

Å innføre samvalg og samvalgsverktøy: Et internasjonalt kunnskapsgrunnlag

*Versjon 1.0
Oktober 2021*

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	3
1. Å innføre samvalg: En oversikt over hemmere og fremmere fra pasient- og behandlerperspektiv.....	4
2. Hvordan kan samvalg og samvalgsverktøy bli rutine i helsetjenesten?	8
3. Beslutningsstøtte rettet mot pasient og helsepersonell	15
4. Hva virker når en skal gjøre samvalgsverktøy til rutine i vanlig praksis?.....	17
5. Hvor godt virker ulike implementeringstiltak?.....	25
6. Hvilke kompetanser trenger du?	31
7. Hva vi vet om implementering av endring i helsetjenesten	44
8. Hvordan implementere kunnskapsbasert praksis	57
9. Flere ressurser.....	65
10. Enkeltanbefalinger og koder.....	65

Introduksjon

Denne rapporten summerer et nåtidig, internasjonalt kunnskapsgrunnlag for innføring av samvalg og samvalgsverktøy.

Rapporten er ikke fullstendig, men løfter frem nyere, sentrale kunnskapskilder av høy kvalitet, forstått som særlig relevante, nyttige og pålitelige. Kildene springer ut av ulike tradisjoner og miljøer. Gjengivelsen av innholdet i kildene dekker alle hovedpunkter som er beskrevet og er dermed, på et overordnet nivå, fullstendig.

Lenke til fulltekstartikkel eller side for bokbestilling er lagt inn først i hvert kapittel.

Åtte tradisjoner og innganger til innføring av samvalg og samvalgsverktøy er inkludert. Noen handler spesifikt om samvalg og samvalgsverktøy, andre mer generelt om implementering av endring i helsetjenesten og blant andre fagfolk.

- Kapittel 1 summerer kort hva som hemmer og fremmer samvalg.
- Kapittel 2 bredder ut feltet, gjennom å oppsummere hvordan en kan gjøre samvalg og bruk av samvalgsverktøy til rutine i helsetjenesten.
- Kapittel 3 summerer sjangeren «beslutningsstøtteverktøy rettet både mot pasient og kliniker», som samvalgsverktøy i Helse Sør-Øst kan klassifiseres under.
- Kapittel 4 oppsummerer hva som kan virke når målet er å få tatt samvalgsverktøy i bruk i klinikken.
- Kapittel 5 tar for seg kunnskapsoppsummeringer om hvilke implementeringstiltak som virker i praksis.
- Kapittel 6 beskriver hvilke kompetanser ansatte som er ansvarlige for implementering trenger.
- Kapittel 7 formidler hva vi i dag vet om implementering av endring i helsetjenesten.
- Kapittel 8 gir et fugleperspektiv på og også kritikk av konklusjoner og perspektiver i de tidligere kapitlene, og nye råd.
- Kapittel 9 angir supplerende kunnskapskilder
- Kapittel 10 inneholder koder for enkeltanbefalinger og konklusjoner i kunnskapsgrunnlaget, som forenkler bruken av referanser i Delstrategi for innføring av samvalg i Helse Sør-Øst.

Språket i rapporten er lagt på et så ledig og lettest nivå som mulig, for å kunne være en god inngang til de kildene som er benyttet. Der det er tilstrekkelig korrekt, er det gjort en lett tilpasning til norske forhold. Ordet “implementere” har ulik betydning i IKT og helse, og derfor er i noen kapitler erstattet av “innføre”. “Organisasjon” er av og til oversatt med “foretak”. Feil kan forekomme.

Rapporten ble utarbeidet i et samarbeid mellom Enhet for Samhandling og brukermedvirkning i Helse Sør-Øst og Regionalt kompetansesenter for pasient- og pårørendeopplæring ved Sørlandet sykehus, i september og oktober 2021.

1. Å innføre samvalg: En oversikt over hemmere og fremmere fra pasient- og behandlerperspektiv

Hva øker graden av samvalg? Det var utgangspunktet for en oversikt publisert i 2020: *Development of a program theory for shared decision-making: a realist synthesis*. Oversikten skal gi forståelse og innsikt i hva som kan hemme og fremme samvalg, og beskriver også sentrale elementer i samvalgsprosessen.

Hele oversikten kan leses her:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4649-1#ref-CR31>

Bakgrunn

Målet med samvalg er at pasient og helsepersonell kommer frem til en felles, informert og pasient-sentrert beslutning. To nøkkelementer er å innhente pasientens personlige prioriteringer - knyttet til fordeler og ulemper ved alternativene - og kunnskapsutveksling mellom pasient og behandler. De aller fleste pasienter ønsker at leger:

- forklarer alle mulige alternativer
- forklarer fordeler og ulemper ved de ulike alternativene
- innhenter pasientens personlige prioriteringer

Kvinner, yngre pasienter og personer med en alvorlig diagnose har det sterkeste ønsket om samvalg. Generelt opplever bare 39 prosent at det blir gjennomført et samvalg i løpet av konsultasjonen.

Målet med oversikten var å bedre forstå hvordan en samvalgsprosess muliggjør en pasientsentrert og informert beslutning. Den beskriver viktige mangler i samvalgsforskning og samvalgsmodeller - eksempelvis at forskning som har identifisert hemmere i gjennomføring av samvalg ikke har forklart hvordan og hvorfor de hemmende faktorene hindrer gjennomføringen. En annen svakhet har vært manglende forståelse for de kontekster samvalg skjer innenfor. En tredje type svakhet er manglende fokus på familie og venner av pasienten, og annet helsepersonell enn leger. I denne oversikten har forskerne brukt «Den tverrfaglige samvalgsmodellen» (IP-SDM) som utgangspunkt.

