fervers, 2009).

Agree II-instrumentet

For å velge en kunnskapsbasert retningslinje, trenger man vurderingskriterier. Verktøy for kritisk vurdering er spesialutformet for dette formålet. AGREE II-instrumentet identifiserer nøkkeltrekk, kalt domener, som kreves for at en retningslinje skal være av god kvalitet, og det er også sensitivt for forskjeller i disse viktige domenenene. (Burgers, Cluzeau, Janna, Hunt og Grol, 2003). Domenene, og hva de omhandler, inkluderer:

- **Avgrensning og formål:** Overordnede mål for retningslinjene, kliniske spørsmål og populasjonen retningslinjen omfatter.
- **Involvering av interessenter:** Sammensetning, fagområde, relevant ekspertise, brukerinvolvering
- **Metodisk nøyaktighet:** Informasjon om søkestrategien, kobling mellom kunnskapsgrunnlaget og anbefalingene med tilhørende diskusjon, ekstern vurdering i forkant av publisering samt prosess for oppdatering av retningslinjen etter publisering.
- **Klarhet og presentasjon:** Anbefalingenes egnethet, presentasjon av ulike alternativer, det er enkelt å lese og finne den viktigste informasjonen, oppsummering av anbefalinger og pasient- og brukerinformasjon skal følge med.
- **Anvendbarhet:** Konsekvenser for organisasjonen og kostnadene dersom retningslinjen innføres, inkludert kriterier for gjennomgang og monitorering av bruken av retningslinjene
- **Redaksjonell uavhengighet:** De som står for finansieringen har ikke påvirket anbefalingene, og medlemmene i retningslinjegruppen har opplyst om mulige interessekonflikter.

Kritisk vurdering av retningslinjer – få det til på arbeidsplassen

Hvis du har funnet en kløft mellom kunnskap og praksis og har funnet en retningslinje som kan være til hjelp, bør det utføres flere trinn i tråd med vurderingsprosessen. Trinnene og drøfting av disse finner du nedenfor.

Trinn nr. 1: Finn ut om en troverdig forfatter allerede har gjennomført en oppdatert vurdering av kunnskapsbaserte retningslinjer som kan være av interesse. Organisasjoner som RNAO har en systematisk prosess for å utføre kritiske vurderinger av kunnskapsbaserte retningslinjer innen ulike temaer. Informasjon fra slike vurderinger som RNAO har utført, finner du i vedleggsoversikten for hver retningslinje.

Trinn nr. 2: Hvis det ikke finnes en vurdering, må du søke etter tilgjengelige kunnskapsbaserte retningslinjer for ditt tema. Utfør et systematisk søk etter relaterte kunnskapsbaserte retningslinjer, og husk at slike retningslinjer kan ha varierende nøyaktighet og kvalitet. Bruk en erfaren bibliotekar eller ekspert på litteratursøk.

Trinn nr. 3: Få tilgang til fulltekst av de kunnskapsbaserte retningslinjene. En rask gjennomlesning henviser ofte til tekniske dokumenter, monografier eller andre tilknyttede dokumenter som beskriver utviklingen av retningslinjen, samt tilhørende kunnskapsgrunnlag. Sørg for å ha et ryddig register over hvilke retningslinjer som har blitt vurdert.

Trinn nr. 4: Når man vurderer mange kunnskapsbaserte retningslinjer, kan man bruke kriterier for utvelgelse (for eksempel kriterier for inkludering og ekskludering) for å velge de mest relevante. Utvelgelsen skal sikre at utviklingen av retningslinjene var kunnskapsbasert. Kriterier for utvelgelse kan også

omfatte: Kunnskapsbaserte retningslinjer skrevet på norsk (hvis du ikke har kapasitet til å oversette dem), skrevet i et bestemt tidsrom og skrevet med konkret fokus på det aktuelle temaet.

Trinn nr. 5: Sett ned en gruppe på fire til seks personer som skal vurdere og evaluere de aktuelle kunnskapsbaserte retningslinjene. Medlemmene bør ha erfaring fra det aktuelle teamet, forstå forskningsprosessen og ha fått en innføring i hvordan AGREE II-instrumentet skal brukes.

Prosessen med kritisk vurdering av retningslinjer gjør det mulig å identifisere en eller flere retningslinjer som kan implementeres (den gjør det også enklere å identifisere dokumenter som ikke er retningslinjer). Hvis du finner flere retningslinjer, kan implementeringsgruppen bestemme om bare én av dem skal brukes eller om det kan brukes anbefalinger fra flere retningslinjer, basert på kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget og lokale forhold.

RNAO kunnskapsbaserte retningslinjer

RNAO følger bevisst domeneene fra AGREE II i prosessen med utvikling av retningslinjer for å sikre at produktet holder høy kvalitet. RNAO velger et tema, setter ned et tverrfaglig ekspertpanel, søker etter og evaluerer relaterte retningslinjer samt identifiserer systematiske oversikter og artikler om temaet. All kunnskapen blir kritisk vurdert, og informasjonen blir syntetisert til anbefalinger. Dokumentet gjennomgår fagfellevurdering, blir slutført og deretter publisert. Retningslinjene gjennomgås hvert femte år og revideres ved behov (Graham, Harrison, Brouwers, Davies, Dunn, 2002. Grinspun, Virani og Eajnok 2002).

Mange organisasjoner og klinikere velger å bruke RNAOs retningslinjer på grunn av den nøyaktige prosessen som brukes og den høye troverdigheten som RNAOs arbeid med kunnskapsbaserte retningslinjer har. Selv om man har bestemt seg for å bruke en kunnskapsbasert retningslinje fra RNAO, anbefales det likevel å vurdere den ved hjelp av AGREE II, siden instrumentet hjelper implementeringsgruppen med å validere og understreke domeneegenskapene til den valgte retningslinjen fra RNAO overfor teammedlemmene. Det gir også teamet et verktøy som de kan bruke på andre retningslinjer som enten er i bruk eller vurderes. Ved å gjennomføre en kritisk vurdering av en retningslinje, kan man også oppnå aktiv læring (Singleton og Levin, 2008).

Ved at personene som er involvert i implementeringen på et tidlig tidspunkt gjør en kritisk vurdering av retningslinjene, kan man oppnå flere ting:

- Bidra til å styrke teamet.
- Skape tillit til anbefalingene i retningslinjen.
- Introdusere AGREE II-instrumentet som en standard for å sikre kvaliteten på retningslinjene.

Hva skjer når en retningslinje har blitt valgt?

Når man skal fastlegge de neste trinnene, er det viktig å stille sentrale spørsmål som bestemmer hvordan og hvor retningslinjene skal implementeres. Slike spørsmål omfatter:

- Gjelder de retningslinjene for alle områder i organisasjonen?
- Finnes det spesielle anbefalinger som dekker kjente organisatoriske behov?
- Finnes det anbefalinger som allerede er implementert?
- Finnes det anbefalinger som bare er delvis implementert? Kun enkelte anbefalinger? Kun i enkelte enheter?
- Har noen anbefalinger blitt delvis implementert (for eksempel kun enkelte anbefalinger eller kun i enkelte enheter?)
- Finnes det anbefalinger som må implementeres før andre?
- Er det noen anbefalinger som kan implementeres raskt?
- Finnes det anbefalinger som er basert på kunnskapsgrunnlag av høyere kvalitet enn andre?
- Vil noen anbefalinger ta lengre tid å implementere? Finnes det hindringer for implementeringen? Finnes det utfordringer knyttet til budsjett? Utfordringer knyttet til medarbeidernes ferdigheter? Utfordringer knyttet til ledelsen? Utfordringer knyttet til arbeidsmengde? Utfordringer knyttet til kultur og holdninger?

Når disse spørsmålene skal besvares, må nøkkelinteressenter inkluderes og involveres (se kapittel 2B for informasjon om hvordan interessenter bør involveres). Det kan også hende du bør vurdere tilgjengelige kvalitetssikringsdata for å kunne besvare alle disse spørsmålene.

Avgjørelsene som tas basert på svarene på disse spørsmålene, vil bestemme omfanget av implementeringen av kunnskapsbaserte retningslinjer, samt ressursbehovet.

Fokusere på nødvendige endringer i praksis

Ikke all praksis endres når en ny kunnskapsbasert retningslinje implementeres.

Kunnskapsbaserte retningslinjer støtter klinikere og organisasjoner i dagens praksis og gir samtidig retning for forbedringer. Det er viktig å bygge videre på eksisterende praksis og prosesser når man planlegger å endre praksis. En total overhaling av arbeidsplassen og generell omveltning er vanligvis verken nødvendig eller anbefalt i forbindelse med implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer.

I arbeidet med å besvare spørsmålene over er det avgjørende at man undersøker dagens praksis og sammenligner den med anbefalingene i de kunnskapsbaserte retningslinjene. På den måten kan man finne ut hvilke deler av dagens praksis som støttes av anbefalingene. Deretter kan implementeringen målrettes for å forsterke og opprettholde eksisterende mønsterpraksis på arbeidsplassen, samt mot konkrete forbedringsområder.

Kløften mellom dagens praksis og anbefalt praksis

For å enklere kunne identifisere dagens kunnskapsbaserte praksis og hvilke deler av den som bør endres, bør teamet som har ansvaret for implementering av de kunnskapsbaserte retningslinjene måle kløften mellom kunnskap og praksis (altså kløften mellom kunnskap fra gode kunnskapsbaserte retningslinjer eller systematiske oversikter og dagens praksis i organisasjonen) (Kitson og Straus, 2009. Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein og Bhattacharyya, 2009). I prosessen med denne analysen er det veldig nyttig å engasjere pasientnære medarbeidere og stille dem følgende spørsmål:

- 1) Er det stor kløft mellom dagens praksis og mønsterpraksis?
- 2) Hvor og i hvor stor grad finnes det kløft?

Et verktøy for analyse av kløften er vedlagt som hjelpemiddel i denne prosessen. Det er produsert på bakgrunn av anbefalinger fra to av RNAOs kunnskapsbaserte retningslinjer. Når verktøyet er utfyllt, inkluderer det anbefalinger fra retningslinjen, og det indikerer hvilke som er oppfylt, delvis oppfylt eller ikke oppfylt. Det inkluderer også hvilke anbefalinger eller deler av anbefalinger som kanskje ikke er aktuelle.

Verktøyet er nyttig for å:

- Finne ut hvilke praksiser som allerede er kunnskapsbaserte, støttes av de kunnskapsbaserte retningslinjene og som kan brukes til å forsterke praksisen
- Identifisere anbefalingene som ikke er aktuelle.
- Identifisere praksis som delvis oppfyller anbefalingene i den kunnskapsbaserte retningslinjen og som utgjør gode primærmål for praksisendringen
- Finne ut hvilke anbefalinger som ikke er oppfylt og som kan kreve mer langsiktige strategier.

Det er viktig å begynne med de endringene som er enklest å gjennomføre eller som er helt avgjørende for brukernes og medarbeideres sikkerhet. Begynn med å forsterke suksess og fokusere på raske seiere.

Kløftanalysen er en rask og enkel måte for å kontrollere om anbefalingene følges (altså om dagens praksis allerede er kunnskapsbasert). Dette er det verdt å merke seg og feire med medarbeiderne. Det er alltid bra når man kan starte en prosess med å si «Godt jobbet!». Deretter kan man ofte ta opp den anbefalte praksisen som delvis oppfylles.

Når analysen er fullført, må man ta grep i samsvar med resultatene. For eksempel må man finne ut hva man må

gjøre for å oppfylle anbefalingene dersom man har avdekket at enkelte anbefalinger er delvis oppfylt. Kanskje innkjøp av nytt utstyr eller mer konkret opplæring av medarbeiderne kan sikre at anbefalingene blir oppfylt? Kolonnen for anbefalinger som ikke er oppfylt, er alltid den mest utfordrende. Men det kan hende listen blir kort når man tar en nærmere titt på hva som allerede

er mønsterpraksis for prosesser, policy og praksistiltak på arbeidsplassen. Enkelte anbefalinger som ikke er oppfylt, vil også identifiseres som uaktuelle.

Når kløftanalysen knyttet til den kunnskapsbaserte retningslinjen som vurderes for implementering har blitt fylt ut, er den et nyttig verktøy for rask forklaring av dagens status for praksisen sammenlignet med ønsket nivå. Dette blir et nyttig verktøy for å vise fremgangen i implementering av en retningslinje hvis det brukes på riktig måte gjennom imlementeringsprosessen.

Kløftanalysen inneholder en oppsummering av informasjon som kan komme fra flere kilder, inkludert systemanalyser, kjerneårsaksanalyser, audit av journaler, formelle og uformelle intervjuer, møter med tverrfaglige team, diskusjoner i praksiskomiteen, spørreundersøkelser, vurderinger av retningslinjer, vurderinger av relatert dokumentasjon, analyser av medarbeidernes ferdigheter samt en oversikt over utstyr.

Bak oversiktsmatrisen for kløftanalysen ligger en grundigere analyse av «hvor» og «hvorfor» for dagens praksis, samt «hvem» og «hvordan» man kan gjøre «hva» for å sikre endringer. Nedenfor finner du to eksempler som viser hvordan kløftanalysen kan brukes til å identifisere områder som bør endres.

EKSEMPEL 1: Oppsummert kløftanalyse for kunnskapsbaserte retningslinjer, eller oppsummering av kløftanalyse

RNAO BPG: Prevention of Falls & Fall Injuries in the Older Adult – (Oct 2002)				
Anbefaling fra retningslinje	Oppfylt	Delvis oppfylt	Ikke oppfylt	Kommentarer
1.0 Vurdere fallrisiko ved innleggelse.	✓			Gjøres også etter de første 24 timene og hver gang brukeren flyttes. Organisasjonen overgår anbefalingene.
1.1 Vurdere fallrisiko etter et fall.	✓			
2.0 Det anbefales å bruke Tai Chi for å forebygge fall hos eldre mennesker for brukere med opphold som overstiger fire måneder og for brukere som ikke har historikk med brudd som følge av fall.			✓	Introdusere Tai Chi under gjennomgang i praksiskomiteen.
2.1 Sykepleiere kan bruke styrketrening som ett av virkemidlene for forebygging av fall. Men det finnes ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne anbefale det som eneste virkemiddel.	✓			Se planen for pleie knyttet til fall.
2.2 Som del av det tverrfaglige teamet kan sykepleiere implementere fallforebygging basert på flere virkemidler for å forebygge fremtidige fall.	✓			Se planen for pleie knyttet til fall.
2.3 Etter å ha diskutert med helseteamet kan sykepleiere gjennomføre periodiske gjennomganger av medisineren for å forebygge fall hos eldre i helseinstitusjoner.	✓			Se planen for pleie knyttet til fall.

2.4 Sykepleiere kan vurdere å bruke hoftebeskyttere for å redusere antall hoftebrudd hos brukere som man anser har høy risiko for brudd som følge av fall.		✓		Sentre for kritisk omsorg / rehabiliteringsenheter gjør dette. Opplæring av medarbeidere innen akutt omsorg er på vei.
--	--	---	--	--

<p>2.5 Sykepleiere gir brukere informasjon om fordelene ved vitamin D-tilskudd for å redusere fallrisiko. I tillegg: informasjon om diett, livsstil og behandlingsalternativer for å forebygge benskjørhet er relevant med tanke på å redusere risikoen for brudd.</p>		✓		<p>Ikke gjort konsekvent: Trenger informasjon på inntaksskjema. Skjemaendringer skal leveres til dokumentasjonskomiteen 14. november.</p>
<p>2.6 Alle brukere som man mener har høy risiko for fall, får opplæring med hensyn til risikoen.</p>	✓			<p>Se planen for pleie knyttet til fall.</p>
<p>3.0 Sykepleiere inkluderer miljøendringer som en del av strategiene for forebygging av fall.</p>	✓			<p>Se planen for pleie knyttet til fall.</p>
<p>4.0 Opplæring knyttet til forebygging av fall og skader som følge av fall bør inkluderes i læreplanene for sykepleiere (ikke aktuelt) og kontinuerlig opplæring.</p>	✓			<p>Gjennomgang i sykepleie- og studentorientering.</p>
<p>5.0 Sykepleiere bør ikke bruke sengehest for å forebygge fall eller hyppige fall for brukere som får pleie ved helsesenter, men andre faktorer kan påvirke denne avgjørelsen.</p>	✓			<p>Sengehest for egenforflytning i senger. Sengehester er tilgjengelige for ikke-tvangsrelaterte behov.</p>
<p>6.0 Organisasjonen nedfeller retningslinjer for minimal bruk av tvangsmidler. Dette inkluderer både fysiske og kjemiske løsninger.</p>	✓			<p>Se retningslinjene for «Minst mulig bruk av tvang».</p>
<p>7.0 Organisasjonen skapte et miljø som støtter intervensjoner for forebygging av fall, som omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallforebyggingsprogram • Opplæring av medarbeidere • Kliniske konsultasjoner for risikovurdering og intervensjon 	✓	✓	✓	

<ul style="list-style-type: none"> • Involvering av tverrfaglige team • Utstyr, forflytningsanordninger, hev- og senkbare senger og sengealmer 	<p>✓</p> <p>✓</p>			<p>Organisasjonen overgår anbefalingene. Se siste retningslinjer for tvangsbruk, opplæringspakker for sykepleiere og studenter samt omsorgsplaner relatert til fall.</p>
<p>8.0 Implementere prosesser for å administrere polyfarmasi/psykotrope legemidler – bruke medisineringsgjennomganger og alternativer til sedasjon.</p>	<p>✓</p>			<p>Se retningslinjene for «Minst mulig bruk av tvangsmidler».</p>
<p>9.0 Kunnskapsbaserte retningslinjer kan implementeres med tilstrekkelig planlegging, ressurser, tilrettelegging og administrativ støtte.</p>	<p>✓</p>			<p>Fagansvarlig (feks fagsykepleier)</p>

Referanse: Nancy Bauer og Leamington District Memorial Hospital, 2002

EKSEMPEL 2: Oppsummert kløftanalyse for kunnskapsbaserte retningslinjer, eller oppsummering av kløftanalyse

RNAO BPG: Prevention of Constipation in the Older Adult Population – (Oct 2002)				
Anbefaling fra retningslinje	Oppfylt	Delvis oppfylt	Ikke oppfylt	Kommentarer
1.0 Vurdere forstoppelse ved å innhente brukerens historikk.	✓			Inkonsekvente vurderinger: Behøver påminnere i inntaksskjema, behandlingsplan og journal. Endringer er iverksatt av farmasøyt- og sykehusrepresentanter i dokumentasjonskomiteen.
2.0 Få informasjon fra brukeren om: mengde og type daglig væskeinntak, inntak av kostfiber, relevant medisinsk/kirurgisk historikk. (se retningslinjen for detaljer)		✓		
3.0 Vurdere brukerens medisiner for å finne medisiner som er knyttet til laksativer		✓		
3.1 Undersøke risiko for polyfarmasi ,inkludert duplisering av både reseptbelagte og ikke reseptbelagtemedisiner, samt deres bivirkninger.	✓			
4.0 Identifisere brukerens funksjonsevner knyttet til mobilitet, spising og drikking, samt kognitiv status knyttet til evnen til å kommunisere behov og følge enkle instruksjoner.		✓		Gjøres ved sykehus / rehabiliteringsenhet. Dokumentasjonskomiteen ser på hvordan prosessen fra sykehus / rehabiliteringsenheten kan brukes i sykehus.
5.0 Gjennomføre en fysisk undersøkelse av abdomen og rektum. Vurdere magemuskelstyrke, tarmlyder, magemasse, forstoppelse, avføring, hemoroider og analrefleks.		✓		Abdominal vurdering og tarmlyder utføres ved innleggelse og ved behov.
6.0 Før prosedyre for forstoppelse iverksettes, må tarmmønster (se retningslinjen) og toaletttrutiner kartlegges ved hjelp av en syvdagers dagbok.		✓		Passer for brukere med lengre opphold. Behov for bruk andre steder er under vurdering.
7.0 Væskeinntaket skal være mellom 1500 og 2000 ml/dag. Oppfordre til å ta slurker gjennom dagen. Minimer koffein og alkohol.		✓		Prosesen er forstått sykehus / rehabiliteringsenhet. Opplæring av medarbeidere i akuttomsorg er planlagt i januar. Behandlingsplan for forstoppelse revideres. Tverrfaglig team er en del av implementeringen
8.0 Inntak av kostfiber skal være mellom 25 og 30 gram/dag. Kostfibermengden skal økes gradvis når brukeren har jevnt væskeinntak på 1500 ml/dag. Det anbefales å rådføre seg med en ernæringsfysiolog.		✓		

9.0 Oppfordre til regelmessige toalettbesøk hver dag basert på det måltidet som fører til behov for toalettbesøk hos brukerens. Ivareta brukerens mulighet til uforstyrret toalettbesøk..		✓		Gjøres i sykehus / rehabiliteringsenhet. Se ny akuttplan for omsorg.
---	--	---	--	--

10 Fysisk aktivitet skal tilpasses hver enkelts fysiske evner, helsetilstand, personlige preferanse og tåleevne.	✓			Dette kan dokumenteres i ny behandlingsplan.
10.1 Gange, for personer med full eller begrenset mobilitet (se retningslinjen for informasjon om hyppighet).	✓			Dette kan dokumenteres i ny behandlingsplan.
10.2 Personer som ikke kan gå eller som er sengeliggende vipping av bekkenet, rotasjon i nedre ryggrad og forsiktig benløft.			✓	Se revisjonen av behandlingsplanen
11. Vurder brukerens respons og behov for fortsatte tiltak (se retningslinjen for detaljer).		✓		Trenger påminnelser i medisinalister og daglige vurderingsskjemaer. Dokumentasjonskomiteen skal vurdere det.
12 Omfattende opplæringsprogrammer for å redusere forstoppelse og fremme tarmhelsen skal organiseres og gjennomføres av en spesialsykepleier. Se retningslinjen for mer informasjon.			✓	Sykepleieledelsen vurderer om en sykepleier skal få videreutdanning innen inkontinens. Se kløftanalyse for RNAO-retningslinjen Prompted Voiding.
13 Organisasjoner oppfordres til å bruke en tilnærming med tverrfaglig team for å forebygge og behandle forstoppelse.		✓		Dokumentasjonskomiteens ad hoc-medlemmer er på plass.

14 Kunnskapsbaserte retningslinjer kan implementeres med tilstrekkelig planlegging, ressurser, tilrettelegging og administrativ støtte.	✓			Ansvarlig sykepleier ved sykehusavdeling har ansvaret for denne kunnskapsbaserte retningslinjen.
---	---	--	--	--

Referanse: Brukes med tillatelse fra Leamington District Memorial Hospital

Før du går videre til neste kapittel, bør du tenke gjennom følgende:

- Har du tilstrekkelig kunnskap om retningslinjer og kunnskapsbaserte retningslinjer, samt hvordan de skal defineres og hvorfor de er viktige?
- Forstår du hva en god retningslinje bør inneholde og hvordan du kan vurdere dette ved hjelp av AGREE II-instrumentet?
- Forstår du hvordan RNAO involverer seg i prosessen med utarbeidelse av retningslinjene og hvilken tilnærming de bruker i utarbeidelsen av retningslinjer?
- Ser du hvordan du kan koble implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer til kvalitetsforbedring eller andre tilnærminger som brukes for å bestemme mønsterpraksis og resultater på din arbeidsplass?
- Kan du og et team av medarbeidere utføre en kløftanalyse innen et tema for retningslinjer for å finne ut hvilke sentrale praksiser som er kunnskapsbasert i dag og hvilke som bør endres?

1 Øvelse

1. Foreta en rask sammenligning av de to eksemplene på kløftanalyse som du finner i dette kapitlet.
2. Finn ut hvilken av de to kunnskapsbaserte retningslinjene du vil anbefale å implementere først. Hvorfor?

Anbefalt lesning:

Brouwers, M. C., Stacey, D., og O'Connor, A. M. (2009). Knowledge translation tools. In S. Straus, J. Tetroe og I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Kitson, A. og Straus, S. E. (2010). *The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps*. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E73–E77.

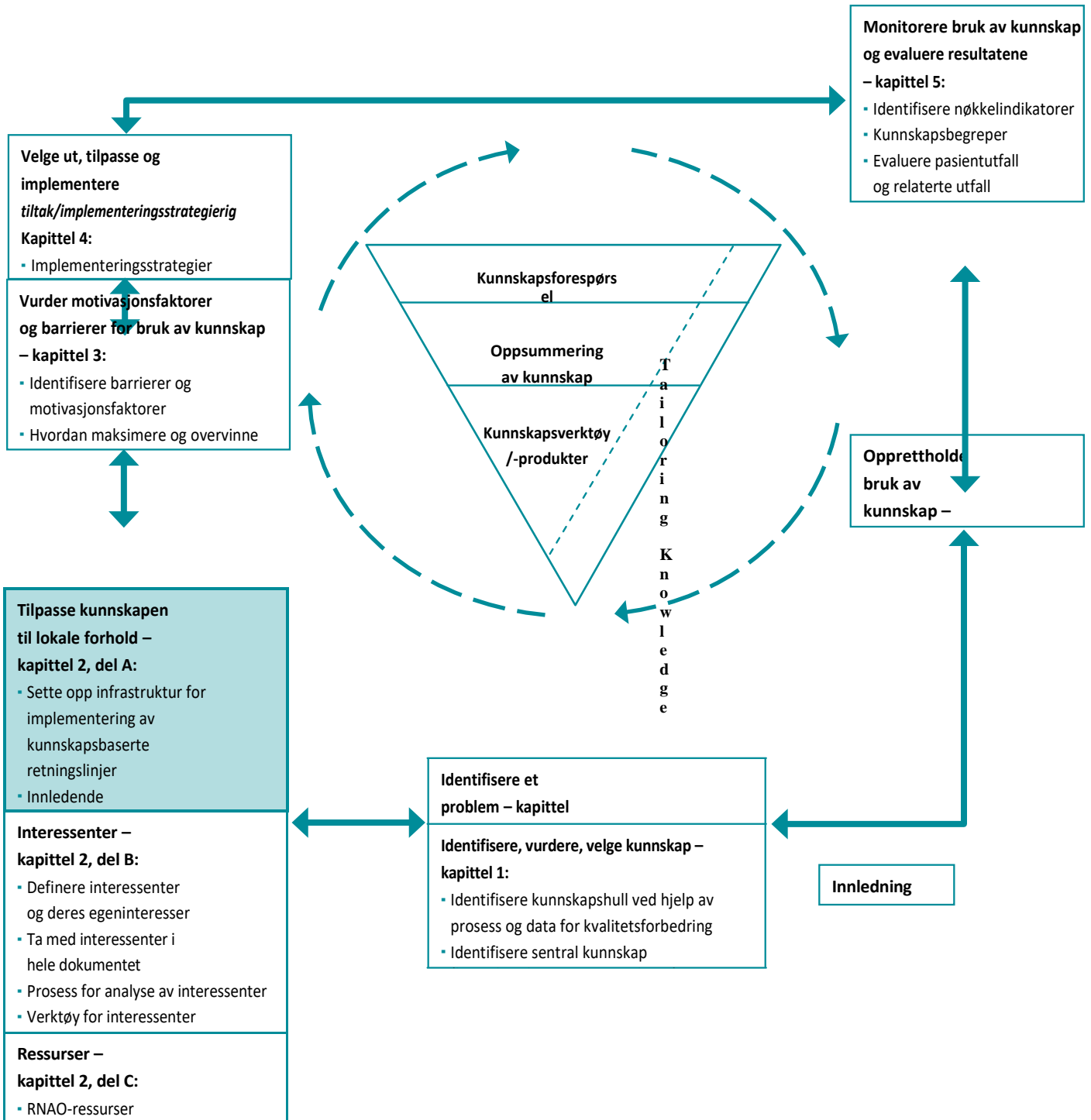
Anbefalte nettsteder:

G-I-N Adaptation Working Group: <http://www.g-i-n.net/working-groups/adaptation>

AGREE II: <https://www.agreetrust.org/agree-ii/>

National Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov/>

Kapittel 2A: Tilpasse kunnskapen i en lokal kontekst



Oppsummering av forrige kapittel

Kunnskapsbaserte retningslinjer, inkludert de fra RNAO, er verdifulle ressurser som gjør det enklere å levere effektiv, kunnskapsbasert omsorg. I RNAOs verktøykasse for kunnskapsbaserte retningslinjers kunnskap til handling-syklus, fokuserer det første trinnet i handlingssyklusen på å identifisere kløfter mellom kunnskap og praksis, etterfulgt av vurdering og utvelgelse av egnet kunnskap til å redusere slike kløfter. Når man identifiserer problemer eller avvik i dagens praksis får man en mulighet til å endre praksis basert på en relevant, kunnskapsbasert retningslinje. Avgjørelser om hvorvidt retningslinjen eller individuelle anbefalinger skal implementeres, må også omfatte kritisk vurdering av retningslinjen, for eksempel ved å bruke AGREE II.

Hva dette kapittelet tilfører

Dette kapittelet omhandler den andre fasen av syklusen fra kunnskap-til-handling – tilpasse til lokale forhold. Vi beskriver hvorfor det kan være behov for å tilpasse praktiske retningslinjer og anbefalinger til de lokale forholdene, der de skal brukes. Vi diskuterer ulike strategier for å oppnå dette, inkludert ADAPTE-metodikken for tilpasning av retningslinjer. Det er viktig å huske at alle retningslinjer vanligvis krever noe tilpasning for å kunne brukes i lokal kontekst. Tilpasningen kan vanligvis utføres som en del av trinnene i Kunnskap-til-handling-modellen, for eksempel interessentanalyser, identifisering av barrierer og motivasjonsfaktorer eller utarbeidelse av implementeringsplaner. I enkelte tilfeller, der retningslinjer må endres i større grad for å forenkle implementeringen i et konkret spesialistområde, en sektor eller et betydelig annerledes kulturelt konsept, vil trinnene som omhandler ADAPTE i dette kapittelet være nyttige. I slike situasjoner kan ADAPTE-metodikken brukes til å lette prosessen med utarbeidelse av retningslinjen ved å la en etablert retningslinje systematisk tilpasses til målområdet. Informasjonen i dette kapittelet brukes i slike situasjoner, og ellers kan de som skal implementere retningslinjen gå videre til det neste trinnet i Kunnskap-til-handling-modellen.

Nøkkeldefinisjoner

Tilpasning av retningslinje: En «systematisk tilnærming for å vurdere godkjenning eller tilpasning av retningslinjer produsert for ett miljø for bruk og implementering i et annet som et alternativ til ny utvikling av kliniske retningslinjer som første trinn i implementeringsprosessen, mens man opprettholder kunnskapsbaserte prinsipper» (Fervers, Burgers, Voellinger, Brouwers, Browman og Graham, 2011)

Kilderetningslinje: En retningslinje som er «utvalgt for å gjennomgå vurdering av kvalitet, aktualitet, innhold, overensstemmelse og egnethet, og som man kan bruke som grunnlag for en tilpasset retningslinje» (The ADAPTE Collaboration, 2009).

Interessenter: En interessent er en person, gruppe eller organisasjon som har interesse i din avgjørelse om å implementere en kunnskapsbasert retningslinje (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie og Nickleson, 1999). Interessenter inkluderer enkeltpersoner eller grupper som blir direkte eller indirekte påvirket av implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje.

Dette er faktaene

Tilpasning av retningslinjer er en viktig prosess i forbindelse med implementeringen av kunnskapsbasert praksis (Harrison, Graham og Fervers, 2009). Det kan være krevende å implementere kliniske retningslinjer som har blitt utarbeidet for én kultur eller sektor, i en annen kultur eller sektor. Kontekstuelle forskjeller kan påvirke anbefalingenes egnethet eller gjennomføringsevne, selv om de understøttes av et solid kunnskapsgrunnlag. Hver lokale kontekst er unik og er formet av en rekke faktorer, inkludert organisatoriske prioriteringer, tilgjengelige ressurser, praksisens omfang og aktuelt lovverk. Tilpasningen av eksisterende kliniske retningslinjer av høy kvalitet til den lokale konteksten minimerer behovet for å utarbeide spesifikke, kliniske retningslinjer og gjør det

enklere å implementere kunnskapsbaserte anbefalinger i den aktuelle praksisen.

Tilpasning av retningslinjer inkluderer å ta avgjørelser om verdien og egnetheten til kunnskapen som presenteres i kilderetningslinjen opp mot de lokale omstendighetene (Graham, mfl., 2006). «Den inkluderer også aktivitetene som det kan hende at implementeringsgruppen må gjennomføre for å skreddersy eller tilpasse kunnskapen til den aktuelle situasjonen» (Graham, mfl., 2006), samtidig som man opprettholder anbefalingenes kunnskapsbaserte natur. Det overordnede målet er å sikre at alle oppfatter at retningslinjene og anbefalingene som blir implementert, er relevante for det aktuelle problemet, passer den lokale konteksten og er basert på den beste kunnskapen.

I alle faser av prosessen for implementering av retningslinjer er det helt avgjørende at implementeringsgruppen og relevante interessenter involveres. Implementeringsgruppen kan være involvert i vurderingen og utvelgelsen av egnede retningslinjer, de kan vurdere dem opp mot de internasjonale standardene som beskrives i AGREE II-instrumentet, de kan vurdere den kliniske nytteverdien, hvor enkelt det er å implementere de anbefalte retningslinjene, samt identifisere retningslinjene som generelt er akseptable i den lokale konteksten. Tilpasning av de anbefalte retningslinjene, i tråd med anbefalingene, kan nå gjennomføres av implementeringsgruppen, med innspill fra interessenter. Interessenter på lokalt nivå kan bidra til å sikre at anbefalingene oppfyller de lokale kravene. Eksterne interessenter kan også bidra til å sikre at de tilpassede anbefalingene fortsatt er i tråd med det opprinnelige kunnskapsgrunnlaget og/eller kilderetningslinjen (Graham, mfl., 2005).

En stor utfordring i prosessen med å tilpasse kunnskap til den lokale konteksten, er å sikre at det som blir implementert, fortsatt er kunnskapsbasert. ADAPTE Collaboration (The ADAPTE Collaboration, 2009) har utviklet en systematisk tilnærming for tilpasning av retningslinjer. Den har blitt brukt i forbindelse med utarbeidelse av retningslinjer og implementering i Canada (Gupta mfl., 2009). Prosessen skisserer en rekke trinn man kan bruke for å sikre at implementering av retningslinjer eller anbefalinger i en konkret kontekst oppfyller de aktuelle behovene, prioriteringene og ressursene uten at de mister validiteten, som er basert på kunnskapsgrunnlaget. Sett med kjerneprinsipper som ADAPTE-prosessen for tilpasning av retningslinjer ble utarbeidet med, samt ressurser som kan være til hjelp i lokal kontekst, finner du i vedlegg D.

Konsekvenser som må vurderes før man går videre til neste kapittel

Konsekvenser for interessenter

- I tilpasningsprosessen må man engasjere interessenter som kan sikre at den tilpassede kunnskapen både er kunnskapsbasert og hensiktsmessig tilpasset til konteksten.
- Interessenter kan involveres gjennom hele tilpasningsprosessen (som en del av arbeidsgruppen) eller brukes som konsulenter i ulike trinn av prosessen (ekstern gjennomgang).

Konsekvenser for ressurser

- Vurder ressursene som trengs til tilpasningen. Dette kan inkludere: tilgang til internett og bibliotek tjenester for å søke etter, og samle inn kliniske retningslinjer, nok tid til å kunne gjennomføre kritiske vurderinger av retningslinjene, samt fysisk plass slik at arbeidsgruppen eller implementeringsgruppen kan møtes regelmessig.

Konsekvenser for handlingsplan

- Det må utføres en grundig vurdering av de identifiserte kliniske retningslinjene for å sikre at de har relevans i den lokale konteksten.
- Hvis det blir nødvendig med tilpasning, må man bruke en systematisk tilnærming for å sikre metodisk nøyaktighet og en transparent prosess.

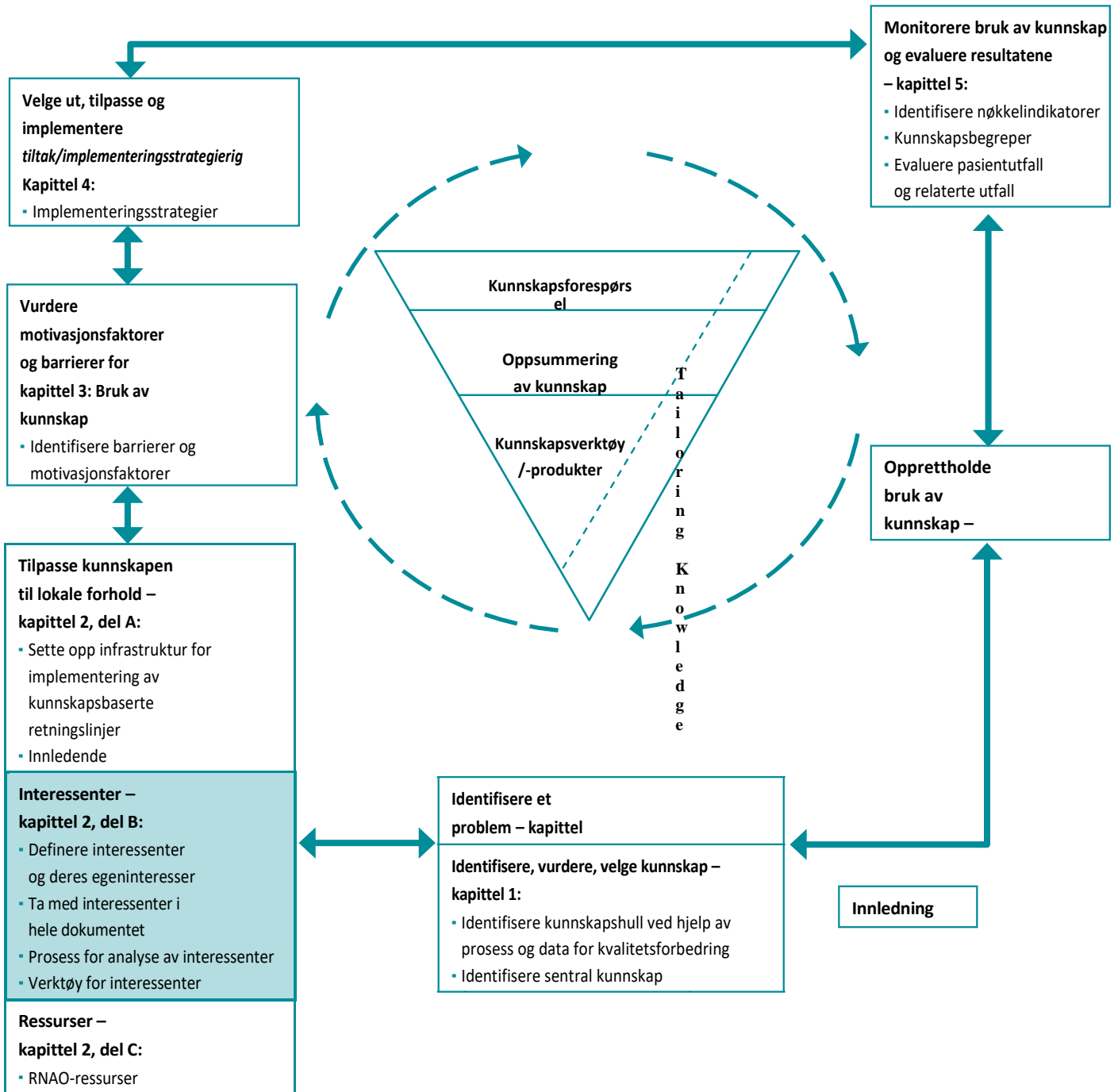
Scenario: Et eksempel fra pleie- og omsorgstjenestene

I en organisasjon som leverer pleie- og omsorgstjenester har en tverrfaglig gruppe blitt nedsatt i forbindelse med implementeringen av vurdering av munnhygiene. Relevante retningslinjer er vurdert, og en arbeidsgruppe har bestemt seg for å implementere denne anbefalingen fra Oral Health: Nursing Assessment and Interventions- «sykepleiere skal bruke et standardisert, oppdatert og pålitelig verktøy for kontinuerlig vurdering av munnhygiene» (Registered Nurses' Association of Ontario, 2008, side 29). For å kunne bestemme hvilket verktøy som skal implementeres, identifiserer implementeringsgruppen følgende faktorer som er relevante for den lokale konteksten:

- Pasientene er eldre mennesker som trenger daglig hjelp med munnhygiene.
- Munnhygien ved denne institusjonen utføres av gruppen offentlig godkjente sykepleiere, godkjente helsefagarbeidere og personlige assistenter.
- For å begrense omfanget av en formell vurdering av munnhygien på daglig basis, bør vurderingen være kort, og det bør være enkelt å dokumentere den, spesielt med tanke på kombinasjonen av helsepersonell.
- Andre organisasjoner for som tilbyr pleie- og omsorgstjenester i nærområdet har implementert vurderingsverktøy for munnhygiene, og de har sagt seg villige til å dele sine erfaringer.

RNAOs kunnskapsbaserte retningslinje for munnhygiene inneholder anbefalinger om en rekke verktøy som kan være relevante for eldre mennesker i som mottar pleie over lengre tid. Implementeringsgruppen samlet inn støttelitteratur og eksempler på hvert av verktøyene. Gruppen vurderte validitet og reliabilitet for hvert enkelt verktøy, om det passet for pasientene og om det var sannsynlig at de kunne implementeres i deres organisasjon. Lokale tilbydere ble også kontaktet for å dele sine erfaringer med ulike vurderingsverktøy for munnhygiene. Når gruppen hadde bestemt seg for hvilket verktøy som skulle implementeres, ba de om feedback fra ulike interessenter i organisasjonen (beboere og medarbeidere), samt fra eksterne interessenter (for eksempel tannpleiere). Resultatene fra de interne og eksterne vurderingene var generelt positive og støttet valget. Som et resultat av denne prosessen var gruppen trygg på at anbefalingen om å bruke et standardisert, gyldig og pålitelig verktøy kunne tilpasses deres organisasjon.

Kapittel 2B: Interessenter



Oppsummering av forrige kapittel

I tidligere kapitler har vi sett at kliniske retningslinjer velges ut basert på konkrete kliniske behov, og at de kan implementeres ved hjelp av en systematisk prosess basert på Kunnskap-til-handling-rammeverket. I forbindelse med vurdering av kvaliteten på den valgte retningslinjen, er AGREE II-verktøyet en god ressurs som hjelper deg gjennom prosessen. Hvis det er nødvendig, kan man også bruke ADAPTE-prosessen til å tilpasse retningslinjen slik at den passer bedre, samt for å tilpasse den etter kulturen, rammene og konteksten.

Hva dette kapitlet tilfører

Dette kapitlet omhandler interessentenes rolle. Interessentene har ikke bare interesse for avgjørelsen om å implementere en retningslinje og forventet resultat, men også for om, og hvordan, avgjørelsen og resultatet kommer til å påvirke dem. Dette kapitlet beskriver hvordan man utfører en interessentanalyse. Det beskriver også hvordan man på best mulig måte kan bruke informasjonen som samles inn.

Nøkkeldefinisjoner

Interessent: En interessent er en person, gruppe eller organisasjon som har interesse i avgjørelsen om å implementere en kunnskapsbasert retningslinje (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie og Nickleson, 1999). Interessenter inkluderer alle enkeltpersoner eller grupper som blir direkte eller indirekte påvirket av, eller som direkte eller indirekte kan påvirke implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje.

Interessentanalyse: En interessentanalyse er prosessen hvor man identifiserer og genererer informasjon om interessenter for å kunne hjelpe gruppen som skal implementere retningslinjene med å forstå interessenters adferd, planer, relasjoner og interesser. Denne kunnskapen kan hjelpe gruppen til å finne ut hvilken støtte, hvilke ressurser og hvilken påvirkning interessentene kan bidra med, samt hvordan de kan engasjeres på best mulig måte for å sikre en vellykket implementering.

Dette er faktaene

Interessenter er enkeltpersoner, grupper eller organisasjoner som har en interesse i, blir påvirket av eller kan påvirke en endring i praksisen (Legare mfl., 2009). Du finner eksempler på potensielle interessenter i tabell 1. Interessenter har en avgjørende rolle i alle endringsprosesser, og de må involveres gjennom hele prosessen. Interessenter kan støtte, motsette seg eller være nøytrale til implementeringen av den kunnskapsbaserte retningslinjen. Før man vurderer interessenter, er det viktig at de som har ansvaret for å lede prosessen med implementering av retningslinjene forstår komponentene og prosessene. Ved å gjøre seg kjent med eventuelle utfordringer, blir det enklere å identifisere de første interessentene, samt å analysere deres egeninteresse i de foreslåtte endringene. Hver interessents posisjon avhenger av i hvor stor grad de mener at endringene er i tråd med deres egne perspektiver. Litteraturen om retningslinjer for helsevesenet omtaler en rekke vurderinger i forbindelse med hvordan man bør identifisere og engasjere interessenter knyttet til ulike typer endringer av klinisk praksis (Varvasovsky og Brugha, 2000). For eksempel innebærer identifisering av interessenter:

- Hvis man er tydelig på komponentene i prosjektet og implementeringsprosessen, og hvis man er kjent med de relaterte utfordringene, blir det enklere å identifisere de første interessentene. Deretter kan du bruke en snøballteknikk. Denne teknikken involverer å be hver interessent om å identifisere andre, relevante interessenter. Man kan også gjennomføre en strukturert spørreundersøkelse hvor respondentene blir bedt om å identifisere eller rangere hvor viktige de ulike interessentene er.
- Ved å bruke både kvalitative og kvantitative tilnærminger for å identifisere interessenter, blir det enklere å lage en komplett liste og database over interessenter.
- Vurder brukeren/pasienten/beboeren. Brukerens syn på den planlagte implementeringen og hvordan den kommer til å påvirke hans/hennes helse må avdekkes (RNAO, BPG, Client Centred Care, 2002).

- Å inkludere en rekke klinikere som påvirkes av endringen (for eksempel sykepleiere, leger og annet helsepersonell). Andre viktige interessenter som man må ta med i vurderingen, er toppledere, mellomledere og annet helsepersonell. Enkelte interessenter kan være mer involverte eller viktige ved konkrete trinn i prosessen for klinisk endring.
 - Toppledere er viktige i den innledende fasen for å sikre at man setter mål som er i samsvar med organisasjonens strategi.
 - Mellomledere samarbeider med toppledere i forbindelse med planlegging av implementeringen.
 - Medarbeidere som arbeider i frontlinjen må involveres hvis det oppstår endringer som vil påvirke deres arbeid direkte, med andre ord oppgaver hvor de har den beste kunnskapen om hva, hvor og på hvilken måte ting bør endres (Vink, Imada og Zink, 2008).
- Kategorisere interessenter basert på deres grad av samtykke til praksisendringen og deres relasjon til organisasjonen hvor retningslinjen skal implementeres (Baker, Ogden, Prapaipanch, Keith, Beattie og Nickleson, 1999):
 - Interne interessenter kommer fra organisasjonen og kan inkludere sykepleiere, sykepleieledere, spesialsykepleiere, leger og andre.
 - Eksterne interessenter har sin virksomhet utenfor organisasjonen og kan inkludere organisasjoner som RNAO, akkrediteringsorganer samt interessegrupper for pasienter og brukere.
 - Samordnende interessenter har sin virksomhet på tvers av organisatoriske og miljømessige grenser og inkluderer styremedlemmer og medarbeidere med flere ansettelsesforhold.

Tabell 2: Eksempler på potensielle interessenter

Eksempler på potensielle interessenter (listen er tilpasset norske forhold)			
	Enkeltpersoner	Grupper	Organisasjoner
Interne	<ul style="list-style-type: none"> • Bruker (og/eller pårørende) • Sykepleieledere • Administrerende direktør • Sykepleier • Spesialsykepleiere (diabetessykepleier, stomisykepleier etc.) • Opplæringsansvarlig • Leger • Klinisk ernæringsfysiolog • Sosionom • Kontor-/støttepersonell • Fysioterapeut • Ergoterapeut • Husøkonom • Personlig assistent • Avdelingsleder eller avdelingsdirektør • Prosjektleder 	<ul style="list-style-type: none"> • Familieråd/pårørendemøte • Sykepleiere/ pleiepersonale • Avdelinger • Klinikker/poster • Program • Komiteer/grupper • Gruppeterapi • Smittevern • Innkjøp • Ledelse • HMS • Verneombud Nattevakter 	<ul style="list-style-type: none"> • Fagforeninger • Samfunnsaktører

Eksterne	<ul style="list-style-type: none"> • Relevante ledere • Dekan • Ordfører/ Politiker • Selger • Konsulent • Lærer • Rektor • Kommunaldir • Case manager 	<ul style="list-style-type: none"> • Pårørendeforum • Skolestyre • Akkrediteringskomite 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerinteressegruppe • Samfunnsaktører • Leverandører • Helsedirektoratet, som gir nasjonale normer • Profesjonelt organ • Offentlig departement
«Grenseland»	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerrepresentanter representert i styrer og komiteer • Representanter fra samfunns partnere som har interne roller og ansvar • Praksisveileder som også arbeider som sykepleier i organisasjonen • Fagforeningsrepresentant som også arbeider internt som sykepleier 	<ul style="list-style-type: none"> • Offentlige støttegrupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Samfunnspartner • Tjenesteleverandør i samfunnet • Offentlig sykehus • Offentlig helseenhet • Offentlig helsesenter • Profesjonelt organ (for eksempel: RNAO eller CNO) • Fagforening

MERK: Dette er ikke en uttømmende liste, det finnes andre interessenter enn de vi har nevnt her

Det er helt avgjørende at interessentanalysen gjennomføres ved starten av prosjektet, men den kan også revideres i løpet av prosjektet

Interessentanalyse

Analysen skal ta hensyn til interessentenes karakteristikk, altså deres kunnskap om temaet, deres perspektiver, erfaring med grupper samt deres evne til å ta avgjørelser. Litteraturen viser at tidlig involvering av interessenter er avgjørende for at utvelgelse og implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer skal lykkes, samt at riktig bruk av interessenter kan føre til at implementeringen av nye retningslinjer blir vellykket (Henderson, Davies og Willet, 2006, Lawrence mfl., 2008, Loisel mfl., 2005, McKinlay mfl., 2004).

Ulike retningslinjer fører til ulike sett av interessenter, som krever ulike ressurser og strategier for engasjering (Isett mfl., 2007). Når interessentene har blitt identifisert, utføres interessentanalysen. Den inkluderer:

- Å vurdere interessentene for å avdekke potensiell påvirkning og reaksjon, basert på deres innstilling til endringen.
- Å finne mulige måter å engasjere interessenter på for å sikre så stor støtte som mulig (Lawrence, Polipnick og Colby, 2008, Miles, Valovirta og

Målet med interessentanalysen er todelt:

1. Å maksimere samsvar mellom interessentenes interesser og målene for implementeringen av retningslinjen.
2. Å styre eller minimere risikoer knyttet til manglende støtte fra interessenter.

Interessentanalysen vurderer hver enkelt interessents egeninteresse, deres innflytelse og deres støtte for foreslåtte endringer, samt faktorer som kan gjøre det enklere å få deres støtte. Med utgangspunkt i denne analysen kan man utarbeide egnede strategier for engasjering av interessenter. Det er viktig at hver interessent og interessentens stilling evalueres regelmessig. Det kan hende at strategier må evalueres når det dukker opp nye interessenter, og når andre interessenter bytter arbeid. Dybden og bredden på interessentanalysen kan variere, og det finnes mange modeller for interessentanalyse som kan brukes, fra enkle til mer komplekse (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie og Nickleson, 1999).

De fleste modellene for interessentanalyse inkluderer at man undersøker to variabler:

1. Potensialet for støtte til endringsinitiativet.
2. Potensialet for trussel eller grad av påvirkning knyttet til endringen. Du må bruke ulike strategier for å engasjere interessenter avhengig av de vurderte interessentenes støtte og innflytelse (figur 3):

- De som har **stor innflytelse** og er **veldig støttende** kan man regne med vil være mest positive i forbindelse med formidling og tilslutning til de kunnskapsbaserte retningslinjene. Slike interessenter trenger mye oppmerksomhet for at de skal kunne fortsette å støtte tiltaket, og de må holdes kontinuerlig oppdatert.
- De som har **stor innflytelse** og **ikke er støttende i stor grad** krever mest oppmerksomhet, slik at man får dem med.
- De som har **liten innflytelse**, men er **veldig støttende** trenger noe oppmerksomhet for å forhindre at de blir nøytrale eller negative til endringen, slik at man kan regne med deres hjelp.
- De som har **liten innflytelse** og **ikke er veldig støttende**, kan være nederst på prioriteringslisten, men det er lurt å engasjere denne gruppen og få dem over til en nøytral posisjon, dersom det er mulig, for å minimere eventuelle negative effekter.

Å være oppmerksom på sorteringen av interessenter, som inkluderer å bestemme hvilken strategi som skal brukes for hvilken type interessenter – og når – gjør at man kan bruke energien og ressursene i implementeringsprosjektet på en mest mulig effektiv måte (Miles, Valovirta og Frewer, 2006). Vanligvis bør alle interessenter involveres tidlig i prosessen med tilpasning og implementering av retningslinjene for å sikre at deres behov oppfylles (Henderson, Davies og Willet, 2006, Lawrence mfl., 2008, Loisel mfl., 2005, McKinlay mfl., 2004). Enkelte interessenter kan være velegnet som forkjempere for å forsterke andre, utfordrende interessegruppers evne til å akseptere og bifalle innføringen av retningslinjen (Lawrence mfl., 2008, Lichtman mfl., 2004, McKinlay mfl., 2004). En god kombinasjon av interessenter og strategi fører til maksimalt samsvar mellom interessentenes interesser og prosjektets mål, samtidig som det minimerer risikoer som kan oppstå når man ikke får støtte fra interessentene. Alternativt vil en dårlig kombinasjon av interessenter og strategi føre til bortkastet energi (det blir for stor oppmerksomhet på interessenter som har liten innflytelse) eller tapte muligheter (man klarer ikke å involvere støttende interessenter). Dette kan være risikabelt for organisasjonen, siden man ikke klarer å forutse eller beskytte seg mot negative interessenter.

Husk at interessentanalysen er en kontinuerlig prosess.

- Det kan dukke opp nye interessenter over tid.
- Det kan hende at enkelte interessenter ikke engasjeres før implementeringsprosessen.
- Det kan hende at strategier må revideres.
- En endring i interessentens arbeid/stilling kan endre interessentens påvirkningskraft.

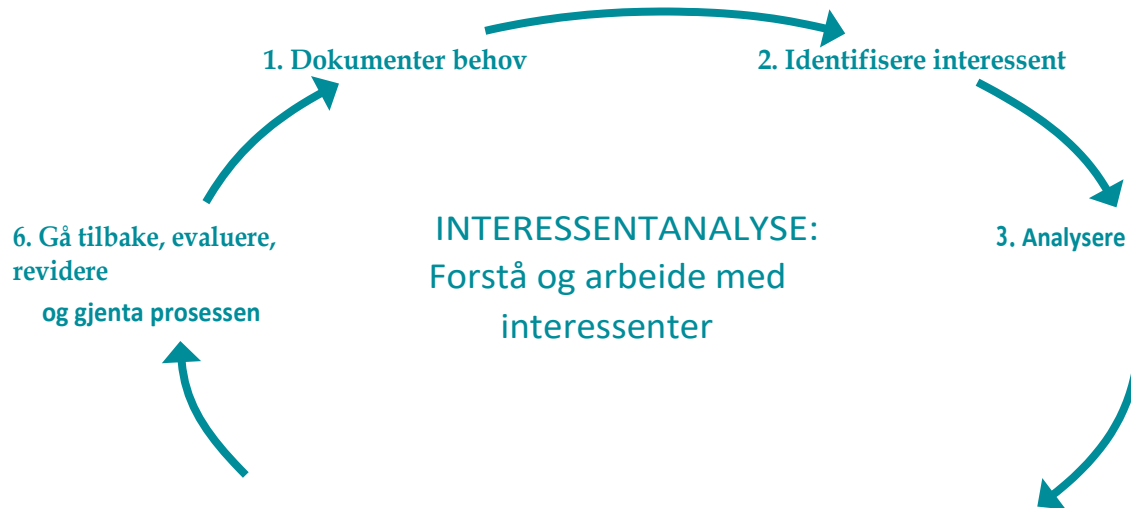
Figur 1: Interessentens støtte, innflytelse og strategier for engasjering

ILLUSTRASJON AV INTERESSENTERS INNFLYTTELSE OG STØTTE			
Med generiske strategier for engasjering			
	Stor	←----- INNFLYTTELSE ----->	Liten
STØTTE <----- Stor ----->	<ul style="list-style-type: none"> Vil påvirke formidling og tilslutning på en positiv måte Det kreves mye oppmerksomhet og informasjon for å opprettholde interessen <p>Strategier</p> <ul style="list-style-type: none"> Samarbeide Involvere eller tilby muligheter hvor de kan være støttende Støtte og omgås med Oppfordre til feedback Forberede endringsadministrasjon Styrke 		<ul style="list-style-type: none"> Kan påvirke formidling og tilslutning på en positiv måte hvis de får oppmerksomhet Trenger oppmerksomhet for å opprettholde interessen og forhindre utvikling av nøytralitet <p>Strategier</p> <ul style="list-style-type: none"> Samarbeide Oppfordre til feedback Styrke med faglig status Oppfordre til deltakelse Forberede endringsadministrasjon Involvere på et visst nivå
		Stor støtte Stor innflytelse	Stor støtte Liten innflytelse
-----> Liten -----<	<ul style="list-style-type: none"> Kan påvirke formidling og tilslutning på en negativ måte Trenger mye oppmerksomhet for å få støtte eller nøytralitet Arbeide for økt interesse <p>Strategier</p> <ul style="list-style-type: none"> Konsensus Bygge relasjoner Anerkjenne behov Bruke eksterne interessenter og konsulenter Involvere på et visst nivå Understreke hvordan kunnskapsbaserte retningslinjer utarbeides Ikke provosere til handling Monitorere 	Liten støtte Stor innflytelse	<ul style="list-style-type: none"> Minst egnet til å påvirke formidling og tilslutning Kan påvirke planer på en negativ måte Krever noe oppmerksomhet for å oppnå støtte eller opprettholde nøytralitet Arbeid for å få aksept for prosjektet <p>Strategier</p> <ul style="list-style-type: none"> Konsensus Bygge relasjoner Anerkjenne behov Bruke eksterne interessenter og konsulenter Involvere på et visst nivå Monitorere

Få det til å skje i din praksis

Nå er du klar til å utføre en trinnvis interessentanalyse, som vist nedenfor. Dette hjelper organisasjonen med å støtte implementeringen av din kunnskapsbaserte retningslinje.

Figur 2: Oversikt over interessentanalyse



interessentens

innflytelse og støtte

5. Implementere
endring

4. Identifisere



i
n
t
e
r
e
s
s
e
n
t
e
r
s

egeninteresse og
engasjement

Tilpasset fra: <http://leadershipchamps.files.wordpress.com/2008/03/Stakeholder-management-process-1.jpg>, fra 05.01.2011

Trinn nr. 1: Dokumenter behov. Du har oppnådd dette ved å fullføre kløftanalysen fra kapittel en og ved å identifisere den kunnskapsbaserte retningslinjen som skal implementeres. Vær veldig tydelig på prosjektet, målene og resultatene for prosjektet med kunnskapsbaserte retningslinjer. Du må tydelig kunne uttrykke hvem målgruppen er (hele organisasjonen, en avdeling, ett program eller en konkret enhet) og hva du håper å oppnå. Skissere dagens praksis og hvem som er involvert. Skissere hvordan praksisen endres ved hjelp av den kunnskapsbaserte retningslinjen, og hvem som skal involveres. Bruk hele gruppen til å fullføre dette trinnet.

Trinn nr. 2: Identifisere interessenter. Arbeid sammen med gruppen for å identifisere og utvikle en omfattende liste over de viktigste interessentene i implementeringsprosjektet. Arbeid sammen med gruppen for å samle inn informasjon som kan hjelpe deg med å forstå interessentene. Det kan hende du bør gjennomføre spørreundersøkelser, fokusgrupper eller individuelle intervjuer av nøkkelpersonell. Planlegg et konkret manuskript som skal brukes til å beskrive initiativet for kunnskapsbasert retningslinje slik at hver interessent får den samme informasjonen. Det kan være utfordrende å innhente informasjon fra store interessentgrupper, som helsepersonell, men hvis man arbeider med aktuelle utvalg og representanter for sykepleiere, og hvis man bruker skriftlige spørreundersøkelser eller åpne fora, kan det bli enklere å få innspill fra viktige interessentgrupper. Med store interessentgrupper kan det hende du opplever at det finnes mange ulike synspunkter, avhengig av undergruppens natur og perspektiv. Husk å ta med i vurderingen at det kan finnes ulike perspektiver innenfor samme interessentgruppe.

Trinn nr. 3: Analysere interessenters innflytelse og støtte Når du skal analysere interessenters innflytelse, må du vurdere hvordan din institusjon tar avgjørelser. Hvem er involvert i beslutningsprosessen? Hvem kommer til å ta avgjørelsen? Hvem kan påvirke beslutningen? Hvem kan påvirke implementeringen? Hvem kommer til å stå i første rekke når det kommer til avgjørelsen og implementeringen? Hvem kommer til å lede og stå i første rekke når det kommer til implementeringen? Og til slutt – hvem kommer til å bruke anbefalingene? Interessenter må også analyseres, og man må finne ut hvor mye støtte man kan forvente å få fra hver av dem. Interessenter kan være støttende, ikke-støttende eller nøytrale.

Husk at interessentanalysen alltid er tidssensitiv. Det kan hende at det ikke virker som om enkelte interessenter har høy innflytelse nå, men i takt med at prosjektet utvikler seg, kan deres innflytelse øke. For eksempel kan det hende at sykepleiergrupper ikke har høy innflytelse i det tidlige arbeidet med å skaffe ressurser for å få fart på prosjektet, men de kommer til å være helt avgjørende interessenter i fasene med planlegging og implementering.

Trinn nr. 4: Identifisere interessenters egeninteresse, og engasjere interessenter. Egeninteresse er motivasjonen for endring. Vi kan ikke understreke nok hvor viktig det er å finne og forstå hvilke saker som kommer til å engasjere interessenten. Egeninteresse må også identifiseres konkret. Det er ikke nok å tenke at «bedre omsorg for brukeren» er en tilstrekkelig motivasjonsfaktor. Det er viktig å være så konkret som mulig, siden egeninteresse kan oppstå fra mange ulike synspunkter. Den kan:

- Ha lite å gjøre med selve den foreslåtte endringen, men kan være en veldig personlig funksjon (for eksempel hvis en person er på utkikk etter en forfremmelse eller anerkjennelse)
- Være en personlig interesse som er direkte knyttet til temaet (for eksempel kan en person ha hatt et familiemedlem som har fått slag og ikke fått kunnskapsbasert behandling, pleie og omsorg)
- Være en funksjon knyttet til reduksjon av arbeidsmengden (for eksempel reduserer ny dokumentasjon antall skjemaer fra ti til fem for et beslektet tema)

Vurder nøye interessentenes interesser og innflytelse, siden dataene som samles inn fra interessentanalysen blir nyttig i forbindelse med å avdekke strategier for engasjering i planleggings-, implementerings- og evalueringsfasene av prosjektet.

Trinn nr. 5: Implementere endring. Implementer den planlagte endringen (se kapittel 5), inkluder planer for hvordan interessenter skal engasjeres slik at de blir involvert i prosjektet på en måte som best passer deres grad av innflytelse, støtte og egeninteresse.

Trinn nr. 6: Gå tilbake til gjennomgangen, revider og gjenta syklusen. Husk å gå tilbake til interessentanalysen regelmessig for å gå gjennom listen over de viktigste interessentene og finne ut om deres stilling er endret, basert på strategiene for engasjement, prosjektets status og andre endringer som påvirker interessentene. Revider strategiene for å engasjere interessentene ved behov for å øke samsvaret mellom interessentenes behov og prosjektets mål. Dette reduserer risikoen for både organisasjonen og prosjektet ditt, og det sikrer at organisasjonen kan bruke ressursene på best mulig måte.

Konsekvenser som må vurderes før man går videre til neste kapittel

Konsekvenser for interessenter

- Interessentene kan selv identifisere andre, viktige interessenter som man bør ta hensyn til i implementeringen av den kliniske, kunnskapsbaserte retningslinjen (kalles ofte «snøballeffekten») eller komme med informasjon som kan forbedre interessentanalysen.

Konsekvenser for ressurser

- Vurder ressursene du trenger for å evaluere og engasjere interessenter. Dette kan inkludere: tilgang til e-post eller telefon for å kunne kommunisere med interessenter, samt tid til å møte interessenter og tid slik at implementeringsgruppen kan møtes regelmessig.

Konsekvenser for handlingsplan

- Identifiser alle potensielle interne, eksterne og samordnende interessenter.
- For hver interessent må det gjennomføres en interessentanalyse som tar hensyn til deres egeninteresse, innflytelsesnivå og nivå av støtte med tanke på de foreslåtte endringene.
- Utvikle skreddersydde strategier for å engasjere interessenter.

🔍 Scenario

Ved et lite, offentlig sykehus har man satt sammen en tverrfaglig gruppe som har ansvaret for implementeringen av prosedyre for stell av trykksår, basert på RNAOs *Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers Best Practice Guideline*. Målgruppen for prosedyren er sykepleiere som tar seg av sykehusets pasienter, men det forventes at implementeringen av prosedyren kommer til å påvirke en rekke interne, eksterne og samordnende interessenter. Det gjennomføres en interessentanalyse (tabell 2) for hver av de identifiserte interessentene i et forsøk på å finne mulige strategier for å engasjere disse personene og gruppene i implementeringsarbeidet.

Tabell 3: Skjema for intressentanalyse

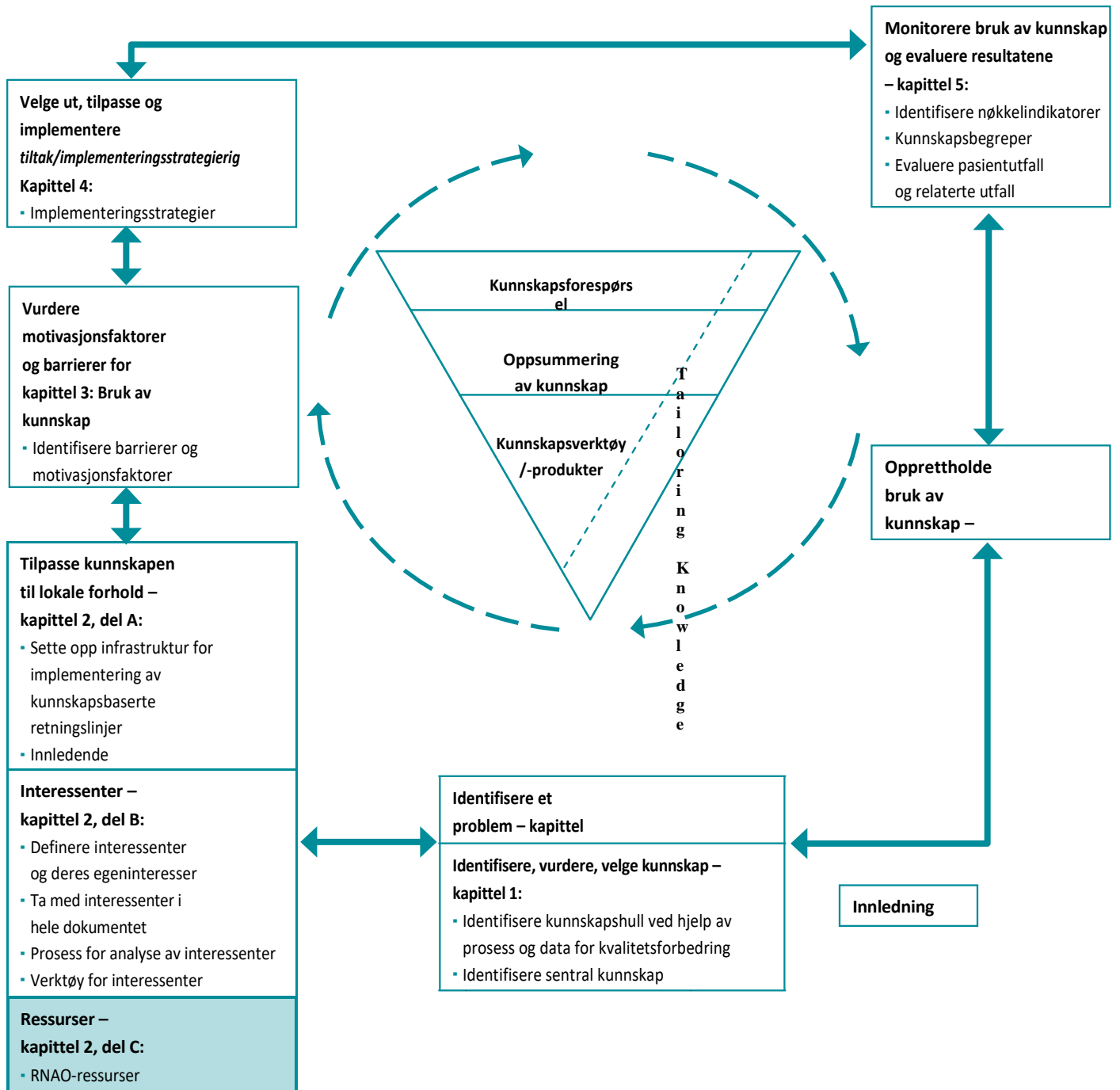
Interes sent	Form for egeninteresse (kun eksempler)	Interessentens innflytelse og støtte – (høy, lav)		Administrasjonsstrategier	Revidering
Sykehusadministrasjonen	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre kvaliteten på kliniske tjenester • Forbedre profesjonell praksis • Kostnadseffektivitet og tjenesteeffektivitet 	Stor	Stor	<ul style="list-style-type: none"> • Innhente godkjenning for viktige prosjektaktiviteter • Forberede for, og inkludere i strategier for endringsledelse 	
Leder for sykepleietjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Være den beste leverandøren av tjenester til lokalsamfunnet 	Stor	Stor	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeide om viktige prosjektaktiviteter (som styringskomité, fullføring av prosedyre for stell av trykksår) • Forberede for, og inkludere i endringsledelse 	

Ledere	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre kvaliteten på kliniske tjenester • Redusere antall trykksår • Forbedre profesjonell praksis • Være den «beste» leverandøren av tjenester til lokalsamfunnet 	Stor	Stor	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeide om viktige prosjektaktiviteter (som presentasjon for enheter) • Forberede for, og inkludere i endringsledelse 	
--------	---	------	------	---	--

Interesent	Form for egeninteresse (kun eksempler)	Interesentens innflytelse og støtte – (høy, lav)		Administrasjonsstrategier	Revidering
Fagutviklingssykepleier	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre kvaliteten på pasienttjenester • Forbedre profesjonell praksis 	Stor	Stor	Samarbeide om viktige prosjektaktiviteter (som opplæring og kursing av medarbeidere)	
Sykepleiere	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere antall trykksår • Opprettholde profesjonalitet og selvstendighet i egen praksis • Opprettholde trivsel på arbeidsplassen 	Stor	Stor	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorere aktiviteter i innledende fase • Engasjere viktige opinionsledere i prosjektaktiviteter • Bygge samlet konsensus (som opplæring i retningslinjene, opplæring innen ny forskning og utvikle hjelpemidler som forbedrer standardiserte kliniske behandlingsplaner) 	
Leger og annet helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> • Redusere antall trykksår og assosierte komplikasjoner 	Stor	Stor	<ul style="list-style-type: none"> • Involvere i viktige prosjektaktiviteter (som revisjon og utarbeidelse av retningslinjer) • Opplæring i retningslinjer og hvordan de utarbeides 	

Pasienter og pårørende	<ul style="list-style-type: none">• Velge leverandør av helse- og omsorgstjenester (sykehus eller helsepersonell) som prioriterer sikkerheten	Stor	Stor	<ul style="list-style-type: none">• Involvere i viktige prosjektaktiviteter (som revisjon og utarbeidelse av retningslinjer)• Involvere i implementering av retningslinjer og prosedyrer	
------------------------	---	------	------	---	--

Kapittel 2C: Ressurser



Oppsummering av forrige kapittel

De første trinnene i implementering av en kunnskapsbasert retningslinje inkluderer identifisering av en relevant, kunnskapsbasert klinisk retningslinje av høy kvalitet basert på identifiserte behov, tilpasse den til den lokale konteksten hvis det er store kulturelle eller sektorbaserte krav og engasjering av interessenter som kan påvirke implementeringen av retningslinjen.

Hva dette kapittelet tilfører

For at en implementeringsplan skal bli vellykket må ressursene som kreves for å fullføre de planlagte aktivitetene stilles til rådighet. Dette kapittelet tar for seg hvordan du kan vurdere ressursbehovet for å sikre effektiv implementering av retningslinjen i din organisasjon, og det inneholder også strategier som gjør det enklere for deg å skaffe disse ressursene.

Nøkkeldefinisjoner

Ressurser: Økonomiske ressurser, personalressurser eller andre ressurser som er nødvendige for å oppnå målene som er skissert i handlingsplanen.

- Økonomiske ressurser inkluderer finansieringen som trengs for å dekke de økonomiske kostnadene knyttet til implementeringen (for eksempel opplæring av medarbeidere, frikjøp av prosjektleder, utstyr, formidling).
- Personalressurser er enkeltpersonene som trengs, og som har den nødvendige ekspertisen til å kunne gjennomføre implementeringsaktivitetene (for eksempel prosjektkoordinator, IT-spesialist).
- Andre ressurser er støtte som ikke inkluderer penger, for eksempel tilgang til varer og tjenester (med andre ord organisasjonen som sørger for tilgang til internett eller bibliotek tjenester).

Dette er faktaene

En vesentlig del av enhver implementeringsplan er å vurdere og anskaffe ressursene man trenger for å kunne gjennomføre de planlagte aktivitetene, for eksempel trenger man internett-tilgang og bibliotek tjenester for å kunne søke etter relevante retningslinjer for å løse de kliniske problemene. Å forstå ressurstilgjengeligheten basert på de lokale forholdene er viktig for å få en vellykket implementering av en kunnskapsbasert retningslinje i en gitt praksis. Tilgjengelighet av ressurser er en vanlig motivasjonsfaktor eller barriere for vellykket implementering av en klinisk retningslinje. I kapittel 4, 5 og 6 i denne verktøykassen kan du lese om hvordan du bør planlegge de konkrete aktivitetene i forbindelse med implementering, evaluering og varig bruk av en endring i praksis – hver av dem har sine egne krav. Derfor er det viktig å vite hvordan man skal presentere ressursbehovet ved en rekke trinn i forbindelse med implementeringen av den kliniske retningslinjen.

Analyse av relevante interessenter i organisasjonen gjør det enklere å identifisere enkeltpersoner og organisasjoner som du kan be om hjelp. Når de er identifiserte, er det ofte nødvendig å bruke en skreddersydd tilnærming når man skal be om ressurser. Tilnærmingen må baseres på faktorer som påvirkning og støtte, egeninteresser og organisasjonens policy (formell eller uformell). Men i alle tilfeller er det helt avgjørende å legge frem en solid, kunnskapsbasert sak som skisserer behov, hensikt og verdi på en slik måte at målgruppen finner det interessant dersom man skal sikre de nødvendige ressursene.

Få det til å skje i din praksis

Vurder ressursene du får behov for

I tabell 3 finner du et arbeidsark som kan hjelpe deg med å sette opp et prosjektbudsjett. Arbeidsarket inneholder eksempler på utgifter som kan være relevante ved hvert trinn i implementeringsprosjektet. Den konkrete listen for ditt prosjekt kan bestå av flere eller færre ting, avhengig av hvilke aktiviteter som er planlagt for hvert trinn. Kostnadene som er knyttet til hver

Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer
aktivitet, kan bestemmes ved hjelp av erfaring, forskning eller kontakt med interessenter.

Tabell 3: Skjema for ressursanalyse

Kapittel	Utgifter	Kostnad
Legge grunnlaget – generelt <ul style="list-style-type: none"> • Lag en gjennomføringsplan • Aktiviteter knyttet til opplæring/PR 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektleder • Pressekonferanse • Personalmøter • Foredragsholder • Møteutgifter 	
Identifisering av kunnskapsbasert retningslinje <ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteter i forbindelse med søk og vurdering 	<ul style="list-style-type: none"> • Hjelp fra bibliotekar • Litteratursøk • Ressurser til dataanalyser og informasjonssystem (maskinvare, programvare, teknisk brukerstøtte) 	
Interessenter <ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteter i forbindelse med identifisering, vurdering og engasjement 	<ul style="list-style-type: none"> • Møteutgifter (møterom, mat og drikke) • Fokusgrupper • Personal-/avdelingsmøter • Seminarer 	
Vurdere om miljøet er forberedt <ul style="list-style-type: none"> • Behovsanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Møter • Reisevirksomhet • Spørreundersøkelser 	
Implementering <ul style="list-style-type: none"> • Fremmede og adferdsendrende aktiviteter 	<ul style="list-style-type: none"> • Trykkekostnader • Produksjon av presentasjon eller plakat • Deltakelse ved viktige møter • Grafisk design • Markedsføring (for eksempel plakat på hver enhet) • Artikkel i sykehusets nyhetsbrev • Pressemelding • Frikjøp så medarbeidere kan delta på opplæring • Arbeidsmøter, interaktive opplæringsmøter • Tid til medarbeiderne som er involvert i implementeringen (spesialsykepleiere, fagutviklingssykepleiere, IT-konsulent) • Utstyr og vedlikehold av utstyr • Utvikling av auditverktøy 	

<p>Evaluering</p> <ul style="list-style-type: none">• Datagenerering, revidering og rapportproduksjon	<ul style="list-style-type: none">• Tid til medarbeidere: uthenting av journaler, dataekstraksjon fra journaler, registrering og analyse av data, intervjuer• Stipender/incentiver betales for å øke svarandelen• Lydoptak og transkribering av intervjuer og fokusgrupper• Utgifter til kontorrekvisita eller publisering• Datainnsamling utført av medarbeidere som har tilgang til journaler• Dataanalyser og rapport	
--	---	--

Skaffe ressursene du trenger

Trinn 1 – lage kampanjestrategi for den kunnskapsbaserte retningslinjen

En skriftlig og godt utarbeidet implementeringsplan er nøkkelen til å få den støtten du trenger. I denne verktøykassen finner du strategier du kan bruke for å utvikle en omfattende handlingsplan som skisserer resultatene eller leveransen som organisasjonen kan forvente når den foreslåtte endringen har blitt implementert.

En rekke hovedbudskap er nyttige når man arbeider for å skaffe ressurser:

- de konkrete målene for implementeringsprosjektet.
- en beskrivelse av målgruppen som påvirkes av implementeringen.
- de planlagte implementeringsstrategiene.
- en diskusjon om hvorfor prosjektet er unikt og interessant for brukere/pasienter og medarbeidere.
- muligheter for forskning og utvikling.
- potensielle kostnadsbesparelser.
- tidsplaner.
- budsjett.
- en beskrivelse av hvordan prosjektet kan bidra til å posisjonere din organisasjon som leder, utfordrer, følger eller nisjeaktør i bransjen.

I enkelte tilfeller kan det være nødvendig med en mer detaljert prosjektbegrunnelse for å vise hvordan det foreslåtte tiltaket løser dagens og fremtidige utfordringer, samt hva som kreves for å kunne implementere retningslinjene. Beslutningstakere må overbevises om at prosjektet er en god klinisk og økonomisk investering. En prosjektbegrunnelse defineres som et argument, vanligvis i form av et dokument, som forklarer fordelene og risikoene knyttet til det foreslåtte tiltaket. Informasjonen bør være konkret og detaljert, slik at man kan overbevise beslutningstakere om at prosjektet er en god investering, http://en.wikipedia.org/wiki/Business_case, accessed August 2, 2012. Tabell 4 viser et eksempel på elementene i en prosjektbegrunnelse og hvordan de er knyttet til Kunnskap-til-handling-modellen.

Tabell 4: Sjekkliste for utvikling av prosjektbegrunnelse

Komponentene i Kunnskap-til-handling-modellen	Elementer i prosjektbegrunnelsen og spørsmål man bør vurdere
Innledning	<p>Element: Kortfattet sammendrag</p> <p>Spørsmål: Har du skrevet en generell introduksjon og informasjon om <u>utfordringene som er knyttet til problemet?</u></p> <hr/> <p><i>Merk: Denne delen bør skrives til slutt slik at du kan oppsummere hvem, hva, når, hvorfor samt andre viktige detaljer som prosjektbegrunnelsen/planen inneholder.</i></p>
Identifisere et problem	<p>Element: Problem/mulighet, dagens situasjon</p> <p>Spørsmål: Hvorfor er det behov for å implementere retningslinjen?</p> <hr/> <p><i>Merk: Beskriv problemet, og understøtt beskrivelsen med data. Dette trinnet skal kun brukes til å identifisere problemet. Løsningene skal komme senere.</i></p>

<p>Tilpasse til lokale forhold</p>	<p>Element: Prosjektoversikt Spørsmål: Hvem er pasientgruppen? Hva er omfanget av implementeringen av retningslinjen? Hva er målene? Hva er tidshorisonten? Milepælene? Hvilke avdelinger/organisasjoner er involvert? Hvilken teknologi er nødvendig? Er det tydelig hva prosjektet vil oppnå? Hvordan vil dette prosjektet påvirke de organisatoriske prosessene og ressursene? <u>Vil det skapes nye roller som et resultat av prosjektet?</u></p> <hr/> <p><i>Merk: Gi en prosjektbeskrivelse, og skisser forventede resultater og fordeler for pasientene, medarbeiderne eller organisasjonen. Fordelene skal være realistiske.</i></p>	
<p>Vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer for kunnskapsbruk</p>	<p>Element: Prosjektbegrensninger Spørsmål: Hvem er de viktigste interessentene? Vil leseren kjenne til alle partene som blir påvirket av prosjektet? Hva er avkastningen på investeringen? Hva gjøres i dag? Hvem er en del av gruppen din? Er det tydelig hva som ikke er inkludert i prosjektet og hva det ikke kommer til å oppnå? Hva er begrensningene? Er de generelle kravene, rollene og ansvarsområdene for hver interessent tydelig identifisert? Er prosjektets tidsplaner tydelig forklart? Inneholder forretningscaset informasjon om konsultasjoner som allerede er gjennomført med interessenter?</p> <hr/> <p><i>Merk: Beskriv gruppens medlemmer i detalj, inkludert deres roller og ansvarsområder i prosjektets varighet. Identifiser konsultasjoner som har blitt gjennomført med interessenter. Anerkjenn at barrierene kan endres når prosjektet skrider frem. Identifiser eventuelle risikoer.</i></p>	
<p>Velge ut, tilpasse og implementere tiltak/implementeringsstrategier</p>	<p>Element: Strategisk tilpassing Spørsmål: Hvordan skal planen rulles ut? Hvilken type kommunikasjon og markedsføring skal brukes? Hvordan skal du måle suksessen underveis? Hva er kostnadsanslagene? Hvordan skal prosjektet utføres? Finnes det noen forutsetninger? Hvordan stemmer prosjektet med den strategiske planen, og vil det påvirke andre <u>tiltak?</u></p> <hr/> <p><i>Merk: Vurder ressurser og konkrete strategier for implementering. En kost-nytte-analyse bør inkluderes. Det kan hende at økonomiavdelingen kan hjelpe deg med denne analysen.</i></p>	

<p>Monitorere kunnskapsbruk, og evaluere resultater</p>	<p>Element: Operasjonell påvirkning</p> <p>Spørsmål: Hvordan skal du måle suksessen? Blir det en endring i tjenester? Blir det en endring i leverandør? Blir det en endring i produkter som brukes? Blir det en endring i fokuset til enheten/avdelingen eller organisasjonen? Hva er utfallsmålene? Hvordan vil disse endringene bidra til å opprettholde de nye praksisene?</p> <p>Eksempler på operasjonell påvirkning er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov for opplæring av medarbeidere • Redusere medarbeiderressurser <hr/> <p><i>Merk: Vurder opplæringen av medarbeidere og medarbeiderressurser. Identifiser påvirkningsgraden – høy, middels eller lav.</i></p>	
<p>Opprettholde kunnskapsbruk</p>	<p>Element: Konklusjon</p> <p>Spørsmål: Er indikatorene for vedvarende forbedringer tydelig beskrevet?</p> <p><u>Har prosjektbegrunnelsen blitt revidert og godkjent av egnede interessenter?</u></p> <p><i>Merk: Inkluder en overbevisende uttalelse, og gjenta operasjonelle ringvirkninger hvor du forteller hvorfor implementeringen av retningslinjen er helt avgjørende.</i></p>	

Trinn 2 – skape en plan som tiltrekker ressurser

Ditt forsøk på å overbevise administrasjonen om å sette av ressurser til implementering og evaluering av den kunnskapsbaserte retningslinjen er en parallell til din innsats for å endre adferden til målgruppen eller medarbeiderne. Du forsøker å påvirke adferden til menneskene som styrer ressursene enten internt i institusjonen eller eksternt. En integrert kommunikasjonsplan som skisserer de viktigste prosjektelementene og koordinerer flere strategier for å tiltrekke ressurser sikrer overensstemmelse gjennom kampanjen og gjør prosjektet mer troverdig (Nowak, Cole, Kirby, Freimuth og Caywood, 1998).

Hvis man forstår målgruppens behov og ønsker (for eksempel sykehusadministrasjonen), kan man sikre at alle presentasjoner eller henvendelser i forbindelse med ressurser blir tilpasset på riktig måte. Slike strategier kan ta hensyn til de fire P-ene (Weinreich, 2000):

Produkt: Hva er «produktet» du tilbyr, og hvilke fordeler medfører det for målgruppen? Ved implementering av en klinisk retningslinje er produktet brukerens resultater, målt med en rekke indikatorer. Andre mellomliggende produkter som er direkte relaterte til målgruppen kan inkludere et vurderingsinstrument, en ny sykepleierrolle, en intervensjon, et sett av praksisendringer, policyendringer, eller en endring i organisasjonens samfunnsoppdrag eller visjon. Produktets fordeler uttrykkes enkelt hvis de baseres på en forståelse av egeninteressen til enkeltpersonene eller organisasjonen du ber om ressurser fra.

Pris: Hvor mye vil produktet koste for målgruppen? Du bør kunne uttrykke ressursen (økonomisk, menneskelig eller andre ressurser) som du ber om fra hver enkeltperson eller organisasjon. Sannsynligheten for at du får ressurser er høyere hvis målgruppen oppfatter forholdet mellom kostnad og nytte som akseptabelt.

Plassering: Hvordan skal produktet leveres? Hvordan vil du sikre at den implementerte endringen når målgruppen og oppfyller målene som du foreslår?

Promotering: Hva er den mest effektive virkemidlene for å nå målgruppen for å øke interessen for prosjektet?

Finn ut hvem som støtter deg, og bruk dem. Det kan også hende du må vurdere formelle og uformelle prosesser for å skaffe ressurser. Ideelt sett bør lederen din støtte prosjektet og være i stand til å få seniorledelsen til å få opp øynene for tiltaket.

Trinn 3 – samle ressurser / bygge partnerskap med nøkkelinteressenter

Det kan være verdifullt å samarbeide med andre organisasjoner som er opptatt av din utfordring. Ved å samle ressurser sammen med andre organisasjoner eller praksiser (enheter, avdelinger og lignende) får du større påvirkning, samtidig som du får tilgang til nye målgrupper. Bygg nettverk med nøkkelpersoner og organisasjoner som har potensial til å skaffe oppmerksomhet og troverdighet til tiltaket ditt. Bruk konkrete tiltak som kan føre til finansiering for å koble dem sammen med en konkret retningslinje og maksimere fordelene for organisasjonen. Inviter bedrifter inn som sponsorer av prosjektet (husk å vurdere eventuelle interessekonflikter først), og kontakt andre yrkesforeninger, lokale serviceorganisasjoner og eksisterende samfunnsaktører,

Konsekvenser som må vurderes før man går videre til neste kapittel



Konsekvenser for interessenter

- Vurder interessenter som kan hjelpe deg med å finne et nøyaktig og presentabelt budsjett: mennesker fra økonomiavdelingen, kommunikasjonsavdelingen, kursavdelingen, lederen din og så videre.
- Vurder interessenter som kan styrke saken din, spesielt lederen din, andre fra administrasjonen, medlemmer fra brukerutvalget, medarbeidere som arbeider med kvalitetsforbedring, styremedlemmer eller andre som kan hjelpe deg med å styrke saken for implementering av den kunnskapsbaserte retningslinjen.



Konsekvenser for handlingsplan

- Du må inkludere strategiene du skal bruke for å identifisere ressursene for implementering og evaluering av den kunnskapsbaserte retningslinjen i handlingsplanen din.



Scenario: Hjemmetjeneste

En hjemmetjeneste har satt ned en gruppe for å overvåke implementeringen av RNAOs kunnskapsbaserte retningslinje «Assessment and Care of Individuals at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour». Formålet med prosjektet er å hjelpe sykepleiere som leverer hjemmetjenester med å: identifisere pasienter som er i risikozonen for selvmordstanker og -adferd, gi emosjonell støtte og skaffe de nødvendige ressursene for slike pasienter. Implementeringsplanen inkluderer tiltak knyttet til å engasjere medarbeidere som er forkjempere, lære opp medarbeiderne og utarbeide pasientforløp. Før implementeringsplanen godkjennes, ber avdelingslederen og direktøren deg om å få gruppen til å utarbeide et budsjett for implementeringen. De ønsker å vite hvordan ressursene skal disponeres for å gjennomføre den omfattende implementeringsplanen, samt hvilke nye kostnader implementeringen medfører.