Oversikten besvarer tre hovedspørsmål:

- For hvem og i hvilke kontekster virker tiltak for å fremme samvalg?
- Hvilke underliggende prosesser bestemmer hva resultatene av tiltakene blir?
- Hva kjennetegner resultatene, og i hvor stor grad frembringes de?

Forskerne så på mekanismer som hemmet og fremmet samvalg, hvilke kontekster som påvirket mekanismene, og i hvilke kontekster de ulike mekanismene var relevante.

Metode

Realist-synteser som denne undersøker hvorfor og hvordan tiltak lykkes eller mislykkes. For å lage oversikten fulgte forskerne syv anerkjente trinn:

- De utarbeidet noen foreløpige teorier
- De lagde en søkestrategi
- De vurderte og valgte ut litteraturen de fant
- De trakk ut data
- De identifiserte relevante teorier
- De analyserte og syntetiserte data
- De utarbeidet en revidert programteori

Forskerne arrangerte videre et tre timers møte med to pasienter, to sykepleiere, to leger og tre andre, med fokus på onkologi. Hensikten var å finne ut om programteorien som ble utarbeidet var i samsvar med deres erfaringer, og så forbedre teorien. Teoriene ble også presentert for samvalgsekspertene i Canada.

Resultater

110 artikler ble inkludert i oversikten, hvorav 69 fra USA eller Canada. Teoriene de fant var ikke komplette, sett opp mot malen de brukte. Etter å ha analysert og gruppert teoriene, satt de igjen med et sett mulige faktorer som forskerne mener er kritiske for om pasienter engasjerer seg i samvalg eller ikke:

- *Behandleren og pasienten må begge være klar over og bevisste på behovet for en beslutning.*
Driver: Dersom en diagnose er kompleks og krever mye utveksling av informasjon, så vil behandleren oftere erkjenne at pasienten må være involvert, og engasjerer seg i samvalg.
- *Behandler og pasient må begge ønske seg og være villige til å engasjere seg i samvalg.*
- *Pasienten og behandlerens syn på hverandre spiller inn.* Det inkluderer behandlerens oppfatning av pasientens forutsetninger og kapasitet, og pasientens oppfatning av hvor mye kunnskap og erfaring behandleren har rundt den aktuelle sykdommen.
Driver: Dersom helsepersonell har gått gjennom egnet opplæring i foretaket eller ellers, så vil de være i stand til å justere samvalgs-tilnærmingen sin i tråd med pasientens forutsetninger, noe som igjen gjør at de engasjerer seg mer i samvalg.
Barriere: Dersom pasienten fremstår som svært engstelig, så kan helsepersonell forstå det slik at pasienten ikke har kapasitet til å delta i samvalg, noe som gjør at de engasjerer seg mindre i samvalg.
- *Behandlerens oppfatning av hvor mye tid som er tilgjengelig, og hvor mye tid som trengs for å gjennomføre samvalg, virker inn.* Pasienten kan oppleve at det haster å ta en beslutning.
Driver: Dersom helsepersonell opplever at de har støtte innad i organisasjonen til å gi pasienter den tiden de trenger for å delta i beslutningen, så vil helsepersonell og pasient engasjere seg mer i samvalg.

Barriere: Dersom helsepersonell arbeider innenfor et stykkprissystem, der tilstrekkelig tid til samvalgs-konsultasjonene ikke er tatt høyde for i timelisten, samtidig som helsepersonellet opplever at samvalg øker lengden på konsultasjonene, så kan helsepersonellet velge å bruke mindre tid på pasienten, noe som gir mindre engasjement i samvalg.

Barriere: Dersom helsepersonell opplever at en beslutning må tas med en gang, kan de velge å la være å involvere pasienten, ettersom det ikke er tid til å innhente pasientens mening. Et eksempel er akutte, livstruende tilstander. Behandleren vil her i mindre grad engasjere seg i samvalg, noe som gir pasienten mindre mulighet til å engasjere seg.

Barriere: Dersom helsepersonell opplever at det ikke er nok fleksibilitet innenfor dagsprogrammet kan de velge å la være å involvere pasienten, eller involvere på en måte som ikke er adekvat.

- *Engstelse hos pasienten både før og under konsultasjonen.* Engstelsen kan gjelde diagnosen, beslutningsprosessen eller forhold utenfor dette. Mulige mekanismer:
 - Driver: En middels vanskelig beslutning kan gi en moderat sterkere angst som så igjen gjør at pasienten engasjerer seg mer i samvalg.
 - Driver: Når helsepersonell har fått støtte til å utvikle ferdigheter i samvalg, vil de kunne oppleve mindre angst for prosessen og engasjere seg mer i samvalg.
 - Barriere: Dersom behandleren opplever at pasienten har mye angst, vil hen ensidig kunne bestemme seg for at det ikke er bra å engasjere seg i samvalg.
 - Barriere: Dersom pasienten står i en vanskelig beslutning, kan hen oppleve en lammende angst som gjør at pasienten ikke engasjerer seg i samvalg.

- *Pasienten og legens opplevelse av egen evne til å innhente støtte og informasjon utenfra.* Eksempler på støtte og informasjon som gjelder pasienten er støttegrupper, familie og venner, og internettkilder. Kilder som gjelder behandleren er eksempelvis kolleger og internetttressurer.
 - Driver: Dersom helsepersonell opplever at det systemet de arbeider innenfor tilbyr støtte for samvalgsprosessen, er det mer sannsynlig at de engasjerer seg i samvalg.
 - Driver: Dersom pasienter opplever at de har annen støtte enn behandleren, så opplever de mindre engstelse og selvtillit, og engasjerer seg i samvalg.
 - Barriere: Dersom behandleren strever med en kompleks diagnose og ikke opplever å ha tilgang til støtte som eksempelvis tidsskriftsartikler, vil de sannsynligvis oppleve lav selvtillit rundt samvalg og engasjere seg mindre i samvalg.

- *Pasienten og behandlerens selvtillit rundt å delta i samvalg.* Helsepersonell trenger selvtillit rundt det å kunne kommunisere kunnskap og ekspertise til pasienten. Pasienten trenger tro på egne evner til å kunne følge opp behandlingen som blir valgt. Om foretaket gir tilstrekkelig støtte for samvalgsprosessen, vil påvirke denne faktoren.
 - Driver: Når pasienter er i stand til å uttrykke sine personlige prioriteringer innenfor en samvalgsprosess, så opplever de større selvtillit rundt evnen til å delta i samvalg, noe som gir økt engasjement i samvalg
 - Barriere: Dersom behandler eller pasient ikke mener de er i stand til å delta i samvalg, så vil de unngå å forsøke å engasjere seg.

- *Systemstøtte, inkludert samvalgsverktøy, strategier som gjelder i foretaket, opplæring, økonomisk og administrativ støtte.* Et eksempel er å gi ekstra tid til konsultasjoner der det tas viktige beslutninger.

- *Pasientens tillit til behandleren, som person og som fagperson, og behandlerens tillit til at pasienten kan følge opp den behandlingen som blir valgt og til at pasienten vil være tilgjengelig.*
 Driver: Dersom pasienten stoler på en behandler hen kjenner fra før, og/eller behandleren stoler på pasienten, så vil de engasjere seg i samvalg.
 Driver: Hvis behandleren opplever at pasienten stoler på hen, så vil hen engasjere seg i samvalg.
- *Syn på verden:* Pasientens oppfatninger kan være i tråd med eller i strid med en biomedisinsk definisjon av helsetjenester. Religion og kultur spiller inn - forestillinger, vaner, verdier, moral og forståelse.
 Driver: Dersom behandleren er villig til å akseptere og integrere pasientens syn på den biomekaniske modellen i behandlingsoalternativene, så vil pasienten oftere engasjere seg i samvalg.
- *Hvor vanskelig og kompleks pasient og behandler opplever at beslutningen er.* Erfaring kan påvirke denne opplevelsen.
- *Om pasient og behandler kjenner hverandre fra før og i så fall hvor lenge, og hvor god denne relasjonen er.* Når det har vært en relasjon, kan pasient eller lege også ha antagelser basert på relasjonen som har vært.

I en beskrivelsen av nyttige teorier trekker forfatterne frem *Følelse av å ha rett-teorien* (feeling of Rightness). En person med "en følelse av å ha rett" har en sterk intuisjon rundt det å ha rett - eksempelvis hvilken spesifikk behandling som vil passe best. Resultatet er at denne personen ikke lenger søker etter svar, eller tenker alternativt.

I beskrivelsen av interessent-møtet som ble brukt for å lage rapporten skildrer forfatterne et nytt element de la til i teorien: betydningen av en allerede eksisterende relasjon mellom pasient og behandler. Slike relasjoner kan både hemme og fremme samvalg. Når behandleren kjenner pasienten fra før, kan hun eller han vurdere i hvor stor grad pasienten ønsker å være involvert, noe som fremmer samvalg ved å øke pasientens tillit. Ved en uheldig forhistorie derimot, vil pasienten stole mindre på behandleren og oppleve økt angst.

Diskusjon

Konklusjonene i studien er på linje med hva som ble funnet i to systematiske oversikter om hemmere og fremmere fra 2006 og 2014. Forskerne anbefaler at helsepersonell bruker konklusjonene til å finne egne fokusområder i arbeidet med å gi pasient-sentrert behandling. På foretaksnivå eller tilsvarende kan funnene brukes til å se på hva i systemet som må endres, eksempelvis tid satt av til konsultasjoner, og forbedring av opplæringsprogrammer.

Viktige svakheter ved oversikten er faren for at studier som endte opp med negative konklusjoner rundt samvalg ikke har blitt publisert, og at dette har gitt en skjevhet i resultatene. Forskerne begrenset seg til medisinsk beslutningstaking og gikk ikke inn i den generelle litteraturen rundt hvordan beslutninger tas.

2. Hvordan kan samvalg og samvalgsverktøy bli rutine i helsetjenesten?

Hvordan kan samvalg bli rutine i helsetjenesten? Anerkjente NICE (National Institute for Health and Care Excellence) utga i 2021 en retningslinje om innføring av samvalg i helsetjenesten. Sykehus og andre deler av helsetjenesten i Storbritannia har ansvar for å gjøre det mulig for helsepersonell å bruke retningslinjen.

Oversikten kan lastes ned som pdf her: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>

Innledning

Retningslinjen er beregnet på helsepersonell, pasienter og pårørende. Den inneholder anbefalinger om opplæring, risikokommunikasjon og kommunikasjon rundt fordeler og ulemper, bruk av samvalgsverktøy, og hvordan integrere samvalg i foretakets kultur og praksis. Retningslinjen gjelder ikke ved uventede, akutte, livstruende tilstander, og heller ikke for voksne som er ute av stand til å ta beslutninger om helsehjelp.

Retningslinjen gir følgende definisjon av samvalg:

En samarbeidsprosess der person og helsepersonell jobber sammen for å komme frem til en felles beslutning om helsehjelp, enten den er umiddelbart aktuell eller kan bli det i fremtiden.