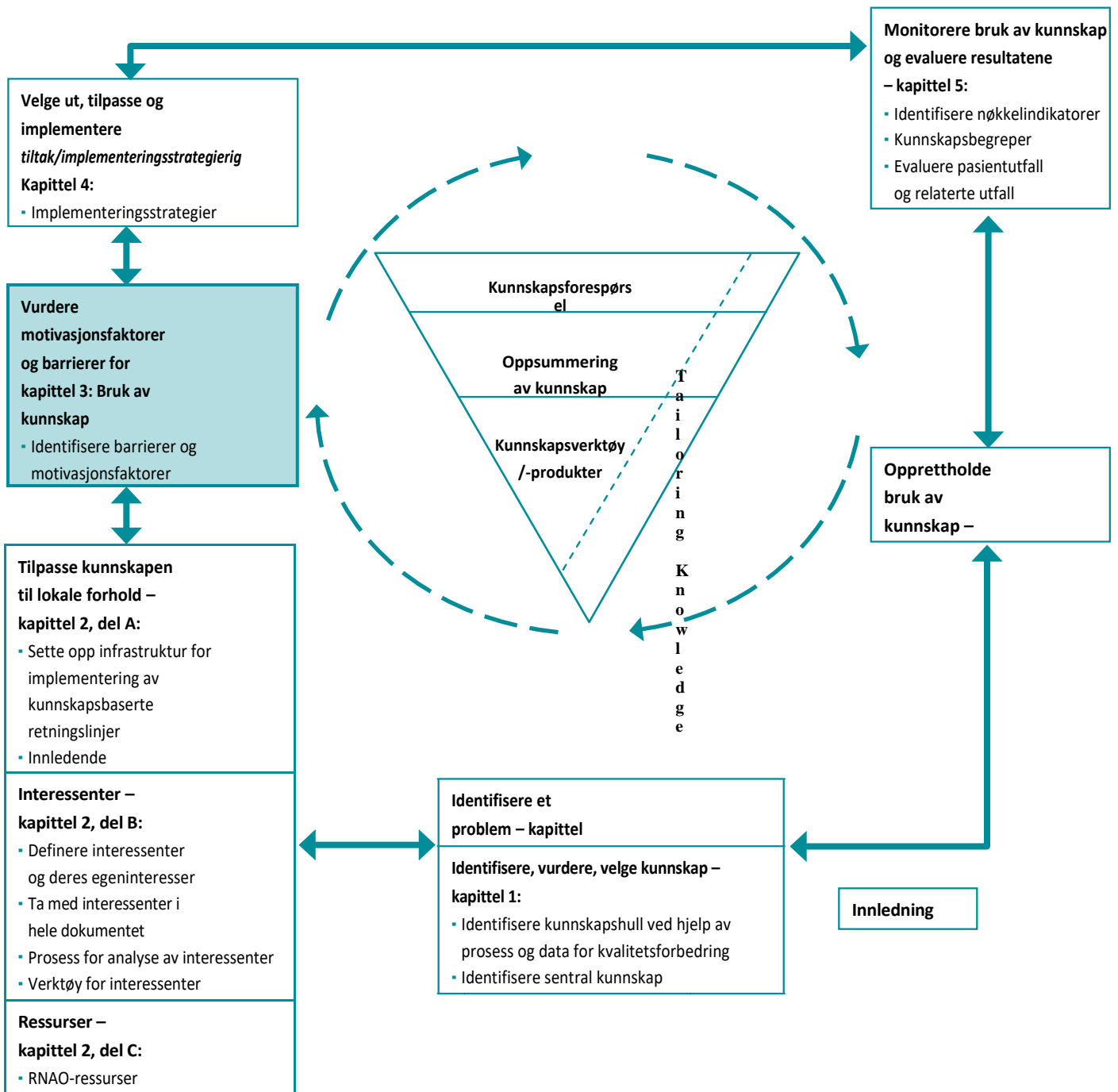
Mens komiteen utarbeider budsjettet, tenker de systematisk gjennom kostnadene knyttet til hver implementeringsstrategi, og de stiller spørsmål som hjelper dem med å utarbeide budsjettet (se tabell 5). Før slutføring tar komiteen kontakt med interessenter og representanter fra økonomiavdelingen eller HR-avdelingen for å kvalitetssikre at alle kostnadene har blitt riktig vurdert. De vurderer også eksterne finansieringskilder gjennom RNAOs program «Advanced Clinical Practice Fellowships».

Tabell 5: Tabell for budsjettplanlegging

Strategi	Tiltak	Spørsmål som komiteen stiller i forbindelse med utarbeidelse av budsjettet
Engasjere lokale forkjempere i planleggingen og utføre tiltak i forbindelse med implementeringen	<ul style="list-style-type: none"> Planlegge og sette sammen fokusgrupper med medarbeidere knyttet til selvmordsproblematikken Samråd med den tverrfaglige gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> Hvor mye personaltid trengs for å planlegge fokusgruppene? Hvor mye tid trenger deltakerne for å delta i fokusgruppene? Hvor mye tid trenger enkeltpersonene som skal møte medlemmer fra den tverrfaglige gruppen?
Opplæring av medarbeidere	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide og gjennomføre opplæringsøktene 	<ul style="list-style-type: none"> Hvor mye tid trenger man til å utarbeide og gjennomføre opplæringsøktene? Hva er kostnaden for å utarbeide og trykke materialet til øktene? Hva er kostnadene for møterom, bespising og audiovisuell støtte? Hvor mange vikartimer (eller overtid) trenger man for å sikre at alle sykepleiere kan delta? Vil det være kostnader knyttet til reise eller parkering?
Utarbeide pasientforløp	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide pasientforløp basert på konsultasjoner med helsepersonell og medlemmer fra den tverrfaglige gruppen knyttet til hvilke relevante spesialisttjenester som er tilgjengelige 	<ul style="list-style-type: none"> Hvor mye tid trenger enkeltpersonene som skal møte medlemmer fra den tverrfaglige gruppen? Hvilke ressurser eller andre avdelinger må kontaktes før pasientforløpet kan fullføres?
Annen støtte	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide strategier for å sikre muligheter for debriefing og støtte for helsepersonell som har omsorg for pasienter som er i risikozonen for selvmordstanker og -adferd 	<ul style="list-style-type: none"> Hvor mye tid trenger man til å konsultere sykepleierledere og andre for å utarbeide disse prosessene? Hvem skal stå for den kontinuerlige støtten, og er det en kostnad knyttet til deres tidsbruk?
Påminnelser	<ul style="list-style-type: none"> Utarbeide en brosjyre som oppsummerer nøkkelpunktene fra opplæringen Utarbeide en plakat som viser pasientforløpet og som henges opp på alle vaktrom 	<ul style="list-style-type: none"> Hva er kostnaden for å utarbeide og trykke dette materialet? Hvor mange dokumenter må trykkes?

Evaluere implementeringen av klinisk retningslinje	<ul style="list-style-type: none">• Samle inn både kvantitative og kvalitative data for å kunne evaluere om implementeringen var vellykket	<ul style="list-style-type: none">• Hvilket evalueringsmaterieill må utvikles eller analyseres?• Medarbeideres tid
--	--	---

Kapittel 3 : Vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer for bruk av kunnskap



Oppsummering av forrige kapittel

Hittil har vi omtalt bruken av en systematisk tilnærming for implementering av retningslinjer basert på Kunnskap-til-handling-modellen, og vi har hatt særlig fokus på å finne problemet og å velge en god, kunnskapsbasert retningslinje som er validert av AGREE II-instrumentet. Tilpasse retningslinjen til de lokale forholdene, samt identifisere og bestemme hvordan interessenter skal engasjeres for å sikre best mulig resultat. I tillegg er det avgjørende at man identifiserer de nødvendige ressursene gjennom hele prosessens varighet – fra idé til evaluering og vedvarende bruk. Nå går vi videre til å vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer som kan påvirke implementeringen av retningslinjen i praksis.

Hva dette kapitlet tilfører

I dette kapitlet skal vi gå gjennom elementer som litteraturen har avdekket kan være motivasjonsfaktorer eller barrierer for implementeringen. I begge situasjoner vil kunnskap om hva du kan, eller ikke kan gjøre hjelpe deg med å bestemme om og når du skal gå videre med prosjektet eller initiativet for implementering av en kunnskapsbasert retningslinje.

Nøkkeldefinisjoner:

Barriere: Ethvert reelt eller oppfattet konsept som kan komme i veien for en endring (Ferlie og Shortell, 2001).

Motivasjonsfaktor: Faktorer som styrker eller hjelper en felles avgjørelse om implementering i klinisk praksis (Legar, 2009).

Dette er faktaene

Hvorfor er det viktig å vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer i implementeringsplanen?

Ved å identifisere motivasjonsfaktorer kan du fremme og maksimere støtten for implementeringen. Ved å forstå barrierene vil du kunne planlegge effektive strategier for å bekjempe eller minimere dem tidlig i prosessen. Det gjør også at du kan ta en pause og vurdere om en barriere er så stor at implementeringen ikke vil kunne lykkes.

Den beste måten å vurdere motivasjonsfaktorer og barrierer i de lokale forholdene er å lytte til interessentene som har blitt identifisert. Du bør også være oppmerksom på at det kan dukke opp nye barrierer når:

- nye interessenter blir identifisert
- implementeringsomfanget blir større, og
- de lokale forholdene endres



I en pilotstudie som ble gjennomført for å evaluere nytten av RNAOs opprinnelige verktøykasse for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer fra 2002, oppga deltakerne, som fylte ut et spørreskjema, at verktøyet var mest nyttig til å identifisere, analysere og engasjere interessenter (Dobbins mfl., 2005). Hele prosessen med interessentanalyse fører til at man identifiserer menneskerelaterte barrierer og motivasjonsfaktorer, og når de diskuterer endringen, dukker andre strukturelle og prosessrelaterte barrierer opp på både personnivå, organisatorisk nivå og miljønivå. Interessentanalyse er ikke noe som bare gjøres én gang, og den kan inkludere implementering av retningslinjer når motivasjonsfaktorer eller barrierer blir identifisert ved ulike trinn i implementeringsprosessen.

Faktorer som påvirker motivasjonsfaktorer og barrierer

I enkelte situasjoner kan faktorer som påvirker implementeringen av retningslinjen være motivasjonsfaktorer, i andre situasjoner kan de være barrierer, og av og til er de begge deler. I en studie som ble utført av Ploeg mfl. (2007) undersøkte de barrierer og motivasjonsfaktorer for implementering av kliniske retningslinjer. Disse er listet opp nedenfor.

Individuelle, organisatoriske og miljørelaterte motivasjonsfaktorer som påvirker implementeringen av retningslinjer:

- **Gruppeinteraksjon** (individuell): Opplæringsøkter for mindre grupper som gir bedre læring i form av sosial interaksjon med likesinnede
- **Positive holdninger og oppfatninger fra medarbeidere** (individuell): Noen mente at implementeringen ville forbedre resultatene for pasientene og arbeidsforholdene
- **Støtte fra ledelsen** (organisatorisk): Støtte fra leder og administratorer på alle nivå, for å støtte visjonen og inkludere retningslinjen i policyen.
- **Forkjemper** (organisatorisk) En person som får i oppdrag å lede, tilrettelegge og oppmuntre gjennom implementeringsprosessen. (Administratorer forteller vanligvis at dette er avgjørende.)
- **Samarbeid og nettverk på tvers av organisasjonen** (miljørelatert): Administratorer understreker hvor viktig det er å ha nettverk for å fremme integrering, koordinering og kontinuiteten i behandling, pleie og omsorg.

Individuelle og organisatoriske barrierer for implementering av retningslinjer:

- **Negative holdninger og oppfatninger fra medarbeidere** (individuell): Medarbeidere kan motsette seg endringer på grunn av utfordringer på organisatorisk nivå (stor arbeidsbelastning, stor utskiftning av medarbeidere og organisatoriske endringer).
- **Begrenset integrering av anbefalte retningslinjer i organisasjonens strukturer og prosesser.** (organisatorisk): For eksempel utilstrekkelig bemanning knyttet til implementeringstiltak.
- **Endringer på organisatorisk nivå og systemnivå** (organisatorisk): For eksempel endringer i sykepleierroller og omsorgsmodeller, strukturell endring av enheter.

Selv om alle former for påvirkende faktorer er relevante for at implementeringen av den kunnskapsbaserte retningslinjen skal være vellykket og at forskning skal kunne brukes, er påvirkningen fra individuelle sykepleierkarakteristikk helt avgjørende. I en systematisk oversikt over de individuelle karakteristikkene som påvirker bruk av forskning, var **sykepleiernes holdninger og oppfatninger** knyttet til de viktigste karakteristikkene som ble positivt assosiert til bruk av forskning. Sykepleieres **deltakelse og oppmøte** på internopplæring og konferanser ble også identifisert som positivt for bruk av forskning (Squires, Estabrook, Gustavsson og Wallin, 2011). Forfatterne bemerket at dette var de faktorene som i størst grad kan endres for å påvirke bruken av forskningen.

Uventede utfordringer, som endringer i staben, sammenslåing av organisasjoner, budsjettkutt, pandemier og endringer i prioriteringer/retning for organisasjonen kan føre til nye muligheter for implementering av retningslinjer. Det kan også føre til nye barrierer som man ikke har forutsett tidligere. Strategier for implementering av retningslinjer bør ta hensyn til alle barrierer og tilpasses målgruppen (for eksempel helsepersonell, prosjektledere og administratorer). I tillegg kan kostnadene knyttet til implementering av retningslinjene enten være en motivasjonsfaktor eller en barriere som helseadministratorer må ta hensyn til (Ploeg mfl., 2007).

Forskning på implementering av kliniske retningslinjer gir innsikt i faktorer som man bør ta hensyn til når man skal identifisere motivasjonsfaktorer og barrierer, samt potensielle strategier for å administrere dem til det beste for prosjektet. Disse faktorene kan klassifiseres som knyttet til: 1) **kunnskapen** som leder endringen, 2) **målgruppen (enkeltpersoner og grupper)** for endringen, 3) **ressursene (miljørelaterte)** som trengs for å kunne gjennomføre implementeringsplanen, samt 4) den organisatoriske konteksten som implementeringstiltakene skal utføres i.

Kunnskapsrelaterte faktorer (retningslinjer):

Ved å sørge for at du har den beste kunnskapen for brukere, vil lokale forhold og medarbeidere skape et solid grunnlag for veien videre. Ved å ha tillit til kunnskapen (retningslinjen) og evnen til å overbevise andre om at dette er den riktige måten å gjøre det på, og den rette tiden til å gjøre det, kan du minimere eller fjerne barrierer og tilrettelegge for implementeringen. I tabell 6 finner du noen eksempler på motivasjonsfaktorer eller barrierer

Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer
som er knyttet til kunnskapen. Tabellen viser faktorene sammen med et konkret eksempel.

Tabell 6: Eksempler på motivasjonsfaktorer og barrierer knyttet til kunnskapen

Motivasjonsfaktorer/barrierer		Potensielle strategier man kan vurdere for å maksimere motivasjonsfaktorene og minimere barrierene
Tilgjengelighet (Grol, 2005, Hutchison og Johnston, 2006)	Være oppmerksom på hvor og hvordan man får tilgang til relevante retningslinjer	Gjør retningslinjer/anbefalinger eller oppsummeringer tilgjengelige lokalt (for eksempel ved å feste dem til journaler og henge dem opp på enheten).
Forståelighet/kompleksitet (Knowles 1988)	Grad av forståelse, og hvordan det skal implementeres i praksis	Gi virkelige eksempler som er relevante for de lokale forholdene.
		Skreddersy opplæringen etter sluttbrukernes behov.
Hvor enkel implementeringen er (Grol, 2005)	Hvor enkelt det er å implementere retningslinjen i dagens praksis	Engasjere opinionsledere (som er relevante for miljøet/omgivelsene) til å vise hvordan den nye retningslinjen kan integreres i dagens praksis.
Troverdighet (Grol, 2005)	Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget retningslinjen er basert på	Gi informasjon som viser at retningslinjen er basert på den beste kunnskapen som er tilgjengelig.
		Gi eksempler som viser hvordan implementeringen av retningslinjen ga bedre resultater andre steder.
		Gi medarbeiderne muligheten til å diskutere eventuelle innvendinger de måtte ha mot retningslinjen, og arbeid for å oppnå enighet.
		Utfør en pilottest med en mindre målgruppe i forkant av implementeringen.
Kompatibilitet (Grol, 2005)	Kompatibilitet med det man allerede vet, tror på og gjør	Gi eksempler på hvordan den nye retningslinjen er i tråd med det man allerede gjør, vet og tror på i det aktuelle miljøet.
		De som skal bruke retningslinjen, må involveres i implementeringsprosessen.

Målgrupperelaterte faktorer

Ved å påse at de viktigste interessentenes behov har blitt oppfylt, går implementeringen mer problemfritt. I tabell 7 nedenfor finner du eksempler på motivasjonsfaktorer eller barrierer på individuelt nivå og gruppenivå.

Tabell 7: Eksempler på målgrupperelaterte faktorer

Motivasjonsfaktorer/barrierer		Potensielle strategier man kan vurdere for å maksimere motivasjonsfaktorene og minimere barrierene
Individuelt og grupper	Konkret eksempel	
Holdninger og oppfatninger (Squires, Estabrook, Gustavsson og Wallin, 2011)	Holdninger til og oppfatninger av hvordan forskningen brukes i praksis	Bruk endringsagenter/forkjempere til å fremme positive holdninger til bruk av forskning og retningslinjer.
		Oppfordre til deltakelse på konferanser og interne kurs. Understrek de positive erfaringer fra bruk av retningslinjen.
(Knowles, 1988)		Legg vekt på tidligere suksesser, vær oppmuntrende og gi insentiver.
Kunnskap/ferdigheter (Gifford, 2010).	Kunnskaps- og ferdighetsnivå	Hvis det anses at kunnskapen og ferdighetene som trengs for å implementere de foreslåtte endringene ikke er tilstrekkelig, må det gis opplæring.
Tid (Knowles, 1988)	Tid til å lese og implementere retningslinjer	Sett av tid slik at helsepersonell kan lese retningslinjene.
		Planlegg informasjonsøkter om retningslinjene til ulike tidspunkter.
Engasjement (Grol, 2005)	Troen på at retningslinjen vil utgjøre en forskjell	Vis avviket mellom dagens praksis og anbefalinger i den nye retningslinjen.
Andres mening (Gifford, W. 2010)	Grad av overensstemmelse mellom og innenfor ulike profesjoner	Gi rom for tverrfaglige diskusjoner, tverrfaglig deltakelse og åpenhet.
Prosesser for utveksling av informasjon (kommunikasjon) (Gifford, W. 2010)	Mulighet til å utveksle informasjon	Opplæringsmuligheter (for eksempel interne kurs, nettbaserte kurs og konferanser).
		Journal club/Fagring
Samhørighet (Grol, 2005)	Gruppens evne til å samarbeide	Gjør nytte av erfaringer fra tidligere samarbeid
		Aktiviteter for lagutvikling.

Ressursrelaterte faktorer

Ressurser, inkludert menneskelige, økonomiske, tidsrelaterte, fysiske eller plassrelaterte, kan være både barrierer og motivasjonsfaktorer. Ved å ta hensyn til disse områdene i planleggingen kan du unngå fallgruver under implementeringen. I tabell 8 finner du eksempler på ressursrelaterte motivasjonsfaktorer og barrierer.

Tabell 8: Eksempler på ressursrelaterte faktorer

Barrierer og motivasjonsfaktorer		Potensielle strategier man kan vurdere for å maksimere motivasjonsfaktorene og minimere barrierene
Menneskelige ressurser	Nok medarbeidere til stede	Påse at det er nok medarbeidere til stede for å kunne avlaste ved opplæring og andre implementeringsrelaterte aktiviteter.
Økonomiske ressurser (Grol, 2005)	At det finnes nok økonomiske ressurser til å kunne implementere retningslinjen	Gjennomfør en grundig kostnadsvurdering før implementeringsarbeidet påbegynnes.
		Undersøk alle mulige finansieringskilder: stiftelser, innsamling, yrkesforeninger, styresmakter og så videre.
Tid som en ressurs (Thompson mfl., 2006)	Påse at målgruppen har nok tid til å engasjere seg i implementeringen	Vær oppmerksom på konkurrerende behov og prosjekter
		Påse at det finnes nok tid til å kunne delta i alle trinn av implementeringen (for eksempel planlegging, opplæring, evaluering og lesing).
		Utarbeid en realistisk tidslinje for endringene, og planlegg i samsvar med den.
Fysiske ressurser (for eksempel utstyr og rekvisita) Gifford, W. (2010)	Tilgang til nødvendig utstyr og rekvisita	Sikre tilgjengeligheten av <ul style="list-style-type: none"> Datamaskiner/elektroniske ressurser ved behov Utstyr og rekvisita
Plass Hutchison og Johnston (Grol, 2005, Hutchison og Johnston, 2006, Knowles, 1988)	Tilstrekkelige fysiske fasiliteter for implementering	Sikre at den fysiske plassen fremmer læringen.

Organisasjonsrelaterte faktorer

Støtte fra organisasjonen hvor retningslinjen skal implementeres, er helt avgjørende for at den skal bli vellykket. Det trengs støtte/tilrettelegging fra ledelsen på alle nivåer, uansett om det dreier seg om å sikre nødvendige ressurser (menneskelige, økonomiske, fysiske eller knyttet til plass) eller å ha kunnskap om hvilke andre aktiviteter/prioriteringer som påvirker organisasjonen, forstå hvilke ringvirkninger implementeringen av retningslinjen kan få utenfor organisasjonen samt å komme med innspill til hvordan man kan få finansiering. Ved å inkludere retningslinjen i organisasjonens policyer, prosedyrer og dokumentasjon støtter man vedvarende bruk av anbefalingene fra retningslinjen.

I tabell 9 finner du eksempler på ressursrelaterte motivasjonsfaktorer og barrierer.

Tabell 9: Organisasjonsrelaterte faktorer

Barrierer/motivasjonsfaktorer		Potensielle strategier man kan vurdere for å maksimere motivasjonsfaktorene og minimere barrierene
Ledelse (Grol, 2005)	Å ha effektive ledere til stede	Ledere må være støttende, tilgjengelige, gode kommunikatorer og effektive endringsagenter.
		Ledere må støtte gruppemedlemmer, opplæringstiltak og innkjøp av nødvendig utstyr og rekvisita.
Praksisens omfang (Gifford, W.2010)	Sikre at de retningslinjenes anbefalinger er i tråd med relevante medarbeideres praksisomfang	Engasjer profesjonelle foreninger/fagforeninger i prosessen med utvelgelse og implementering av retningslinjen.
Eksisterende policy og prosedyrer (Grol, 2005)	Samsvar med eksisterende policyer og prosedyrer	Vurder forholdet mellom den nye retningslinjen og eksisterende policyer og prosedyrer før retningslinjen velges.
		Utfør nødvendige justeringer av retningslinjen i forkant av implementeringen.
Endringsagenter/opinionsledere (Gifford, W. 2010) (Grol, 2005)	Det må finnes effektive endringsagenter/opinionsledere	Be medarbeiderne om å peke ut naturlige ledere.
		Engasjer endringsagenter/opinionsledere i prosessen med implementering av retningslinjen.
Arbeidsmengde (Gifford, W. 2010)	Håndterbar arbeidsmengde	Vurder pasientkompleksiteten.
Samtidige prosjekter (endringer)	Samtidige prosjekter (kan være motivasjonsfaktorer eller barrierer)	Undersøk hvilke andre endringer som skjer samtidig i organisasjonen og enheten. For mange endringer på en gang kan overvelde en gruppe.
Prioriteringer	Parallelt med organisatoriske prioriteringer	Undersøk virksomhetens prioriteringer og strategiske mål for å se om de gjenspeiles i den nye retningslinjen.
		Engasjer interessentene tidlig i prosessen med utvelgelse og implementering av retningslinjen.
		Opplæring for å vise hvorfor den nye retningslinjen bør prioriteres.
Organisatoriske godkjenningprosesser (Grol, 2005)	Hvor raskt administrative/organisatoriske prosesser gjennomføres	Vit hvem som må stå for godkjenningen.
		Planlegg langt nok frem slik at du får tid til tidkrevende administrative/organisatoriske avgjørelser, godkjenning og endring.

Bruk, eller «Få det til å skje der du jobber»



For å øke sannsynligheten for en vellykket implementering er det viktig å identifisere faktorer som motiverer og faktorer som hindrer tilslutning til klinisk kunnskap (Henderson, Davies og Willett, 2006), samt å være klar over at enkelte faktorer kan være i begge kategoriene. Her følger et kort sammendrag av denne prosessen:

1. Vurder motivasjonsfaktorer og barrierer. Man gjennomfører ofte en spørreundersøkelse for å identifisere motivasjonsfaktorer og barrierer. Clement mfl. (2011) omtalte erfaringene fra sykepleiere fra et akuttromtak som utviklet et verktøy for spørreundersøkelser og deres gjennomføring av undersøkelsen. Det kan hende denne artikkelen er nyttig for deg (se anbefalt lesestoff).

Vurder faktorer for en rekke områder:

- Kunnskapsrelaterte faktorer
- Målgrupperelaterte faktorer
- Ressursrelaterte faktorer
- Organisasjonsrelaterte faktorer

2. Maksimere motivasjonsfaktorer. Bruk motivasjonsfaktorer for å sikre ekstra støtte og styrke til implementeringen (for eksempel retningslinje for smertelindring samtidig som organisasjonen kjøper inn smertepumper).

3. Lag en plan. Sørg for at den er i samsvar med det du vet er mulig i den aktuelle situasjonen (se kapittel 5). I vedlegg 3.1 finner du en rekke spørsmål som kan være til hjelp når du skal identifisere barrierer i forbindelse med implementeringstrinnet. Der finner du spørsmål du kan stille til planleggingsgruppen når du utarbeider tilnærminger for implementeringen. Ved å få svar på disse spørsmålene kan du overvinne barrierer, noe som er avgjørende for å sikre et vellykket resultat.

Konsekvenser som må vurderes før man går videre til neste kapittel



Konsekvenser for interessenter

Etter vurderingen av motivasjonsfaktorer og barrierer kan det ha dukket opp flere interessenter enn du vurderte i utgangspunktet. Tenk gjennom hvilken støtte du trenger fra eventuelt nye interessenter og hvordan du kan involvere dem, enten direkte eller indirekte, mens du fortsetter med utarbeidelsen av planen for implementering.

\$ Konsekvenser for ressurser

Det kan virke som en avskrekkende oppgave å estimere ressursbehovene for implementeringen, men det er helt avgjørende. Alle med budsjetter som blir påvirket, setter pris på å bli varslet på forhånd hva du trenger for å kunne sikre en vellykket implementering. Støtte fra ledelsen er avgjørende for å kunne oppnå et vellykket resultat.

Når de godkjenner kostnaden på forhånd, blir implementeringen mye enklere. Snikende kostnader knyttet til implementeringen vil føre til at den forsinkes, og i verste fall stopper helt opp.



Konsekvenser for handlingsplan

- Vurder de lokale motivasjonsfaktorene og barrierene grundig
- Gjennomfør en analyse for å finne ut om de vil være nyttige i forbindelse med implementeringen slik at du kan benytte deg av det eller om de kommer til å hindre den.



- Utarbeid implementeringsstrategier for å maksimere motivasjonsfaktorer og fjerne barrierer.
- Hvis hindringen kan stoppe implementeringen, må du ikke fortsette før du har funnet en løsning.

Scenario eller kasestudie

Disse eksemplene, fra en rekke sektorer, inkluderer bakgrunnsinformasjon, den kliniske utfordringen, retningslinjen som ble valgt, en fullstendig vurdering av barrierer og påfølgende anbefalinger for implementering.

Et eksempel fra primærhelsetjenesten

Bakgrunn: Dette scenarioet er hentet fra en **folkehelseenhet** som forsøker å implementere kunnskapsbaserte retningslinjer for flere programmer i sin region.

Problemet: Avdelingen for **forebygging av kroniske sykdommer** så et behov for å forbedre måten de tilnærmet seg brukerne på.

Kunnskapsgrunnlaget: RNAOs kunnskapsbaserte retningslinje for brukerfokusert omsorg skisserer en rekke anbefalinger som inneholder følgende «grunntrø»: respekt, menneskeverd, brukere er eksperter på eget liv, brukere som ledere, brukerens mål koordinerer omsorgen fra helseteamet, kontinuerlig og ensartet omsorg fra helseteam og omsorgspersoner, betimelig, lydhørhet og universell tilgang til omsorg. Disse verdiene og overbevisningene må inkluderes og vises i alle deler av brukeromsorg og tjenester. (RNAO Client Centred Care BPG, 2006)

Barrierene: 1) Folkehelseenheten bestod av en rekke tverrfaglige medlemmer som stilte seg negative til implementeringen fordi de mente det var et initiativ fra sykepleierne, og de ønsket ikke å endre sin praksis. 2) Folkehelseenheten klarte ikke å finne en helsesøster som kunne lede tiltaket.

De mulige løsningene:

1. De tverrfaglige medlemmene ble invitert, sammen med sykepleierne, til et møte med koordinatoren for den kunnskapsbaserte retningslinjen, og de fikk detaljert informasjon om prosjektet. Under møtet understreket koordinatoren at han ønsket å hjelpe gruppen med implementeringen av tiltakene de mente kunne være nyttige for deres praksis og program.
2. Gruppen som en enhet bestemte seg for å **smalne inn fokuset** for den kunnskapsbaserte retningslinjen til å fokusere på sunn utvikling blant ungdom. Selv om dette tiltaket fantes fra før, følte de at sunn utvikling blant ungdom var et tiltak som ikke gjaldt kun for sykepleiere og som samtidig krevde at hele den tverrfaglige gruppen samarbeidet for at tiltaket skulle lykkes. I tillegg følte gruppen at dette prosjektet potensielt kunne **bygge på tiltakene som allerede var påbegynt** og også **oppfylle en av organisasjonens prioriteringer** (nemlig å engasjere ungdom).
3. Folkehelseavdelingen klarte å flytte to forkjempere for helse og omsorg som fikk i oppdrag å lede tiltaket. Dette viste seg å bli svært vellykket. De klarte å oversette retningslinjene til noe meningsfylt for de som implementerte dem.

Et eksempel fra spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn: Det oppstod en tragisk hendelse **på en pasientavdeling ved et stort, akademisk undervisningssykehus**. En bruker falt, noe som fikk det verst tenkelige utfallet. Både medarbeidere og ledelsen var knust. De avdekket et mønster – brukerne falt stadig oftere. Alle de involverte ønsket å ta grep for å forhindre flere hendelser.

Kunnskapsgrunnlaget: Spesialsykepleieren i enheten meldte seg frivillig til å ta ledelsen. En fallforebyggingsgruppe (inkludert blant andre fysioterapi, ergoterapi, sykepleiere, fagutviklingssykepleiere, ledelsen) vurderte *RNAOs kunnskapsbaserte retningslinje «Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult»*. Flere av anbefalingene ble implementert, inkludert bruk av Morse Fall Scale (med høyriskointervensjoner som sengealarmer, gjennomgang av medisiner og lignende), samt miljøgjennomganger. Det ble registrert noe nedgang i antall fall og alvorlige fall, men gruppen mente at noe

mer kunne gjøres.

Neste fase: Fallforebyggingsgruppen leste at enkelte sykehus hadde lyktes i å implementere gule armbånd for å identifisere brukere med ekstra høy fallrisiko. Gruppen bestemte at dette ville gjøre det enklere å identifisere brukere i risikozonen. De mente dette ville være enkelt å implementere, siden alt de trengte å gjøre, var å informere sykepleierne ved avdelingen og kjøpe inn gule armbånd.

Barrierer og løsninger: Da de diskuterte planen sin med interessenter, oppstod det bekymringer knyttet til personvern og potensialet for at brukere kunne bli oppfattet som merket. Personvernavdelingen ble kontaktet. Gruppen tok til seg rådene fra personvernavdelingen og diskuterte hvordan de kunne løse dette og samtidig ivareta brukernes personvern. Gruppen revurderte armbåndets budskap og fant på et slagord som både var respektfullt og som formidlet armbåndets hensikt. Slagordet «Call Don't Fall» («Ring, ikke fall») ble trykt på hvert armbånd.

Flere interessenter ytret bekymring for at andre enheter kanskje ikke ville forstå hva armbåndet var, og de stilte spørsmål rundt hvordan hensikten burde kommuniseres. Gruppen utarbeidet en plan for å kommunisere hensikten. De innså at pasientene ofte forlot avdelingen for å få utført prøver og i forbindelse med overføring av pasienter, og at andre ansatte også måtte få informasjon om hva det gule armbåndet betyr. Dette forutsatte en melding fra ledelsen for å sikre at alle de andre ansatte (portører, radiografer, andre enheter, sikkerhet, prestatjenesten og så videre) forstod hensikten med det gule armbåndet.

En annen utfordring som dukket opp, var hvor armbåndene skulle kjøpes fra. Sykehuset skulle være lateksfritt. De fant et lateksfritt armbånd. For at andre avdelinger skulle kunne kjøpe inn armbåndet, måtte en representant fra leverandøren konsulteres, slik at man kunne få et bestillingsnummer.

Morse Fall Scale-dokumentet måtte oppdateres for å la sykepleiere dokumentere bruken av det gule armbåndet. De måtte ta kontakt med skjemaavdelingen for å få gjennomført de nødvendige endringene.

Ved å lytte til interessentene og fjerne barrierene, klarte gruppen å implementere bruken av gule armbånd. Gruppen fikk også en bedre forståelse for hvordan alle avdelinger, selv om de er separate enheter, må samarbeide for å sikre best mulig omsorg.

Anbefalte nettsteder og nettbaserte ressurser

Perceived Barriers to and Facilitators of the Implementation of Priority Clinical Preventive Services Guidelines:

http://www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Barriers.pdf

Facilitators and Barriers to Implementing Clinical Care Pathways:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/182>

Anbefalt lesestoff

Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor A., Brehaut, J., Sheehan, P., mfl. (2011). Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 19, 44–52.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N., Davies, B., Grinspun, D., mfl. (2010). The role of nursing best practice champions in diffusing practice guide- lines: A mixed methods study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, 238–251.

Vedlegg 3.1 - Motivasjonsfaktorer og barrierer: Spørsmål som kan hjelpe deg

Disse diagrammene er en ressurs som kan hjelpe deg med å finne ut hvilke spørsmål du må stille til planleggingsgruppen i forbindelse med at du planlegger implementeringen. Svarene på disse spørsmålene gjør det enklere å utarbeide strategier for å overvinne barrierer, noe som er avgjørende for å sikre et vellykket resultat.

Kunnskapsrelaterte faktorer		
Ved å sørge for at du har den beste kunnskapen for brukere, lokale forhold og medarbeidere, skaper du et solid grunnlag for veien videre. Tillit til kunnskapen og evnen til å overbevise andre om at dette er den riktige måten å gjøre det på, og den riktige tiden, gjør det enklere å minimere eller fjerne barrierer og tilrettelegge for implementeringen.		
Barrierer/motivasjonsfaktorer		Spørsmål som bør vurderes
Tilgjengelighet	Være oppmerksom på hvor og hvordan man får tilgang til relevante retningslinjer	Hvordan kan du vise frem retningslinjen/anbefalingene for å få oppmerksomhet på arbeidsplassen? Plakater? Diagrammer ved senge? Nyhetsbrev? Møterom?
Forståelighet/kompleksitet	Grad av forståelse, og hvordan det skal implementeres i praksis	Er anbefalingene tydelige og enkle å forstå? Hvis ikke – hva må til for at de skal bli det? Gi eksempler fra virkeligheten som er relevante for de lokale forholdene. Hvem har brukt det på ditt sykehus? Under liknende forhold andre steder? Hvem er anbefalingenes sluttbruker? Skreddersy opplæringen etter deres behov på en respektfull og interaktiv måte (ved hjelp av prinsipper for karakteristikk ved voksne*). Finnes det RNAO-forkjempere for mønsterpraksis i gruppen som kan være til hjelp?
Hvor enkel implementeringen er	Hvor enkelt det er å implementere retningslinjen i dagens praksis	Hvem i organisasjonen din ser folk opp til, enten som en formell leder eller som gruppelem? Hvordan kan du engasjere disse menneskene for å få deres hjelp til å sikre at kunnskapen brukes? Hvordan kan implementeringen flyte inn i dagens arbeid for å gjøre det enklere i praksis? Må den deles inn i trinn?

Troverdighet	Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget retningslinjen er basert på	<p>Hvordan kan du kommunisere kunnskapsgrunnlaget for å sikre at det du bruker er godt begrunnet?</p> <p>Har andre lyktes?</p> <p>Hvordan kan du sette av tid til å diskutere og belyse uenigheter i åpenhet? Hvordan kan du være åpen for motstand, legge til rette for diskusjoner og sikre enighet ved reelle bekymringer?</p> <p>Hvor kan du kjøre et pilotprosjekt for enten å vise suksess eller lære mer om hvordan implementeringen kan forbedres?</p>
Kompatibilitet	Kompatibilitet med det man allerede vet, tror på og gjør	<p>Hvilke eksempler kan du gi som viser at retningslinjen passer i dagens tankegang, overbevisning og verdier? For brukerne? For omsorgspersonene? For organisasjonen?</p> <p>Hvordan kan jeg involvere de som kommer til å bruke retningslinjen i implementeringsprosessen? Kan de være med i komiteen? Kan de hjelpe til med utviklingen av et verktøy? Kan de komme med feedback på enkelte punkter av planleggingen? Kan de være en del av et pilotprosjekt?</p>
Tidsstyring	Antall tilgjengelige retningslinjer	<p>Hvilke andre retningslinjer eller implementeringer planlegges i samme tidsrom som du planlegger å utføre implementeringen? Hvis det finnes andre, er det noen muligheter til å kombinere innsatsen, eller trengs det en justering eller en utsettelse for å unngå å overbelaste medarbeiderne?</p>

Målgrupperelaterte faktorer		
Barrierer/motivasjonsfaktorer		Spørsmål som bør vurderes
Helsepersonell		
Holdninger	Holdninger til bruk av forskning i praksis	Hvilke erfaringer har de hatt tidligere i forbindelse med kunnskapsbaserte endringer i praksisen? Hva var vellykket? Hva var mislykket? Hva kan du lære av disse historiene slik at du kan endre tilnærmingen din? Har det vært en positiv opplevelse i din avdeling/organisasjon som du kan bruke som eksempel?
Kunnskap/ferdigheter	Kunnskaps-/ferdighetsnivå	Hvem trenger opplæring? Hvilket opplæringsnivå er nødvendig (brukeropplæring anbefales å være på sjetteklassenivå)? Trengs det opplæring i forbindelse med alle anbefalinger? Er noen anbefalinger allerede gjeldende praksis? Kan du fokusere på bare dem som trenger endring?
Trygghet/tillit	Nivå av trygghet og tillit	Hvordan kan du sikre et støttende miljø? Er du komfortabel med å ta tak i bekymringer og uenigheter? Hvordan vil du gi positiv feedback der det passer?
Tid	Tid til å lese og implementere retningslinjer	Hvordan kan du sette av den tiden som gruppens medlemmer trenger for å lese og implementere retningslinjen? Hvordan kan du nå de som er på jobb og som har ferie eller permisjon? Når kan du planlegge opplæringsøkter slik at du når så mange som mulig?
Motivasjon for endring	Troen på evnen til å få til en endring	Har det vært vellykkede endringer tidligere? Hvilke faktorer bidro til den suksessen? Hvordan kan du gi oppmuntring ved alle stadier av gjennomføringen? Hva vil være et insentiv på din arbeidsplass? Reagerer gruppen godt på kasusstudier? På muligheter til å informere resten av organisasjonen om sine områder? På små biter med opplæring?
Engasjement	Troen på at retningslinjen vil utgjøre en forskjell	Hvordan kan du vise forskjellen mellom dagens praksis og anbefalingene? Kan et diagram være nyttig? Kan en visuell fremstilling av dagens resultater sammenlignet med de potensielle resultatene være nyttig?
Pasient-/brukerrelaterte faktorer		
Kunnskap	Kunnskap om retningslinjens anbefalinger	Hvordan skal brukerne få opplæring? Er materiellet tilgjengelig? (Leseferdigheter, flere medier, tilgjengelig for mennesker med funksjonshemninger.) Hvem skal påse at de er tilgjengelige ved implementeringen og i fremtiden? Hvor er det best for dem å lære (på sykehuset, hjemme, på klinikken)?

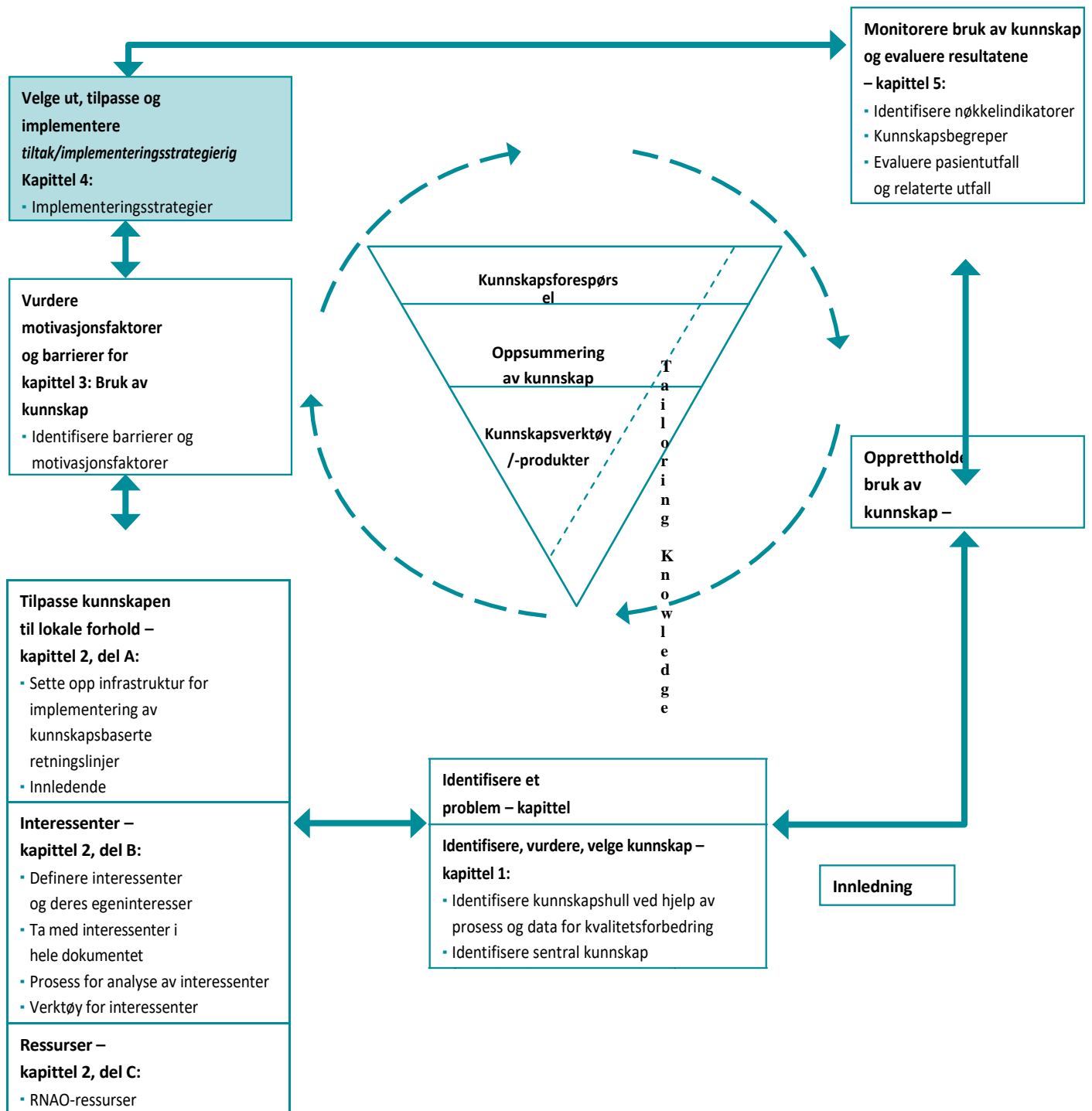
Tilgang	Tilgang til nødvendige ressurser	Hvilke ressurser trenger brukerne i forbindelse med implementeringen? Trenger de flere laboratorier? Rekvisita? Ekstra omsorg? Er det noen av dagens ressurser som ikke lenger blir nødvendige? Hvordan skal du kommunisere med avdelingene/organisasjonene som blir berørt?
Gruppe		
Andres mening	Grad av overensstemmelse mellom og innenfor ulike profesjoner	Gir seniorlederne åpent støtte til denne implementeringen? Hvis ikke, hvordan kan du skaffe deres støtte? Kan de være rollemodeller for den nødvendige endringen? Hvem i gruppen er det som ikke er direkte involvert i implementeringen, men som bør holdes involvert i planene? Hvordan kan du engasjere dem i diskusjoner og ta hensyn til deres feedback?
Forventninger	Tydelige forventninger	Hvordan skal du planlegge og kommunisere implementeringen slik at alle skjønner hva som skal endres, hvordan det skal endres og hvilken rolle de får i forbindelse med endringen?
Prosesser for utveksling av informasjon (kommunikasjon)	Mulighet til å utveksle informasjon	Hvordan utføres opplæringen i dag? Hvordan kommuniseres den? Hvor godt fungerer det? Hvis det fungerer godt, kan opplæringen i forbindelse med implementeringen også gjøres på samme måte? Lærer de godt med internopplæring? Selvstudier? Nettbaserte studier? Finnes det midler til å delta på en workshop eller konferanse? Har helsepersonellet vært fått informasjon om kunnskapsbasert praksis? Hvis ikke, kan det gis opplæring om forskning? Kan en fagring (journalclub) fungere i disse rammene? Har de tilgang til ressurser som kan hjelpe med kritisk vurdering av forskning? Finnes det for eksempel bibliotekarressurser? Kan du samarbeide med akademiske institusjoner?
Samhørighet	Gruppens evne til å samarbeide	Fungerer gruppen godt sammen? Har gruppen samarbeidet tidligere? Hvis ikke, hvordan kan du bygge ferdigheter ved hjelp av mindre implementeringer? Hvordan kan du få tilgang til, og bruke teambuilding-aktiviteter for å understøtte endringen i praksis?