Retningslinjen er basert på et systematisk innhentet kunnskapsgrunnlag, som et ekspertpanel så har gjennomgått og benyttet til å utarbeide anbefalinger.

Retningslinjen bruker uttrykket “person” heller enn “pasient”. Dette er i tråd med dreiningen mot “person-sentrert” heller enn “pasient-sentrert behandling”. Pasienten er ikke først og fremst en pasient men en person, og skal ses på og betegnes som det. I tråd med dette brukes av og til betegnelsen «person» i dette sammendraget, heller enn “pasient” eller “bruker”.

Kapittel 2 og 4 gir ikke anbefalinger som er direkte relevante for ansatte som skal bidra til implementering. Men stoffet her gir grunnleggende og nødvendig forståelse for det idegrunnlag og de normer som også gjelder samvalgsverktøy. Derfor er hovedpunkter også i disse kapitlene oversatt.

1. Å gjøre samvalg til en etablert rutineaktivitet i foretaket

Toppledelsen

Utpøk en person i toppledelsen til å måtte svare for og være ansvarlig for å bygge inn samvalg i hele foretaket, uansett størrelse. Dette bør fortrinnsvis være en person i Styret.

Vurder å peke ut en «pasientdirektør» med pasientbakgrunn som jobber sammen med topplederen, og er ansvarlig for:

- å gi en sterk profil for brukerstemmen i planlegging, innføring og måling av samvalg, spesielt for grupper som lett faller utenom
- å støtte hvordan foretaket på høyeste nivå bygger inn samvalg

Utpek en eller flere erfarne helsepersonell til å arbeide sammen med toppleder og pasientdirektør, med rollen som samvalgs-ansvarlig, faglig opinionsleder («champion») i foretaket.

Finne en eller flere faglige opinionsledere til å jobbe sammen med toppleder, pasientdirektør og fagfyrtårnene rundt samvalg.

Å planlegge innføring av samvalg

Lag en forbedringsplan for å innføre samvalg i praksis. Planen skal være i tråd med punktene 2 til 5 under, og den skal gjelde hele foretaket.

1. Underveis i utviklingen av planen er det viktig å spore opp:

- Eksisterende god praksis i avdelinger eller team der samvalg allerede er rutine. Bruk deres erfaring.
- De avdelinger eller team der samvalg vil være lettest å innføre. Fortsett med dette utigjennom hele foretaket.
- Nøkkelpersonell og brukere som kan læres opp til å bli samvalgs-veiledere, og hvilken del av foretaket som skal være ansvarlig for opplæringen (train the trainers).

2. Gå gjennom hvordan informasjonssystemene kan understøtte samvalg, eksempelvis gjennom å:

- gi enkel tilgang til samvalgsverktøy, eller informasjon om risikoer, fordeler og ulemper ved alternativer, til bruk i diskusjoner med helsepersonell.
- kunne vise brukerens tidligere beslutninger og personlige preferanser, og annen informasjon fra tidligere diskusjoner, eksempelvis gjennom opptegnelser som er tilgjengelige for personen.

3. Beskriv i planen hvordan brukere vil bli involvert i å støtte innføringen av samvalg.

4. Planlegg intern og ekstern monitorering og evaluering, inkludert tilbakemeldinger til brukere og ansatte. Beskriv hvordan resultatene skal presenteres for ansatte både på individnivå, i teamet, og på ledelsesnivå.

5. Etabler et støtte-nettverk innad i foretaket for veiledere som skal lære opp andre, og for helsepersonell. Vurder å ta med folk fra kommunehelsetjenesten og fra andre deler av regionen.

Å dele informasjon

Sikre at ekspertise og informasjon kan deles effektivt både innad i og mellom foretak, slik at helsepersonell kan gi pasienter samsvarende informasjon.

Å støtte helsepersonells ferdigheter og kompetanse

1. Foretaket bør sikre at kunnskap, ferdigheter og trygghet i å støtte samvalg er aspekter ved opplæring av nyansatte, utdanning og videreutdanning av alt helsepersonell. I dette ligger også tilgang til klinisk veiledning.
2. Sørg for at opplæring og egenutvikling for helsepersonell på området samvalg inkluderer følgende:
 - å oppmuntre personer til å snakke om hva som er viktig for dem
 - å forstå prinsippene som understøtter samvalg i tråd med en kunnskapsbasert modell, eksempelvis «three-talk»-modellen eller «seks steg til samvalg»
 - å kunne kommunisere med personer på måter de forstår, med klart språk uten sjargong og der en forklarer tekniske uttrykk
 - å dele og diskutere den informasjonen personer trenger for å kunne ta informerte beslutninger, og forvisse seg om at de forstår alle de valgalternativer som er tilgjengelige, inkludert det å la være å gjøre noe, eller det ikke å endre noe i det opplegget en allerede følger
 - å kommunisere med og involvere familiemedlemmer, venner, omsorgspersoner, talspersoner eller andre som personen velger å ha med
 - å bruke samvalgsverktøy
3. Sørg for at faglige opinionsledere kan være med på workshops av train-the-trainer-typen, der helsepersonell, og eventuelt brukere, læres opp i å lære opp andre. Dette gjelder i de deler av foretaket der samvalg rulles ut.
4. Sørg for at opplæringen er praktisk – et eksempel er rollespill – heller enn rent teoretisk. Praktiske øvelser gjør det mulig for helsepersonell å praktisere de evner som er nødvendige for samvalg.

Å promotere samvalg overfor brukerne

Foretaket bør aktivt promotere samvalg overfor de som bruker tjenestene, eksempelvis gjennom å tilby opplæring, og ved å bruke postere og andre typer media som nettsider og i innkallinger.

Promoteringen bør bestå i å oppfordre personene til å spørre spørsmål slik som:

- Hvilke alternativer har jeg?
- Hva er mulige fordeler og ulemper ved alternativene?
- Hvordan kan vi sammen komme frem til en beslutning som er riktig for meg?

Om anbefalingene

På side 8 i retningslinjen ligger lenker til hvordan komiteen bak retningslinjen kom frem til anbefalingene og hvordan de kan påvirke praksis. Hele kunnskapsgrunnlaget, og beskrivelser av komiteens diskusjoner er også lenket til.

2. Å innføre samvalg i praksis

- Understøtt samvalg gjennom å tilby forskjellige tiltak på ulike trinn i pasientforløpet, inkludert før, under og etter samtalene med behandlere, slik at pasienter er fullt involvert gjennom hele forløpet.

- Skreddersy de metoder som brukes for å understøtte samvalg opp mot den settingen og den konteksten beslutningen tas i, inkludert om diskusjonen skjer ved fysisk tilstedeværelse eller som fjernkonsultasjon gjennom video eller telefon.
- Spør om pasienten ønsker å involvere familiemedlemmer, venner, omsorgspersoner eller talspersoner - men vær obs på vergemål. Hvis pasienten ønsker dette, så inkluder disse personene slik at pasienten får hjelp til å:
 - ta aktivt del i diskusjonen
 - forklare hva som er viktig for hen
 - ta beslutninger om helsehjelp
 - huske informasjon som blir gitt under konsultasjonen
- Når informasjon blir formidlet og andre ressurser anbefalt:
 - Bruk kun pålitelige kilder av høy kvalitet. (Retningslinjen viser her til informasjon som er godkjent av NICE og britiske NHS, og til kvalitetssikrede samvalgsverktøy)
 - Ta i betraktning universell tilgjengelighet (og kravet om å møte en britisk standard for informasjon).

Før samtalen med behandler

- Gi personen tilgang til ressurser i det formatet hen foretrekker - det være seg et hefte, "flygeblad" eller app - i forkant av samtalen. Ressursene skal være en hjelp til å forberede seg til å diskutere valgalternativene og til å gjennomføre samvalg. De bør oppmuntre personene til å tenke gjennom:
 - hva som er viktig for pasienten
 - hva pasienten håper vil skje som følge av samtalen
 - hvilke spørsmål pasienten gjerne vil stille
- Tilby å få i stand ekstra støtte for personer som vil synes det er vanskelig med samvalg, spesielt dersom de ikke har, eller ikke ønsker, støtte fra familiemedlemmer, en venn eller en omsorgsperson. Den ekstra støtten kan komme fra en sykepleier, en sosialarbeider, tolk eller frivillig, eksempelvis en talsperson eller likemann (eng. "advocate"), som:
 - hjelper de til å forstå ressursene de har fått anbefalt
 - oppmuntrer personen til aktivt å være med og ta beslutningen
 - forsikrer dem om at samvalg vil være understøttet av helsepersonellet de møter

I løpet av samtalen

Bli enige om en agenda i begynnelsen av hver samtale der dere sammen prioriterer hva som skal diskuteres. Fortell hvor lenge samtalen vil vare.

Forsikre deg om at personen forstår at de kan delta i den grad hen ønsker, i beslutningene om helsehjelp og omsorg.

Ved diskusjoner om tester, behandlinger og andre tiltak: Forsikre deg om at diskusjonen skjer på en slik måte at den oppmuntrer pasienten til å tenke gjennom hva som er viktig for hen, og til å uttrykke sine behov og personlige preferanser.

Ved diskusjon av tester, behandlinger og helsetjenester:

Forklar hva som er det helsemessige formålet med hvert valgalternativ, og diskuter hvordan alternativet passer med personens prioriteringer, med personens kortsiktige mål og med hens overordnede mål i livet

Få klarhet i hva personen ønsker å oppnå fra en behandling eller annet tiltak, og diskuter eventuelle misoppfatninger.

Sett av nok tid til å svare på spørsmål, og spør om personen kunne tenke seg en ekstra mulighet til å diskutere valgalternativene.

Støtt personen når hen vurderer valgalternativene, gjennom å:

Gi informasjon i porsjoner som personen kan håndtere (“chunk and check”).

Sjekk om hen forstår informasjonen - for eksempel gjennom “tilbakeundervisnings-teknikken”. (Disse to metodene er beskrevet nederst i retningslinjen).

Diskuter hva som er viktig for pasienten, i lys av den informasjonen som er gitt. Forviss deg om at beslutningen samsvarer med det.

Gi personene, og eventuelt deres familiemedlemmer, venner og omsorgspersoner, den tiden de trenger til å ta beslutninger om tester, behandlinger og intervensjoner.

Akseptér og anerkjenn at folk kan ha ulike syn på hvordan de vektér risikoer, fordeler og konsekvenser av behandlinger, og at disse vektingene kan være forskjellige fra de som behandlere har.

Ta en felles beslutning eller lag en felles plan om behandling eller omsorg, og bli enige om når dere skal gjøre en ny vurdering av dette.

Mot slutten av samtalen er det viktig å klart formulere hvilke beslutninger som er tatt. Dette for å sikre at det eksisterer en felles forståelse mellom personen og helsepersonellet om hva de har blitt enige om, hva som nå vil skje, hva tidsperspektivet er, og når en vil gjøre en ny vurdering.