Ressursrelaterte faktorer		
Barrierer/motivasjonsfaktorer		Spørsmål som bør vurderes
Menneskelige ressurser	Nok medarbeidere til stede	Hvordan kan du sikre at det finnes ekstra medarbeidere slik at du kan gjennomføre opplæringsøkter? Er det behov for flere medarbeidere for de som er i planleggingskomiteen? I forbindelse med implementering? I forbindelse med evaluering? Har du ledelsens støtte for nødvendig bemanning?
Økonomiske ressurser	Nok økonomiske ressurser til å kunne implementere retningslinjen	Hvor mye vil implementeringen koste? Har du tatt med ikke bare rekvisita og opplæringsmateriell, men også kostnad knyttet til bemanning? Hva blir de kontinuerlige kostnadene for utstyr eller dokumentasjonsmateriell? Kan du skaffe finansiering andre steder enn over driftsbudsjettet? Stiftelser? Innsamlingsaksjoner? Yrkesorganisasjoner? Styresmakter?
Tid som en ressurs	Påse at målgruppen har nok tid til å engasjere seg i implementeringen	Hvilke andre ting foregår i enheten eller organisasjonen som kan kreve tid fra deg, og tid fra de som endrer praksisen eller ledelsen? Hvor mye tid trengs til planleggingen? Opplæringen? Evalueringen? Har du laget en realistisk tidslinje (de fleste prosjekter tar lenger tid enn forventet)?
Fysiske ressurser (for eksempel utstyr og rekvisita) (3)	Tilgang til nødvendig utstyr og rekvisita	Trenger du tilgang til datamaskiner i forbindelse med opplæring/implementering? Er de tilgjengelige? Hvilke rekvisita trenger du? Hvem skal bestille og legge til rette for implementering og kontinuitet? Trengs det kapitalutstyr? Hva er prosessen og tidslinjen for å skaffe det som trengs?
Plass	Tilstrekkelige fysiske fasiliteter for implementering	Hvor skal opplæringen utføres? Trenger mennesker å komme seg bort fra det kliniske miljøet for å kunne fokusere? Er rommet stort nok til gruppene? Har rommet nødvendig utstyr som bord/stoler, LCD / bærbar PC / skjerm, flippovere og så videre?

Organisasjonsrelaterte faktorer		
Barrierer/motivasjonsfaktorer		Spørsmål som bør vurderes
Ledelse	Å ha effektive ledere til stede	Er de synlige og tilgjengelige for gruppe-medlemmene når de har bekymringer? Har du lederens støtte for gruppe-medlemmenes tidsbruk, opplæringstiltak og innkjøp av nødvendig utstyr og rekvisita.
Praksisens omfang	Sikre at anbefalingene fra retningslinjen er i tråd med relevante medarbeideres praksisomfang	Er de innenfor medarbeidernes praksisomfang? Blir det nødvendig med et medisinsk direktiv? Støttes implementeringen av de relevante profesjonsforeningene? Hvordan kan du engasjere profesjonsforeninger/fagforeninger i utvalg og implementering? Har de policyer eller materiell som støtter anbefalingene?
Eksisterende policy og prosedyrer	Overensstemmelse med eksisterende policyer og prosedyrer	Hvilke retningslinjer som brukes i dag, kan støtte anbefalingene? Hva må endres for å gjenspeile de nye praksisene? Er disse organisatoriske? Profesjonsspesifikke? Enhets-/klinikkspesifikke? Hvem eier disse og må involveres?
Endringsagenter/ opinionsledere	Det må finnes effektive endringsagenter/opinionsledere	Er erfarne sykepleiere rollemodeller for positivt klinisk lederskap? Hvem i gruppen kan du velge ut til å bidra med å fremsnakke implementeringen? Er det noen som brenner for disse anbefalingene, disse pasientene og de potensielle resultatene som kan oppnås?
Arbeidsmengde	Håndterbar arbeidsmengde	Påvirker brukerkompleksiteten implementeringen av disse anbefalingene? Vil implementeringen føre til større eller mindre arbeidsmengde? Vil kompleksiteten i brukerens tilstand påvirke målingen av resultatet?
Samtidige prosjekter (endringer)	Samtidige prosjekter (kan være barrierer eller motivasjonsfaktorer)	Hvilke andre endringsprosjekter gjennomføres samtidig med implementeringen? For mange endringer på en gang kan overvelde en gruppe.
Prioriteringer	Parallelt med organisatoriske prioriteringer	Hvordan prioriterer bedriften? Vil denne implementeringen utfylle de strategiske målene? Hvordan kan du engasjere interessentene tidlig i prosessen med utvelgelse og implementering av retningslinjen? Hvordan kan du lære opp seniorledere for å vise hvorfor den nye retningslinjen bør prioriteres?

Organisatoriske godkjenningsser	Hvor raskt administrative/organisatoriske prosesser gjennomføres	Hvem må godkjenne prosjektet? Finansieringen?
		Hva er ventetiden for avgjørelser i organisasjonen? Hvor langt frem i tid må du planlegge?

Kapittel 4: Velge og skreddersy intervensjoner og strategier for implementering



Oppsummering av forrige kapittel

Nå som du har identifisert en god kunnskapsbasert retningslinje som løser de kliniske praksisbehovene, vurdert interessentenes støtte basert på de lokale forholdene, funnet og løst de viktigste ressursutfordringene og vurdert om din praksis er klar for implementering av den kunnskapsbaserte retningslinjen du har valgt ved å identifisere motivasjonsfaktorer og barrierer, er du klar til å sette den kunnskapsbaserte retningslinjen ut i praksis.

Hva dette kapittelet tilfører

Dette kapittelet omhandler følgende spørsmål:

- Hva er endringsprosessen, og hvordan vil den påvirke implementeringen av retningslinjen?
- Hva er strategier for implementering av retningslinjer? Hvilken er best egnet for den valgte kunnskapsbaserte retningslinjen?
- Hvilke strategier for implementering av retningslinjer er mest vellykkede?
- Hvordan sikrer vi samsvar mellom strategier for implementering av retningslinjer og våre lokale forhold?
- Hvor kan vi finne informasjon om strategier for implementering av retningslinjer?

Strategier for implementering av retningslinjer skal baseres på resultatene og dataene du har samlet inn fra hvert trinn av prosessen hittil. Dette inkluderer å prioritere anbefalingene for dine lokale forhold, interessentanalyser, identifiserte barrierer og motivasjonsfaktorer og hvordan man kan arbeide med dem, samt kunnskap om hvilke implementeringsstrategier som passer best innenfor konkrete rammer.

I dette kapittelet finner du en oppsummering av hva vi vet om hvor effektive ulike strategier for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer er, samt en introduksjon til endringsteori. Det inneholder informasjon som hjelper deg med å avgjøre hvilke implementeringsstrategier som skal brukes når den kunnskapsbaserte retningslinjen skal implementeres hos deg ved å fokusere på strategier som er rettet mot helsepersonell, brukere og arbeidsmiljøet.

Vi har ikke nok kunnskap til å bestemme hvilke konkrete strategier som fungerer best i bestemte kontekster, så det er viktig å være fleksibel og villig til å eksperimentere. Husk at en endring kan være en krevende prosess. Når du arbeider deg gjennom syklusen Kunnskap-til-handling, må du være forberedt på å endre eller modifisere tilnærmingen basert på feedback og resultater.

Nøkkeldefinisjoner

Audit og feedback: En gjennomgang av klinisk utførelse som kan inkludere anbefalinger for tiltak, samlet sammen i en konkret tidsperiode, som brukes for å øke gruppens bevissthet om egen eller andres praksis. Informasjon kan skaffes fra pasientjournaler, elektroniske databaser eller observasjoner av pasienter/brukere/beboere (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Opplæringsmaterieill: Publiserte eller trykte anbefalinger for klinisk behandling, pleie og omsorg, inkludert kliniske retningslinjer, audiovisuelt materiale og elektroniske publikasjoner. Materialet kan leveres personlig eller i form av masseutsendelser (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Opplæringsmøter: Forelesninger, konferanser, arbeidsmøter eller traineeordninger (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002). Møter kan inkludere metoder for å involvere deltakere, for eksempel diskusjoner og aktiv deltakelse (for eksempel i form av arbeidsgruppeoppgaver, problembasert læring) (Registered Nurses Association of Ontario, 2002).

Praksisbesøk: En-til-en-besøk fra sykepleie-fasilitatorer, farmasøyter, forskningsansvarlige eller andre til helsehelsepersonell i klinisk praksis for å formidle informasjon med den hensikt å endre helsepersonellet praksis. Informasjonen kan inkludere feedback på helsepersonellet praksisutførelse (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Organisatoriske intervensjoner: Organisatoriske intervensjoner inkluderer revidering av profesjonsroller, tverrfaglige grupper, tjenesteintegrasjon, endringer i sammensetning av personalet basert på ferdigheter, kontinuitet i omsorgen, intervensjoner for å forbedre arbeidsforhold, kommunikasjon og diskusjon om pasienttilfeller (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

God ledelse: I en organisatorisk strategi er ledelse en flerdimensjonell prosess for å påvirke slik at sykepleiere kan bruke forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. Den inkluderer lederes adferd og aktiviteter som direkte eller indirekte påvirker enkeltpersoner, deres miljø og organisasjonens infrastruktur (Gifford, Davies, Edwards, Griffin og Lybanon, 2007).

Lokale konsensusprosesser: Inkludering av berørte klinikere i diskusjoner for å sikre at de er enige i at det utvalgte, kliniske problemet er viktig og at den foreslåtte tilnærmingen er riktig (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Lokale opinionsledere: Personer som deres kolleger har identifisert eller utpekt som pedagogisk innflytelsesrike. De kan påvirke andre slik at de endrer adferd (Registered Nurses Association of Ontario, 2002).

Massemedia: Variert bruk av kommunikasjon for å nå ut til mange i målgruppen. Massemedia inkluderer TV, radio, aviser, plakater, flyveblader og brosjyrer, alene eller kombinert med andre intervensjoner (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Pasientformidlede intervensjoner: Ny klinisk informasjon (som ikke var tilgjengelig tidligere), samlet inn direkte fra pasientene og gitt til leverandøren, for eksempel for å gi pasienter opplæring i kunnskap fra forskning som er relevant til deres kliniske forhold og behandling (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Påminnelser: Informasjon om pasient/bruker/beboer eller møter, som gis muntlig, på papir eller elektronisk, for å be helsepersonell om å huske informasjonen og utføre eller unngå enkelte tiltak for å kunne gi bedre pleie. Påminnelser kan inkluderes i opplæring, dokumentasjon, interaksjoner med kolleger eller elektroniske beslutningsstøttesystemer (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Sosial markedsføring: «Bruk av markedsføringskonsepter og verktøy hentet fra privat sektor for programmer som er utviklet for å påvirke frivillig adferd hos målgruppene for å oppnå sosiale mål.» (Andreason, 2004).

Her er faktaene om

implementeringsstrategier:

Det er viktig å velge en implementeringsstrategi som forenkler overføringen av ny kunnskap til praksis. Dette krever at man anerkjenner utfordringene som er knyttet til endring i praksis. Det har blitt gjennomført en rekke studier for å evaluere hvor effektive implementeringsstrategier er. Historisk har de fokusert på medisinsk praksis, men nyere forskning har også fokusert på sykepleie. Det finnes en rekke forskjeller mellom omsorgsmodeller innen sykepleie og medisin som kan påvirke muligheten til å overføre en effektiv intervensjon fra medisin til sykepleie. For eksempel er nivået på autonomi i klinisk beslutningstaking hos sykepleiere ved sykehus i stor grad knyttet til, og drevet av organisasjonens policyer og prosedyrer, og siden mye av sykepleien foregår 24/7, opererer sykepleiere vanligvis i gruppe eller uavhengige situasjoner, mens mange leger har egen praksis. Derfor kan det hende at strategier som er gode når de brukes hos leger, ikke er like gode når de brukes hos sykepleiere eller tverrfaglige helsegrupper. Der det er mulig inneholder dette kapitlet anbefalinger som er basert på kunnskap fra implementering hos sykepleiere eller tverrfaglige helsegrupper.

Strategier som fungerer:



Det er ikke sikkert at implementeringsstrategier som fungerer i andre sektorer, er like effektive innen sykepleie.

Basert på en grundig gjennomgang av forskningslitteratur viser kunnskapen at implementeringsstrategier må planlegges grundig og brukes i kombinasjon. Det finnes ikke en enkelt tilnærming som utgjør hele forskjellen, men ulike kombinasjoner av tilnærminger kan påvirke effektive praksisendringer basert på kliniske retningslinjer.

Bruk flere strategier

Det er utfordrende å endre helsepersonells adferd. Effektive strategier inneholder ofte flere komponenter som er målrettet mot ulike barrierer. Men det er ingen fasit for hvor mange strategier man trenger. Mange strategier har liten effekt når man ser dem frittstående.

Opplæringen bør være interaktiv eller kombinert med andre intervensjoner:

- Opplæring, i form av presentasjoner eller passiv informasjonsformidling, brukes ofte som en del av en mangefasettert strategi og kan føre til små forbedringer i omsorgen. Passiv opplæring vil sannsynligvis ikke være effektiv på egen hånd når målet er å endre kompleks adferd (Bloom mfl., 2005, Forsetlund mfl., 2009b, Gilbody mfl., 2003).
- Det er mer sannsynlig at interaktive eller multimediale opplæringsteknikker (for eksempel rollespill og øvelser) er mer effektive enn presentasjoner eller passiv informasjonsformidling (Forsetlund mfl., 2009b, Mazmanian mfl., 2009).
- Når opplæringsintervensjoner kombineres med interaksjon mellom kursleder og kliniker (for eksempel gjennom audit og feedback, påminnelser av opinionsledere), er det mer sannsynlig at de fører til adferdsendringer (Francke mfl., 2008, Prior, 2008).
- Pedagogisk formidling, alene eller kombinert med andre intervensjoner, har en liten, men konsekvent effekt på legers adferd knyttet til medisiner (Ginrod mfl., 2006, O'Brien mfl., 2007).
- Det er ikke sikkert at kunnskap alene er tilstrekkelig for å få til en praksisendring. Å endre klinikerens kunnskap fører ikke nødvendigvis til endringer i adferd og praksis (Forsetlund mfl., 2009b).
- Trykt opplæringsmaterieill har en liten positiv effekt på profesjonell praksis (Farmer mfl., 2008, Forsetlund mfl., 2009a).

Audit og feedback påvirker helsepersonell og sykepleiere:

- Audit og feedback er mer effektivt når det er stort avvik mellom baseline, den profesjonelle praksisen før retningslinjen implementeres og den anbefalte praksisen (Jamtvedt mfl., 2006).
- Det er også mer effektivt når den er intensiv, personlig og utføres gjentatte ganger over en lengre periode (Bywood mfl., 2008, Jamtvedt mfl., 2006, Veloski mfl., 2006). Systemer for kvalitetssikring kan gi data som kan brukes til audit og feedback. Lederes bruk av systemer for kvalitetssikring kan påvirke sykepleiernes bruk av forskning (Gifford mfl., 2007).

Audit og feedback ble brukt ved et sykehus som implementerte RNAOs kunnskapsbaserte retningslinje client-centred-care. Hver uke fikk en sykepleier i oppgave å revidere en praksis. Resultatene ble samlet inn av lederen og delt med medarbeiderne. En annen RNAO Best Practice Spotlight Organization® brukte data fra kvalitetssikring for å gi feedback til sykepleieavdelinger.

Lokale opinionsledere kan påvirke praksisen (Chaillet mfl., 2006, Flodgren mfl., 2007). Eksempel på lokale opinionsledere inkluderer forkjempere for praksisen og ressurssykepleiere på avdelingen eller på organisatorisk nivå som påvirker kollegenes kunnskap og praksis.

Best Practice Champions Network® består av sykepleiere eller annet helsepersonell som er opinionsledere og som aktivt arbeider for å støtte praksisendringer knyttet til implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer. Forkjempere deltar på et heldags arbeidsmøte hvor de lærer strategier for integrering av anbefalinger i kunnskapsbaserte retningslinjer i sin hverdag. Etter arbeidsmøtet blir forkjempere en del av RNAOs Nursing Best Practice Champions Network® og får tilgang til ekstra, kontinuerlig opplæring og tilgang til ressurser, støtte og å bygge nettverk.

Pasientmedierte intervensjoner kan være effektive som en del av en mangefasettert strategi (Ginrod mfl., 2006). Eksempler på pasientmedierte intervensjoner inkluderer å gi pasienter opplæring i forskningsbasert kunnskap som er relevant for deres kliniske tilstand og behandling, opplæring om screening og om vaksinerings.

Intervensjoner på organisatorisk nivå har blitt evaluert sammen med intervensjoner som er rettet mot fagpersoner. Det finnes mindre kunnskap om effekten av organisatoriske intervensjoner, og funnene er blandet. Enkelte studier viser positive resultater av en slik strategi. Intervensjoner som påvirker organisatoriske prosesser og intervensjoner som påvirker organisatorisk struktur omtales separat nedenfor.

Å integrere anbefalinger i organisatoriske prosesser, for eksempel automatiske påminnelser, kliniske beslutningsstøttesystemer eller å restrukturere pasientjournaler kan også være effektivt. Det er større sannsynlighet for at strategier som ligger nærmere sluttbrukeren og som er integrert i omsorgsprosessen blir mer effektive (Bywood mfl., 2008, Kawamoto mfl., 2005, Shojania mfl., 2009).

Det er større sannsynlighet for suksess hvis man velger strategier som fokuserer direkte på helsepersonellet og pasienten (for eksempel ved å omstrukturere pasientjournal, pasientspesifikke påminnelser, pasientmedierte intervensjoner) (Kawamoto mfl., 2005, Shojania mfl., 2009).

Påminnelser kan forbedre praksisen i stor grad (Bywood mfl., 2008, Grimshaw mfl., 2001, Shojania mfl., 2009), og har større sannsynlighet for suksess når de:

- automatisk gir beslutningsstøtte som en del av en vanlig arbeidsflyt (for eksempel som del av elektronisk registrering eller ordinerings) på det tidspunktet og stedet beslutninger blir tatt (kunnskapsbaserte veiledende behandlingsplaner er også eksempler på effektive påminnelser).
- gir en konkret og begrunnet anbefaling.
- gis gjennom datamaskinbasert støtte.

Litteraturen viser at **føringer fra ledelsen** kan påvirke sykepleiernes bruk av forskning. Selv om støtte fra ledere konsekvent anses som viktig, brukes uttrykket «støtte» for å beskrive oppmuntring, informasjonsutveksling, tildeling av ressurser og forming av rollemodeller for å skape en støttende kultur i organisasjonen. Monitorering av gjennomføring og resultater kan påvirke sykepleiernes bruk av forskning og kunnskapsbaserte retningslinjer (Gifford mfl., 2007).

Intervensjoner som er rettet mot organisatorisk struktur ble ikke evaluert i de systematiske oversiktene om implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer. Men det finnes noe kunnskap fra systematiske oversikter om strukturelle intervensjoner, for eksempel avdekket en systematisk oversikt, utført av Greenfield og Braithwaite (2008), at man kan fremme endringer i praksisen ved å engasjere seg i akkreditering. Innvirkningen på kvalitet var ikke ensartet.

Selv om det finnes begrenset forskning på sosial markedsføring i forbindelse med implementering av retningslinjer, kan denne tilnærmingen være nyttig. Sosial markedsføring har blitt brukt for å oppnå adferdsendringer i folkehelsen. Nylig har det

blitt hevdet at et rammeverk for sosial markedsføring kan brukes til å planlegge strategier for implementering av retningslinjer. I tillegg er mange barrierer for praksisendringer mottakelige for en tilnærming som bruker sosial markedsføring (Andreason, 2004, Morris og Clarkson, 2009). (Se vedlegg 4.1 for mer informasjon om prinsippene i sosial markedsføring.)

Velge dine strategier

Man må tenke grundig gjennom og vurdere hvilke strategier for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer man skal velge. Man må også sørge for at strategiene passer til de lokale forholdene, den kunnskapsbaserte retningslinjen og barrierene og motivasjonsfaktorene man har identifisert. Selv om det finnes en overflod av kunnskap om hvilke strategier som sannsynligvis vil være mest effektive, kan ikke forskningsbasert kunnskap alene avgjøre hvilke strategier som kommer til å fungere best i en bestemt kontekst eller for en bestemt barriere.

Som en del av planleggingsprosessen bør du og gruppen din finne ut om det finnes systematiske oversikter om implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer som har blitt brukt under lokale forhold som likner på deres. Systematiske oversikter kan være et hjelpemiddel når man skal finne implementeringsstrategier, retningslinjer og lokale forhold. For eksempel finnes det flere forskningsoversikter knyttet til implementering av retningslinjer innen mental helse (Bauer mfl., 2002, Gilbody mfl., 2003, Weinmann mfl., 2007). I takt med at forskningen på implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer utført av sykepleiere øker, vil det komme flere sykepleiefokuserte, systematiske oversikter som kan brukes som hjelpemiddel ved utvelgelse av hvilke kunnskapsbaserte retningslinjer som skal implementeres.

Det er større sannsynlighet for at strategier som skreddersys for identifiserte barrierer vil forbedre den profesjonelle praksisen (Baker mfl., 2010). Men det trengs mer forskning for å gjøre det enklere å kombinere barrierer og strategier for implementering for å finne ut hvilken strategi som fungerer best for hvilken barriere.

Husk at denne prosessen dypest sett handler om endring. Å endre måten vi gjør ting på kan være en utfordrende opplevelse og prosess. Ved å bruke en bestemt tilnærming til endringer basert på en av de mange endringsteoriene kan det bli enklere å forstå hvilke konsekvenser endringen får. Det kan også bli enklere å velge egnede strategier for implementering av din kunnskapsbaserte retningslinje.

Endringsteori

Selv om Lewin Change Theory brukes som eksempel i denne verktøykassen (se figur 5 nedenfor), finnes det mange andre teorier, inkludert Bridges (1991) og ADKAR™-modellen (Hiatt, 2006). Lewin Change Theory (Schein, 1996) identifiserer tre stadier ved endringer: (1) «unfreezing» (tine), (2) «changing» (endre) og (3) freezing eller refreezing («fryse» eller «fryse på nytt»). Vi har valgt å bruke denne teorien fordi den gjenspeiler den nødvendige fasen før endring hvor man må sikre bevisstgjøring og skape et positivt miljø for endring. Til slutt fokuserer man på å «fryse» eller opprettholde endringen.



Figur 5: Lewins modell med «Unfreeze», «Changing» og «Refreeze»

«Unfreezing»

- I dette stadiet forstår mennesker at endringen er nødvendig, og de forbereder seg på å gå utenfor komfortsonen.
- For å kunne gjennomføre endringen veier mennesker fordeler og ulemper knyttet til å gjøre noe på en annen måte.
- Denne beslutningsprosessen påvirkes av interne faktorer (for eksempel motivasjon) og eksterne faktorer (for eksempel tidsfrister).
- I denne fasen er det viktig å skape et miljø som er psykologisk trygt slik at mennesker kan ta risikoen for å gjøre ting på en annen måte.
- Ved å forstå denne prosessen blir det enklere for deg å skape deg et bilde av fremtiden og det ideelle miljøet eller den ideelle endringen.

Endring

- I dette stadiet «tines» mennesker fra sine gamle vaner og begynner å bevege seg mot en ny måte å være på. Mennesker er usikre, og av og til føler de også frykt, så dette kan være et veldig vanskelig stadium.
- Mennesker trenger tid til å lære om endringen og tenke gjennom den.

«Refreezing»

- Fryseprosessen oppstår når endringene er på plass og man har sikret stabilitet. Mennesker blir komfortable med de nye rutineene. Det er ofte behov for strukturer og prosesser for å forsterke den nye adferden eller de nye rutineene, siden mennesker har en tendens til å gå tilbake til sine gamle, kjente måter å gjøre ting på.
- Vedvarende forbedringer omtales i kapittel 6.

Forstå endringsprosessen under implementeringen

Tenk på ny kunnskap eller en praksisanbefaling du nylig har hørt om. Hvordan reagerte du innledningsvis? Hadde du noen bekymringer? Var du skeptisk? Lurte du på om det du hadde gjort tidligere kunne være galt? Ble du bekymret for om du måtte endre deg? Slike reaksjoner er alle en del av tningsprosessen.

Schein (1996) undersøkte dette i detalj og fant ut at denne prosessen består av tre viktige faser: (1) avkreftelse, (2) angst for læring og (3) kognitiv omdefinering. Det er viktig å forstå disse følelsene og reaksjonene knyttet til endringer for å kunne normalisere adferden og lage støttende strategier.

Avkreftelse

I følge Schein (1996) «begynner alle former for læring og endring med en eller annen form for avkreftelse eller frustrasjon som skyldes data som avkrefter våre forventninger eller håp». I tillegg bemerket Schein følgende:

- Det er sjelden tilstrekkelig å bare bli eksponert for ny kunnskap som ikke er i tråd med dagens praksis, for at vi skal bli overbevist om at vi må endre oss.
- Vi kan velge å overse den, bestemme oss for at den ikke stemmer, tro at den ikke vil fungere i vår situasjon eller av en eller annen grunn bestemme oss for at vi ikke vil endre oss.
- For å bli interessert i å endre oss må vi godta den nye informasjonen og mene at den er verdifull.
- De fleste av oss er slik at hvis vi blir presset, så spenner vi oss, og vi kan også presse tilbake.
- Når du kommer med ny kunnskap til mennesker i forbindelse med implementeringen av kunnskapsbaserte retningslinjer, kan de føle seg presset. Hvis mennesker ikke er motiverte for å endre seg og føler seg presset, kan de motsette seg endringen.
- Schein beskrev denne reaksjonen som angst for læring.

Angst for læring

Angst for læring er en følelse av at hvis vi begynner å endre oss:

- så innrømmer vi at det vi har gjort tidligere har vært feil eller ufullkomment.
- Hvis det vi gjør er feil, så har vi ikke vært effektive. Dette er et slag mot selvfølelsen vår og kan også true identiteten vår. Sykepleiere, som har en profesjonell identitet som ofte er i tråd med å gi god pleie, kan være sårbare for denne trusselen.
- Det kan være vanskelig å innrømme at praksisen vår bør forbedres og å omfavne feil.

Kognitiv omdefinering

- De fleste sykepleiere mener at deres arbeidsplass bruker mønsterpraksis. I vår formelle utdanning eller gjennom kontinuerlig utdanning, har vi blitt lært den «riktige» eller «beste» måten å gjøre ting på, med tilhørende forklaring av hvorfor vi skal gjøre tingene på denne måten.
- Ved hjelp av kognitiv omdefinering kan mennesker omdefinere en endring i praksisen på en måte som opprettholder deres verdier og gjør dem i stand til å se endringen som noe positivt.

Implementeringsgruppen bør tenke gjennom hvordan man kan skape «psykologisk sikkerhet» for klinikere i tinefasen. Ellers kan den nye kunnskapen og anbefalingene bli avvist eller sett bort fra. Man kan gi støtte for å normalisere følelsene knyttet til endring ved hjelp av opplæring, opinionsledere, forkjempere og ledere. Det gjør det enklere for mennesker å beholde fokuset på målene sine, samtidig som man anerkjenner det positive arbeidet som har blitt utført tidligere. Disse konseptene brukes i et eksempel mot slutten av dette kapitlet.

Få det til å skje i din praksis

Det er større sjanse for at implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje i din praksis lykkes hvis minst ett av grupped medlemmene er en dyktig prosjektleder. Bruk kollegenes ressurser for prosjektplanlegging til å lage en detaljert plan for hvert trinn av implementeringen og til å planlegge budsjettet. Skreddersy strategiene dine for å overvinne barrierer og styrke motivasjonsfaktorene for dine lokale forhold. Følgende tips gjør det også enklere å sikre at din kunnskapsbaserte retningslinje blir en suksess:

1. Planlegg implementeringsstrategiene dine basert på resultatene fra interessentanalysene og identifiseringen av barrierer og motivasjonsfaktorer.
2. Bruk lokale forkjempere, og inkluder personer med myndighet til å skaffe de nødvendige ressursene.
3. Vurder strategier som litteraturen viser har vært effektive. Du må også vurdere barrierer og motivasjonsfaktorer for dine lokale forhold når du skal velge strategier.
4. Velg implementeringsstrategier som er i tråd med tilgjengelige ressurser og støtte.
5. Når det er mulig må du velge et utgangspunkt med stor sjanse for å lykkes til å pilotere implementeringen.
6. Vær åpen for å justere implementeringsstrategier etter hverdagen i praksisen. Be om innspill, engasjement og feedback fra lokale interessenter.
7. Sikre kontinuerlig overvåkning og støtte gjennom de tidlige fasene for å hjelpe brukere med læringskurven og endringsprosessen.

Konsekvenser som må vurderes før man går videre til neste kapittel

Konsekvenser for interessenter

- Interessentanalysene og barrierene og motivasjonsfaktorene du har identifisert kan føre til at en rekke implementeringsstrategier involverer konkrete målgrupper blant interessentene. På dette stadiet inkluderer interessentstyringen gode kommunikasjonssystemer, tydelige meldinger og evnen til å lytte og engasjere andre. Husk at det kan være tidkrevende å sørge for at interessenter engasjerer seg, men det vil spare tid i det lange løp.

Konsekvenser for ressurser

- Valg av implementeringsstrategier avhenger ofte av den totale ressursmengden som er tilgjengelig for implementeringen av retningslinjen. Alternativt kan de identifiserte implementeringsstrategiene bestemme hvilke ressurser man trenger. Det finnes vanligvis faste grenser for mengden ressurser en implementeringsgruppe og interessenter kan bruke. Dette gjelder både for menneskelige og økonomiske ressurser.

Konsekvenser for handlingsplan

- Legg de valgte implementeringsstrategiene til i handlingsplanen din.

Ressurser: Anbefalte nettsteder og nettbaserte ressurser

Audit og Feedback:

How to do a chart audit. Kilde: St. Michael's Hospital Knowledge Translation Program.(2008).

<http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/chartaudit.pdf>

Feedback. National Institute of Clinical Studies (2006).

http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/file/nics/material_resources/Feedback.pdf

Opinionsledere:

Brief summary of the role of opinion leaders. St. Michael's Hospital Knowledge Translation Program (2008).

<http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/opinionleaders.pdf>

Velge strategier:

-Two-page summary of evidence for selecting strategies. National Institute of Clinical Studies (2006).

http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/file/nics/material_resources/Selecting%20strategies.pdf

Anbefalt lesestoff

Andreason, A. R. (2004). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51-75.

Benjamin, A., (2008). Audit: How to do it in practice. *British Medical Journal*, 336, 1241–1245.

Morris, Z. S. og Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135–141.

🔍 Scenario

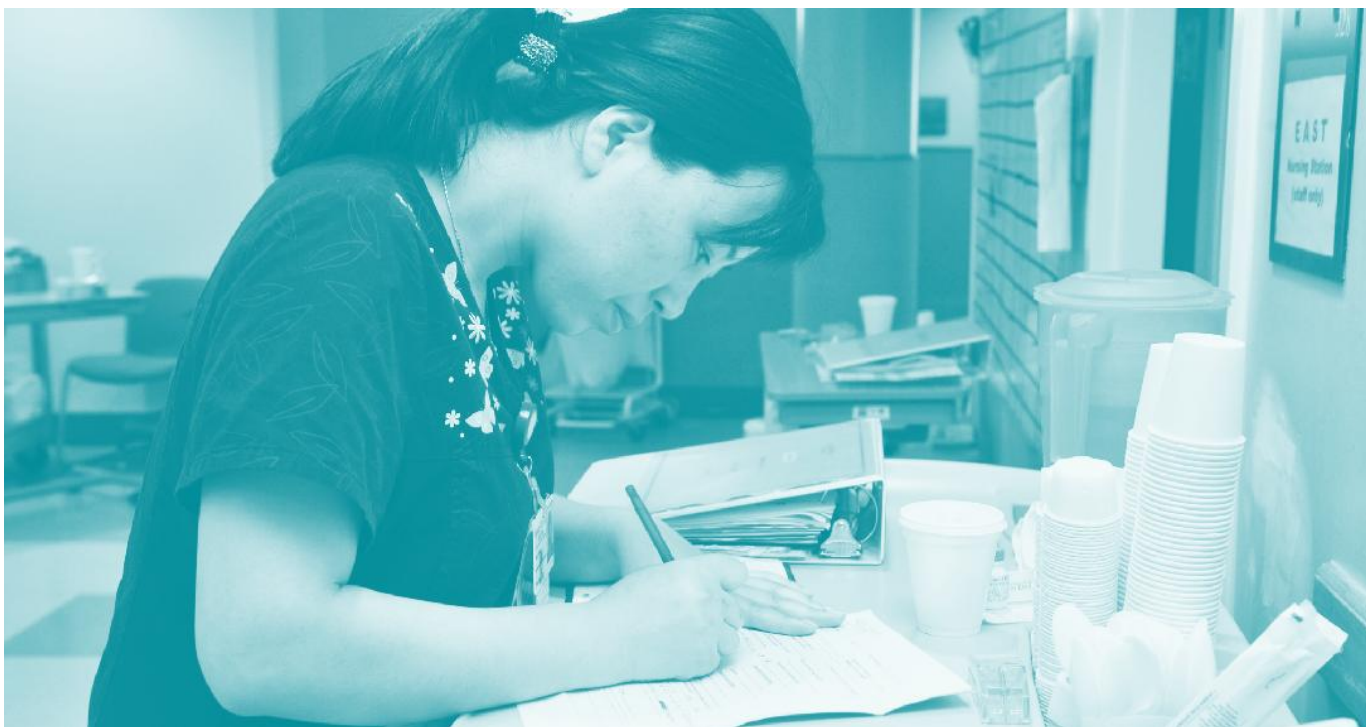
Anvendelse av konsepter for endringsteori: Implementeringsanbefalinger for forebygging av infeksjoner som følge av sentralt venekateter Et sykehus implementerte anbefalinger for forebygging av infeksjoner som følge av sentralt venekateter, som ble støttet av Canadian Patient Safety Institute. Det førte til behov for å endre prosedyrer for rengjøring av huden ved bandasjebytte ved sentralt venekateter. Den nye anbefalingen krevde bruk av klorheksidin 2 % / alkohol 70 %, samt å rense huden ved hjelp av bevegelser frem og tilbake, opp og ned.

I mange år hadde mange sykepleiere rengjort huden slik de hadde lært, ved hjelp av jod. Begrunnelsen var at dette lot sykepleieren gå fra «rent til skittent» ved å starte ved innstikkstedet og bevege seg utover i overlappende, konsentriske sirkler. Begrunnelsen var i tråd med det man vet om å sikre desinfisering, ved å ikke dra bakterier tilbake til det desinfiserte området eller kontaminere innstikkstedet.

Den nye kunnskapen viste at klorheksidin er et bedre desinfeksjonsmiddel enn jod, og at når man bytter til klorheksidin, må man rengjøre med bevegelser frem og tilbake for at prosessen skal være effektiv. Hvordan skulle man overbevise sykepleiere om at bevegelsen frem og tilbake ikke bryter prinsippene for å føre bakterier tilbake til innstikkstedet? Hvordan skulle man sikre psykologisk trygghet?

Implementeringsgruppen:

- Opprettholdt fokus på klorheksidin.
- Gav uttrykk for at sykepleierne ikke gjorde noe galt når de vasket i konsentriske sirkler med jod.
- Delte begrunnelsen om at skrubbingen, friksjonen og fjerning av hudceller var en del av aktiveringsprosessen for klorheksidin.
- Forsterket at sykepleierne hadde gjort det riktig ved å gå fra rent til skittent. Men med denne løsningen er hovedprinsippene med friksjon og fjerning av hudceller at det får klorheksidinen til å fungere, samt at en endring av praksisen ikke innebærer at de har gjort noe galt. Det bidrar til å skape psykologisk trygghet. På denne måten kunne sykepleiere omdefinere den nye praksisen til å være i tråd med tidligere praksis og verdier, basert på den beste kunnskapen, og begynne å vurdere å bruke den nye praksisen.



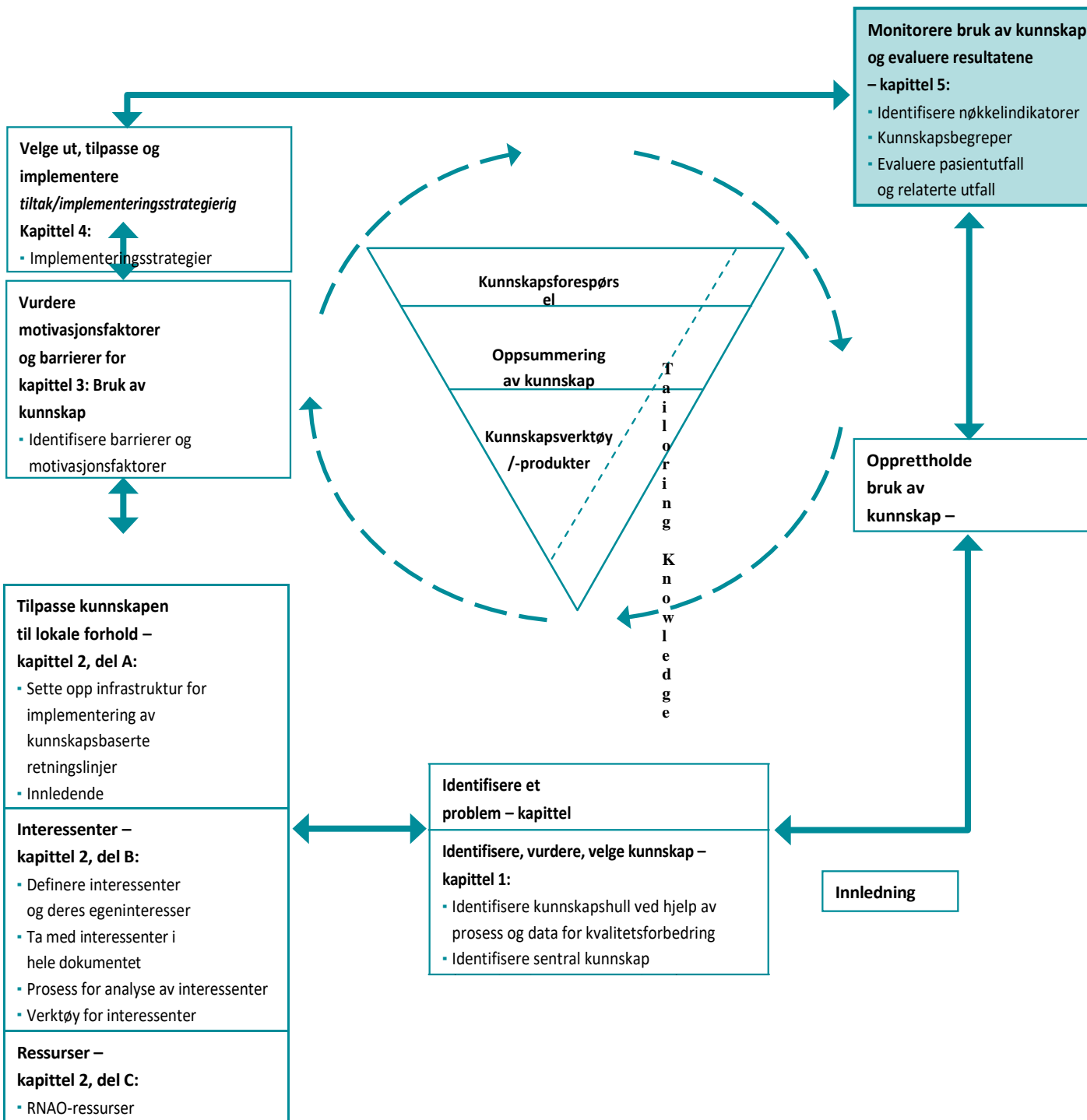
Vedlegg 4.1 Prinsipper for sosial markedsføring

I forbindelse med implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer er prinsippene for sosial markedsføring:

1. Varig adferdsendring hos helsepersonell/sykepleier er hovedmålet for utforming og evaluering av intervensjoner.
2. Sosial markedsføring bruker forskning på målgruppen (for eksempel sykepleiere og interessenter) for å forstå deres synspunkter og for å planlegge, prøve ut og overvåke intervensjoner. Man kan se på dette som å lytte til målgruppen. Utprøving er avgjørende.
3. Det trengs grundig segmentering av målgrupper (for eksempel sykepleiere, pasienter, ledere og så videre) for å sikre effektivitet.
4. Håndgripelige, sikre og direkte fordeler er best, men ved implementering av en kunnskapsbasert retningslinje kan fordelene være uhåndgripelige, indirekte og usikre, spesielt når implementeringen inkluderer verdier og overbevisning. Det er viktig å erkjenne at adferdsendringen går på bekostning av sykepleieren. For eksempel kan sykepleieren miste komfortabel eller foretrukket adferd, tid til å lære ny praksis, eller den følelsesmessige investeringen som ligger i læring og adferdsendring. Når kostnaden er større enn de antatte fordelene, «kan uakseptable avveininger forhindre ny praksis». (Morris og Clarkson, 2009) Ved å bruke sosial markedsføring i forbindelse med implementering av en kunnskapsbasert retningslinje, får man fokus på å planlegge «gode og motiverende utvekslinger med (sykepleiere)» (Andreason, 2004) slik at fordelene oppveier kostnadene.
5. Dette handler om mer enn markedsføring og kommunikasjon. Du må være oppmerksom på å:
 - a) skape attraktive «hvilke fordeler får jeg»-pakker (skreddersydd for sykepleiere med utgangspunkt i sykepleierens motivasjon)
 - b) minimere kostnader (for eksempel ulemper, tid til å lære ny kunnskap, alternative kostnader)
 - c) gjøre skiftet enkelt og praktisk (for eksempel ved å tilby lommeverktøy og legge inn påminnelser i dokumentasjonssystemet)
 - d) kommunisere kraftige beskjeder via de kanalene som målgruppen foretrekker og som er relevante for dem (for eksempel bør du vurdere om målgruppen leser e-post før du bestemmer deg for å bruke en e-postkampanje).
6. Ha full oppmerksomhet på konkurrentene, «faktorene som konkurrerer om menneskers oppmerksomhet, vilje og evne til å endre seg». (Morris og Clarkson, 2009)

Kapittel 5: Monitorere kunnskapsbruk, og evaluere resultater

KAPITTEL



Oppsummering av forrige kapittel

Hittil har verktøykassen fokusert på alle aktivitetene som kan bidra til en vellykket implementering av den valgte kunnskapsbaserte retningslinjen for å løse den identifiserte kliniske eller administrative utfordringen. Hver av fasene i Kunnskap-til-handling-modellen har skissert konkrete, kunnskapsbaserte strategier knyttet til arbeid med interessenter, finne ressursbehov, definere barrierer og motivasjonsfaktorer samt å identifisere og utføre konkrete implementeringsstrategier. Før, under og etter implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje i praksis, er det viktig å overvåke bruken av de nye anbefalingene som er innført (for å påse at kunnskapen blir brukt) og å evaluere resultatene eller ringvirkningene som er knyttet til praksisendringen.

Hva dette kapitlet tilfører

Dette kapitlet fokuserer på to faser i Kunnskap-til-handling-modellen som er relaterte og helt avgjørende for å finne ut om implementeringsintervensjonene har lyktes i å oppfordre til at anbefalingene tas i bruk – og om de har hatt en innvirkning. De to fasene er:

1. Overvåke innføringen av den nye kunnskapen (at anbefalingene for kunnskapsbasert retningslinje eller endringer av kliniske prosesser etterleves).
2. Evaluere resultatene etter implementeringen av den kunnskapsbaserte retningslinjen.

Konseptene kunnskapsbruk og påvirkning gjennomgås, og metodene og strategiene for overvåkning av kunnskapsbruk og resultater blir presentert.

Dette kapitlet svarer på følgende spørsmål:

- Hvordan har implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje påvirket den kliniske praksisen?
- Hvordan har implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje endret utfallet for pasienten og andre, relaterte ut

Nøkkeldefinisjoner

Bruk av konseptuell kunnskap: Kunnskap som har påvirket måten klinikere og ledere ser på utfordringer og holdninger (Beyer og Trice, 1982, Dunn, 1983, Estabrooks, 1999, Graham, Bick, Tetroe, Straus og Harrison, 2010, Larsen, 1980; Rycroft-Malone og Bucknall, 2010, Weiss, 1979). Dette begrepet brukes når man beskriver klinikers forståelse og internalisering av kunnskap og informasjon.

Kunnskapsbruk: Hvordan kunnskapen brukes til å underbygge praksisen. Kategoriseres ofte som konseptuell kunnskapsbruk, bruk av kunnskap for å påvirke adferd eller strategisk bruk av kunnskap (Graham mfl., 2006). I klinisk praksis gjenspeiles dette ved endring av klinisk sykepleiepraksis og kan også kalles prosessutfall.

Bruk av kunnskap for å påvirke adferd eller instrumentell bruk av kunnskap (anvendelse av kunnskap): Kunnskap som har blitt brukt i praksis og som har påvirket handling eller adferd (Beyer og Trice, 1982, Dunn, 1983, Estabrooks, 1999, Graham, Bick, Tetroe, Straus og Harrison, 2010, Larsen, 1980, Rycroft-Malone og Bucknall, 2010, Weiss, 1979).

Resultater eller påvirkning: Endringene som kommer som følge av implementering av en kunnskapsbasert retningslinje. Disse kan oppstå på: brukernivå eller klinisk nivå, helsepersonellnivå eller på enhetsnivå, organisatorisk nivå eller systemnivå (Hakkennes og Green 2006 Graham mfl., 2010).

Strategisk kunnskapsbruk (symbolsk kunnskapsbruk): Bruk av kunnskap eller data (for eksempel forskningsresultater) for å overbevise andre om å støtte ens synspunkter eller beslutninger. Det kan føre til at andre bruker kunnskapen, enten konseptuelt eller adferdsmessig (Beyer og Trice, 1982, Dunn, 1983, Estabrooks, 1999, Graham, Bick, Tetroe, Straus og Harrison, 2010, Larsen, 1980, Rycroft-Malone og Bucknall, 2010, Weiss, 1979).

Vanlige evalueringsmetoder og -begreper:

Audit og feedback: En gjennomgang av klinisk utførelse som kan inkludere anbefalinger for tiltak, samlet sammen i en konkret tidsperiode, som brukes for å øke gruppens bevissthet om egen eller andres praksis. Informasjon kan skaffes fra pasientjournaler, elektroniske databaser eller observasjoner av pasienter/brukere/beboere (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Fokusgruppe: Få kunnskap ved å intervju en gruppe mennesker om deres erfaringer, holdninger eller adferd knyttet til et tema.

Intervjuer: Få kunnskap ved å spørre enkeltpersoner om deres erfaringer, holdninger eller adferd. I kvalitativ forskning er spørsmålene åpne. I kvantitativ forskning er spørsmålene vanligvis svært strukturerte med faste svaralternativer.

Observasjon: Få kunnskap ved hjelp av sansene (for eksempel visuelt eller auditivt) eller registrere data ved hjelp av vitenskapelige instrumenter.

Spørreundersøkelser: Få kunnskap ved å samle inn informasjon, brukes normalt i form av strukturerte spørreskjemaer med vurderingsskalaer. Undersøkelser kan utføres personlig, via telefon eller via internett (Dillman 2007).

Reliabilitet: I hvilken grad et verktøy for datainnsamling konsekvent måler det samme attributtet som det er utformet for å måle, eller i hvor stor grad resultatene kan reproduseres.

Validitet: I hvor stor grad verktøyet for innsamling av data på en nøyaktig måte måler det som det er ment å måle.

Sensitivitet og spesifisitet: To hyppig rapporterte karakteristikker av verktøy og diagnostiske tester. Sensitivitet defineres som hvor god en test er til å avdekke *hvem som kan ha* en tilstand eller en sykdom. Spesifisitet defineres som hvor god en test er til å fortelle *hvem som ikke har* tilstanden eller sykdommen.

Struktur: Hva trenger man for å få til en endring (for eksempel utstyr, rekvisita og fasiliteter)?

Prosess: Hvordan må systemet endres for å implementere praksisen?

Utfall: Resultatet av et foretakende eller et initiativ (Donabedian, 1988).

Dette er faktaene:

Hva er kunnskapsbruk?

Flere modeller (Beyer JM og Trice HM 1982, Dunn WN 1983, Estabrooks C 1999, Graham I mfl. 2010, Larsen J 1980, Rycroft-Malone J. og Bucknell T. 2010, Weiss CH 1979) grupperer kunnskapsbruk i tre kategorier:

1. Konseptuell bruk av kunnskap (forståelse eller opplysning).
2. Bruk av kunnskap for å påvirke adferd eller instrumentell kunnskap (anvendelse av kunnskap i praksis).
3. Symbolsk (overbevisende eller strategisk) bruk av kunnskap (bruk av selektive data for å overbevise andre om å godta anbefalte praksisendringer).

Det er viktig å forstå at disse tre typene av kunnskapsbruk for å effektivt overvåke implementeringen av anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer. I tabell 10 nedenfor finner du informasjon om hver type av kunnskapsbruk og dens rolle i overvåkningen av implementeringen av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Tabell 10: Kunnskapsbruk og dens rolle i implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer

Type kunnskapsbruk	Rolle i implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer	Eksempel på overvåkning av bruk av kunnskap ved implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer
Konseptuell kunnskap (forstå og internalisere ny kunnskap)	Påvirker eller informerer måten klinikere eller andre tenker på utfordringer på. Representerer forståelsen, aksepten og internaliseringen av kunnskap. Påvirker aksepten av anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer.	En kunnskapstest utføres før og etter opplæringsøkter for kunnskapsbaserte retningslinjer for smertebehandling for å finne ut om deltakerne forstår eller lærte anbefalingene og det tilhørende kunnskapsgrunnlaget (for eksempel Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain) Ferrell og McCaffery, 2008).
Adferdsrelatert eller instrumentell kunnskap (bruk av ny kunnskap)	Kunnskap som påvirker handlinger eller adferd. Konkret bruk av kunnskap i klinisk praksis eller etterlevelse av nye anbefalinger i kunnskapsbaserte retningslinjer som skal føre til ønsket utfall (for eksempel vurdering av smertenivå ved hjelp av en numerisk skala).	Gjennomføre en journalrevisjon for å finne ut om anbefalingene fra kunnskapsbaserte retningslinjer blir fulgt (Davies mfl., 2008), for eksempel en revisjon for å finne ut om pasientens vurderte smertenivå registreres i samsvar med anbefalingene (for eksempel ved hjelp av en skala fra 0 til 10).
Symbolsk bruk av kunnskap (overbevisende eller strategisk bruk av kunnskap)	Bruke utvalgte data for å overbevise andre om å gjøre noe nytt eller slutte å gjøre noe.	Inkludere data om resultatene fra en undersøkelse om pasienttilfredshet som indikerer at pasienter var misfornøyde med måten deres behov for smertelindring ble oppfylt for å hjelpe klinikere med å ta i bruk anbefalinger fra den kunnskapsbaserte retningslinjen om smerte.

Hva vet vi om kunnskapsbruk?

Kunnskap er et kritisk element i klinikeres etterlevelse av kunnskapsbaserte praksisanbefalinger. Bruk av kunnskap kan:

- Oppstå på enkeltpersonnivå, enhetsnivå, organisatorisk nivå eller systemnivå (Dunn WN 1983).
- Føre til adferdsendring (ved at en kliniker får kunnskap om mønsterpraksis, blir positiv til dem, får et ønske om å følge den og blir motivert til handling).
- Vær kompleks, siden klinikere kan velge å følge enkelte anbefalinger, men ikke andre.
- Påvirkes av strukturer og prosesser i den kliniske settingen (se kapittel 3 og 4).



Siden bruk av kunnskap er flerdimensjonal og kompleks, må man bruke flere strategier for å overvåke den.



Å vite om en kunnskapsbasert retningslinje, være positiv til den og ønske å følge anbefalingene er ingen garanti for implementeringen.

Det finnes også andre faktorer som kan påvirke om anbefalingene fra ny kunnskapsbasert retningslinje tas i bruk i klinisk setting. Disse omfatter:

- Indre motivasjon (basert på ny eller gammel kunnskap, personen mener at det vil være fordelaktig å følge anbefalingene fra den kunnskapsbaserte retningslinjen).
- Ytre motivasjon (strukturer eller prosesser i den kliniske settingen som skaper forutsetninger hvor det oppstår adferdsendringer uten at personen bevisst må tenke på å bruke kunnskapen).

I tabell 11 finner du eksempler på strukturer og prosesser som kan føre til adferdsendringer.

Tabell 11: Strukturer og prosesser som kan føre til adferdsendringer

Type støtte	Eksempler	Begrunnelse for bruk
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Policyer og prosedyrer • Omorganisering av bemanning eller tjenester • Skjemaer for dokumentasjon • Kliniske forløp • Utstyr 	<ul style="list-style-type: none"> • Gir begrunnelse for endring av praksis og veiledning av praksisen • Sikrer tilstrekkelig bemanning for å utføre anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer • Inkluderer påminnelse om å utføre vurderinger og konkrete intervensjoner (for eksempel hvis smertenivået skal vurderes på en skala fra 0 til 10, må man inkludere skalaen i den daglige arbeidsplanen med støtte eller påminnelse for å inkludere den som en rutine i praksisen). • Gir en veiledning for anbefalt klinisk behandling, pleie og omsorg • Tilrettelegger anbefalinger (for eksempel hvis det er anbefalt praksis å overvåke oksygenmetningen, må man sikre at tilstrekkelige, og funksjonelle metningsmålere er tilgjengelige på avdelingen for å kunne utføre dette)
Prosess	<ul style="list-style-type: none"> • Obligatoriske opplæringsøkter for sykepleiere for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer • Nøkkelindikatorer for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer er inkludert i sykepleieres medarbeidersamtaler • Informasjon om resultatene fra pasienttilfredshet med smertelindring deles med enhetens kliniske ledere og kliniske medarbeidere hvert kvartal 	<ul style="list-style-type: none"> • Støtter optimal levering av en implementeringsstrategi (opplæring av alle medarbeidere) • Indikerer hvor viktige anbefalingene om kunnskapsbaserte retningslinjer er for klinisk profesjonsutøvelse • Gir rom for diskusjoner av relevante utfall og muligheten til å endre implementeringsstrategier ved behov.

Hvorfor er det viktig å overvåke kunnskapsbruk og evaluere påvirkningen?

Overvåkning av kunnskapsbruk gir:

- En indikasjon på i hvilken grad anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer er kjent, akseptert og blir brukt.
- En indikasjon på i hvor stor grad implementeringsintervensjonene var vellykkede og førte til endring av klinisk praksis.
- Svarer på følgende spørsmål:
 - Blir anbefalingene brukt?
 - Fungerer implementeringsintervensjonen?
- Informasjon om kunnskap, holdninger, ferdigheter og etterlevelse av anbefalinger som endres over tid når implementeringsintervensjoner introduseres, som omstendigheter.
- Begrunnelse for endringer av implementeringsplaner.

Vurdere innvirkningen (utfall) av implementeringen av kunnskapsbaserte retningslinjer:

Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer

- Fokuser oppmerksomheten på det som skjer når anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer brukes flerdimensjonalt, siden det tar hensyn til resultater fra flere nivåer, deriblant:
 - brukeren
 - helsepersonellet
 - helseenheten, organisasjonen eller systemet.
- Svar på spørsmålet: «Hvilken forskjell vil det utgjøre å bruke anbefalingene i klinisk praksis – spesielt for min pasients helse og kliniske utfall?»



Måling av kunnskapsbruk og hvilken innflytelse den gir er nært knyttet til hverandre. Det er vanskelig å tolke innflytelse (utfall) uten å vite i hvor stor utstrekning kunnskapen ble brukt. Hvis for eksempel pasientens smertenivå fortsatt er høyt etter at en kunnskapsbasert retningslinje for smertelindring har blitt implementert, må man overvåke på flere nivåer for å svare på følgende spørsmål knyttet til prosess, struktur og utfall:

Prosess

- Deltok alle sykepleierne på smerteopplæringen?
- Lærte (internaliserte) sykepleierne innholdet? Ble dette vurdert ved hjelp av en prøve før og etter opplæringen?
- Har sykepleierne de nødvendige ferdighetene til å kunne vurdere smerte og iverksette hensiktsmessige intervensjoner?
- Fulgte sykepleierne anbefalingene for aktuelle pasienter?

Struktur

- Finnes det en tydelig definert policy og prosedyre for å støtte anbefalingene i den kunnskapsbaserte retningslinjen?
- Var det leger til stede som kunne skrive ut de nødvendige medisinene?
- Var det smertepumper tilgjengelige for dem som trengte kontinuerlige infusjoner?

Utfall

- Hvor mange pasienter hadde smertenivå som var lavere enn 4 på en skala fra 0 til 10?
- Hvor ofte rapporterte pasienter høyt smertenivå, over 6 på en skala fra 0 til 10?

Aktuell litteratur viser at overvåkning av kunnskapsbruk og resultater ikke gjøres konsekvent. Godfrey med kolleger (2010) og Hakkennes og Green (2006) avdekket at de fleste studier (henholdsvis 89 % og 100 %) undersøkte kunnskapsbruk (bruk av adferdsrelatert kunnskap), mens bare henholdsvis 18 % og 47 % av studiene evaluerte konseptuell kunnskap. Enda færre studier inkluderte utfall på pasientnivå, helsepersonellnivå eller systemnivå.



Det er viktig å vurdere kompleksiteten og kostnaden knyttet til overvåkning av kunnskapsbruk og kliniske utfall. Selv om flere målinger kan være best, kan det finnes omstendigheter i de ulike kliniske settingene som krever selektiv overvåking. For eksempel studerte Ciachini med kolleger en strategi for implementering av Osteoporosis Canada-retningslinjene i et lokalmiljø i Nord-Ontario (Straus, 2009). Det primære utfallet av dette randomiserte forsøket var å identifisere bruken av kunnskap om osteoporosemedisiner (adferdsrelatert kunnskap) fremfor brudd hos pasienter (klinisk resultat). Forfatterne mente at det var tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag som støttet bruken av osteoporosemedisin for å forebygge brudd til at denne utfallsindikatoren kan brukes som mål i stedet for brudd, som det var mye mer kostbart å måle.

Måling av kunnskapsbruk

Kunnskapsbruk er en kompleks prosess som skjer kontinuerlig (Rich, 1991), ikke en adskilt hendelse som kun skjer én gang. Derfor er det en kompleks oppgave å måle bruk av kunnskap, noe som krever en flerdimensjonal, gjentagende og systematisk tilnærming (Sudsawada, 2007).

Strategier som fungerer

Bruk av konseptuell kunnskap

Denne typen kunnskapsbruk kan måles ved å teste kunnskap og forståelse (for eksempel i hvor stor grad klinikere tilegner seg kunnskap og ferdigheter som blir lært bort under opplæringsøkter). Godin, Belanger-Gravel, Eccles og Grimshaw (2008) identifiserte følgende felles utfallsmål som brukes i studier av implementering:

- undersøkelser av holdninger og intensjoner
- målinger av holdninger til en bestemt praksis
- persepsjon av selvtro ved utførelse av en bestemt praksis
- intensjoner om å iverksette praksiser.

Stacey mfl. (2006a) gjennomførte en randomisert og kontrollert studie av en intervensjon for å implementere kunnskapsbasert beslutningsstøtte ved et sykepleiesenter. En del av intervensjonen inkluderte at sykepleierne skulle gjennomføre et tre-timers nettkurs. For å vurdere oppfatningen av konseptuell kunnskap inkorporerte forskerne en kunnskapstest i kurset for å finne ut om sykepleierne hadde tilegnet seg den relevante kunnskapen og ferdighetene for å kunne gi beslutningsstøtte.



Rundt 50 % av alle studier av implementering av retningslinjer for sykepleie og andre helserelaterte profesjoner inkluderer et måling av bruk av konseptuell kunnskap, sammenlignet med mindre enn 20 % i i studier der leger var målgruppen (Hakkennes og Green, 2006, Godfrey mfl., 2010.).

Bruk av kunnskap for å påvirke adferd

De fleste verktøy for måling av kunnskapsbruk måler bruk av kunnskap for å påvirke adferd (Estabrooks mfl., 2003). Systematiske oversikter som så på effekten av intervensjoner for å fremme bruken av retningslinjer (Grimshaw mfl., 2004, Harrison mfl., 2009), fant at 89 % av implementeringsstudiene målte bruk av kunnskap for å påvirke adferd eller etterlevelse knyttet til retningslinjer. (Godfrey, Harrison og Graham, 2010, Hakkennes og Green, 2006;).



Disse målingene er ofte basert på egenrapportering og det kan oppstå skjevheter på grunn av recall bias og social response bias. Recall bias oppstår når en person ikke klarer helt å huske det hun eller han har lært. Social response bias oppstår når en person gir det svaret som hun eller han tror spørsmålsstilleren ønsker å få.

Metoder for å måle bruk av kunnskap for å påvirke adferd

- Måle etterlevelsen av anbefalinger eller kvalitetsindikatorer ved hjelp av administrative databaser eller journalrevisjoner.
- Observere møter mellom brukere og klinikere for å vurdere i hvor stor grad den kunnskapsbaserte praksisen blir brukt.
- Stille brukeren direkte spørsmål om deres møte med helsepersonellet.

Stacey mfl. (2006b) gjennomførte en utforskende case-studie for å finne ut om sykepleiere ved sykepleiesentere fortsatt brukte et beslutningsstøtteverktøy. 11 av 25 respondenter fortalte at de hadde brukt verktøyet, og 22 av 25 respondenter sa at de ville bruke det i fremtiden. Forfatterne påpekte imidlertid at recall bias og en kort oppfølgingsperiode (en måned) uten gjentatte observasjoner som potensielle bsvakheter ved studien. Observasjoner av møter mellom kliniker og pasient, der deltakernes coachingegenskaper ble kvalitetsvurdert ved hjelp av simulerte samtaler, ble også brukt til å vurdere kunnskapsbruken (Stacey mfl., 2006a).

I tabell 12 nedenfor finner du eksempler på verktøy som har blitt utviklet for å vurdere bruk av kunnskap for å påvirke adferd og som identifiserer hvilken kategori for måling som inngår i verktøyet, samt konkrete kommentarer om verktøyets natur.

Tabell 12: Verktøy for kunnskapsbruk

Kategori for måling av kunnskapsbruk	Verktøy	Kommentarer
Observasjon	<p>Eksempel: <i>Verktøy for forekomst av bruk av fysiske tvangsmidler</i> defineres operasjonelt til å inkludere faktorer som magereim, torsoreim, reimer på lemmer og sengehester. De som evaluerer resultatene, må vurdere om pasienten kan fjerne utstyret selv. Det anbefales å gjennomføre flere observasjoner for å observere mønsteret i bruk av fysiske tvangsmidler om dagen og om natten.</p> <p>Omfanget av bruken av fysiske tvangsmidler er nyttig i forbindelse med evalueringen av anbefalinger i RNAOs kunnskapsbaserte retningslinje <i>Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia, and Depression and Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints</i>.</p>	<p>En gratis brukermanual kan lastes ned. Den inneholder verktøy for observasjoner og journalrevidering. (Davies mfl., 2006.) Det er publisert en artikkel om verktøyets psykometriske egenskaper (validitet, reliabilitet) (Edwards mfl., 2006).</p>
Innholdsanalyse av spørreskjema og data fra intervjuer	<p>Eksempel: <i>Innholdsanalyse av motivasjonsfaktorer og barrierer</i> for implementering av en kunnskapsbasert retningslinje. Data fra intervjuer med medarbeidere, kliniske ressurssykepleiere og administratorer.</p> <p>Eksempler på måter som bruken av kunnskapsbaserte retningslinjer kan overvåkes på, finner du i følgende kunnskapsbaserte retningslinjer fra RNAO: pressure ulcers, adult asthma, pain management, smoking cessation and reducing foot complications for patients with diabetes.</p>	<p>Det finnes en gratis brukerveiledning som kan lastes ned. Den inneholder eksempler på spørreskjemaer og relaterte analyser for intervjuer. (Edwards mfl., 2004).</p> <p>Det finnes en artikkel som inneholder mer informasjon om metodikken for innholdsanalyse og kvalitative, tematiske analyseresultater (Ploeg mfl., 2007).</p> <p>En foreslått referanse for innholdsanalyser (Elo og Kyngas, 2007).</p>

Skalaer	Flebitt- og infiltrasjonskalaer for vurdering av komplikasjoner som følge av utstyr for perifer vaskulær tilgang. Skinners verktøy for måling av resultater av kunnskapsutveksling. Landrys skala for forkjempere for bruk av kunnskap, Champion og Leachs skala for bruk av kunnskap.	Groll mfl., 2010, Skinner, 2007, Landry mfl., 2003 Champion og Leach 1989
---------	--	---



Ved implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer er det viktig å vurdere hvilken grad av bruk av kunnskap som skal være målet. Dette skal baseres på diskusjoner med relevante interessenter, og det skal inkludere vurderinger av hva som er akseptabelt og gjennomførbart, og om det kan finnes en takeffekt (Straus mfl., 2009). En takeffekt oppstår når det er lite rom for forbedringer. For eksempel følger 90 % av sykepleierne allerede anbefalingene når prosjektet startes, noe som fører til at man ikke kan oppnå mer enn 10 % forbedring hvis intervensjonsstrategien fungerer.

Hvem kommer til å bruke kunnskapen?

En nøkkelfaktor som man må vurdere i forbindelse med evalueringen er hvilke interessentgrupper som kommer til å bruke kunnskapen. Disse gruppene inkluderer:

- befolkningen, eller de som bruker helsetjenestene
- helsepersonell eller klinikere
- ledere og administrasjon
- beslutningstakere.



Forskjellige interessenter krever forskjellige strategier for overvåking av kunnskapsbruk. I tabell 13 finner du målestrategier for beslutningstakere og klinikere .

Tabell 13: Målestrategier for beslutningstakere og klinikere.

Mål	Strategi for måling
Beslutningstakere	<ul style="list-style-type: none"> • Intervjuer • Dokumentanalyser (Hanney mfl. 2002)
Klinikere	<ul style="list-style-type: none"> • Intervjuer • Spørreundersøkelser • Audit • Analyser av kliniske eller administrative databaser

Overvåke kunnskapsbruk

Hvis man avdekker at nivået av kunnskapsbruk er tilstrekkelig, bør man vurdere strategier for å overvåke at bruken opprettholdes. Intervjuer med interessenter kan være nyttige når man skal finne ut hvilke metoder som vil være mest effektive. Hvis nivået av kunnskapsbruk er lavere enn forventet eller ønsket, kan det være nyttig å gjennomføre en ny vurdering av barrierer for kunnskapsbruken og følgelig endre strategiene for implementering.

Et eksempel på overvåking av bruk av kunnskap finner vi i studien som beskrives tidligere, utført av Stacey mfl. (2006). En spørreundersøkelse blandt sykepleiere ved en sykepleiesenter identifiserte at bruken av beslutningsstøtteverktøyet kan tilrettelegges ved at det integreres i senterets database, ved å inkludere opplæring for medarbeidere og ved å informere befolkningen om denne tjenesten.

Evaluere virkningen av kunnskapsbruk

Det er helt nødvendig å se evalueringen som en avgjørende komponent når kunnskapsbaserte retningslinjer skal implementeres. Tipsboksen nedenfor beskriver de viktigste hensynene.



Ved planlegging av evalueringen er det viktig å vurdere tre ulike aspekter:

1. Type kunnskap som skal implementeres (for eksempel konseptuell, kunnskap som påvirker adferd, instrumentell)
2. Fokus på evaluering (for eksempel pasient/bruker, helsepersonell, helsesystem)
3. Type indikator (for eksempel struktur, prosess, resultat)

i
Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer er det viktig å vurdere nivået av kunnskapsbruk, men fokuset for kunnskapsbaserte retningslinjer er å oppsummere den tilgjengelige forskningen og komme med anbefalinger for å forbedre helsestatus og pleiekvalitet. Derfor er de viktigste utfallene som skal evalueres, de som er på nivået til brukeren/pasientens, helsepersonellet og helsesystemet.



Før en evaluering påbegynnes er det viktig å vurdere om det kreves etisk godkjenning. Det kreves en etisk godkjenning ved all forskning på mennesker. Det kreves ikke etisk godkjenning hvis forskningen kun baseres på informasjon som er offentlig tilgjengelig. Det er ikke sikkert det er behov for etisk godkjenning av studier i forbindelse med kvalitetssikring og kvalitetsforbedringer, programevalueringer, resultatvurderinger eller testing innenfor normale utdanningskrav. Men det finnes mange gråsoner. Hvis du har planer om å publisere resultatene dine, anbefales det å søke om etisk godkjenning. Man må ta hensyn til prosedyrer for frivillig, informert samtykke som sikrer anonymitet og konfidensialitet.

Det kan lønne seg å kontakte etikk- og personvernansvarlig i organisasjonen eller lokalt universitet for å få råd. Du kan også bruke Government of Canadas Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans at the following website: [http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default. /](http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default./)

Alberta Innovates har også et verktøy for etikkvurdering, som du finner på følgende nettsted: <http://www.aihealthsolutions.ca/arecci/screening.>



Det er ofte nyttig å engasjere en akademisk partner som nøkkelinteressent eller ressurs for evaluering og overvåkning. Det anbefales å få på plass engasjementet ved starten av implementeringsprosjektet, som inkluderer evaluering.

Evaluering av effekten bør startes med at man formulerer det aktuelle spørsmålet. **PICO**-rammeverket er nyttig til dette (Straus 2009). Alle spørsmål skal ta hensyn til alle fire PICO-faktorer. Når man for eksempel skal evaluere implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje for vurdering og lindring av smerte, stiller gruppen følgende spørsmål: Førte smertesykepleierens intensive opplæringsprogram (I) til en forbedring av smertekunnskapen (O) hos sykepleierne (P) som deltok i programmet, sammenlignet med de som ikke deltok (C)?



P – Populasjon (befolkningen, beslutningstakere, helsepersonell)

I – Implementering/intervensjon (strategi for kunnskapsformidling)

C – Kontrollgruppe (en annen gruppe hvor strategien ikke ble brukt – hvis det ikke finnes en kontrollgruppe, må du tenke på konteksten)

O – Utfall (helseutfall, utfall for helsetjenesteyter, organisatoriske- eller systemutfall)

For å gjøre det enklere å identifisere resultater som kan måles, grupperte Graham mfl. (2010), med utgangspunkt i arbeidet til Hakkennes og Green (2006), resultatmålinger for kunnskapsbruk i de tre hovedkategoriene som er nevnt. I tabell 14 nedenfor finner du en mer detaljert beskrivelse av disse kategoriene for måling av resultater sammen med eksempler fra bruk i forbindelse med evaluering av resultatene av kunnskapsbaserte retningslinjer,

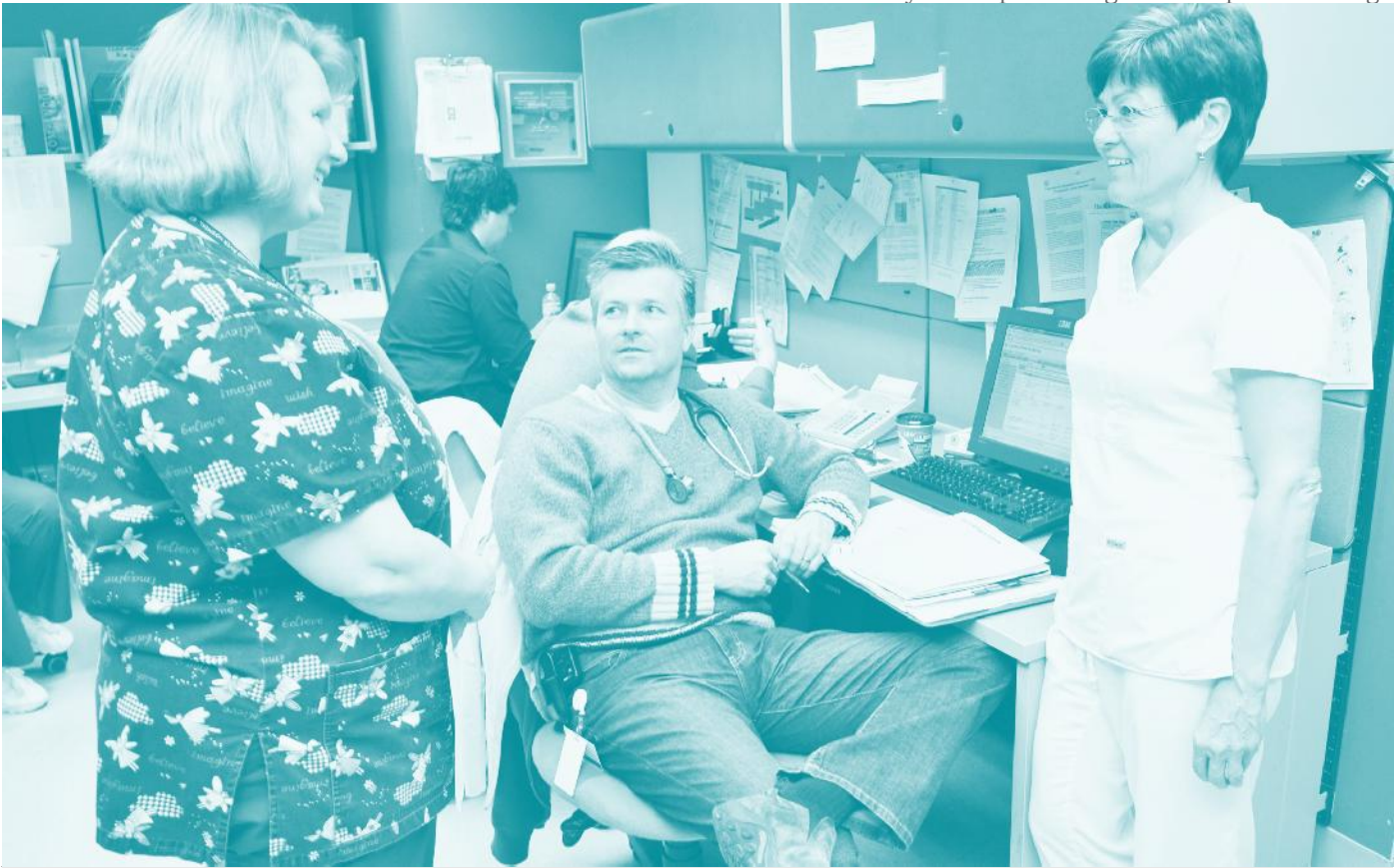
Tabell 14: Kategorier og eksempler på resultatmålinger

Effekt/resultatkategori	Resultateksempler
Bruker-/pasientnivå eller klinisk nivå	<ul style="list-style-type: none"> • Måling av en faktisk endring i helsetilstand, som dødelighet, sykkelighet, tegn og symptomer, funksjonell status, livskvalitet og uønskede hendelser • Andre målinger av effekten på tjenestebrukeren/pasienten som ikke er knyttet til helsetilstand, som tjenestebrukerens/pasientens tilfredshet
På helsepersonellnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Målinger av personalets tilfredshet
Systemnivå eller organisatorisk nivå	<ul style="list-style-type: none"> • Målinger av endringer i helsevesenet (for eksempel ventetid, lengden på oppholdet, besøk av helsepersonell, reinleggelse) eller utgifter

En annen måte å kategorisere omsorgskvaliteten stammer fra Donabedians modell (Donabedian 1988). Denne deler kvalitetsindikatorer i tre hovedtyper, som omfatter struktur, prosess og utfall. I den neste tabellen finner du en mer detaljert beskrivelse av hvordan denne modellen kan brukes i forbindelse med evaluering av bruk av kunnskap og tilhørende påvirkning.

Tabell 15: Evaluering av kunnskapsbruk og tilhørende påvirkning

Type kvalitetsindikator	Definisjon av indikator	Eksempler på indikatorer som har blitt brukt i forbindelse med bruk av kunnskap og tilhørende påvirkning
Strukturelle	<ul style="list-style-type: none"> • Fokuserer på tjenestetilbudets organisatoriske aspekter • Kan anses som tilretteleggere for instrumentell bruk av kunnskap 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatorisk innføring eller godkjenning av en praksisretningslinje • Policy som tydelig identifiserer påkrevet praksis • Skjemaer for dokumentasjon som fremmer etterlevelse av retningslinjen • Innkjøp av utstyr som klinikere trenger for å kunne følge anbefalingene i retningslinjen
Prosess	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på prosesser for å pleie og omsorg til pasienter • Parallell til bruk av instrumentell kunnskap 	<ul style="list-style-type: none"> • En organisatorisk prosedyre for vurdering og lindring av smerte (for eksempel kontrolleres smerten ved innleggelse, og hvis det finnes smerte, utføres en omfattende vurdering, samtidig som en revurdering gjøres Q4H) • Plan for smertelindring skreddersys for hver pasient
Utfall	Fokuserer på å forbedre helseutfallet for bruker/pasient	<ul style="list-style-type: none"> • Forekomst av smerter etter alvorlighetsgrad (mild, moderat, alvorlig)



Velge dine strategier

Betraktninger ved måling

Når man vurderer implementering av kunnskapsbasert retningslinje (se kapittel 4), bør den som har ansvaret for implementeringen stille flere spørsmål for å gjøre det enklere å overvåke bruk av kunnskap og kliniske utfall.

Hva skal måles?

Du må bestemme om du skal måle bruk av kunnskap (konseptuell kunnskapsbruk, bruk av kunnskap for å påvirke adferd, symbolsk bruk av kunnskap), utfall (for pasienter, helsepersonell, enhet, organisasjon, system) eller begge deler. De viktigste betraktningene inkluderer: kostnader (menneskelige ressurser og finansiering), tidsbegrensninger, hvor enkelt det er å få tilgang til data samt relevans for strategier.

Hvis du for eksempel skal implementere RNAOs kunnskapsbaserte retningslinje for vurdering og lindring av smerter, må du velge mellom flere typer av måling, deriblant:

- Pre- og posttester i forbindelse med opplæring av sykepleiere for å finne ut om sykepleierne tar til seg kunnskapen (bruk av konseptuell kunnskap)
 - Gjennomgang av journaler for å vurderedokumentasjon knyttet til smertelindring for å finne ut om anbefalingen følges (bruk av kunnskap for å påvirke adferd)
- Prevalensstudie for å finne smertenivået til pasienter ved alle implementeringsenhetene og finne ut hvordan implementeringen har påvirket pasientens helseutfall (utfall)
- Spørreundersøkelse om pasienttilfredshet knyttet til smertelindring for å vurdere effekten av implementeringen av anbefalingene (utfall)
- Fokusgrupper som vurderer innvirkning på arbeidsbelastning og tilfredshet med arbeidsbelastningen (utfall)
 - Gjennomgang av journaler for å finne bruken av smertelindrende medisiner blant pasienter (bruk av kunnskap påvirke adferd) og tilhørende kostnader (utfall)

Hvordan skal vi måle disse resultatene?

Det finnes ulike aspekter knyttet til målinger som man må vurdere når man velger hvordan resultater skal måles. I tabell 16 finner du en oversikt over disse aspektene sammen med kliniske eksempler.

Tabell 16: Oversikt over aspekter ved måling av resultater

Måleaspekt	Definisjon	Eksempel
Direkte	<ul style="list-style-type: none"> • Utfallet kan observeres eller måles direkte 	<ul style="list-style-type: none"> • Observere en sykepleier som gjennomfører en smertevurdering • Måle konseptuell kunnskap etter en opplæringsøkt ved hjelp av et flervalgsskjema
Indirekte eller surrogat	<ul style="list-style-type: none"> • Måler resultatet av en adferd eller handling 	<ul style="list-style-type: none"> • Journalgjennomgang for å finne ut om en sykepleier dokumenterte en smertevurdering
Subjektiv	<ul style="list-style-type: none"> • Måler personens subjektive opplevelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Utfylling av et verktøy for egenrapportering, for eksempel Brief Pain Inventory • Pasientintervju • Fokusgrupper
Objektiv	<ul style="list-style-type: none"> • Data som ikke har subjektiv bias eller recall 	<ul style="list-style-type: none"> • Antall selvmedisinerte doser av smertemedisin som en pasient fikk via en datastyrt smertepumpe som registrerer antall forsøk og doser som har blitt gitt

Metoder for å samle inn målinger av resultat inkluderer normalt audit, spørreundersøkelser, intervjuer og observasjon. Utvelgelse av resultatmålinger bør styres ved at man vurderer to nøkkelfaktorer:

1. Vitenskapelig beskaffenhet (reliabilitet, validitet og klinisk sensitivitet)
2. Praktisk grad (hvor mye som kreves av ressurser og administrasjon)

Meningsfulle målinger krever at man vurderer disse faktorene i sammenheng med implementering av den kunnskapsbaserte retningslinjen, i samråd med relevante interessenter.



Siden det finnes flere måter å evaluere bruk av kunnskap på, bør man ta hensyn til hvilken type evalueringsmetode som brukes, spesielt med tanke på gjennomførbarheten i en bestemt organisasjon. I tabell 17 finner du eksempler på målinger av bruk av kunnskap og tilhørende påvirkning, hvordan de samsvarer med Donabedians modell, samt strategier for datainnsamling og mulige datakilder (Graham 2010).

Tabell 17: Eksempler på bruk av kunnskap og samsvar med Donabedians modell

Begrep	Donabedians begrep	Beskrivelse	Eksempler på målinger	Strategi for datainnsamling	Datakilde
Kunnskapsbruk					
Konseptuell (bruker/pasient eller helsepersonell)	Prosess	Endringer i kunnskapsnivå, forståelse, holdninger, intensjoner	Kunnskap, holdninger, intensjoner om å bruke praksisen	Egenrapportering	<ul style="list-style-type: none"> - Spørreskjemaer - Intervjuer med tjenestebrukere, pasienter eller helsepersonell
Instrumentell (bruker/pasient eller kliniker)	Prosess	Endringer i adferd eller praksis	Etterlevelse av anbefalinger (for eksempel å innføre en ny sykepleiepraksis eller slutte med en eksisterende praksis, endring i forskrivning av medisiner eller bestilling av tester)	Audit Observasjon Selvrapportering	<ul style="list-style-type: none"> - Administrativ eller klinisk database - Observasjoner av møter mellom tjenestebruker/pasient og helsepersonell - Spørreskjemaer, intervjuer med pasienter vedrørende helsepersonellens adferd
Hjelpemidler for instrumentell bruk	Struktur	Endringer som kreves for å kunne oppnå adferdsendringer	Organisatorisk godkjenning av anbefalte retningslinjer, innkjøp av nødvendig utstyr, endringer av policyer og prosedyrer (registre og skjemaer)	Audit Selvrapportering	<ul style="list-style-type: none"> - Intervjuer - Dokumenter
Kunnskapsbrukens påvirkning					

Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer

Bruker- /pasientpåvirkning	Utfall	Påvirkning på tjenestebrukere/pasienter som følge av at kunnskapen brukes	Helsestilstand (sykelighet eller dødelighet, tegn, symptomer, smerte, depresjon), helserelatert livskvalitet, funksjonsevne, tilfredshet med behandling, pleie og omsorg	Audit Selvrapportering	<ul style="list-style-type: none"> - Administrativ database - Klinisk database - Spørreskjemaer - Intervjuer
-------------------------------	--------	---	--	---------------------------	--

Begrep	Donabedians begrep	Beskrivelse	Eksempler på målinger	Strategi for datainnsamling	Datakilde
Påvirkning på helsepersonell	Utfall	Påvirkning på klinikere som følge av bruk av kunnskapen	Tilfredshet med praksis Tiden det tok å ta i bruk ny praksis	Selvrappor- tering Observasjo- n	<ul style="list-style-type: none"> - Spørreskjemaer - Intervjuer
Påvirkning på system/organisasjon	Utfall	Påvirkning på helsesystemet som følge av bruk av kunnskapen	Lengden på oppholdet, ventetid, andel reinnleggelser, utgifter og ressursbruk, sykehusinnleggelser	Audit Selvrapportering	<ul style="list-style-type: none"> - Administrativ database - Klinisk database - Spørreskjemaer, intervjuer med tjenestebrukere/pasienter eller helsepersonell

For å oppsummere: Når du vurderer å overvåke bruk av kunnskap og evaluere utfall, er det viktig at du gjør følgende:

- Bestem hvilken type kunnskap som skal overvåkes
- Velg målingene eller strategiene som skal brukes for å overvåke bruk av kunnskap
- Vurder påvirkningen og utfallet for bruk av kunnskap som krever evaluering
- Bruk PICO som hjelpemiddel i forbindelse med evalueringsspørsmålet
- Velg målestrategiene
- Vurder om du trenger etisk godkjenning
- Påse at du har tilstrekkelige ressurser og støtte fra interessenter til å kunne utføre overvåkingen og evalueringen

Konsekvenser som må vurderes før man går videre til neste kapittel

Konsekvenser for interessenter

- Foreta en grundig vurdering av alle interessenter når du planlegger overvåking og evaluering, inkludert brukeren/pasienten, helsepersonellet og systemet. Det er avgjørende at det finnes data som kan brukes for å vurdere resultatene ved alle disse nivåene for å sikre engasjement i prosessen med kunnskapsoverføring og for å oppnå de ønskede resultatene.
- En viktig interessent kan være en akademisk partner.

Konsekvenser for ressurser

- Bruk evalueringsmålinger som kan innhentes uten store behov for ekstra ressurser sett fra et tids- og budsjettperspektiv. Hvis det er mulig, bør du forsøke å inkludere målinger som kan innhentes fra etablerte systemer, for eksempel kliniske eller administrative databaser. Men man bør ikke undervurdere tiden som trengs for å sortere og analysere dataene.

Konsekvenser for handlingsplan

- Identifiser strategier for overvåkning og evaluering i handlingsplanen din. Det er helt avgjørende at slike strategier har tilstrekkelig med ressurser for å sikre suksess.
- Vurder om det er nødvendig med etisk godkjenning, og vurder å samarbeide med en akademisk institusjon for å tilrettelegge for etisk godkjenning.
- Velg evalueringsmetoder basert på kunnskapstypen som skal implementeres, evalueringens fokus og type indikator.