Forklar til personen at hen kan gjøre en ny vurdering tidligere hvis hen ønsker, og at hen kan ombestemme seg når som helst.

Når en dokumenterer hva som ble sagt i diskusjonen, for eksempel i pasientjournalen eller behandlingsplanen, så se til at alle beslutninger som ble tatt beskrives, sammen med detaljer om hva personen sa var viktig for hen da beslutningen ble tatt. Tilby å dele det som er skrevet med personen, for eksempel i epikrise eller brev.

Etter og mellom samtaler

1. Tilby personen ressurser i det format hen foretrekker som en hjelp til å forstå hva som ble diskutert og hva en ble enige om. Ressursene kan for eksempel være en utskrift som beskriver diagnosen, valgalternativene, beslutningene eller planene, og lenker til nettressurser av høy kvalitet. Ideelt sett bør personen få dette materiellet med seg, hvis ikke det er mulig så la pasienten få det veldig raskt etter samtalen.
2. Sørg for at informasjonen som blir gitt etter samtalen også inneholder detaljer om hvem personen kan kontakte for å få svar på flere spørsmål.

3. Når du skriver epikrise eller lignende etter diskusjonen, så skriv dette med pasienten i tankene heller enn til helsepersonell, i tråd med en (britisk) veileder som er utgitt. Send en kopi av brevet som går til helsepersonell til pasienten, med mindre hen har sagt at hen ikke ønsker kopi.
4. Gi ekstra støtte til folk som trolig vil trenge ekstra hjelp for å delta i samvalg. Støtten kan være oppmuntring til å ta opp konsultasjonen på bånd, forklare skriftlig om beslutningene som ble tatt, eller å ordne oppfølging med klinikere eller et godt alternativ.

Om anbefalingene

På side 12 lenker retningslinjen til hvordan komiteen bak retningslinjen kom frem til anbefalingene og hvordan rådene kan påvirke praksis. Hele kunnskapsgrunnlaget og beskrivelser av komiteens diskusjoner er også lenket til.

3. Samvalgsverktøy

Helsepersonell

1. Bruk samvalgsverktøy som en komponent i en hel verktøykasse for å støtte samvalg, side om side med de ferdighetene og tiltakene som er beskrevet i del 2 og 4. Fortsett å bruke de andre prinsippene som er beskrevet i denne retningslinjen dersom det ikke finnes noe relevant samvalgsverktøy.
2. Bruk samvalgsverktøy kun dersom:
 - de er kvalitetssikret og i tråd med kunnskapsbasert, beste praksis
 - de er relevante for samtalen og den beslutningen som skal tas
 - de er relevante i den kliniske settingen
3. Før de bruker et samvalgsverktøy, så må helsepersonell være godt kjent med verktøyet, og med hvordan det vil hjelpe folk til å forstå hvilket valgalternativ som fremstår som det beste.

Foretak

Retningslinjen viser først til en annen retningslinje i NICE som beskriver samvalgsverktøy og legemiddeloptimalisering.

1. Tenk gjennom hvordan ansatte i foretaket eller kommunehelsetjenesten kan få tilgang til samvalgsverktøy som er vurdert opp mot NICE eller IPDAS sine kvalitetskrav til slike verktøy. En mulighet er å drive en database med samvalgsverktøy som blir gjennomgått og oppdatert jevnlig, eller ved å vise til nasjonale samvalgsverktøy. (I Norge blir samvalgsverktøy per i dag ikke utviklet nasjonalt. Red. anm.)
2. Foretak bør sikre at lokalene og systemene understøtter helsepersonells mulighet til å gi samvalgsverktøy på ulike måter og slik at de passer med folks behov, eksempelvis som utskrift eller på nett, og ved å være tilgjengelige på flere språk.

Om anbefalingene

På side 8 i retningslinjen ligger lenker til hvordan komiteen bak retningslinjen kom frem til anbefalingene og hvordan de kan påvirke praksis. Hele kunnskapsgrunnlaget og beskrivelser av komiteens diskusjoner er også lenket til.

4. Å kommunisere om risiko, fordeler og konsekvenser

1. Diskuter risikoer, fordeler og ulemper ut i fra konteksten i hver enkelts liv, og ut i fra hva som er viktig for personen. Vær klar over at risikokommunikasjon ofte kan finne god støtte i det å bruke samvalgsverktøy av høy kvalitet, eller grafiske fremstillinger som eksempelvis piktogrammer.
2. Individualiser informasjon om risikoer, fordeler og konsekvenser så mye som mulig. Gjør det klart for den du snakker med på hvilken måte informasjonen som du presenterer er relevant for hen personlig, og hvor stor usikkerhet den er beheftet med.
3. Organisasjoner bør sørge for at ansatte som presenterer risikoinformasjon, og informasjon om fordeler og ulemper, har god forståelse av den aktuelle informasjonen, av hvordan den kan brukes og av hvordan kommunisere klart og tydelig.
4. Dersom individualisert informasjon om risikoer, fordeler og ulemper ikke er tilgjengelig, så fortsett likevel med prinsippene for samvalg slik de er beskrevet i denne retningslinjen.