Anbefalte nettsteder og nettbaserte ressurser

Government of Canada, *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans*

<http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/>

Kvalitativ metodikk

International Institute for Qualitative Methodology <http://www.iiqm.ualberta.ca/>

Kvantitativ metodikk

Centre for Evidence-Based Medicine: EBM Tools <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1039>

The Cochrane Collaboration: Opplæring og nettkurs <http://www.cochrane.org/training>

World Health Organization: Data, statistics, and clinical trials <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>

Wikipedia Statistics <http://en.wikipedia.org/wiki/Statistics>

StatSoft electronic statistics textbook

<http://www.statsoft.com/textbook/elementary-concepts-in-statistics/?button=1>

Kombinerte metoder

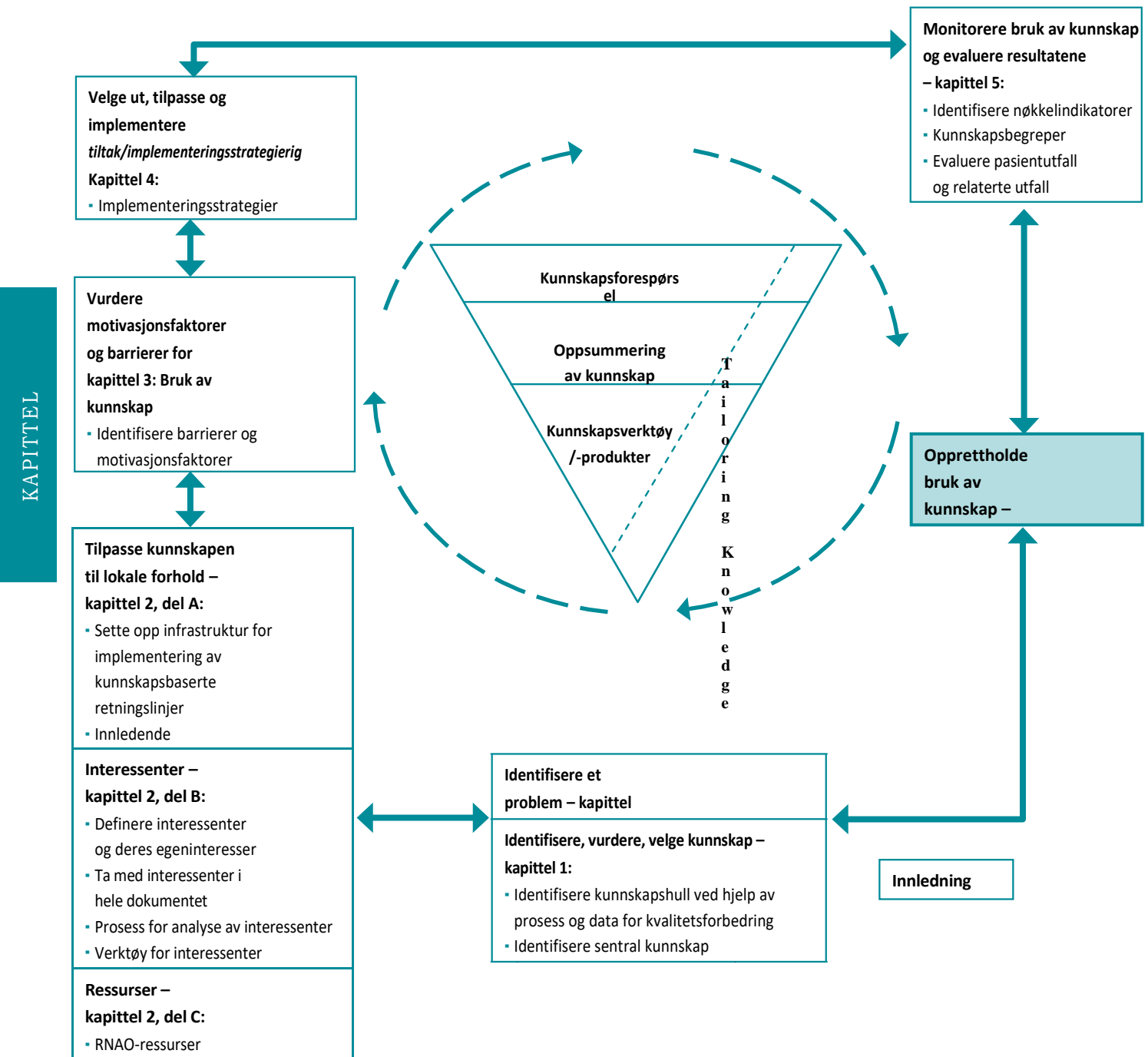
Warwick Medical School: Mixed methods for health research

http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/primary_care/research_/centrepatexp/complexityhealth/mixed-methods/

Nursing Best Practice Research Unit <http://www.nbpru.ca/>

Patient Decision Aids <http://www.ohri.ca/DecisionAid/>

Kapittel 6: Opprettholde kunnskapsbruk



Oppsummering av tidligere kapitler:

Ved hjelp av verktøykassen har du: identifisert en kunnskapsbasert retningslinje eller anbefalinger fra en kunnskapsbasert retningslinje som du ønsker å implementere, begynt å identifisere og samarbeide med interessenter, gjennomfører en miljøundersøkelse for å identifisere motivasjonsfaktorer og barrierer, du velger implementerings- og evalueringsstrategier for bruk av kunnskap og du har identifisert ressursene som kreves for å sikre en vellykket implementering.

Du må også tenke på planlegging for vedvarende forbedringer tidlig i implementeringsprosessen, samt langsiktige vedvarende forbedringer når det innledende implementeringstrinnet er gjennomført. Det er avgjørende å ha fokus på vedvarende forbedringer for å sikre at endringene i klinisk praksis blir integrert i både dagens og morgendagens utforming av arbeidsflyt i helsevesenet.

Hva handler dette kapitlet om?

I dette kapitlet finner du informasjon som kan hjelpe deg med å planlegge langsiktig forbedring av utfallet for pasientomsorg og levering av helsetjenester basert på effektiv implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Opprettholdelse av innovasjoner i helsetjenesten og implementering av retningslinj:

- Er knyttet til veloverveide beslutninger fra sykepleiere og helseteamet om å oppsøke ny forskning og selektivt implementere resultatene.
- Er avhengige av støtte fra ledelsen, tilretteleggende menneskelige ressurser og kontinuerlig opplæring av medarbeidere ved hjelp av orientering og fagutviklingsprogrammer.
- Krever tilpasningsevne og integrering av ny kunnskap i praksismiljøer som stadig er i endring og utvikling.
- Er vitale suksesskriterier for å opprettholde forbedret og konsekvent behandling, pleie og omsorg i sykehus, lokalsamfunn, folkehelse og langsiktig omsorg.

Vedvarende forbedringer

Vedvarende forbedringer defineres som i hvilken grad en innovasjon fortsatt brukes etter at den innledende innsatsen for å sikre at den blir adoptert er fullført (Rogers, 2003). Et team fra Storbritannia, ledet av Maher (2010), har systematisk utviklet en modell og et system for diagnostisk vurdering. De definerer vedvarende forbedringer på følgende måte: Når nye arbeidsmetoder og forbedrede utfall blir standarden. Ikke bare endres prosesser og utfall, men tankesettet og holdningene endres også fundamentalt, og de tilhørende systemene forandres helt som følge av endringen (Maher, Gustafson og Evans, 2010).

Hva vet vi om vedvarende forbedringer fra før?

- Å skulle endre klinisk praksis er ikke en enkel oppgave.
- Lederskap, organisasjonskultur, opplæring, tilrettelegging og ressurser er viktige faktorer for å opprettholde kunnskapsbasert helsetjeneste.
- Både helsepersonell og brukere kan sette spørsmålstegn ved den store mengden konsepter, trender og endringer i praksisprosesser for å forbedre omsorgen. Det er viktig å prioritere endringer for å unngå metning på grunn av den omfattende mengden av endringer.
- For å bygge inn praksisendringer kreves det systematisk og gjennomtenkt planlegging og tiltak for å sikre at endringene integreres i organisasjonens hukommelse og kunnskapsbaser, for eksempel i policyer, prosedyrehåndbøker og dokumentasjonssystemer.

Nøkkeldefinisjoner:

Forfall: Synkende bruk av anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer over tid (Buchanan, Fitzgerald og Ketley, 2007).

Avslutte: En avgjørelse om å stoppe implementeringen av en anbefaling fra kunnskapsbaserte retningslinjer. Denne avgjørelsen kan påvirkes av mange faktorer, inkludert andre prioriteringer og økonomiske ressurser.

Institusjonalisering: Den relative slitestyrken for endringer i en organisasjon når de blir en del av de vanlige aktivitetene og praksisene (Davies, B. og Edwards, N. 2009).

Organisatorisk hukommelse: Lagring eller inkorporering av kunnskap i ulike kunnskapsbaser i organisasjonen. Eksempler inkluderer: formell opplæring av medarbeidere, orienteringsinnhold, påminnelser innebygd i kliniske dokumentasjonssystemer og policy-/prosedyrehåndbøker, formelle rolleforventninger og resultatindikatorer (for eksempel identifiserte ressursykepleiere i praksismiljø) (Virani, Lemieux-Charles, Davis, og Berta, 2009).

Tilbakefall: Å falle tilbake til tidligere måter å gjøre ting på (Davies og Edwards, 2009).

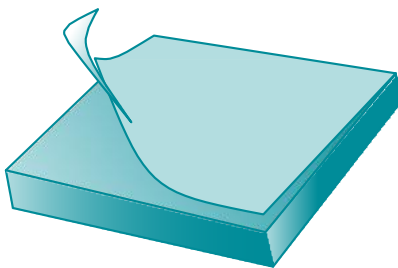
Rutinefølelse: Når en innovasjon blir en del av de vanlige aktivitetene og mister sin unike identitet. For eksempel å kreve at alle pasienter har dokumentert fallrisikovurdering med tilhørende behandlingsplan. (Davies og Edwards, 2009).

Oppskalering: Prosessen hvor nye arbeidsmetoder som blir utviklet i en setting, tilpasses med egnede modifikasjoner for å passe organisasjonens kontekst (Davies og Edwards, 2009). Utvide implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje til andre deler av helsetjenesten, lokalsamfunn eller i pedagogiske settinger.

Spredning: Prosessen hvor nye arbeidsmetoder som blir utviklet i én setting, blir tatt i bruk, eventuelt med egnede modifikasjoner, i andre deler av organisasjonen. (Davies og Edwards, 2009).

Kunnskap som setter seg: Kunnskap setter seg og er vanskelig å bli kvitt. «Kunnskap som setter seg er et resultat av kunnskapsoverføring og man kan forutse dette ved å undersøke en rekke forhold knyttet til kunnskapen, kilden og konteksten for overføringen, samt mottakerens egenskaper.» (Virani, Lemieux-Charles, Davis og Berta, 2009).

Å få praksisendringer til å «sette seg» i din helsesetting



Planlegging av tiltak for vedvarende forbedringer

En rekke faktorer forenkler praksisendringer og realistisk overvåking av vedvarende forbedringer i helsesettinger. Disse ni faktorene ble utledet fra litteraturen og ti års erfaring fra implementering av retningslinjer for både sykepleie og omsorg. Faktorene listes opp som fokuserte spørsmål for å hjelpe ledere og forkjempere med planlegging av handlinger for vedvarende forbedringer. Du finner et relatert arbeidsark for gruppeplanlegging i vedlegg 6.1.

Det gis tillatelse til opptrykk av en side av innholdet nedenfor, fra side 169, fra Davies, B., Edwards, N. (2009). *The Action Cycle: Sustain knowledge use*. In S. Strauss, J. Tetroe og I. Graham (Eds.), Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice. Oxford: Wiley-Blackwell and BMJ.

Temaets relevans

- Finnes det et godt definert behov og en prioritering for temaet som skal implementeres?
- Er det enighet om hvilken det er behov for å kunnskap opprettholde og hva man trenger for å skape forutsetninger opprettholdelsen?
- Hvordan passer den nye kunnskapen inn i dagens prioriteringer?

Fordeler

- Hva er det forventede utfallet av implementering av kunnskap sett fra et biologisk, økonomisk, psykologisk, organisatorisk, sosialt, politisk eller annet perspektiv?
- Hvor meningsfylte er disse fordelene for andre interessenter?

Holdninger

- Hvilke holdninger (potensiell motstand) har pasienten/brukeren, deres familie, publikum, helsepersonell og relevante beslutningstakere til innovasjonen?

Nettverk

- Hvilke grupper kan du engasjere for å sikre vedvarende kunnskapsbruk?
- Finnes det personer som kan engasjeres tverrfaglig, på tvers av settinger eller sektorer i helsevesenet? (for eksempel tverrfaglig samarbeidspraksis, akademiske programmer, helseorganisasjoner, kommunehelsetjeneste)

Ledelse

- Hvilke tiltak kan ledere og administrasjon på alle involveringsnivåer og kliniske roller iverksette for å sikre at vedvarende kunnskapsbruk?
- Finnes det forkjempere for endringen?
- Hvem har ansvaret for å fortsette implementeringen av innovasjon og gjennomføre endringer når det kommer ny kunnskap?
- Hvem har ansvaret for å sikre at relevante utfall oppfylles?

Uttrykke og integrere policy

- Hvordan skal forholdet mellom den nye kunnskapen og eksisterende policyer vurderes?
- Hvordan kan kunnskapen integreres i relevante policyer, prosedyrer og systemer for regler og dokumentasjon (for eksempel elektroniske, kliniske beslutningsstøttesystemer og programmer for måling av arbeidsmengde)?

Økonomisk

- Hvilken finansiering er nødvendig for å kunne implementere, opprettholde og trappe opp kunnskapen?
- Hvilken fleksibilitet i finansieringen er nødvendig og tilgjengelig for refusjon?
- Kan det brukes kostnadseffektive strategier?

Politisk

- Hvem er interessentene, og hvilken makt eller støtte kan utnyttes?
- Hvem tar initiativ til opptrappingen?
- Hva er de mulige konsekvensene av endringer i det politiske klimaet?

Lovende strategier for mer vedvarende, kunnskapsbasert praksis

1. Utvikle en «ja, vi kan»-holdning

Det er avgjørende å ha en positiv tilnærming, selv når man møter barrierer. Langvarige barrierer og tverrfaglige konflikter kan føre til treghet. Det anbefales å bruke en trinnvis, positiv tilnærming til felles mål for kunnskapsbasert praksis (Marchionni og Richer, 2007).

2. Tverrfaglig reflekterende praksis

Det er nødvendig med både individuell og kollektiv reflekterende tenking knyttet til hva man trenger for å kunne oppnå og opprettholde kunnskapsbasert praksis. Beslutningstakere må forstå utfordringene i daglig praksis fra helsepersonellens, pasientens og pårørendes perspektiv. Helsepersonell må forstå bemannings- og ressursbegrensningene som påvirker omsorgen og de administrative beslutningene. Sammen kan administratorer og helsepersonell bruke prosesser for kunnskapsbaserte og felles avgjørelser for å sørge for at fremtidens omsorg er i tråd med anbefalt praksis. Gruppemøter, rådmøter og familieforum er alle eksempler på muligheter for både profesjonsspesifikk og tverrfaglig planlegging og evaluering (Davies, Tremblay og Edwards, 2010).

3. Ledelse

Det er avgjørende med ledelse for å oppnå en vedvarende implementering av retningslinjer. Gifford mfl. (2006) fant ulike mønster for lederaktiviteter da de sammenlignet resultatene fra organisasjoner som hadde oppnådd vedvarende implementering av retningslinjer med organisasjoner som ikke hadde oppnådd vedvarende implementering av retningslinjer i minst to år (Gifford mfl., 2006).

Tre teorier som ble identifisert i denne grounded theory-studien omfatter:

1. Å tilrettelegge slik at enkeltmedarbeidere kan bruke retningslinjer.
2. Å skape et positivt miljø for mønsterpraksis.
3. Å påvirke organisatoriske strukturer og prosesser.

Fra et organisatorisk perspektiv kan det finnes mange prioriteringer. Derfor er det viktig at kliniske ledere og toppledere deler samme syn.

Δ Evalueringssyn for vedvarende implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer og endring

For å sikre vedvarende forbedringer er det viktig å identifisere indikatorer som både er innbyrdes beslektet og som overgår mikro-, meso- og makronivåene for omsorg.

- På **mikro**nivå krever hver enkelt del av praksisen eller den kliniske enheten en grundig evaluering. Dette kan inkludere bruk av prosedyrer, veiledende behandlingsplaner, opplæringsverktøy for beboere/pasienter/pårørende og andre tilretteleggere for vedvarende forbedringer.
- På **meso**nivå krever andre praksisenheter eller avdelinger i samme organisasjon rådgivning og samarbeid. En tilnærming er å finne synergier blant flere avdelinger som ønsker å opprettholde et tiltak for kunnskapsbasert praksis. For eksempel implementerte en lokasjon RNAOs smerteretningslinje i hele organisasjonen, mens andre ledere konsentrerte seg om nye systemer for mer effektiv behandling, pleie og omsorg i akkuttavdelingen. De respektive arbeidsgruppene møttes og utarbeidet felles handlingsplaner som omfattet nye direktiver, reviderte policyer og opplæringsøkter for sykepleiere.

- På **makronivået** i planleggingen av vedvarende forbedringer må man vurdere andre organisasjoner, geografiske kunnskapsnettverk og regionale nettverk for helseintegrering for å forbedre konsistens og koordinert omsorg for pasienter og deres pårørende. Praksissamfunn er tverrfaglige helsegrupper som har virksomhet i mange praksismiljøer og som kan knyttes til konkrete befolkningsgrupper for eksempel gerontologi og urbefolkning), programmer (for eksempel oppsøkende helsehjelp og rehabilitering) eller helsetilstander (for eksempel e.g. medfødte lidelser, diabetes, fedme). Overvåkning av målrettede, konkrete indikatorer versus større systemendringer krever grundig analyse for å balansere endringskapasiteten slik at omfanget kan administreres innenfor prosjektets tidsramme, ansvar og budsjett.

Det er smart å identifisere indikatorer som er identiske for eksisterende organisatoriske, pedagogiske og praksisrelaterte referansepunkter. Disse indikatorene validerer viktigheten og graden av vellykket implementering og vedvarende forbedringer i prosessen med kunnskapsbaserte retningslinjer.

Litteraturen stadfester at erfaringer fra pasientmøter viser at prosessen med identifisering av indikatorer for opprettholdelse verken beveger eller utvikler seg lineært.. Det finnes gjensidig avhengighet mellom hver av de tre komponentene som er identifisert i den følgende illustrerende modellen. En nøkkelfaktor er et godt samarbeid mellom forskere og helsepersonell i evalueringsprosessen. Indikatorer for beslutningstaking kan utvikle seg på mikro-, meso- og makronivå avhengig av relevansen.

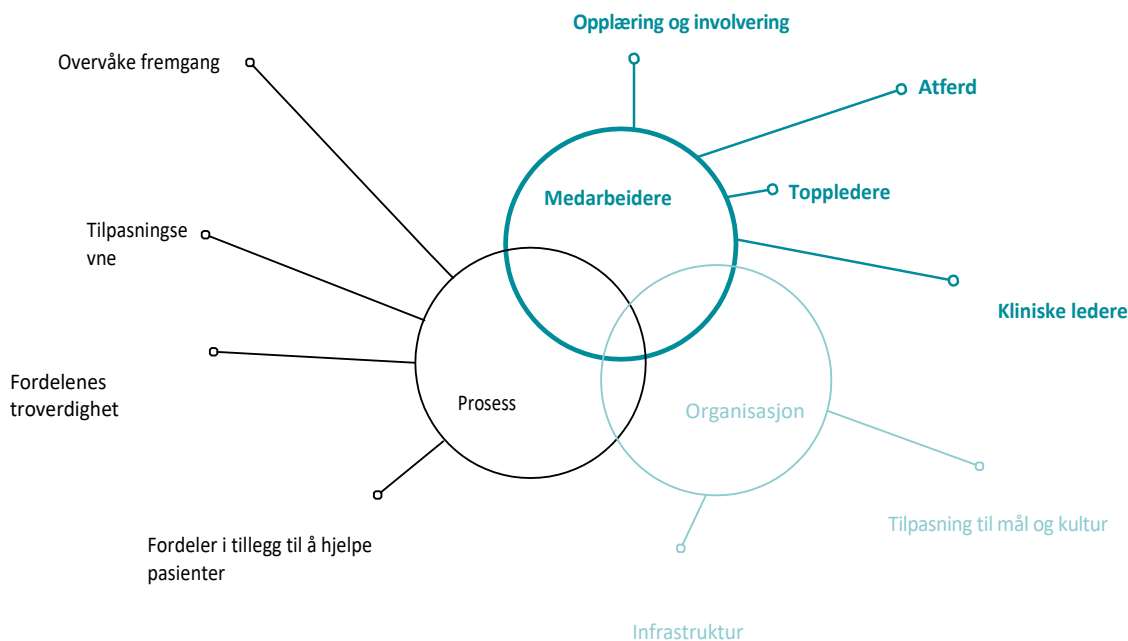


(Davies, B., Tremblay, D., Edwards, N. 2010)

Hvert sirkulære aspekt som vises, er innbyrdes forbundet og utformet for kontinuerlig samarbeid og deltakelse med tanke på følgende:

- Velg prioriterte utfordringer/policyspørsmål
- Identifiser utvalgte indikatorer
- Foreta en gjennomgang av datakilder
- Miljømessig gjennomgang av helsefordeler og -risikoer
- Evaluering av prosedyrer
- Etablere overvåkningssystemer for valgte indikatorer
- Datainnsamling og analyse
- Ansvarlighet/kommunikasjon
- Resultater og feedback fra sluttbrukere
- Langsiktig visjon for implementering
- og vedvarende infrastruktur

Anbefalt modell og verktøy for egenvurdering: National Health Services modell for vedvarende forbedringer



Trykt med tillatelse. Maher mfl., 2010.

Den britiske nasjonale helseorganisasjonen (National Health Service – NHS) har utarbeidet en modell for vedvarende forbedringer som består av ti faktorer som spiller en viktig rolle for vedvarende endringer innen helsevesenet. Modellen kan brukes av både enkeltpersoner og grupper til å gjennomføre vurderinger. Det finnes et diagnostisk spørreskjema med poengsystem for hver faktor. Du finner detaljert informasjon om definisjoner, referanser og demonstrasjonsfilmer på NHS' nettsted: <https://improvement.nhs.uk/resources/>

Det finnes to monografier på det nevnte nettstedet: The Sustainability Model and Guide, som inneholder et detaljert poengsystem, samt The Sustainability Guide, som inneholder forslag knyttet til faktorene når det oppstår utfordringer. NHS-modellen testes i en studie for implementering av flere RNAO-retningslinjer for å forbedre utfallet for brukere/pasienter (GICOM) i en tidsperiode på to år, fra 2010 til 2012, ved ni helseinstitusjoner i Ontario (Davies mfl., 2011).

Kriterier for utvelgelse av indikatorer for å overvåke fremgangen for vedvarende forbedringer i din praksis

Relevansen for indikatoren til prioritert policy eller praksisutfordring for interessenters langsiktige mål

Gjennomførbarheten av å innhente data som er egnet for aldersgruppen og helsestatusen for populasjonen som mottar omsorgen. Relevant informasjon kan samles inn innenfor en fornuftig tidsramme for å legge til rette for betimelige avgjørelser.

Troverdigheten av informasjonen og påliteligheten blant brukere

Klarheten og evnen til å bli forstått av brukere

Sammenlignbarheten over tid og på tvers av jurisdiksjoner eller regioner (for eksempel lokale integrerte helsenettverk (LHIN), sammenligningsgrunnlag fra andre organisasjoner (for eksempel Safer Healthcare Now!) <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Pages/default.aspx>

I tabell 18 finner du en beskrivelse av potensielle indikatorer som påvirker vedvarende forbedringer på mange nivåer i helsesettingen. Disse bør vurderes når man planlegger nivå av vedvarende forbedringer i forbindelse med implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje. Hver indikator er viktig for det overordnede målet om å identifisere hvordan vedvarende resultater kan vurderes og overvåkes kontinuerlig for å oppnå de ønskede helseutfallene.

Tabell 18: Potensielle indikatorer for vurdering av vedvarende bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Potensielle indikatorer for vurdering av vedvarende bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer			
Kategori	Struktur <i>(Det du trenger)</i>	Prosess <i>(Hvordan du gjør det)</i>	Utfall <i>(Hva som skjer)</i>
Mål	Identifisere resultatene av vedvarende bruk.		

<p>Organisasjon/enhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Filosofi, misjon eller kultur som kan støtte nødvendige endringer • Profesjonell komité/strukturer, kvalitetssikring, mekanismer for pasientsikkerhet, rådgivende personell • System for sykepleie • Involvering av tverrfaglig gruppe • Fysiske fasiliteter • Utstyr • Synergi med partnere og ytre påvirkninger • Viktige referansepunkter som er unike for organisasjonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Engasjerte og ansvarlige ledere fra administrasjonen og klinisk praksis • Utvikling/endring av policyer og prosedyrer • Tverrfaglige grupperunder, deltagelse i ulike organisatoriske organer • Kartlegging – standardisert dokumentasjon eller verktøy • Datasystemer/elektroniske journaler • Kontinuerlig opplæring eller tilgjengelig opplæring • Retningslinjer inkluderes i orienteringen av medarbeidere • Økt bevissthet blant medarbeidere, bedre moral og markedsføring • Ansvarlighet ved ansettelse, vurdering av resultater • Engasjerte frivillige i kunnskapen om utfall av kunnskapsbaserte retningslinjer (for eksempel planer for fallforebygging, brosjyrer for opplæring av pasienter) i møte med pasient/bruker/pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskapsbasert filosofi, en strategisk retning som alle følger • Forbedret bruk av et felles språk, konsekvent terminologi • Økt bevissthet om egne ressurser, som henvisningsklinikker, tverrfaglig kommunikasjon og konsultasjoner • Mer betimelig tilgang til tjenester • Oppnåelse av mål for forbedring av pasientutfall ved hjelp av synlige resultater/eksempler (for eksempel en nedgang i avviksmeldinger, økt medarbeider-/pasienttilfredshet knyttet til smertelindring) • Organisatorisk ansvarlighet: Sporing av kvalitetssikring, metodikk for balansert målstyring, • Ekstern ansvarlighet gjennom avtaler, akkrediteringsindikatorer, endringer i lovverket • Oppnåelse av tilstandskonkrete mål (for eksempel skreddersydde behandlingsplaner for fallrisiko)
----------------------------------	---	---	--

Potensielle indikatorer for vurdering av vedvarende bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer

Kliniker	<ul style="list-style-type: none"> • Antall medarbeidere og deres kvalifikasjoner • Forholdet mellom medarbeidere og pasienter/brukere • Roller, ansvar, tverrfaglig samarbeid • Opplæringsprogram 	<ul style="list-style-type: none"> • Bevissthet om / holdning til kunnskapsbaserte retningslinjer • Kunnskaps-/ferdighetsnivå • Ledelse av identifiserte forkjempere/ressurssykepl eiere • Markedsføring av strategien til den som mottar behandling, pleie og omsorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakelse på opplæringsprogram • Etterlevelse av aktuelle anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer • Standardiserte vurderinger er gjennomført • Vurderingene er fullført • Antall og utvalg av egnede behandlinger • Sikkerhetsnivå • Myndighet til å argumentere for pasienter og familier • Personalets tilfredshet • Økt bevissthet om fellesskapsressurser
Pasient/bruker/ pårørende	<ul style="list-style-type: none"> • Pasient-/brukeregenskaper (demografi/risikonivå) • Pasientfokusert tilnærming • Engasjement i beslutninger gjennom hele omsorgsperioden 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientens bevissthet om / holdning til kunnskapsbaserte retningslinjer • Aksept hos pårørende og i lokalsamfunn • Pasientens/pårørendes kunnskap innlemmes ved planlegging av innleggelse, utskrivning og overføring ved hjelp av familieråd, gruppemøter og andre møter 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiske, psykiske og sosiale utfall for pasient/bruker • Antall pasienter som blir bedre/reinnleggelser knyttet til prosesser som er knyttet til kunnskapsbaserte retningslinjer • Tilfredshet med behandling, pleie og omsorg • Tilgang til behandling, pleie og omsorg • Nivået av pasientens/pårørendes tillit til planlegging av utskrivning, samfunnsressurser, egenledelse • Bruk av eksterne ressurser (for eksempel folkehelse, hjemmesykepleie)

<p>Økonomiske kostnader</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnader knyttet til ekstra bemanning og nødvendige fysiske ressurser • Nytt utstyr, ved behov • Vedlikehold/revurdering av nødvendig utstyr eller rekvisita. • Kostnad for kontinuerlig opplæring, prosessoppdateringer. • Kostnader for dokumenter, pasient-/brukerskjemaer, endringer av journal eller elektroniske pasientregistre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnad for implementeringsstrategier • Økonomisk støtte til opplæring av medarbeidere • Opplæringsstøtte for pasient/bruker (inkludert flerspråklig oversettelse og flere formater) • Internett- og nettstøtte 	<ul style="list-style-type: none"> • Gradvis økende kostnader for innovasjon, inkludert kostnader for produkter og legemidler • Informasjonsteknologi, programvarekostnader • Omsetning/tjenestevekst • Endringer/variasjoner i trender for lengden på opphold • Antall diagnostiske tester, intervensjoner • Besøk på legevakt, grad av reinnleggelser • Sporing av hendelsesrapportering, ved behov • Økonomisk støtte slik at medarbeidere kan delta på konferanser for å få eller formidle kunnskap
------------------------------------	--	--	---

Mekanismer for overvåking av vedvarende forbedringer og feedback

Vedvarende forbedringer har fått anerkjennelse på grunn av økt bevissthet om offentlige, økonomiske investeringer og helsepersonells ansvarlighet. Nå brukes det mange mekanismer for å sikre transparens ved prosesser for kvalitetsforbedringer. Dette inkluderer blant annet:

Lokalt: (Organisasjon)

- Balanserte kvalitetsindikatorer (sporing av konkrete omsorgsutfall), lagt ut på sykehusets/organisasjonens offentlige nettsteder.
- Komiteer for kvalitetssikring
- Audit av konkrete resultater
- Kommunale regelverk, direktiver og folkehelsekampanjer.

Provinsielt: (Regionalt)

- Offentliggjøring av helsekvalitetsstandarder (for eksempel Ontario Hospital Association)
- Ontario Local Health Integration Networks (LHIN) avtaler for tjenesteanvar (indikatorer i alle helsesektorer)
- Ontario Ministry of Health and Long Term Care Standards (for eksempel vurdering av etterlevelse og dokumentasjon av Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set [RAI-MDS])
- Praksiskrav i organer for profesjonell regulering (for eksempel College of Nurses of Ontario) for evaluering av resultatmålinger (for eksempel ansvar for gjennomføring av kunnskapsbasert praksis)

Nasjonalt: (Land)

- Health Canada: Mandater, helseindikatorer, regelverk og policyer
- Accreditation Canada Standards: Påkrevde organisatoriske praksiser
- Canadian Institute for Health Information
- Canadian Patient Safety Institute (for eksempel Safer Healthcare Now!)

Internasjonalt: (Globalt)

- Verdens helseorganisasjons resolusjoner og regelverk
- Guidelines International Network (clearing house for dokumenter om kunnskapsbasert praksis)

Før du går videre til neste kapittel, bør du tenke gjennom følgende:

Konsekvenser for interessenter:

- Interessenter som får en rolle i vedvarende forbedringer inkluderer: administratorer, som ønsker å finne ut om det var berettiget å bruke ressurser på å implementere den kunnskapsbaserte retningslinjen, kliniske ledere, som ønsker å tilby den beste omsorgen for pasientene, samt alle som er involvert i implementeringen av den kunnskapsbaserte retningslinjen, inkludert pasienter og pårørende.

Konsekvenser for ressurser:

- Planen for vedvarende forbedringer avhenger av hvor mange ressurser som er tilgjengelige. Ressurser inkluderer: budsjetter for infrastrukturprogram, insentiver eller rabatter fra leverandører/forhandlere som støtter kursopplegg eller programmer, samarbeid/nettverksbygging med andre grupper som arbeider med kunnskapsbaserte retningslinjer, forskningsmidler, muligheter for offentlig støtte, donasjoner fra helseorganisasjonens stiftelse, testamenterte gaver øremerket opplæring, samt sikkerhet og kvalitet for pasientutfall.

Konsekvenser for handlingsplan:

- Legg til de utvalgte strategiene for vedvarende forbedringer i en overbyggende handlingsplanen for prosjektet
 - Vet du hvilke anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer som er avgjørende for det kliniske programmet og for organisasjonen som en langsiktig strategi?
 - Vurderer du det kliniske utfallet, settingen, fremvekst av ny forskning og revidering av retningslinjer i din plan for vedvarende forbedringer?
 - Har du fastlagt hvilket ansvar planen for vedvarende forbedringer skal ha på alle nivåer i organisasjonen?

Scenario

Vurder kriterier for vedvarende forbedringer som vist i tabellen i et dokument for vurdering av vedvarende forbedringer (se eksempelet i vedlegg 6.2), og reflekter over følgende:

- Konsekvenser og relasjon til vedvarende forbedringer på flere nivåer (mikro, meso, makro)
- Rollen til de opprinnelige interessentene over tid (fra initiativtaker til implementerer og evaluerer)
- Rollen til medarbeiderne og pasienten/brukeren for å sikre vedvarende forbedringer, inkludere ny kunnskap og fortsette utviklingen av praksis.
- Tidspunktet for intervensjoner med hensyn til organisatoriske prioriteringer / balansert målstyring / avtaler for tjenestansvar.

Anbefalte nettsteder:

Sustaining Knowledge Use: Canadian Institutes of Health Research (CIHR)

Kort oversikt med læringsmål på engelsk og fransk

Engelsk <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/41947.html>

Fransk <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41947.html>

PowerPoint-presentasjon på engelsk og fransk

http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_in_health_care_chapter_3.7_e.pdf

http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_in_health_care_chapter_3.7_f.pdf

Safer Health Care Now: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Programs/SHN/Pages/default.aspx>

Canadisk nettverk som er tilknyttet Canadian Patient Safety Institute, med mål om å tilrettelegge for mønsterpraksis i pasientsikkerhet. Det finnes ressurser for helsepersonell, organisasjoner, helsekomiteer og helseministere, og de har blitt testet for reliabilitet. Temaer inkluderer håndhygiene, fallforebygging og legemiddelsamstemming. Det finnes måleverktøy.

Modell og veiledning for modell for vedvarende forbedringer: <http://www.institute.nhs.uk/sustainability>

Dette nettstedet er laget av NHS Institute for Innovation and Improvement og inneholder en veiledning og en verktøykasse for evaluering av de vedvarende forbedringene som resultat av et tiltak, basert på tre definerende parametre: medarbeidere, prosess og organisasjon. Hver parameter inneholder detaljerte spørsmål for poenggivning og vurdering av graden av engasjement med konkrete målinger av vedvarende forbedringer. En total vurderingspoengsum viser nivået av vedvarende forbedringer og gir informasjon om områder som krever ytterligere oppmerksomhet.

Vedvarende forbedringer: <http://www.sustainability.com>

Dette nettstedet omhandler vedvarende forbedringer i bedriftsmarkedet og er en uavhengig tenketank og strategikonsulenttjeneste fokusert på utviklingen av kreative løsninger for miljømessige, sosiale og offentlige utfordringer.

Indeks for vedvarende forbedringer: <http://www.sustainablemeasures.com/Sustainability/index.html>

Indeksen for vedvarende forbedringer tilbyr målinger og verktøy for vurdering av nivået for vedvarende forbedringer for økonomiske, sosiale og miljøelaterte saker.

Sustainability

Academy for Systems Change <http://www.academyforchange.org/>

En nonprofit-organisasjon som bruker modeller for tenking, modellering og organisatorisk læring i en global setting.

Vedlegg 6.1

Vår utvalgte retningslinje for implementering er:

Vi er spesielt interessert i anbefalingene for:

1. Teamets relevans: Hva er behovet sett fra brukerens/pasientens perspektiv?

2. Fordeler Hva er fordelene for brukeren/pasienten og deres pårørende? Er disse fordelene nyttige for andre interessenter?

3. Holdninger: Hvilken holdning har brukeren/pasienten til dette? Hvilken oppfatning har pårørende (positivt og negativt)? Hvilke holdninger har sykepleiere og andre større interessenter til tiltakene som anbefales i retningslinjen? Medfører anbefalingene en stor endring? Hvordan?

4. Nettverk: Hvilke team eller grupper kan man engasjere for å tilrettelegge for vedvarende forbedringer?

5. Ledelse: Hvem har ansvaret for å lede prosjektet (kortsiktig og langsiktig)? Finnes det forkjempere og mentorer i din setting? Hvilke tiltak kan enhetsledere og administratorer gjennomføre? Hva kan toppledelsen gjøre for å sikre vedvarende forbedringer?

6. Uttrykke og integrere policy: Passer anbefalingene i dagens policyer? Hva må endres (for eksempel ordre, policyer, skjemaer for journaler)? Er det gjennomførbart med systemer for påminnelser?

7. **Økonomisk:** Hvilken finansiering trenger du for å kunne implementere strategiene og handlingsplanen? Kan du finne kostnadseffektive eller synergiske strategier?

8. **Politisk:** Hvilke maktrelaterte eller territoriale utfordringer finnes? Hvilken støtte kan det være behov for å engasjere?

Vedlegg 6.2 - Handlingsplan for vedvarende forbedringer

Nedenfor finner du et **eksempel** på en mal for en kontinuerlig handlingsplan. Planen viser de identifiserte indikatorene for vedvarende forbedringer som brukes ved et stort akuttstusykehus for å overvåke vedvarende forbedringer som følge av flere samtidige integrasjoner av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Mackenzie Health, tidligere York Central, er en RNAO Best Practice Spotlight Organization® og er aktivt involvert i utviklingen, implementeringen og evalueringen av mange kunnskapsbaserte retningslinjer fra RNAO. Eksemplene på handlingsplan for å sikre vedvarende forbedringer nedenfor er levert av Mackenzie Health.

Vedvarende forbedringer

Kommenter nøkkelstrukturer, prosesser og medarbeidere som har blitt, eller som skal utvikles eller brukes for å sikre vedvarende bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer i din organisasjon, samt konklusjonen fra din BPSO®-søknad. Bruk skjemaet nedenfor for å oppsummere dine planer for vedvarende forbedringer for de neste to årene. Du kan legge til flere rader ved behov.

Forebygging av fall og fallskader hos eldre voksne

1. år		Kunnskapsbaserte retningslinjer		
		Hvordan sikres vedvarende forbedringer		
Mål	Nytt/pågå	Medarbeideres roller	Strukturer	Prosesser
100 % av nye medarbeidere får opplæring i programmet for forebygging av fall	Pågå	Fagutviklingssykepleiere/ledere	Etterlevelse av mentorplaner	Løpende månedsplaner på plass
70 % av medarbeidere gjennomfører årlig quiz som nettkurs	Pågå	Fagutviklingssykepleiere/ledere	Etterlevelse i fagutvikling	Generere nettkursrapporter
70 % av risikovurderinger fullført i samsvar med HED-tilsyn	Pågå 100 % av nye medarbeidere får opplæring i programmet for forebygging av fall	Fagutviklingssykepleiere/ledere	Fagutviklingssykepleiere/ledere	Etterlevelse av mentortidsplan, generert HED-håndbok og elektroniske

Slagvurdering gjennom hele behandlingsløpet

1. år	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Hvordan sikre vedvarende forbedringer		Prosesser
Mål	Nytt/pågår	Strukturer		
Medarbeideres roller				
100 % av medarbeidere som ansettes i slagenheten gjennomfører en orientering om slag	Pågår	Kunnskapsoverføring • Spesialsykepleier gjennomfører opplæringspakken • Sykepleiere • Kvalitetsansvarlig • Enhetsleder	Håndbok og kompetanse for moduler som er opprettet er nå tilgjengelig på Moodle	Bygd inn i orienteringspakken Gjennomgang etter tre måneder for nye medarbeidere
Medarbeidere som er leid inn til: • Slagenheten (100 %) • Intensivenheten (100 %) skal gjennomføre elektronisk selvstudium i Canadian Neurological Scale	Pågår	Kunnskapsoverføring • Spesialsykepleier • Patient Care Coordinator (PCC) gjennomfører elektronisk kurs • Sykepleiere • Samsvar • Enhetsleder	Selvstudiumpakke på Moodle	Revisjon av elektronisk fullføring etter en måneds engasjement
Opplæring av pasient og pårørende	Pågår	• Spesialsykepleier • PCC • Sykepleiere og annet helsepersonell	Arbeidsark for opplæring av pasient og pårørende Tverrfaglig kursserie om slag	Revisjon av arbeidsark når pasienten skrives ut Opplæringslogg som føres av spesialsykepleier eller PCC

Forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner • Slagenhet • På tvers av organisasjonen	Pågår Nytt	Kunnskapsoverføring • Spesialsykepleiere • Støtte fra PCCer og CEer i formidlingen • Profesjonell praksis • Etterlevelse av infeksjonskontroll • Enhetsleder	Policy for innleggelse av urinkateter hos voksne Moodle-kurs	Årlig gjennomføring av Moodle-kurs Visuell administrasjon Månedlig rapportering av urinveisinfeksjoner og kateterisering
TOR-BSST-veileter	Nytt	Kunnskapsoverføring • SLP Oversikt over opplærte undersøkere «oppdatering av vurderte» «årlig» • CE	Fire timers opplæringsøkt ledet av SLP Tre returdemostrasjoner av traineer Policy for TOR-BSST-vurdering	Årlig gjennomgang av vurderingsteknikk Månedlige aspirasjonsverdier ved lungebetennelse
Tegn og symptomer på slag	Nytt	Kunnskapsoverføring • Spesialsykepleier, PCC, CE	Policy for intern slagprosedyre Elektronisk modul på Moodle	Årlig gjennomgang av intern slagprosedyre

Slagvurdering gjennom hele behandlingsløpet

År 1		Hvordan sikre		
Mål	Medarbeideres roller	vedvarende	Prosesser	
			Inkludere i sykehusorienteringen	

Redusere fotkomplikasjoner for personer med diabetes

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer Strukturer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående			
1. Å komme med anbefalinger for nettkurskomponenten i denne kunnskapsbaserte retningslinjen for å a) Være en del av det obligatoriske, årlige kompetansekravet for alle sykepleiere i områder hvor det finnes pasienter med diabetes b) Presenteres årlig under CKD Nephrology Day	Nytt	Deltakelse på daglige møter og personalmøter Vellykket gjennomføring av nettkursmodeller hvert år Delta på CKDs månedlige «BPG Article Review Club»	Utvikle risikovurderingsverktøy for diabetisk fot Månedlig «BPG Article Review Club» Obligatorisk fullføring	Månedlige journalgjennomgang for å undersøke om risikovurdering for diabetisk fot er gjort Årlig gjennomgang e-læringsportal ved hver implementeringsenhet s kursansvarlige for å finne ut om medarbeiderne har gjennomført kursene

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer	Prosesser
Mål	Nytt/pågår		Strukturer	
Fortsette å støtte og opprettholde den kunnskapsbaserte retningslinjen i hele organisasjonen	Pågår	Rapportere kontinuerlige bekymringer og behov for oppfriskningskurs	Implementere en årlig «Diabetisk fot-uke» i hele sykehuset	Organisere og presentere ulike aktiviteter i løpet av uken for å gi opplæring og feire suksess

Vurdering og pleie av fotsår hos personer med diabetes

År 1	Kunnskapsbas		Hvordan sikre	
Mål	Nytt/pågå	Medarbeideres roller	vedvarende forbedringer	Prosesser
			Strukturer	
1. For å tilrettelegge kontinuerlig bruk av tilnærmingen «train the trainer» for kontinuerlig kunnskapsformidling og implementering av mønsterpraksis for dagens og morgendagens enheter	Pågå	Hver forkjemper for mønsterpraksis på hver implementeringsenhet får ansvaret for å lære opp grupper av medarbeidere ved sine enheter i vurdering og stell av diabetiske sår Alle forkjempere har obligatorisk årlig fullføring av opplæringsaktiviteter for mønsterpraksis i organisasjonens e-læringsportal (med minst 85 % riktig for å bestå)	Tverrgående samarbeid i organisasjonen for å videreføre arbeidsmøter for forkjempere for å bygge videre på deres spredningsstrategier for kunnskapsbasert praksis	Organisere et arbeidsmøte for forkjempere for mønsterpraksis til en bestemt tid minst en gang per år

År 1	Kunnskapsbas		Hvordan sikre	
Mål	Nytt/pågående	Medarbeideres roller	vedvarende forbedringer	Prosesser
			Strukturer	

<p>1 Å fortsette samarbeidet med IT-avdelinger for å forenkle elektronisk sykepleiedokumentasjon av stell av diabetiske sår i hele organisasjonen</p>	<p>Pågår</p>	<p>Gi løpende innspill og tilbakemelding til IT om brukervennligheten til utviklede og implementerte verktøy for elektronisk dokumentasjon av stell av diabetiske sår.</p>	<p>Inkorporere skjemaer for sårvurderinger som en del av sykepleieres elektroniske dokumentasjon</p>	<p>Gjennomføre krav for sårstellvurderinger og administrasjon elektronisk som en del av sykepleieres obligatoriske, nettbaserte dokumentasjon</p>
---	--------------	--	--	---

Fremme astmakontroll hos barn

År 1	Kunnskapsbase		Hvordan sikre vedvarende forbedringer Strukturer	Prosesser
	Mål	Nytt/pågående		
Utvikling av en PPO, dokumentasjon og pedagogiske verktøy for akuttavdeling	Nytt og pågående	Kunnskapsoverføring Etterlevelse	Organisatoriske praksisendringer Involvering av interessenter	revidering av dagens verktøy for akuttavdeling
Utrulling av kunnskapsbasert retningslinje i akuttavdelingen	Nytt	Etterlevelse Kunnskapsoverføring	Organisatoriske praksisendringer Involvering av interessenter	Opplæring av KTT-gruppe: introdusere verktøy, Moodle og quiz
Lage en astmaklinikk for barn	Nytt	Ta initiativ til møter med ledelse, planlegging og strategiarbeid	Involvering av interessenter	Revidering av dagens akuttinnleggelses for astma, reinnleggelses og kostnaden for organisasjonen samt å se på potensielle inntekter for organisasjonen samt besparelser
HED journalaudit	Pågår	Etterlevelse Kunnskapsoverføring	Involvering av interessenter	Gi kvartalsvise tilbakemeldinger på HED-dokumentasjon, inkludert astmadokumentasjon
Kunnskapsbasert retningslinje for astma bygges inn i mentorprogrammet	Pågår	Etterlevelse	Organisatoriske praksisendringer Involvering av interessenter	Gjennomføre kompetansevalideringsprosess på Moodle

Screening for demens, depresjon og delirium /
Strategier for omsorg for eldre voksne med demens, depresjon og delirium