Om å diskutere kvantitativ informasjon

5. Vurder å bruke både tall og illustrasjoner, for eksempel frekvenser fremstilt som tall og som piktogrammer, slik at pasienter kan se informasjonen både innenfor en positiv og negativ ramme ("framing"). For eksempel: "Behandlingen vil lykkes for 97 av 100, det vil si mislykkes for 2 av 100".
6. Bruk om mulig numeriske data heller enn ord for å beskrive risiko. Vær obs på at forskjellige personer tolker begreper som "risiko", "sjelden", "uvanlig" og "vanlig" på ulike måter.
7. Benytt absolutt heller enn relativ risiko. Når den absolutte risikoen for en hendelse øker fra 1 av 1000 til 2 av 2000, så er det bedre å formidle det nettopp slik, heller enn å si at risikoen "dobles" - som er relativ risiko.
8. Bruk naturlige frekvenser, som "10 av 100" heller enn prosent.
9. Vær konsistent når du bruker data, for eksempel ved å benytte samme nevner når du sammenligner risikoer: "7 av 100" for en risiko og "20 av 100" for en annen er bedre enn "1 av 14" og "1 av 5".
10. Beskriv risiko slik den eksisterer for en bestemt tidsperiode, når det er relevant. For eksempel: "Dersom 100 personer behandles i 1 år, så vil 10 oppleve en bestemt bivirkning".

3. Beslutningsstøtte rettet mot pasient og helsepersonell

Samvalgssystemet som Helse Sør-Øst skal anskaffe er rettet mot både pasient og helsepersonell. Her vises hvor denne tradisjonen står internasjonalt, med utgangspunkt i en artikkel i Nature.

Les artikkelen her: [An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success | npj Digital Medicine \(nature.com\)](#)

Samvalgssystemet som Helse Sør-Øst skal implementere er beskrevet i en kravspesifikasjon og skal være til nytte både for pasient og kliniker. Denne tosidigheten innebærer at en går vekk fra å tenke ulike informasjonssiloer, en for pasienten og en for behandler. I stedet benytter pasient og behandler samme system. En slik syntese skiller seg tydelig fra tradisjonelle “patient decision aids”, der informasjonen er rettet mot pasienten. Grepet er i tråd med det norske begrepet *samvalgsverktøy* - verktøy for å velge sammen.

Samvalgsverktøy i Helse Sør-Øst skal sørge for at pasient og kliniker har samme arbeidsflate, ikke hver sin. Da blir risikoen for ulike kunnskapsgrunnlag og hermetiske tradisjoner, mindre. Slik kan verktøyene blant annet bidra til å etablere et felles, grunnleggende kunnskapsgrunnlag for beslutningene.

Denne forståelsen av samvalgsverktøy er i engelskspråklig litteratur best dekket av begrepet “patient-facing decision support”. I motsetning til hva termen signaliserer er slike verktøy også rettet mot behandlere. I applikasjonen er pasienten sluttbruker og kan selv håndtere egne data - *“et langt skritt i retning av pasient-sentrert behandling, og (...) ideelle verktøy for å implementere samvalg mellom pasient og behandler”*, slik det heter i artikkelen.

Det er viktig å ha denne utvidede forståelsen av samvalgsverktøy med seg videre, ettersom det er den Helse Sør-Øst benytter i sitt samvalgsverktøy-prosjekt. Samvalgsverktøy innenfor denne sjangeren kan være web- eller mobilapplikasjoner som er koblet til elektronisk pasientjournal eller som fungerer alene (standalone). Når verktøyet er koblet til EPJ kan informasjon fra pasienten også være tilgjengelig for behandler, og informasjon fra behandler kan likeledes brukes av pasienten, inne i verktøyet. Det vanligste er at pasienten i slike systemer legger inn og følger egne symptomer, men i prinsippet kan mange ulike typer data samles inn, eksempelvis fra kroppsnær teknologi.

Ettersom dette er en ny type teknologi, eksisterer det per i dag ikke systematiske oversikter om implementering av slike verktøy. Men da samvalgsverktøy med delt arbeidsflate (patient-facing decision-support) faller inn under den bredere termen *kliniske beslutningsstøttesystemer* (clinical decision support system), finnes det likevel forskning å støtte seg på. Kliniske beslutningsstøttesystemer har typisk vært systemer med påminnelser om elementer fra retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer, som dukker opp når klinikeren er inne i pasientjournalen til enkeltpasienten.

Når en ser på forskningen rundt beslutningsstøttesystemer generelt, er det viktig å huske på at denne forskningen ikke nødvendigvis er relevant for samvalgsverktøy – til det er systemene for forskjellige. Eksempelvis vil å innføre samvalgsverktøy med felles arbeidsflate gi utfordringer ikke bare opp mot behandlere, som har vært den tradisjonelle målgruppen for kliniske beslutningsstøttesystemer, men også sett opp mot pasienter, og sett opp mot relasjonen mellom pasient og behandler.

Her er noen av de mest relevante funnene artikkelen i Nature trekker frem, sentrert rundt utfordringer og farer:

- Behandlere er ofte uenige i, eller stoler ikke på påminnelser, leser de ikke, eller blir slitne av de. 95 prosent av alle påminnelsene får ingen konsekvenser.
- Behandlere kan utvikle for stor tillit til systemet.
- Noen systemer er for komplekse, og krever i for stor grad ferdigheter av brukerne.
- Alle systemer fordrer opplæring. Opplæringen kan ligge innebygd i systemet, i form av info-knapper som ikke forstyrrer arbeidsflyten.
- Utfordringene rundt oppdatering av teknologi og kunnskap i systemet blir ofte undervurdert under innføringen.
- Dataene som benyttes kan ha lav kvalitet eller være beheftet med feil.

Selv om artikkelen også viser til enkeltstudier om pasient-rettede systemer som er blitt implementert, er dette et for magert kunnskapsgrunnlag for innføring av samvalgsverktøy. I påvente av flere studier er vi henvist til å lære fra ulike andre tradisjoner som på forskjellig vis kaster lys over arbeidet.