År 1	Kunnskapsbas		Hvordan sikre	
Mål	Ny/Pågående	Medarbeideres roller	vedvarende forbedringer	Prosesser
Strukturer				
<p>Å integrere screeningstrategier i skiftvurderinger for både innlagte og polikliniske pasienter</p>	<p>Pågår</p>	<p>Nyansatte sykepleiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delta på mentorprogram ved ansettelse • Delta på kontinuerlig opplæring om enhetene/tjenestene som leveres <p>Geriatrisk sykepleier gir kontinuerlig støtte for medarbeidere ved omsorg for inneliggende pasienter. Hun vil også screene for depresjon</p> <p>Lederen skal følge opp at alle medarbeidere har deltatt på mentorprogram</p>	<p>Utviklet en policy for screening for delirium</p> <p>Integrert screening for delirium i det elektroniske dokumentasjonssystemet</p> <p>Integrert screening for delirium i undersøkelse på akuttmottak ved å få CAM til å automatisk skrive ut alle registrerte akuttpasienter > 75 år</p> <p>Utviklet Moodle-enhet inkludert quiz for alle nyansatte</p>	<p>Audit av journaler hvert kvartal for å avdekke fullføring av CAM-screening, varsle MD for positiv CAM og formidling av opplæringsmateriell til pårørende. Arbeider med IT for å utvikle elektroniske evalueringsverktøy, og gjennomfører manuell audit i akuttmottaket.</p> <p>Lederteamet i akuttmottaket vurderer målinger for fullføring av TRST under det daglige møtet.</p> <p>Gruppen bestemte også at alle sykepleiere skal gjennomføre 3D nettlæringsmodul som en del av den årlige opplæringen</p>

<p>Øke pårørendes/besøkendes kunnskap om delirium og hjelpe dem slik at de kan være en proaktiv deltaker i omsorgen</p>		<p>Oppmuntre medarbeiderne til å gi pasienten/pårørende informasjonsmateriale ved innleggelse</p> <p>Arbeide med kommunikasjonsavdeling en hvert kvartal for å få hengt opp plakater i heiser</p>	<p>Utviklet og fått godkjent flere dokumenter for pasientinformasjon for å gi besøkende kunnskap:</p> <p>Plakat som skal brukes på sykehuset «You can Help Prevent Delirium»</p> <p>Utviklet en plakat som skal henges opp i heisene og som informerer om delirium og hvordan det kan forebygges</p> <p>Arbeider for tiden med kommunikasjonsavdelingen for å få informasjon om delirium inn på de store TV-skjermene på sykehusets venterom, med budskap rettet mot pasienter og pårørende</p>	<p>Materialet er tilgjengelig i trykt form i en perm på hver enhet, og det er også tilgjengelig på nett</p> <p>Det er utviklet materiell, og det sendes ut påminnelse hvert kvartal</p>
---	--	---	---	---

Klientfokusert omsorg og opprette terapeutiske relasjoner

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer Strukturer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående			
Integrere sjekklisten for utskriving i den elektroniske journalen (planlagt dato: november 2012)	Client Centred Care Establishing Therapeutic Relationships	Fortsette å fylle ut sjekklisten for utskriving	Integrere sjekklister for utskriving i vår elektroniske helseprogramvare	Samarbeide med IT-gruppen for å integrere programvaren for dokumentasjon
Oppfølging etter utskriving i form av telefonsamtaler	Client Centred Care Establishing Therapeutic Relationships	Fortsette å øke medarbeiderkapasiteten for å øke antall telefonsamtaler	Fortsette med arbeidsmøter for å øke kapasiteten Pasientrelasjonsavdelingen skal også delta	Øke kapasiteten på enhetsnivå og organisatorisk nivå

Kunnskapsbaserte ammeretningslinjer for sykepleiere

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer Strukturer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående			
Policy for implementering	Nytt	Etterlevelse Kunnskapsoverføring Forbedre bevissthet og kunnskap	Organisatoriske praksisendringer Involvering av interessenter	Revidering ved behov

Utvikle dokumentasjonsverktøy Utarbeide forhåndstrykt ordre	Nytt	Etterlevelse Engasjement i utarbeidelse og feedback	Implementere Monitorere Evaluere	Implementere papirversjonen av verktøyet som mal for den elektroniske dokumentasjonen
Opplæring og kompetansevurdering av sykepleiere annethvert år	Nytt	Etterlevelse Endre adferd Endre praksis	Kjernekompetansekrav til programmet	Involvere ammekonsulenter og ressursykepleiere

Sunne arbeidsmiljøer: Profesjonalitet i sykepleie

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående		Strukturer	
100 % av policy- og prosedyrearbeidet går som planlagt	Pågår	Ansvarlig for kvalitet/risiko Leder av profesjonell praksis, sykepleie	Månedlig gjennomgang av policy og prosedyre Komite Visuelle styringsverktøy er utviklet	Kvartalsvis gjennomgang
100 % av plan for medisinske direktiver går som planlagt	Pågår	PPL, klinisk sykepleier Medlemmer i praksisgruppe Chief Practice Officer	Visuelle styringsverktøy er utviklet	Kvartalsvis gjennomgang
100 % av etikkarbeidsplanen går som planlagt	Pågår	Etikere KTT, etikktilretteleggere	Månedlige møter	Generere nettkursrapporter, kvartalsvis gjennomgang
Støtte aktive forum for å styrke forståelsen av betydningen av selvregulering og hvordan det påvirker praksisen	Pågår	KTT-medlemmer Medlemmer i kliniske praksisgrupper	Kvartalsvise lunsjmøter og opplæringsøkter for medarbeidere	Generere rapporter Innskrivingsark
10 % økning i medarbeidertilfredsheten knyttet til sunt arbeidsmiljø	Pågår	Leder, HR-sjef OD	Picker Medarbeidere Spørreskjema for tilfredshet	Årlig gjennomgang

Sunne arbeidsmiljøer: Profesjonalitet i sykepleie

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående		Strukturer	

Implementere endring av pasientomsorg for alle sengeavdelinger	Pågår	KTT-medlemmer Ledergruppen for sykepleie	Enhetsbasert KTT Opprette PM for prosjektet for å sikre at det er i tråd med anbefalingene i kunnskapsbasert retningslinje Visuelle styringsverktøy er etablert	Ukentlige møter som går over til månedlige og kvartalsvise Integrere arbeidet som en del av rapporteringen for den månedlige gjennomgangen med seniorledere Evaluere pasient- og medarbeidertilfredsheten ved hjelp av Picker-resultater
--	-------	---	---	--

Utvikle og sikre vedvarende forbedret ledelse av sykepleiere

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer	Strukturer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående				
Implementere endring av pasientomsorg for alle sengeavdelinger	Pågår	KTT-medlemmer Ledergruppen for sykepleie	Enhetsbasert KTT Opprette PM for prosjektet for å sikre at det er i tråd med anbefalingene i kunnskapsbasert retningslinje Visuelle styringsverktøy er etablert		Ukentlige møter som går over til månedlige og kvartalsvise Integrere arbeidet som en del av rapporteringen for den månedlige gjennomgangen med seniorledere Evaluere pasient- og medarbeidertilfredsheten ved hjelp av Picker-resultater

Omfavne kulturelt mangfold i helsevesenet: Utvikle kulturell kompetanse

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer	Strukturer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående				
Mangfolds- og tilgjengelighetsrådets strategi gjenspeiler den kunnskapsbaserte retningslinje	Pågår – omfavne kulturell kompetanse	Relasjoner mellom leder og medarbeidere og mangfold Leder, kulturelt mangfold i kunnskapsbaserte retningslinjer	Råd for mangfold og tilgjengelighet BPSO styringsgruppe		Årlig utvikling av mangfolds- og tilgjengelighetsstrategi og godkjenningssprosess
Revidere SickKids ressurser for kulturell kompetanse	Pågår – omfavne kulturell kompetanse	Relasjoner mellom leder og medarbeidere og mangfold Leder, kulturelt mangfold i kunnskapsbaserte retningslinjer	Råd for mangfold og tilgjengelighet		Årlig utvikling av mangfolds- og tilgjengelighetsstrategi og godkjenningssprosess Orienteringsøkter for nye medarbeidere

Bygge arbeidsrelasjon med Toronto Region Immigrant Employment Council (TRIEC)	Pågår – omfavne kulturell kompetanse	Relasjon mellom leder og medarbeider, mangfold og relasjonsveileder	Implementering av mentorprogrammet Bruke TRIECs ressurser, for eksempel eksisterende nettbaserte opplæringsfilmer	Forstå områdene for et vellykket mentorprogram for Internationally Educated Professionals med YCH Finne interessenivået til interne interessenter Gi interne medarbeidere opplæring om programmet <i>Kontinuerlig overvåking</i>
Implementere de elleve mangfoldshendelsene	Pågår – omfavne kulturell kompetanse	Relasjon mellom leder og medarbeider, mangfold og relasjonsveileder	Identifisere de elleve som komiteen skal støtte Behov for å opprette planen for hvordan dette skal implementeres	Kommunisere arrangementet Finne forkjempere/ledere til arrangementet Koordinere med stiftelse for eventuelle donasjoner Koordinere arrangement – ting som rekvisita, materiell, gjestetalere, møterom og lignende. Anerkjennelse: anerkjenne de frivilliges innsats – ting som presentere sertifisering av anerkjennelse fra komiteen for mangfold og tilgjengelighet. Legge ut informasjon på intranett med høydepunktene fra arrangementet, inkludert bilder

År 1	Kunnskapsbasert		Hvordan sikre	
Mål	Ny/eksisterende	Medarbeideres roller	vedvarende	Prosesser
Fullstendig og kontinuerlig gjennomgang av policyer for praksis	Pågår – omfavne kulturell kompetanse	Leder, kulturelt mangfold i kunnskapsbaserte retningslinjer	Håndbok for profesjonell praksis	Sykepleieråd skal godkjenne eventuelle endringer
Utvid øktene for «Revidere, reflektere, fornye» til to andre enheter	Pågår – omfavne kulturell kompetanse	Fagutviklingssykepleiere	Enhetsmøter	Kommunisere med fagutviklingssykepleier og ad hoc eller regelmessig RRR-element i møtet

Risikovurdering og forebygging av trykksår

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer	Prosesser
Mål	Nytt/pågående		Strukturer	
Opprettholde alle implementerte anbefalinger i hele sykehuset	Vurdering av hud/sår utført av sykepleiere Forebygging av trykksår i samsvar med kunnskapsbasert retningslinje	Opprettholde KTT-gruppen «Sårveiledning»	Policyer og prosedyrer Opplæring av pasienter Opplæring av medarbeidere Utvikle og implementere elektronisk rapportering av hendelser for alle nye trykksår Årlig prevalens- og insidensstudie	Opplæring i sårveiledning Løpende utdanning av frontlinjemedarbeidere med fokus på forebygging av trykksår Mentorprogrammer for sår/hydpleie for nyansatte med fokus på forebygging av trykksår Medarbeidere identifiserer pasienter med risiko for å utvikle trykksår og iverksetter preventive tiltak ved riktig leiring og bruk av terapeutisk overflate

Vurdering og pleie av trykksår grad I–IV

År 1	Kunnskapsbaserte retningslinjer	Medarbeideres roller	Hvordan sikre vedvarende forbedringer	Prosesser
Mål	Nytt/pågår			

KAPITTEL

Opprettholde alle implementerte anbefalinger gjennom hele sykehuset	Vurdering av hud/sår utført av sykepleiere Forebygging av trykksår i samsvar med kunnskapsbasert retningslinje	Opprettholde KTT-gruppen «Sårveiledning»	Policies og prosedyrer Opplæring av pasienter Opplæring av medarbeidere Utvikle og implementere elektronisk rapportering av hendelser for alle nye trykksår Årlig prevalens- og hendelsesstudie	Opplæring i sårveiledning Løpende utdanning av frontlinjemedarbeidere med fokus på forebygging av trykksår Mentorprogrammer for sår/hudpleie for nyansatte med fokus på forebygging av trykksår Medarbeidere identifiserer pasienter med risiko for å utvikle trykksår og iverksetter preventive tiltak ved riktig leiring og bruk av terapeutisk overflate
---	---	--	---	--

Håndtering av hypertensjon

År 1	Kunnskapsbasert		Hvordan sikre vedvarende	
Mål	Nytt/pågående	Medarbeideres roller		Prosesser
Implementere 5 av 35 anbefalinger fra kunnskapsbasert retningslinje ved 4 kliniske enheter og akuttmottak	Nursing Management of Hypertension	KTT	Policyer og prosedyrer Sjekkliste for utskriving	Audit av klinisk praksis tre, seks og tolv måneder etter implementering Bygges inn i mentorprogram Følg opp pasienter etter utskriving ved 18 og 24 måneder etter implementering

År 1	Kunnskapsbaser		Hvordan sikre vedvarende	
Mål	Ny/eksisterende	Medarbeideres roller		Prosesser
Implementere 5 av 35 anbefalinger fra kunnskapsbasert retningslinje ved 4 kliniske enheter og akuttmottak	Nursing Management of Hypertension	KTT	Policyer og prosedyrer Sjekkliste for utskriving	Audit av klinisk praksis 18 og 24 måneder etter implementering Bygd inn i mentorprogram Følg opp pasienter etter utskrivelse tre, seks og tolv måneder etter implementering

Beslutningsstøtte for voksne som lever med kronisk nyresykdom

År 1	Kunnskapsbaser		Hvordan sikre vedvarende forbedringer	
Mål	Ny/eksisterende	Medarbeideres roller	Strukturer	Prosesser
Implementere kvalitetsforbedringstiltak med fokus på opplæring av pasienten, spesielt modalitet og permanent vurderingsopplæring for pasienter	Eksisterende	CPL ny start CKD ledergruppe for MRNer Programkoordinatorer Tverrfaglig	Månedlige ny-start-møte Sporingsverktøy utviklet	Månedlig gjennomgang

Vedlegg 6.3 Arbeidsark:

Spørsmål for å veilede vurdering av motivasjonsfaktorer og barrierer

	Spørsmål	Motivasjonsfaktor	Barrierer
Kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå retningslinjer med utgangspunkt i sluttbrukeren. Er anbefalingene tydelige og enkle å forstå? Hvis ikke – hva må til for at de skal bli det? • Vil sluttbrukerne enkelt kunne få tilgang til kunnskapen i pasientmøtet? Hvis ikke, hvordan kan den tilgjengeliggjøres? • Kan den bygges inn i dagens dokumentasjon? • Hva kan oppfordre til bruk av kunnskapen? • Trengs det verktøy? Er de foreslåtte verktøyene tydelige og enkle å bruke? Kan du involvere de som skal bruke dem til å bygge verktøyet hvis det er behov for et nytt? • Hvordan kan du sikre at det ikke finnes duplikater i dokumentasjonen? 		
De som potensielt vil ta kunnskapen i bruk	<p>Støtte fra ledelsen er avgjørende for at implementeringen skal bli vellykket. Det er viktig å påse at dette er på plass før man fortsetter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtter de gruppemedlemmenes tid til å delta i komiteen? • Støtter de at gruppemedlemmer får tid til opplæring? • Støtter de prosessen med innkjøp av nytt utstyr eller rekvisita? • Kan de påvirke endringer? • Er de villige til å være rollemodeller for denne endringen? • Er de synlige og tilgjengelige for gruppemedlemmene når de har bekymringer? 		

	<ul style="list-style-type: none">• Har helsepersonellet vært utsatt for kunnskapsbasert praksis? Hvis ikke – kan man gi opplæring om forskning? Kan en fagring (journal club) fungere i disse rammene?• Har de tilgang til ressurser som kan bistå med kritisk vurdering av forskning? Finnes det for eksempel bibliotekarressurser? Kan du koble deg til akademiske samarbeidspartnere?• Hvilke erfaringer har de hatt tidligere i forbindelse med kunnskapsbaserte endringer i praksisen? Hva var vellykket? Hva var mislykket? Hva kan du lære av disse historiene slik at du kan endre tilnærmingen din?• Fungerer gruppen godt sammen? Har de samarbeidet tidligere? Hvis ikke – hvordan kan du bygge ferdigheter ved hjelp av mindre implementeringer?• Har gruppen fleksibel bemanning og turnuser slik at de kan delta på møter og opplæringsøktene?		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Er ledende sykepleiere rollemodeller for positivt klinisk lederskap? • Hvem i gruppen kan du velge ut til å bidra med å fremsnakke implementeringen? Er det noen som brenner for disse anbefalingene, disse pasientene og de potensielle resultatene som kan oppnås? • Finnes det RNAO-forkjempere for mønsterpraksis i gruppen som kan være til hjelp? 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan utføres opplæringen i dag? Hvordan kommuniseres den? Hvor godt fungerer det? Hvis det fungerer godt, kan opplæringen i forbindelse med implementeringen også gjøres på samme måte? Hvis ikke – finnes den en annen tilnærming for opplæring som kan fungere godt i denne gruppen eller for disse brukerne? • Finnes det motivasjon for de som får opplæring i endring? 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Har brukerne god kunnskap om kunnskapsbasert praksis? Hvis ikke – hvordan kan dette forbedres? • Er opplæringen rettet mot brukerne? • Hvilke faktorer bør tas i betraktning? Er for eksempel noen av sansene reduserte? Kan det hende de har problemer med å lese, se, høre og komme seg til rommet? • Hva er det laveste nivået for leseevne? • Hvor er det best for dem å lære (når de er innlagt, hjemme, på poliklinikken)? 		

<p>Ressurser</p>	<p>Begrensninger for personalressurser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiden er en av de barrierene som nevnes hyppigst, for eksempel: • Tid til å søke etter og gjennomgå litteratur • Tid til å delta i komiteen for å planlegge implementeringen • Tid til å forberede komponentene i gjennomføringen • Tid til å delta på opplæringsøkter • Tid til å evaluere utfallet • Det er viktig å få et nøyaktig anslag av tidsbehovet for å fullføre prosjektet og å sikre at dette støttes både prinsipielt og økonomisk av ledelsen • Kan andre avdelinger i organisasjonen være til hjelp? Finnes det en kvalitets- eller risikostyringsavdeling? <p>Finansiering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det kan finnes finansiering som gjør det mulig å sette av den tiden man trenger for personalressurser. Hvor mye vil det koste? • Utstyr: Finnes det nok til å dekke behovene i forbindelse med implementeringen? Er det behov for nytt utstyr? Hva er prosessen for anskaffelse av nytt utstyr, og hva er tidshorisonten for levering? • Hvilke andre finansieringsløsninger har organisasjonen, både internt og eksternt? Har organisasjonen en stiftelse? Kan denne matche kravene til finansiering fra profesjonelle organisasjoner? Styresmakter? Andre? 		
-------------------------	---	--	--

Miljø	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke andre endringsprosjekter gjennomføres samtidig med implementeringen? For mange endringer kan virke overveldende for gruppen • Hvordan prioriterer organisasjonen? Vil denne implementeringen utfylle de strategiske målene? • Hva er ventetiden for avgjørelser i organisasjonen? Hvor langt frem i tid må du planlegge? • Hva er tidsplanen for produksjon av et nytt verktøy for dokumentasjon? Policy? Prosedyre? Hvem må godkjenne det? • Finnes det passende rom til møter og opplæring? Må opplæringen foregå eksternt? Hva vil det koste? • Hvor kompleks er brukergruppen? Jo større kompleksitet, desto større er behovene, og omfanget kan bli større. Med større kompleksitet blir det også vanskeligere å måle utfallene. 		
Evaluering	<ul style="list-style-type: none"> • Hva slags data overvåker organisasjonen allerede? Kan du få tilgang til disse dataene? • Har dagens praksis blitt evaluert? Kan dette brukes som referansenivå, eller må det gjennomføres en ny? • Vil evalueringen medføre ytterligere ressursstøtte? Hvis det for eksempel er behov for audit – hvem skal gjøre den, og med hvilke verktøy? 		

Sammendrag

Du har fått følgende i verktøykassen for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer:

1. En metodikk for å vurdere og identifisere kvalitetsretningslinjer som kan implementeres.
2. Prosesser for å identifisere, analysere og engasjere interessenter som kan støtte ulike faser av implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer.
3. En oversikt over hvordan man kan gjennomføre en vurdering som fører til at man identifiserer konkrete barrierer og motivasjonsfaktorer.
4. Aktuell kunnskap om konkrete implementeringsstrategier.
5. Mulige strategier for planlegging og evaluering av implementeringen og dens ringvirkninger.
6. Ressurskrav og strategier for å utvikle et godt budsjett for å tillate implementering og evaluering av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Når du planlegger en implementering av en kunnskapsbasert retningslinje, kan du kombinere de foreslåtte aktivitetene eller tiltakene fra de seks trinnene som beskrives i denne verktøykassen i form av en handlingsplan. Nedenfor ser du en mal for en handlingsplan. Som ansvarlig for implementering av en kunnskapsbasert retningslinje vil en slik handlingsplan bli ditt verktøy for å:

1. Identifisere alle aktiviteter og tiltak som må gjennomføres.
2. Identifisere enkeltpersoner, grupper eller komiteer som skal utføre aktivitetene.
3. Utvikle en kritisk plan med konkrete tidslinjer for gjennomføring av aktivitetene.
4. Kommunisere planen og statusen for implementeringsprosjektet til relevante interessenter.
5. Overvåke fremdriften og utvikle beredskapsplaner ved behov. Du kan også bruke malen som en sjekkliste for å sikre at du har fått med deg alle de viktigste elementene i forbindelse med planlegging av implementeringen. Du må legge til konkrete tiltak ved behov.

Når du implementerer din kunnskapsbaserte retningslinje, må du huske at:

1. Planen må være fleksibel eller mulig å endre i tilfelle det oppstår uforutsette situasjoner, for eksempel hvis det avdekkes nye barrierer.
2. Planen må involvere de viktigste interessentene gjennom hele planleggingen. Du må påse at de er enige i handlingsplanen som du har utviklet. Implementeringsgruppen må ha tilstrekkelig forståelse av handlingsplanen, og de skal bruke den for å overvåke fremdriften.

Sist, men ikke minst!

Husk følgende:

1. Alle milepælene i handlingsplanen skal legges merke til, kommuniseres og feires. Når du for eksempel starter tiltakene for implementering, kan du lage et arrangement i forbindelse med lanseringen som en motiverende milepæl. Andre milepæler kan inkludere fullføring av opplæringsøkten, oppstart av en spesielt viktig intervensjon (for eksempel bruken av nye smertepumper) eller fullføring av den formelle implementeringen.
2. Det må tydelig kommuniseres at implementering av en kunnskapsbasert retningslinje er en kontinuerlig aktivitet og det er like viktig å sikre at implementeringen opprettholdes. Det er avgjørende å identifisere komiteer, grupper eller enkeltpersoner som vil fortsette å være forkjempere, overvåke og løse problemer kontinuerlig. Å identifisere policyer og prosedyrer, orienteringsprogrammer, moduler for selvstudium og programmer for utskifting av utstyr er alle metoder for å sikre vedvarende forbedringer.

3. Kunnskapsbaserte retningslinjer kan bli utdaterte: Det er viktig å gjennomgå litteraturen regelmessig for å få med seg oppdateringer.
4. Endring er en konstant. Men å få til endringer er en stor utfordring. Ha det gøy med implementeringsprosjektene!

Mal for handlingsplan:

Instruksjoner: Bruk denne malen til å utvikle din handlingsplan for implementering. Du må fylle ut kolonnene og identifisere konkrete aktiviteter under hver av de store aktivitetene som er identifisert i denne malen.

#	Aktivitet	Måldato	Ansvarlig person	Utfall/leveranser	Fremgang
1.	Identifiser prosjektledelsen, forkjempere eller gruppen som skal lede identifiseringen og implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje: <ol style="list-style-type: none"> Identifisere krav til ferdigheter og roller Kommunisere/rekruttere interesserte enkeltpersoner eller gruppe Sikre deltakelse i prosjektledelse Sikre at prosjektledelsen har et tydelig mandat og de ressursene som kreves for å starte planleggingsprosessen 				
2.	Identifisere en kunnskapsbasert retningslinje: <ol style="list-style-type: none"> Identifiser interessenter som kan delta i identifiseringen, vurderingen og valget av en kunnskapsbasert retningslinje Få tilgang til AGREE II-instrumentet Sikre forståelse av, og kunnskap om hvordan AGREE II-instrumentet skal brukes Søk etter, og hent inn alle relevante kunnskapsbaserte retningslinjer for det aktuelle emnet som organisasjonen er interessert i Gjennomfør kritisk vurdering Presenter dataene for gruppen som er involvert i vurderingen. Velg ut en kunnskapsbasert retningslinje basert på kvalitet og innhold Kommuniser avgjørelsen til relevante interessenter. 				

3.	<p>Identifisere, analysere og engasjere interessenter:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Definer implementeringsomfanget – implementeringens rekkeviddeb) Identifiser interessenter ved hjelp av en gruppetilnærming.c) Ved hjelp av gruppen samler du inn data om interessentene, bruk den medfølgende malen.d) Organiser dataene, og analyser dem, igjen ved hjelp av en gruppetilnærming. Arbeid for å oppnå konsensus.e) Finn strategier som skal brukes for å påvirke, støtte og engasjere interessenter i ulike stillinger.f) Oppdater handlingsplanen basert på de identifiserte strategiene.				
----	--	--	--	--	--

#	Aktivitet	Måldato	Ansvarlig person	Utfall/leveranser	Fremgang
4.	Innføring av interessentstrategier og tiltak når de har blitt identifisert.				
5.	Fullføre vurdering av hvorvidt miljøet er klar for endring.				
6.	Identifisere og planlegge konkrete implementeringsstrategier: a) Identifisere barrierene og motivasjonsfaktorene fra vurderingen av miljøet. b) Involver relevante interessenter, velg strategier for intervensjon. Velg intervensjoner basert på tilgjengelig informasjon, hvor virksomme de er og hvordan de passer til organisasjonen og medlemmene.				
7.	Oppdatere handlingsplanen basert på de identifiserte implementeringstrategiene.				
8.	Utvikle plan for evaluering: a) Identifiser tilgjengelige kilder for evalueringsstøtte – ekspertise, datainnsamling og så videre (det kan hende man bør starte med kvalitetsrådet) b) Utvikle plan for evaluering. c) Operasjonalisere planen.				
9.	Oppdatere handlingsplanen basert på resultater fra planen for evaluering.				

10.	<p>Identifisere nødvendige ressurser for implementering:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bruk arbeidsarket for budsjett. b) Involver implementeringsgruppe og relevante interessenter for å sikre støtte for det ferdige budsjettet. c) Utvikle sterke argumenter for budsjettet. d) Identifiser måter å skaffe finansiering fra ikke-operative kilder først – for eksempel innteksstrømmer, partnerskap med utvalgte leverandører og så videre. (Vurder eventuelle interessekonflikter) e) Presenter budsjett og inntektskilder for det ansvarlige ledelsesnivået i organisasjonen. 				
11	Identifisere prosesser for overvåkning.				
12.	Planlegge feiringer, markeringer av milepæler.				

Bibliografi:

Althabe, F., Bergel, E., Cafferata, M.L., Gibbons, L., Ciapponi, A., Alemán, A., mfl. (2008). Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: An overview of systematic reviews. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22(1), 42–60.

Andreason, A. R. (2004). A social marketing approach to changing mental health practices directed at youth and adolescents. *Health Marketing Quarterly*, 21(4), 51–75.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L. C. og Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11–12.

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S. mfl. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, CD005470.

Bauer, M. S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(3), 138–153.

Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D. og Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317(7156), 465–468.

Beyer, J. M. og Trice, H. M. (1982). The utilization process: A conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly*, 27(4), 591–622.

Bloom, B. S. (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21(3), 380–385.

Brouwers, M. C., Stacey, D., og O'Connor, A. M. (2009). Verktøy for kunnskapsformidling. In S. Straus, J. Tetroe og I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice*. Hoboken, NJ: Wiley- Blackwell.

Brouwers, M. C., Kho ME., Browman, GP., Burgers, JS., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, ID., Grimshaw, J., Hanna, S., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L., (2010). AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*.

Buchanan, D. A., Fitzgerald, L. og Ketley, D. (2007). *The sustainability and spread of organizational change*. New York: Routledge.

Burgers, J. S., Cluzeau, F. A., Hanna, S. E., Hunt, C. og Grol, R. (2003). Characteristics of high-quality guidelines: Evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *International Journal of Technological Assessment in Health Care*, 19(1), 148–157.

Bywood, P. T., Lunnay, B. og Roche, A. M. (2008). Strategies for facilitating change in alcohol and other drugs (AOD) professional practice: A systematic review of the effectiveness of reminders and feedback. *Drug and Alcohol Review*, 27(5), 548–558.

Canadian Nurses Associations nettsted (2009). Nursing Care Delivery Models. Hentet 8. desember 2009 fra <http://www.cna-nurses.ca/CNA/practice/environment/evidence-based-decision-making-and-nursing-practice.e.aspx>.

Chaillet, N., Dubé, E., Dugas, M., Audibert, F., Trouigny, C., Fraser, W. D. og Dumont, A. (2006). Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 108(5), 1234–1245.

- Champion, V. L. og Leach, A. (1989). Variables related to research utilization in nursing: An empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 14(9), 705–710.
- Clement, C., Stiell, I., Davies, B., O'Connor A., Brehaut, J., Sheehan, P., mfl. (2011). Perceived facilitators and barriers to clinical clearance of the cervical spine by emergency department nurses: A major step towards changing practice in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 19, 44–52.
- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Sjekkliste for datainnsamling. Hentet 17. april 2012 fra <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>.
- Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., Virani, T., Skelly, J. og Dobbins, M. (2006). *Determinants of the sustained use of research evidence in nursing: Final report*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation og Canadian Institutes of Health Research.
- Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J. og Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *Biomed Central Health Services Research*, 8(29), 1–44.
- Davies, B. og Edwards, N. (2009). Sustaining knowledge use. In S. Strauss, J. Tetroe og I. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care: Moving evidence to practice (side 165–173)*. Oxford, Storbritannia: Wiley Blackwell.
- Davies, B., Tremblay, D. og Edwards, N. (2010). Sustaining evidence-based practice systems and measuring the impacts. In D. Bick og I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of evidence based practice (s. 166-188)*. Oxford, Storbritannia: Wiley-Blackwell.
- Davis, D. A. og Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157(4), 408–416.
- Dillman, D. (2007). E-post- og nettbaserte undersøkelser. *The tailored design method (andre utgave)*. Toronto, ON: John Wiley & Sons.
- Dobbins, M.; Davies, B.; Danseco, E.; Edwards, N.; Virani, T. (2005). Changing nursing practice: Evaluating the usefulness of a best-practice guideline implementation Toolkit. *Journal of Nursing Leadership*, 18(1), 34-45.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Dulko, D. (2007). Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: en modell for akuttspesialsykepleiere. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 200–209.
- Dunn, W. N. (1983). Measuring knowledge use. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 5(1), 120–133.
- Edwards, N., Danseco, E., Heslin, K., Ploeg, J., Santos, J., Stansfield, M. mfl. (2006). Development and testing of instruments to assess physical restraint use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(2), 73–85.
- Edwards, N., Davies, B., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J., Danseco, E. mfl. (2004). *Evaluation of Nursing Best Practice Guidelines: Interviewing Nurses and Administrators (side 1-32)*. Ottawa, ON: Community Health Research Unit, University of Ottawa.
- Elo, S. og Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107– 115.
- Estabrooks, C. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 203–216.
- Estabrooks, C., Floyd, J., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A. og Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 506–520.

- Ferguson-Pare, M., Closson, T. og Tully, S. (2002). Nursing Best Practice Guidelines: A gift for advancing professional practice in every environment. *Hospital Quarterly*, 5(3), 66–68.
- Ferlie, E. og Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315.
- Ferrell, B. og McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacologic management*. Maryland Heights, MO: Mosby.
- Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., Graham, I. D. mfl, for ADAPTE-samarbeidet. (2011). Guideline adaptation: An approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Quality and Safety*, 20(3), 228–236.
- Field, M. J., og Lohr, K. N. (1992). *Guidelines for clinical practice: From development to use*. Washington, DC: National Academy Press.
- Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O’Brien, M. A., Grimshaw, J. mfl. (2007). Lokale opinionsledere: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000125.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O’Brien, M. A., Wolf, F. mfl. (2009a). Printed educational materials: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003030.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O’Brien, M. A., Wolf, F., mfl. (2009b). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue*, 2, CD003030.
- Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. E. og Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8, 38.
- Gifford, W. (2010). *Barriers categorized by level for specific recommendations from RNAO guideline: Assessing and managing foot ulcers for people with diabetes*. Doctoral dissertation, University of Ottawa, Ontario.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. og Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses’ use of research evidence: An integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 126–145.
- Gifford, A. W., Davies, B., Edwards, N. og Graham, D. I. (2006). *Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines*. *Nursing Leadership*, 19(4), 72–88.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. og Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 289(23), 3145–3151.
- Ginrod, K. A., Patel, P. og Martin, J. E. (2006). What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners’ prescribing habits? *Annals of Pharmacotherapy*, 40(9), 1546–1557.
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B. og Graham, I. D. (2010). A review of the use of outcome measures of evidenced- based practice in guideline implementation studies in nursing, allied health professions and medicine. In D. Bick og I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice* (side 189-203). Oxford, Storbritannia: Wiley Blackwell.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M. og Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals’ intentions and behaviors: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1), 36–48.
- Graham, I. D., Bick, D., Tetroe, J., Straus, S. E. og Harrison, M. B. (2010). Measuring outcomes of evidence-based practice: Distinguishing between knowledge use and its impact. In D. Bick og I. D. Graham (Eds.). *Evaluating the impact of implementing evidence-based practice*. Oxford, Storbritannia: Wiley Blackwell.

- Graham, I. D., Harrison, M. B., Brouwers, M., Davies, B. L. og Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 31(5), 599–611.
- Graham, I. D., Harrison, M. B., Lorimer, K., Piercianowski, T., Friedberg, E., Buchanan, M. mfl. (2005). Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: Ontario leg ulcer community care protocol. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(6), 307–318.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. mfl. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13–24.
- Greenfield, D. og Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172–183.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C. mfl. (2006). Toward evidence-based quality improvement: Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl. 2), S14–S20.
- Grimshaw, J., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L. mfl. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(5), 112–145.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L. mfl. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), 1–72.
- Grinspun, D., Virani, T., Bajnok, I. (2002). Nursing best practice guidelines: The RAO project. *Hospital Quarterly*, 5(2), 56–59.
- Grol, R., Wensing, M. og Eccles, M. (2005). Improving patient care: *The implementation of change in clinical practice*. London, Storbritannia: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Groll, D., Davies, B., MacDonald, J., Nelson, S., og Virani, T. (2010). Evaluation of the psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. *Journal of Infusion Nursing*, 33(6), 385–390.
- Gupta, S., Bhattacharyya, O. K., Brouwers, M. C., Estey, E. A., Harrison, M. B., Hernandez, P. mfl. (2009). Canadian Thoracic Society: Presenting a new process for clinical practice guideline production. *Canadian Respiratory Journal*, 16(6), e62–e68.
- Hakkennes, S., og Dodd, K. (2008). Guideline implementation in allied health professions: A systematic review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 17(1), 296–300.
- Hakkennes, S. og Green, S. (2006). Measures for assessing practice change in medical practitioners. *Implementation Science*, 1, 29–38.
- Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J. og Kogan, M. (2002). The utilization of health research in policy-making: Concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1, 2.
- Harrison, M. B., Graham, I. D. og Fervers, B. (2009). Adapting knowledge to a local context. In S. Straus, J. Tetroe, og I. D. Graham (Eds.) *Knowledge translation in healthcare: Moving from evidence to practice* (side 73–82). Oxford, Storbritannia: Wiley-Blackwell.
- Health Canada. (2008). Best practices – Treatment and rehabilitation for seniors with substance use problems. Hentet fra http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/background-contexte-eng.php
- Henderson, J. A., Davies, J. og Willet, R. M. (2006). The experience of Australian project leaders in encouraging practitioners to adopt research evidence in their clinical practice. *Australian Health Review*, 30(4), 474–484.
- Higuchi, K., Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J. og Virani, T. (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: A three year follow-up evaluation of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9- 10), 1329–1338.

- Hutchinson, A. M. og Johnston, L. (2006). Beyond the barriers scale: Commonly reported barriers to research use. *Journal of Nursing Administration*, 36(4), 189–199.
- Isett, K.R.; Burnam, M.A.; Coleman-Beattie, B.; Hyde, P.S.; Morrissey, J.P.; Magnabosco, J.; Rapp, C.A.; Ganju, V. og Goldman, H.H. 2007. The state policy context of implementation issues for evidence-based practices in mental health. *Psychiatric Services* 58: 914-21.
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Audit og feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000259.
- Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A. og Lobach, D. F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: A systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal*, 330, 765.
- Kitson, A. og Straus, S. E. (2010). The knowledge-to-action cycle: Identifying the gaps. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E73–E77.
- Knowles, M. S. (1988). *The modern practice of adult education. Andragogy versus pedagogy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall/Cambridge.
- Krugman, M. (2003). Evidence-based practice: The role of staff development. *Journal of Nurses in Staff Development*, 19(6), 279–285.
- Landry, R., Lamari, M. og Amara, N. (2003). The extent and determinants of the utilization of university research in government agencies. *Public Administration Review*, 63(2), 192–205.
- Larsen, J. (1980). Knowledge utilization: What is it? *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1(3), 421–442.
- Lawrence, D. J., Polipnick, J. og Colby, E. (2008). Barriers to and opportunities for the implementation of best practice recommendations in chiropractic: Report of a focus group. *Journal of Allied Health*, 37(2), 82–89.
- Legare, F. (2009). Assessing barriers and facilitators to knowledge use. In S. Straus, J. Tetore og I. D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (side 83-93). Oxford, Storbritannia: Wiley- Blackwell/BMJ Books.
- Loisel, P. Buchbinder R., Hazard R., Keller R., Scheel, I., van Tulderand, M. og Webster B. (2005). Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.
- Maher, L., Gustafson, F. og Evans, A. (2010). NHS sustainability model and guide. London, Storbritannia: National Health Service Institute for Innovation and Improvement.
- Marchionni, C. og Richer, M. C. (2007). Using appreciative inquiry to promote evidence-based practice nursing: The glass is more than half full. *The Canadian Journal of Nursing Leadership*, 20(3), 86–97.
- Mazmanian, P. E., Davis, D. A. og Galbraith, R. (2009). Continuing medical education effect on clinical outcomes. Effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*, 135(3), 495–555.
- McKinlay, E., McLeod D., Dowell, A. og Marshall C. (2004). Clinical practice guidelines' development and use in New Zealand: an evolving process. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 117(1199),
- Miles, S., Valovirta, E. og Frewer, L. J. (2006). Communication needs and food allergy: An analysis of stakeholder views. *British Food Journal*, 108(9), 795–802.
- Morris, Z. S. og Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice? *Health Policy*, 91(2), 135–141.
- Nowak, G., Cole, G., Kirby, S., Freimuth, V. og Caywood, C. (1998). The application of “integrated marketing

communications” to social marketing and health communication: Organizational challenges and implications. *Social Marketing Quarterly*, 4(4), 12–16.

O’Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., mfl. (2007). Pedagogiske eksterne besøk: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, 4, CD000409.

Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A. og Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423–1431.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. og Miller, E. P. (2007). Factors influencing BPG implementation: Lessons learned from administrators and project leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210–219.

Ploeg, J., Skelly, J., Rowan, M., Edwards, N, Davies, B, Grinspun, D., Bajnok, I. Downey, A. (2010) The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Hentet 18. juli 2012 fra [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1741-6787/earlyview](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1741-6787/earlyview)

Prior, M., Gurein, M., & Grimmer-Somers, K., (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies: A synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 888–897.

Registered Nurses’ Association of Ontario. (2008). *Oral health: Nursing assessment and interventions*. Toronto, ON: Registered Nurses’ Association of Ontario. Hentet 17. april 2012 fra [http://www.rnao.org/Storage/50/4488 Oral Health-Jan9.09-web.pdf](http://www.rnao.org/Storage/50/4488%20Oral%20Health-Jan9.09-web.pdf).

Rich, R. F. (1991). Knowledge creation, diffusion, and utilization: Perspectives of the founding editor of *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 12(3), 319–337.

Richens, Y. og Rycroft-Malone, J. (Eds.). (2004). Getting guidelines into practice: A literature review. *Nursing Standard*, 18(50), 33–40.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (femte utgave). New York, NY: Free Press.

Rycroft-Malone, J. og Bucknall, T. (2010). *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Schein, E. H. (1996). Kurt Lewin’s change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. *Systems Practice and Action Research*, 9(1), 27–47.

Segesten, K. (2004). Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing: A literature overview. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 24, 44–47.

Shojania, K. G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C. R., Eccles, M. P. og Grimshaw, J. (2009). The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001096.

Siddiqi, K., Newell, J. og Robinson, M. (2005). Getting evidence into practice: What works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 17(5), 447–454.

Singleton, J. og Levin, R. (2008). Strategies for learning evidence-based practice: Critically appraising clinical practice guidelines. *Journal of Nursing Education*, 47(8), 380–383.

Shekelle, P., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S., Eccles, M., Grimshaw, J. og Woolf, H. (2001). Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. *Journal of the Advanced Medical Association*, 286(12), 1461–1467.

Skinner, K. (2007). Developing a tool to measure knowledge exchange outcomes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 22(1), 49–73.

Squires, J., Estabrook, C., Gustavsson, P. og Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. *Implementation Science*, 6(1), 1–20.

Stacey, D., O'Connor, A., Graham, I. D. og Pomey, M. P. (2006a). Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(8), 410–415.

Stacey, D., Pomey, M. P., O'Connor, A. og Graham, I. D. (2006b). Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: An implementation case study in nursing. *Implementation Science*, 1, 17.

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M. og Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In: S. Straus, J. Tetroe og I. D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care* (side 151–159). Oxford, Storbritannia: Wiley-Blackwell.

Sudsawada, P. (2007). Knowledge translation. *Introduction to models, strategies, and measures*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research.

The ADAPTE Collaboration. (2009). The ADAPTE process: Resource Toolkit for guideline adaptation. Version 2.0. Hentet 29. november 2011 fra <http://www.g-i-n.net>.

The AGREE II Collaboration. (2009). Appraisal of guidelines for research and evaluation: AGREE II instrument. Hentet 10. desember 2011 fra <http://www.agreertrust.org>.

The AGREE II Collaboration (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE II project. *Quality & Safety in Health Care*, 12, 18–23.

Thomas, L. H., Cullum, N. A., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J. og Steen, N. (1999). Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000349.

Thomason, S. S., Evitt, P. C., Harrow, J. J., Love, L., Moore, A. M., Mullins, M. A. mfl. (2006). Providers' perception of spinal cord injury pressure ulcer guidelines. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 30(2), 117–126.

Thompson, S. D., O'Leary, K., Jensen, E., Scott-Findlay, S., O'Brien-Pallas, L. og Estabrooks, A. C. (2006). The relationship between busyness and research utilization: It is about time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 539–548.

Van der Wees, P. J., Jamtvedt, G., Rebbeck, T., De Bie, R. A., Dekker, J. og Hendriks, E. J. M. (2008). Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: A systematic review. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 54(4), 233–244.

Varvasovsky, Z. og Brugha, R. (2000). How to do (or not to do) a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338–345.

Veloski, J., Boex, J. R., Grasberger, M. J., Evans, A. og Wolfson, D. B. (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Medical Teacher*, 28(2), 117–128.

Vink, P., Imada, A. S. og Zink, K. J. (2008). Defining stakeholder involvement in participatory design processes. *Applied Ergonomics*, 39(4), 519–526.

Virani, T., Lemieux-Charles, L., Davis, D. og Berta, W. (2009). Sustaining change: Once evidence-based practices are transferred, what then? *Healthcare Quarterly*, 12(1), 89–96.

Weinmann, S., Koesters, M. og Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 420–433.

Weinreich, N. K. (2000). What is social marketing? Los Angeles, CA: Weinreich Communications. Hentet 17. april 2012 fra www.social-marketing.com.

Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public Administration Review*, 39(5), 426–431.

Wensing, M., Van der Weijden, T. og Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991–997.

Vedlegg A: Revidere og oppdatere verktøykassen

Registered Nurses Association of Ontario foreslår at verktøykassen oppdateres på følgende måte:

1. Etter spredning vil verktøykassen revideres av et spesialistpanel (revideringsgruppe) fra det aktuelle temaet hvert femte år etter forrige revidering
2. Under publisering og revidering vil RNAOs medarbeidere søke etter nye, systematiske oversikter og randomiserte, kontrollerte studier på feltet. Denne gjennomgangen gjøres regelmessig
3. Basert på resultatene fra den regelmessige gjennomgangen kan medarbeidere anbefale en tidligere revisjonsperiode. Egnede konsultasjon med en gruppe som består av medlemmer fra det opprinnelige panelet og andre spesialister på området vil være veiledende for en beslutning om å gjennomgå og revidere verktøykassen tidligere enn etter fem år.
4. Tre måneder før femårgjennomgangen vil RNAOs medarbeidere starte planleggingen av revideringsprosessen på følgende måte:
 - a. Spesialister på temaet blir invitert inn til revisjonsgruppen. Revisjonsgruppen består av medlemmer fra det originale panelet, samt andre, anbefalte spesialister.
 - b. Feedback, spørsmålene som har oppstått under formidlingsfasen og kommentarene og erfaringene fra stedene som har implementert verktøyet blir samlet inn.
 - c. Ny kunnskap om temaet, systematiske gjennomganger, metaanalysedokumenter, tekniske vurderinger, randomiserte, kontrollerte forsøk og annen relevant litteratur samles inn.
 - d. Det utarbeides en detaljert handlingsplan med måldatoer for leveranser.

Den reviderte verktøykassen blir formidlet, basert på etablerte strukturer og prosesser.

Vedlegg B: Søkestrategi

Søkestrategien som ble brukt under utarbeidelse av dette dokumentet, hadde fokus på implementering av retningslinjer i helsevesenet. En strategi var et strukturert nettstedssøk for å identifisere kunnskapsbaserte retningslinjer for implementering av retningslinjer som hadde blitt publisert tidligst januar 2003. Den andre strategien var en gjennomgang av litteraturen for å identifisere primærstudier, metaanalyser, kvalitative og kvantitative studier, grå litteratur og systematiske oversikter for temaet, publisert fra januar 2002 til april 2011.

Trinn 1: Søk etter verktøy for implementering av retningslinje

I januar 2008 søkte en person etter innhold relatert til temaet basert på en etablert oversikt over nettsteder. Oversikten over nettsteder ble satt sammen basert på eksisterende kunnskap om nettsteder for kunnskapsbaserte retningslinjer, databaser for implementering av retningslinjer, samt anbefalinger fra litteraturen. Tilstedeværelse eller fravær av verktøy for implementering ble registrert for hvert nettsted som ble besøkt, sammen med dato for søket. Av og til inneholdt ikke nettstedene verktøy for implementering av retningslinjer, men lenker til andre nettsteder eller kilder hvor verktøy for implementering av retningslinjer kan hentes. Verktøyene ble enten lastet ned som fullstendige versjoner der det var mulig, eller bestilt per e-post.

- Change Foundation: <http://www.changefoundation.ca/>
- Abstracts for Cochrane Reviews: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research Health Technology Assessment Publications: <http://www.aihealthsolutions.ca>
- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/>
- American Nephrology Nurses Association: <http://www.annanurse.org>
- Annals of Internal Medicine: <http://www.annals.org/>
- Bandolier Journal: <http://www.jr2.ox.ac.uk>
- British Columbia Office of Health Technology Assessment: <http://www.chspr.ubc.ca/>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.bcguidelines.ca/>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca/>
- Canadian Health Network: <http://www.canadian-health-network.ca/>
- Canadian Institute for Health Information: <http://secure.cihi.ca>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com/>
- Clinical Evidence: <http://www.clinicalevidence.org>
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://www.cma.ca/>
- Commission on the Future of Health Care in Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca>
- CREST: <http://www.crestni.org.uk/>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness: <http://www.crd.york.ac.uk>
- Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study: <http://www.dopps.org>
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org/>
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions, World Health Organization: <http://www.who.int>
- Guideline Advisory Committee: <http://www.gacguidelines.ca/>
- Guidelines International Network: <http://www.g-i-n.net>
- Health-Evidence.ca: <http://health-evidence.ca>
- Campbell Collaboration <http://www.gacguidelines.ca/>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement <http://www.icsi.org>

- Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery (Australia): <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com: <http://www.medic8.com/>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.mihsr.monash.org>
- National Electronic Library for Health: <https://www.evidence.nhs.uk>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov/>
- National Institute for Clinical Evidence: <http://www.nice.org.uk>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz/>
- United States National Institute of Health Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov>
- National Library of Medicine, Health Services/Technology Assessment: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Nursing and Midwifery Practice Development Unit: <http://www.riotinto.com/>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.org.au/>
- Periodic Task Force on Preventive Health Care: <http://www.ctfphc.org/>
- Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/>
- Journal of Issues in Nursing: <http://www.nursingworld.org/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk/>
- SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu/>
- The Qualitative Report: <http://www.nova.edu>
- TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com/>
- Department of Medicine, University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu>
- University of Laval Evidence-Based Practice Website Directory – no website found
- Virginia Henderson International Nursing Library: <http://www.nursinglibrary.org>

Trinn 2 – søk via søkemotorer

I tillegg ble det gjennomført et nettstedssøk for eksisterende verktøy for implementering ved hjelp av søkemotoren Google og følgende søkeord:

- Guideline implementation
- Implementation
- Organizational Innovation
- Organizational change
- Implementation Research
- Implementation Dissemination

En person gjennomførte disse søkene og registrerte resultatene, nettstedene som ble besøkt, datoen for søket og en oppsummering av resultatene. Resultatene av søket ble deretter integrert i den etablerte listen over nettsteder for implementering av retningslinjer for innhold som er relevant for temaet.

Trinn 3 –håndstøk/ bidrag fra panelet

Panelmedlemmer og medlemmer i rådgivende komite ble også bedt om å gå gjennom sine egne arkiver for å finne verktøy for implementering av retningslinjer som ikke ble funnet ved hjelp av de nevnte søkestrategiene. Verktøy for implementering som medlemmene i panelet avdekket, ble kontrollert mot den eksisterende listen over nettsteder for implementering av retningslinjer. Hvis de oppfylte inklusjonskriteriene og ikke tidligere hadde blitt funnet ved hjelp av søk, ble de integrert i listen over verktøy for implementering av retningslinjer.

Disse søkestrategiene førte til innhenting av 34 verktøy for implementering av retningslinjer som oppfylte følgende kriterier:

- Publisert på engelsk, med internasjonalt omfang
- Ikke utviklet tidligere enn 2003
- Konkrete for det aktuelle temaet
- Kunnskapsbasert (inneholder referanser, beskrivelse av kunnskapenkunnskapsgrunnlaget og referanser til kunnskapsgrunnlaget)
- Tilgjengelige og kan lastes ned eller skaffes

Som et ledd av gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget gjennomførte panelet som utviklet retningslinjen en kritisk vurdering av de 34 innhentede, eksisterende verktøyene/dokumentene som omhandler implementering av retningslinjer i helsevesenet. Panelet vurderte bruksområdene (generaliserbarhet på tvers av sektorer, geografisk kontekst), styrke på kunnskapsgrunnlaget (vitenskapelig kunnskap (innholdets validitet) og eksperterts meninger (face validity)), muligheten for implementering til en fornuftig kostnad / konsekvenser for kostnad, samt teoretisk grunnlag.

Trinn 4: Gjennomgang av litteratur

En universitetsbibliotekar med kompetanse innen helsefag gjennomførte et databasesøk etter eksisterende kunnskap knyttet til implementering av retningslinjer. I januar 2011 ble det gjennomført et innledende søk i databasene MEDLINE, Embase og CINAHL etter primærstudier og systematiske oversikter som hadde blitt publisert i perioden januar 2003 til november 2010. Søket ble gjennomført ved hjelp av de opprinnelige søkeuttrykkene fra verktøykassen i 2002 sammen med følgende ekstra uttrykk: knowledge creation, Program Development, Professional Development, Program planning, program development, program implementation, clinical indicators, internal consistency, benchmarking, nursing practice evidence based, case management education, decision making, clinical evaluation, managed care programs, attitude to change, clinical competence, sustainability of healthcare innovations, sustainability of evidence-based practice, adherence to guidelines, benchmarks, process outcomes, practice guideline utilization, professional compliance, outcome measures and evidence-base practice, outcome measures and guidelines, outcome indicators and evidence-based practice, outcome indicators and guidelines, outcome metrics and evidence-based practice, og outcome metrics and guidelines.

Medlemmene i panelet som utarbeidet retningslinjen, ble også bedt om å gå gjennom sine personlige arkiver for å identifisere viktig litteratur om temaet for å sjekke om disse ble funnet i litteratursøket. Konsensuspanelet ba om supplerende litteratursøk ved behov.

Søkene ble strukturert for å finne kunnskap som kunne brukes i de åtte trinnene i Kunnskap-til-handling-modellen:

1. Identifisere et problem: Identifisere, vurdere, velge kunnskap
2. Tilpasse til lokale forhold
3. Vurdere barrierer for bruk av kunnskap
4. Velge ut, skreddersy og implementere tiltak
5. Opprettholde bruk av kunnskap
6. Monitorere bruk av kunnskap
7. Evaluere resultatene
8. Engasjere interessenter

Søkeresultater:

Søkestrategien som beskrevet tidligere, førte til innhenting av mer enn 7000 abstracts om implementering av retningslinjer. Disse abstractene ble gjennomgått av to forskningsassistenter for å identifisere duplikater og for å vurdere dem opp mot kriteriene for inklusjon og eksklusjon, som bestemt av panelet. Medlemmene i panelet

Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer

gjennomførte en relevansejennomgang av abstractene som førte til at totalt 290 artikler, av kvantitativ, kvalitativ og tekstuell natur, ble inkludert i revideringen av RNAOs verktøykasse: *Implementation of Best Practice Guidelines Second Edition*

Vedlegg C: Ordliste

Audit og feedback: En oppsummering av klinisk utførelse som kan inkludere anbefalinger for tiltak, samlet sammen i en konkret tidsperiode, som brukes for å øke gruppens bevissthet om egen eller andres praksis. Informasjon kan skaffes fra pasientjournaler, digitaliserte databaser eller observasjoner av pasienter/brukere/beboere (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Bruk av kunnskap for å påvirke adferd eller instrumentell bruk av kunnskap (anvendelse av kunnskap): Kunnskap som har blitt brukt i praksis og som følge av det har påvirket tiltak eller adferd (Beyer JM og Trice HM 1982; Dunn WN 1983; Estabrooks C 1999; Graham mfl. 2010; Larsen J 1980; Rycroft-Malone, J. og Bucknall T 2010, Weiss CH 1979).

Barriere: Ethvert reelt eller oppfattet konsept som forstyrrer en intervensjon for endring (W. Gifford Personal communication januar 2011); Ferlie E. og Shortell, S. (2001).

Klinisk kunnskapsbasert praksis: Systematisk utarbeidede anbefalinger som bistår helsepersonell og brukere med å ta avgjørelser basert på egnet plan for behandling, pleie og omsorg i konkrete kliniske omstendigheter (Field og Lohr, 1992).

Bruk av konseptuell kunnskap: Kunnskap som har påvirket måten klinikere og ledere ser på utfordringer og holdninger (Beyer og Trice, 1982, Dunn, 1983, Estabrooks, 1999, Graham, Bick, Tetroe, Straus og Harrison, 2010, Larsen, 1980; Rycroft -Malone og Bucknall, 2010, Weiss, 1979). Dette begrepet brukes når man beskriver klinikerens forståelse og internalisering av kunnskap og informasjon

Forfall: Synkende bruk av anbefalinger fra kunnskapsbaserte retningslinjer over tid. (Buchanan, Fitzgerald og Ketley. 2007)

Avslutte: En avgjørelse om å stoppe implementeringen av en anbefaling fra kunnskapsbaserte retningslinjer. Denne avgjørelsen kan påvirkes av mange faktorer, for eksempel andre prioriteringer og økonomiske ressurser.

Opplæringsmøter: Forelesninger, konferanser, arbeidsmøter eller traineeordninger (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002). Møter kan inkludere metoder for å involvere deltakere, for eksempel diskusjoner og aktiv deltakelse (for eksempel i form av gruppeoppgaver, problembasert læring og så videre). (Registered Nurses Association of Ontario. 2002).

Opplæringsmaterieill: Publiserte eller trykte anbefalinger for klinisk behandling, pleie og omsorg, inkludert kliniske retningslinjer, audiovisuelt materiale og elektroniske publikasjoner. Materialet kan formidles personlig eller ved hjelp av masseutsendelser. (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002)

Praksisbesøk: En-til-en besøk fra sykepleie-fasilitatorer, farmasøyter, forskningsansvarlige eller andre til helsepersonell i praksis for å formidle informasjon med den hensikt å endre helsepersonellens praksis. Informasjonen kan inkludere feedback på helsepersonellens praksisutøvelse.

Motivasjonsfaktor: Faktorer som styrker eller hjelper en felles avgjørelse om implementering i klinisk praksis (Legar, 2009).

Fokusgruppe: Få kunnskap ved å intervju en gruppe mennesker om deres erfaringer, holdninger eller adferd knyttet til et tema.

Tilpasning av retningslinje: En «systematisk tilnærming for å vurdere godkjenning eller tilpasning av retningslinjer produsert for ett miljø for bruk og implementering i et annet som et alternativ til ny utvikling av kliniske retningslinjer som første trinn i implementeringsprosessen, mens man opprettholder kunnskapsbaserte prinsipper». (Fervers, 2011, side 229).

Institusjonalisering: Den relative slitestyrken for endringer i en organisasjon når de blir en del av daglig aktivitet og praksis (Davies og Edwards, 2009).

<p>Intervjuer: Få kunnskap ved å spørre enkeltpersoner om deres erfaringer, holdninger eller adferd. I kvalitativ forskning er spørsmålene åpne. I kvantitativ forskning er spørsmålene vanligvis svært strukturerte med faste svaralternativer.</p>
<p>Bruk av kunnskap: Hvordan kunnskapen brukes til å styrke praksisen. Kategoriseres ofte som konseptuell kunnskapsbruk, bruk av kunnskap for å påvirke adferd eller strategisk kunnskapsbruk (Graham mfl., 2006).</p>
<p>Lokale konsensusprosesser: Inkludere klinikere som deltar, i diskusjoner for å sikre at de er enige i at det utvalgte, kliniske problemet er viktig og at den foreslåtte tilnærmingen er riktig (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).</p>
<p>Lokale opinionsledere: Personer som deres kolleger har identifisert eller utpekt som pedagogisk innflytelsesrike. De kan påvirke andre slik at de endrer adferd (Registered Nurses Association of Ontario, 2002).</p>
<p>Markedsføring: Markedsføring: Bruk av personlige intervjuer, gruppediskusjoner, fokusgrupper eller en spørreundersøkelse rettet mot helsepersonell for å identifisere barrierer for endringer og påfølgende utforming av en intervensjon griper fatt i de identifiserte barrierene (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).</p>
<p>Massemedia: Variert bruk av kommunikasjon for å nå ut til mange i målgruppen. Massemedia inkluderer TV, radio, aviser, plakater, flyveblader og brosjyrer, alene eller kombinert med andre intervensjoner (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).</p>
<p>God ledelse: I en organisatorisk strategi er ledelse en flerdimensjonell prosess for å påvirke slik at sykepleiere kan bruke forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. Den inkluderer lederes adferd og aktiviteter som direkte eller indirekte påvirker enkeltpersoner, deres miljø og organisasjonens infrastruktur (Gifford, Davies, Edwards, Griffin og Lybanon, 2007).</p>
<p>Observasjon: Få kunnskap ved hjelp av sansene (for eksempel visuelt eller auditivt) eller registrere data ved hjelp av vitenskapelige instrumenter.</p>
<p>Organisatoriske intervensjoner: Organisatoriske intervensjoner inkluderer revidering av profesjonsroller, tverrfaglige grupper, tjenesteintegrasjon, endringer i sammensetning av personalet basert på ferdigheter, kontinuitet i omsorgen, intervensjoner for å forbedre arbeidsforhold, kommunikasjon og diskusjon om pasienttilfeller (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review</p>
<p>Organisatorisk hukommelse: Lagring eller inkorporering av kunnskap i ulike kunnskapsbaser i organisasjonen. Eksempler inkluderer: formell opplæring av medarbeidere, orienteringsinnhold, påminnelser innebygd i kliniske dokumentasjonssystemer og policy-/prosedyrehåndbøker, formelle rolleforventninger og resultatindikatorer (for eksempel identifiserte ressurspsykepleiere i praksismiljø) (Virani, Lemieux-Charles, Davis, og Bert, 2009).</p>
<p>Utfall: Resultatet av et foretakende eller et initiativ (Donabedian, 1988).</p>
<p>Påvirkning av utfall eller effekt: Endringene som oppstår som et resultat av endringer i klinisk praksis. De kan oppstå på ett av disse nivåene: bruker, klinikker, helsepersonell, enhet, organisasjon eller system (Graham mfl., 2010; Hakkennes og Green 2006)</p>
<p>Pasientformidlede intervensjoner: Ny klinisk informasjon (som ikke var tilgjengelig tidligere), samlet inn direkte fra pasientene og gitt til helsepersonellet, for eksempel depresjonsskår fra et verktøy (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).</p>
<p>Prosess: Hvordan systemet må endres for å kunne implementere praksisen.</p>
<p>Tilbakefall: Å falle tilbake til tidligere måter å gjøre ting på (Davies, B. og Edwards, 2009).</p>

Reliabilitet: I hvilken grad et verktøy for datainnsamling konsekvent måler det samme attributtet som det er utformet for å måle, eller i hvor stor grad resultatene kan reproduseres.

Påminnelser: Informasjon om pasient/bruker/beboer eller møter, som gis muntlig, på papir eller elektronisk, for å få helsepersonell til å huske informasjonen og utføre eller unngå enkelte tiltak for å kunne gi bedre pleie. Påminnelser kan inkluderes i opplæring, dokumentasjon, interaksjoner med kolleger eller elektroniske beslutningsstøttesystemer (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group, 2002).

Ressurser: Økonomiske ressurser, personalressurser eller andre ressurser som er nødvendige for å oppnå målene som er skissert i handlingsplanen.

- Økonomiske ressurser inkluderer finansieringen som trengs for å dekke de økonomiske kostnadene knyttet til implementeringen (for eksempel innkjøp av utstyr og finansiering av reisevirksomhet).
- Personalressurser er enkeltpersonene som trengs for å kunne gjennomføre implementeringsaktivitetene (for eksempel prosjektkoordinator, IT-spesialist).
- Andre ressurser er støtte som ikke inkluderer penger, for eksempel tilgang til varer og tjenester (for eksempel organisasjonen som gir tilgang til internett eller bibliotek tjenester).

RNAO kunnskapsbaserte retningslinjer: RNAOs navn på organisasjonens unike form for kliniske retningslinjer. Det finnes to former for kunnskapsbaserte retningslinjer: 1) klinisk, og 2) sunt arbeidsmiljø. Arbeidet ledes av RNAO, med finansiering fra Ontario Ministry of Health and Long-Term Care og støtte fra Health Canada, Office of Nursing Policy (RNAOs nettsted, 2008).

Rutinefølelse: Når en innovasjon blir en del av de vanlige aktivitetene og mister sin unike identitet.

For eksempel å kreve at alle pasienter har dokumentert fallrisikovurdering med tilhørende behandlingsplan (Davies & Edwards, 2009.)

Oppskalering: Prosessen hvor nye arbeidsmetoder som blir utviklet i en setting, tilpasses med egnede modifikasjoner for å passe organisasjonens kontekst (Davies og Edwards, 2009). Utvide implementeringen av kunnskapsbasert retningslinje til andre deler av helsetjenesten, i sykehus, lokalsamfunn eller i pedagogiske settinger.

Sensitivitet og spesifisitet: To hyppig rapporterte karakteristikker av verktøy og diagnostiske tester. Sensitivitet defineres som hvor god en test er til å avdekke *hvem* som kan ha en tilstand eller en sykdom. Spesifisitet defineres som hvor god en test er til å fortelle *hvem som ikke har* tilstanden eller sykdommen.

Sosial markedsføring: «Bruk av markedsføringskonsepter og verktøy hentet fra privat sektor for programmer som er utviklet for å påvirke frivillig adferd hos målgruppene for å oppnå sosiale mål.» (Andreason, 2004, side 56).

Kilderetningslinje: En retningslinje som er «utvalgt for å gjennomgå vurdering av kvalitet, aktualitet, innhold, overensstemmelse og egnethet, og som man kan bruke som grunnlag for en tilpasset retningslinje» (The ADAPTE Collaboration, 2009)

Spredning: Prosessen hvor nye arbeidsmetoder som blir utviklet i en setting, blir tatt i bruk, eventuelt med med egnede modifikasjoner, i andre deler av organisasjonen (Davies og Edwards, 2009).

Interessent: En interessent er en person, gruppe eller organisasjon som har interesse i din avgjørelse om å implementere en kunnskapsbasert retningslinje (Baker, Ogden, Prapaipanich, Keith, Beattie og Nickleson, 1999). Interessenter inkluderer enkeltpersoner eller grupper som blir direkte eller indirekte påvirket av implementeringen av en kunnskapsbasert retningslinje.

Interessentanalyse: I forbindelse med implementeringen av kunnskapsbaserte retningslinjer er en interessentanalyse en måte å generere informasjon om interessentene på for å kunne hjelpe gruppen som skal implementere retningslinjene med å forstå interessenters adferd, planer, relasjoner og interesser. Denne kunnskapen kan hjelpe gruppen til å finne ut hvilken støtte, hvilke ressurser og hvilken påvirkning interessentene kan bidra med.

Strategisk bruk av kunnskap (symbolsk bruk av kunnskap): Bruk av kunnskap eller data (for eksempel forskningsresultater) for å overbevise andre om å støtte ens synspunkter eller beslutninger. Det kan muligens føre til at andre bruker kunnskapen, enten konseptuelt eller adferdsmessig (Beyer og Trice, 1982, Dunn, 1983, Estabrooks, 1999, Graham, Bick, Tetroe, Straus og Harrison, 2010, Larsen, 1980, Rycroft-Malone og Bucknall, 2010, Weiss, 1979).

Kunnskap som fester seg: Kunnskap fester seg og er vanskelig å bli kvitt. Kunnskap som fester seg er et resultat av kunnskapsoverføring og man kan forutse dette ved å undersøke en rekke forhold knyttet til kunnskapen, kilden og konteksten for overføringen, samt mottakerens egenskaper. (Virani, Lemieux-Charles, Davis og Berta, 2009)

Struktur: Det du må ha på plass for å kunne gjennomføre endringen (for eksempel utstyr, rekvisita og fasiliteter).

Strukturelle intervensjoner: Det finnes en rekke strukturelle intervensjoner, inkludert å endre stedet hvor tjenesten skal leveres, å endre fysisk struktur, fasiliteter og utstyr, å endre pasientjournalssystemer, mekanismer for kvalitetssikring, eierskap, akkreditering og tilhørighetsstatus, samt organisering av medarbeidere (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group; 2002).

Spørreundersøkelser: Få kunnskap ved å samle inn informasjon, brukes normalt i form av strukturerte spørreskjemaer med vurderingsskalaer. Undersøkelser kan utføres personlig, via telefon eller via internett (Dillman, 2007).

Vedvarende forbedringer: Den graden en innovasjon fortsatt brukes etter at den innledende innsatsen for å sikre at den blir tatt i bruk er fullført (Rogers, 2003). Maher mfl. (2010) utviklet systematisk en modell og et system for diagnostisering, og de bruker følgende definisjon: «Når nye arbeidsmetoder og bedre utfall blir standarden. Ikke bare endres prosesser og utfall, men tankesettet og holdningene endres også fundamentalt, og de assosierte systemene transformeres som følge av endringen (Maher mfl., 2010, side 1)

Validitet: I hvor stor grad verktøyet for innsamling av data på en nøyaktig måte måler det som det er ment å måle.

Vedlegg D: Prosessrammeverket ADAPTE

Rammeverket ADAPTE har blitt inkludert for **de** praksisforholdene som trenger ytterligere veiledning i forbindelse med **tilpasning**

av retningslinjer som skal brukes i en annen kulturell- eller sektorkontekst. En slik tilpasning er ikke nødvendig i alle settinger.

Kjerneprinsippene i prosessen for ADAPTE-tilpasning av retningslinjer

(ADAPTE Collaboration, 2009)

- Respekt for de kunnskapsbaserte prinsippene i utvikling av retningslinjer
- Pålitelige og ensartede metoder for å kvalitetssikre den tilpassede retningslinjen
- En deltakende tilnærming som involverer alle de viktigste interessentene, for å fremme aksept og eierskap til den tilpassede retningslinjen
- Eksplisitt vurdere kontekst under tilpasning for å sikre relevans for lokal praksis
- Åpen rapportering for å sikre tillit til anbefalingene i den tilpassede retningslinjen
- Fleksibelt format som oppfyller konkrete behov og omstendigheter
- Ansvar i samsvar med den primære kilderetningslinjen

Figur 1: Kort forklaring av prosessrammeverket ADAPTE

Gjengitt med tillatelse fra BMJ Publishing Group Ltd.:

Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P. og Graham, I. D. (2011). Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Quality and Safety*, 20, 228–236.

Rammeverket ADAPTE består av tre faser

1. Den innledende fasen inkluderer aktiviteter knyttet til forberedelser for å starte en prosess for å tilpasse en retningslinje.
2. Tilpasningsfasen inkluderer arbeidsoppgaver for å velge ut og tilpasse en retningslinje som skal implementeres.
3. Ferdigstillelsesfasen inkluderer ekstern gjennomgang og å sikre at den tilpassede retningslinjen fører til vedvarende forbedringer.

Nedenfor finner du en oversikt over hvordan rammeverket ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2009) kan brukes for å tilpasse eksisterende retningslinjer til den lokale konteksten der det planlegges implementering. Trinnene som beskrives nedenfor, er basert på prosessen som skisseres i *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0* (ADAPTE Collaboration, 2009). Se den opprinnelige kilden for mer informasjon om ADAPTE-prosessen og for å få tilgang til konkrete verktøy for å forenkle disse trinnene.

Faser	Oppgaver	Tilknyttede moduler
Innledende fase	Forberede for ADAPTE-rammeverket	Forberedelse
Tilpasningsfase	Definere helsespørsmål	Avgrensning og formål
	Søke etter, og filtrere retningslinjer	Søk og filtrering
	Vurdere retningslinjer	Vurderinger
	Beslutte og velge	Beslutning og utvelgelse
	Lage utkast til rapport	Tilpasning
Ferdigstillelsesfase	Ekstern gjennomgang	Ekstern gjennomgang
	Plan for fremtidig revidering og oppdatering	Planlegging av ettervern
	Utarbeide endelig retningslinje	Ferdigstilling

Alle aktiviteter og avgjørelser knyttet til tilpasningen skal dokumenteres grundig for å sikre nøyaktighet og åpenhet i tilpasningsprosessen.

Fase 1: Innledende

Den innledende fasen inkluderer aktiviteter knyttet til forberedelser for å starte en prosess for å tilpasse en retningslinje. Dette inkluderer:

- a) **Å sette sammen en organiseringskomite eller en implementeringsgruppe.** Implementeringen av kliniske retningslinjer for å forbedre klinisk praksis krever betydelig tid og ressurser. Ved å sette sammen en gruppe som kan støtte og bidra i prosessen, kan implementeringen bli mer effektiv og vellykket. For å sikre tydeligheten bør man vurdere å lage referansevilkår for hvert gruppedlems rolle i tiltaket og for å løse eventuelle interessekonflikter.
- b) **Velge et tema for retningslinjen.** Selv om det kan finnes en rekke kliniske områder som kan ha nytte av implementering av en retningslinje, kan det være nyttig å velge en konkret utfordring som kan løses med dette implementeringsprosjektet. Prioriteringen av temaer kan baseres på en rekke faktorer, inkludert dagens belastning på brukere og familier, misbruk av intervensjoner, økonomiske kostnader og potensialet for å forbedre omsorgen eller utfallet for pasienter.
- c) **Finne ut om gjennomføringen av tilpasningen er gjennomførbar.** Ett viktig område som man må vurdere, er om det finnes relevante kliniske retningslinjer. Hvis det mangler retningslinjer for det aktuelle temaet, kan det kreve en gjennomgang av all tilgjengelig kunnskap for å finne de neste trinnene for endring av praksis.
- d) **Identifisere ressurser og ferdigheter.** Det kreves tilstrekkelig med ressurser og ferdigheter for å kunne støtte de aktuelle oppgavene for å lykkes med implementeringen av kliniske retningslinjer. Implementeringsgruppen skal involvere interessenter og enkeltpersoner som representerer ekspertise innen det kliniske temaet, konsekvenser for policy, helseforskning og retningslinjemetodikk eller implementering. Kunnskap og ferdigheter som er relevante for den lokale konteksten (for eksempel brukere, administratorer, medarbeidere), er også verdifulle for å sikre riktig tilpasning av kunnskapen for den planlagte settingen hvor den skal implementeres. Kapittel 2B i denne verktøykassen omhandler hvordan du kan evaluere og vurdere nødvendig økonomiske og andre ressurser for et implementeringstiltak.
- e) **Utvikle en arbeidsplan.** En arbeidsplan kan være nyttig for å kunne kommunisere implementeringsprosjektets mål og fremdrift både internt i gruppen og til andre interessenter. Viktige måldatoer kan bestemmes basert på gruppens kunnskap om arrangement eller tidsfrister i den lokale konteksten som kan påvirke implementeringsprosjektet (for eksempel komitemøter, pasientfora og lignende).

Fase 2: Tilpasning

- a) **Avgrensning og formål.** Basert på det brede temaet som implementeringsgruppen har valgt ut, skal det defineres en tydelig avgrensning og et tydelig formål for å definere hvilke helse spørsmål gruppen ønsker å ta tak i. Du kan vurdere å bruke forkortelsen **PIPOH** som hjelpemiddel i denne prosessen:

- Target **population** (målgruppe)
- **Intervention** of interest (anbefaling som skal implementeres)
- **Professionals** to whom the implementation is targeted (profesjonelle som implementeringen er rettet mot)
- Expected **outcomes** desired (e.g. patient, system or public health outcomes) (ønsket utfall, for eksempel for pasienten, systemet eller folkehelsen)
- **Health-care** setting or context in which the guideline is to be implemented (helsesettingen eller konteksten hvor retningslinjen skal implementeres)

- b) **Søk og filtrering.** Man kan utvikle en søkestrategi for kliniske retningslinjer basert på den definerte avgrensningen og formålet med implementeringen. Kriterier for inkludering og ekskludering reflekterer avgrensningen og formålet, samt spesifiserer andre parametre som hvilket år den ble utarbeidet og hvilket

språk den ble publisert på. Et omfattende søk etter retningslinjer kan involverer elektroniske, bibliografiske databaser, retningslinjelagre og nettsteder fra personer som utvikler retningslinjer. Man kan lese relevante publikasjoner basert på kriteriene for inkludering og ekskludering for å identifisere retningslinjer som på best mulig måte passer til implementeringsprosjektets formål og avgrensning.

c) **Vurdering.** En vurdering av retningslinjene som har blitt identifisert, kan hjelpe implementeringsgruppen med å ta beslutninger om hvilke retningslinjer som er best egnet for tilpasning til den lokale konteksten og i hvor stor grad de må tilpasses. For å forbedre vurderingens reliabilitet foreslås det at hver retningslinje blir vurdert av flere personer. Dette trinnet kan innebære en vurdering av en eller flere av disse karakteristikene for retningslinjer:

- **Kvalitet:** Retningslinjens kvalitet bestemmes av hvor stor tillit man har til at prosessen for utarbeidelse ble utført på en metodisk måte, at anbefalingene er gyldige både internt og eksternt og at de gjennomførbare i praksisen (The AGREE II Collaboration, 2009). AGREE II-instrumentet inneholder en systematisk tilnærming til kvalitetsvurdering av kliniske retningslinjer, som beskrevet i kapittel 1 i denne verktøykassen.
- **Aktualitet:** Vurdering om en retningslinje er aktuell handler om å finne ut om anbefalingene i retningslinjen reflekterer dagens kunnskap om temaet. På grunn av det raske tempoet i helseforskningen kan retningslinjer bli utdatert etter bare noen få år. Etter å ha sikret at du har den mest oppdaterte versjonen, kan publiseringsdatoen eller tidsperioden som litteraturgjennomgangen dekker gi en viss indikasjon på hvor aktuell retningslinjen er. Men denne beslutningen blir best når den baseres på klinisk kunnskap eller kunnskap fra forskningen for dette konkrete temaet (Shekelle mfl., 2001).
- **Innhold:** Det kan være nyttig å vurdere innholdet ved å sammenligne likheter og forskjeller i anbefalinger på tvers av retningslinjer, spesielt når man vurderer flere retningslinjer i forkant av implementeringen. En slik vurdering kan brukes til å identifisere alle anbefalinger som støttes av solid kunnskap eller anbefalinger som gruppen mener er ekstra relevante for den lokale konteksten. Anbefalingsmatriser eller tabeller kan være nyttige til dette.
- **Overensstemmelse:** Overensstemmelse i retningslinjer handler om samsvaret mellom tilgjengelig kunnskap og anbefalingene som det resulterer i. En logisk flyt mellom søk og utvelgelse av kunnskapen, hvordan den tolkes og utarbeidelsen av anbefalinger sikrer tillit til at retningslinjen er basert på den beste kunnskapen som er tilgjengelig.
- **Aksept/anvendbarhet:** All tilpasning av kunnskap til lokal kontekst avhenger av en vurdering av kunnskapen (retningslinjen) med tanke på aksept og anvendbarhet i den lokale konteksten. Mer konkret er det viktig å finne ut om de anbefalte retningslinjene i tilstrekkelig grad løser de kliniske behovene for den konkrete kliniske settingen (aksept), og om det er sannsynlig at anbefalingene kan implementeres basert på den ekspertisen, de ressursene og policyene som finnes for den lokale konteksten (anvendbarhet).

d) **Beslutning og utvelgelse.** Når man har vurdert relevante retningslinjer, må man ta en beslutning om retningslinjene eller anbefalingene som man velger ut for tilpasning. Man kan vurdere ulike grader av tilpasning (tabell 1) basert på gruppens vurdering av retningslinjene. Konsensusprosesser brukes ofte for å gjøre det enklere å ta beslutninger.

Tabell 1: Eksempler på ulike grader av tilpasning

Grad av tilpasning	Eksempel
Vedta en retningslinje uten endringer	Tilpasse en retningslinje for avdekking av livmorhalskreft (Fervers, mfl., 2011)
Velge anbefalinger fra ulike retningslinjer	En eller flere anbefalinger fra flere relevante og gode kliniske retningslinjer ble tilpasset og inkludert i en oppdatert protokoll for stell av åpne sår på bein for folkehelsen (Graham, mfl., 2005)

e) **Tilpasning.** Når man har bestemt seg for retningslinje eller anbefalinger som skal implementeres, gjøres det tilpasninger basert på den graden av tilpasningsbehov man har bestemt. De tilpassede anbefalingene skrives slik at de best passer den tiltenkte bruken i den lokale konteksten, men de skal fortsatt være i tråd med kilderetningslinjen og den kunnskapen som er tilgjengelig.

Følgende elementer bør vurderes i forbindelse med tilpasningen:

- tilgjengelige ressurser
- medarbeidernes kunnskaps- og ferdighetsnivå
- praksisens omfang
- tidsbegrensninger
- lovverk

Fase 3: Ferdigstillelse

a) **Ekstern gjennomgang og godkjenning.** Når man har utarbeidet et utkast av de tilpassede anbefalingene, sendes det til utvalgte, lokale interessenter for ekstern gjennomgang. Hovedformålet med den eksterne gjennomgangen er å samle informasjon om den tilpassede kunnskapens styrker og svakheter, inkludert gjennomførbarheten og ringvirkningene som følge av en implementering på lokalt nivå. Men den eksterne gjennomgangsprosessen kan også være et hjelpemiddel for å spre arbeidet som implementeringsgruppen har gjort og en mulighet til å skape interesse og støtte for prosjektet.

Interessentene som involveres i den eksterne gjennomgangen bør representere alle gruppene som kommer til å bli påvirket når anbefalingene implementeres (for eksempel brukere, helsepersonell, tverrfaglige kolleger og administratorer). Ved å involvere interessenter med spesiell ekspertise innenfor temaet kan man også sikre at tilpasningen var riktig og at de opprinnelige anbefalingenes integritet ble opprettholdt (Graham mfl., 2005). I kapittel 2B finner du detaljert informasjon om hvordan du kan identifisere og engasjere interessenter i prosessen med implementering av retningslinjen. Feedback fra den eksterne gjennomgangen bør dokumenteres. Gruppen bør diskutere den, og ved behov bør den inkluderes i det endelige dokumentet.

b) **Planlegging av ettervern.** Man bør skissere en plan for oppdatering av retningslinjen. Planen skal inkludere en måldato for revidering eller forutsetningene for at en revidering bør utføres (for eksempel når kilderetningslinjen blir oppdatert). Ansvar for å overvåke planen og koordinere fremtidig revisjon av retningslinjen bør også fordeles i gruppen.

c) **Endelig produksjon.** De endelige, tilpassede anbefalingene fra retningslinjene skal presenteres på en tydelig måte sammen med dokumentasjon av prosessen som ble brukt for å komme frem til dem. Kilderetningslinjer og alle støttedokumenter som ble brukt til tilpasningen bør også oppgis i den endelige rapporten.

Vedlegg E: Sykepleieprosedyrer og NQuIRE®

Hva er sykepleieprosedyrer?

RNAOs sykepleieprosedyrer er et unikt og innovativt tilskudd til verktøykassen for implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer. Sykepleieprosedyrer gjør det enklere å oversette kunnskap til sykepleiepraksis ved å gi tydelige og praktiske kunnskapsbaserte intervensjonsangivelser som enkelt kan inkluderes i ulike praksissettinger. For eksempel sier praksisanbefaling

2.0 i den kunnskapsbaserte retningslinjen for fallforebygging følgende: «Som del av det tverrfaglige teamet kan sykepleiere implementere fallforebygging basert på flere virkemidler for å forebygge fremtidige fall.» Manglende spesifisering i denne anbefalingen er en utfordring for enkeltpersoner/organisasjoner som ønsker å implementere denne kunnskapsbaserte retningslinjen. Den tilsvarende prosedyren løser denne situasjonen ved hjelp av en liste med intervensjoner som tydelig definerer hensikten med uttrykket «multifaktorielle intervensjoner for fallforebygging». Nedenfor finner du et utdrag for disse prosedyrene:

MULTIFAKTORIELT PROGRAM FOR FALLFOREBYGGING	
(Kategoriene er avledet fra BEEACH*, det kanadiske pensumet for fallforebygging)	
Velg ut en eller flere av følgende intervensjoner for fallforebygging basert på brukerens identifiserte risikofaktorer.	
<small>*Behaviour change, Education, Equipment, Environment, Activity, Clothing and footwear and Health Management.</small>	
AKTIVITET:	
<input type="checkbox"/>	Fremme bruken av sklisikre sko
<input type="checkbox"/>	Assistere når pasienten skal forflyte seg eller gå omkring
<input type="checkbox"/>	Fremme gange ved hjelp av hjelpemidler
<input type="checkbox"/>	Overføre mot den sterkeste siden

Hvorfor er det viktig med sykepleieprosedyrer?

Det er flere grunner til at sykepleieprosedyrer er viktige. For det første har de som mål å transformere sykepleiepraksisen ved å bruke teknologi for å øke kunnskapsoverføringen og kunnskapsbaserte beslutninger. For det andre inneholder ordresettene intervensjonsuttrykk som er basert på internasjonale standarder for terminologi, nærmere bestemt: International Classification for Nursing Practice (ICNP) og Systematized Nomenclature for Medical and Clinical Terms (SNOWMED-CT). ICNP er utviklet av sykepleiere og brukes til å beskrive arbeidet som sykepleiere gjør ved hjelp av en enhetlig tilnærming. Bruken av internasjonale standarder for terminologi vil også gjøre det enklere å standardisere sykepleiepraksis for å legge til rette for sammenligningsanalyser av sykepleiedata på tvers av helsesektorer og beliggenhet. Ved å bruke elektroniske helse- og medisinregistre vil terminologistandarder gjøre det enklere å få tilgang til, og å utveksle pasientinformasjon på en standardisert måte. For det tredje sørger ordresettene for sykepleie for at sykepleiernes bidrag til pasientenes utfall blir bedre synlige for den tverrfaglige gruppen. Og til sist gjør RNAOs sykepleieprosedyrer det enklere å evaluere implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer takket være en mekanisme som kobler konkrete, kunnskapsbaserte intervensjoner til indikatorer for kliniske utfall. Ett eksempel på dette er koblingen som allerede finnes mellom ordresettene og indikatorene i RNAO NQuIRE®-databasen.

Hvordan kan ordresettene for sykepleie brukes?

RNAOs sykepleieprosedyrer er utformet for å kunne inkluderes i et elektronisk helse- eller medisinregister, men de kan også brukes i et papirbasert system eller hybridssystem. RNAO har samarbeidet med PatientOrderSet.com for å gjøre denne prosessen enklere. For helseorganisasjoner vil dette føre til betydelige tids- og kostnadsbesparelser. De første 27 ordresettene for sykepleie ble lansert i august 2012 som en komplettering av de 15 hyppigst implementerte kliniske, kunnskapsbaserte retningslinjene. Det utvikles ordresett for resten av de viktigste kunnskapsbaserte retningslinjene, og disse vil distribueres periodisk i perioden 2012–2013. Helseorganisasjoner fra hele spekteret, inkludert

spesialisthelsetjenesten, hjemmesykepleie og sykehjem, får mange fordeler ved å implementere disse ordresettene for sykepleie.

For mer informasjon kan du kontakte BNOS@rnao.ca.

Hva er NQuIRE?

NQuIRE er en forkortelse for Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation®. NQuIRE® ble utformet for at Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®) systematisk skal kunne monitorere fremgangen og evaluere resultatene av implementeringen av RNAOs kunnskapsbaserte retningslinjer i sin egen organisasjon. NQuIRE er det første internasjonale initiativet for kvalitetsforbedring av sin type, og det inkluderer utvikling og måling av indikatorer for struktur prosess og utfall knyttet til hver av de kunnskapsbaserte retningslinjene fra RNAO.

Hvorfor er NQuIRE viktig?

Ved å bruke NQuIRE får pasienter, sykepleiere, organisasjoner og helsesystemer mange fordeler, inkludert:

Sykepleiesensitive indikatorer: Målet med NQuIRE er å utarbeide BPSO-validerte og støttede sykepleiesensitive indikatorer. Disse inkluderer eksisterende, kliniske indikatorer for sykepleiesensitive prosesser og utfall, for eksempel for smerte, fall og trykksår, samt nye indikatorer for sykepleiesensitive prosesser og utfall basert på en rekke kliniske forhold, som omtales i RNAOs kunnskapsbaserte retningslinjer. NQuIRE inkluderer også eksisterende og nye indikatorer for sykepleiesensitiv struktur. I samarbeid med BPSOer og andre forskere forventer RNAO å øke forståelsen for forholdet mellom strukturelle faktorer og kliniske prosesser som påvirker utfallet for pasient/bruker/beboer. Vår felles innsats skal sørge for at sykepleien aktivt kan bidra til agendaer for sikkerhet og kvalitet, samt oppfordre til kunnskapsbaserte policyavgjørelser på organisatorisk nivå og helsesystemnivå.

Komparativ rapportering: NQuIRE gjør det mulig å sammenligne data i BPSO-programmet for konkrete kliniske befolkninger, helsesektorer, organisasjoner og geografiske områder, samtidig som verktøyet oppfordrer til meningsfull datautveksling og referansemåling. Med data fra NQuIRE kan BPSOer overvåke sin egen fremgang i arbeidet med å forbedre strukturelle og kliniske prosesser, kvaliteten på sykepleien og utfall for både pasient og organisasjon. NQuIRE tilbyr interne rapporter slik at deltakende BPSOer kan sammenligne resultatdata fra indikatorer med andre enheter/programmer/tjenester/grupper i sin egen organisasjon. BPSOer som ønsker å dele samlede data, blir en del av sammenligningsanalysen på tvers av BPSOer sammen med andre, liknende BPSOer både lokalt, nasjonalt og internasjonalt som også har valgt å dele sine data. De får resultatrapporter for både lokal, nasjonal og internasjonal BPSO persentil distribusjon for aktuelle indikatorer fra liknende organisasjoner.

Kunnskapsbasert beslutningstaking: Data fra NQuIRE forteller hvor og hvordan RNAOs kunnskapsbaserte retningslinjer forbedrer sykepleiepraksis og pasientutfall, samtidig som de viser resultatene fra både organisasjonen og helsesystemet. Slike data hjelper RNAOs program for kunnskapsbaserte retningslinjer og legger til rette for kunnskapsbaserte beslutninger for å sikre effektiv bruk av sykepleieressurser. De avdekker også praktiske områder for videre investering i mønsterpraksis for sykepleie.

Forskningsmuligheter: Gjennom en formell autorisasjon får forskere muligheten til å bruke data fra NQuIRE til å teste sykepleiesensitive indikatorer, perfektionere pålitelige og gyldige måleverktøy og identifisere trender i sykepleiepraksis og pasientutfall.

Hvordan brukes informasjonen fra NQuIRE?

Sammen med RNAO evaluerer BPSOer implementeringen ved å spore kvalitetsindikatorerne for å sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring. Ved hjelp av denne informasjonen kan BPSOer finne ut hvor og hvordan sykepleien gir verdifulle fordeler for pasient, organisasjon system og på den måten sikre effektiv og kunnskapsbasert beslutningstaking for å optimalisere trygg omsorg av høy kvalitet.

Du finner mer informasjon om NQuIRE på <http://nao.ca/bpg/initiatives/nquire>. Du kan også sende en e-post til nquire@nao.ca