4. Hva virker når en skal gjøre samvalgsverktøy til rutine i vanlig praksis?

En rask kunnskapsoversikt i det anerkjente tidsskriftet *Medical Decision Making* har sett på hva som virker når målet er å få tatt samvalgsverktøy i bruk i vanlige kliniske settinger.

Les artikkelen her: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/021nnf72989X20978208>

Innledning

Oversikten ble publisert i 2020. Hensikten var å utvikle en programteori basert på implementeringsstudier i vanlig, rutinepreget helsetjeneste. Forskerne ønsket å komme frem til et sett anbefalte strategier som kunne tjene som praktisk veiledning når organisasjoner og enkeltpersoner ønsker å gjøre samvalgsverktøy til en rutinemessig del av behandlingen.

Artikkelen tar utgangspunkt i at samvalgsverktøy har lovende effekter og ingen bivirkninger, og sterk støtte i helsepolitiske føringer, samtidig som bred innføring og bruk av slike verktøy ikke har skjedd. Når verktøyene tas i bruk utenfor en forskningssammenheng, er det også en tydelig forskjell på hva som var intensjonen og den atferd en så i praksis.

Forskerne starter med en kort gjennomgang av viktige funn fra IPDAS-samarbeidet. IPDAS står for *The International Patient Decision Aid Standards* og er en organisasjon som har utarbeidet kvalitetskrav for samvalgsverktøy. I 2013 publiserte de en oversikt over i hvilken grad ulike implementeringsstrategier har vært vellykkede.

De så også på barrierer mot å innføre verktøyene. Den nye, publiserte oversikten gjengir først de viktigste faktorene en fant i den gamle IPDAS-publikasjonen:

- Helsepersonells holdninger til samvalg
- Helsepersonells manglende kunnskaper om å bruke samvalgsverktøy og gjennomføre samvalg
- Helsepersonells manglende tillit til innholdet i verktøyene
- Helsepersonells manglende klarhet rundt hva formålet med slike verktøy var, sammenlignet med annen informasjon tilgjengelig for pasientene
- En oppfatning blant helsepersonell om at pasienter ikke ønsker ansvaret som følger med beslutninger
- Konkurrerende behov i klinikken
- Tiden det ville ta å distribuere og bruke verktøyene

I tillegg til barrierer, så en i den samme publikasjonen på fasilitatorer:

- Tiltak på systemnivå - som det å systematisk identifisere aktuelle pasienter i forkant av konsultasjoner, gjennom elektronisk pasientjournal
- Måter å distribuere samvalgsverktøy på som ikke var avhengig av helsepersonell
- Opplæring og trening i samvalg, og bruk av samvalgsverktøy
- Dedikert lederskap i klinikken

Forskerne konstaterer at det eksisterer store kunnskapshull rundt innføringen av samvalgsverktøy.

Artikkelen er i det videre et forsøk på å oppdatere 2013-oversikten fra IPDAS. I arbeidet har de ekskludert data innhentet i kontrollerte settinger langt fra en vanlig klinisk hverdag. Målet var å forklare hvorfor og hvordan implementering av samvalgsverktøy kan lykkes i normal praksis utenfor forskning, og gi et rammeverk for interessenter som har ansvar for innføring.

Metode

Forskerne gjennomførte ikke en systematisk oversikt, men benyttet en raskere tilnærming kalt *rapid realist review* og en kvalitetsstandard som er utarbeidet for slike hurtige oversikter. I motsetning til ved systematiske oversikter, kan en i en slik rask oversikt også forsøke å gi svar på *hvorfor* bestemte tiltak fungerer i komplekse settinger, slik som den vanlige helsetjenesten.

Tilnærmingen ble godkjent av styringskomiteen i IPDAS. I prosessen innhentet forskerne litteratur, vurderte kvaliteten, trakk ut data, og syntetiserte data. En rekke internasjonale nøkkelpersoner innen utvikling, evaluering og implementering av samvalgsverktøy deltok.

En slik rask oversikt gir mindre sikre konklusjoner enn en systematisk oversikt, og ny forskning kan komme til å gi andre resultater. Med dette i bakhodet, er denne oversikten likevel per i dag så langt undertegnede kjenner til, den beste til å gi en helhetlig oppsummering av hva som har vist seg å virke, når målet er å innføre tradisjonelle samvalgsverktøy i vanlig klinisk praksis.

Resultater

Forskerne inkluderte 29 artikler fra 23 ulike studier. De fleste studiene var fra USA. 18 eksperter fra 9 land, hvorav ingen skandinaviske, deltok i gjennomgangen av studiene.

Funnene ble gruppert under fem ulike områder.

1. Samvalgsverktøyets særtrekk

Ifølge fem av studiene som ble inkludert var det mindre sannsynlig at tradisjonelle samvalgsverktøy ble innført i praksis når de ble oppfattet som komplekse. Når verktøyene krevde teknisk kunnskap og støtte, og økende arbeid og tidsbruk, så følte brukerne av verktøyene at de konkurrerte med eksisterende praksis, var for ressurskrevende, og var vanskeligere å bygge inn i arbeidet. Enkelte helsepersonell rapporterte at kortere og enklere verktøy var å foretrekke ettersom de passet bedre med eksisterende praksis og ikke krevde for mye ekstra ressurser.

2. Kriser og livstruende tilstander

Når samvalgsverktøy ble innført i en situasjon som skyldtes en krise, eller det var snakk om livstruende diagnoser, så mente helsepersonell at de umiddelbare, akutte behovene til pasienten var viktigere enn samvalgsverktøy. Som en ansatt sa det "vi kunne brukt det og det hjelpemidlet, men når

saken er at pasienten “ikke noe sted å bo, ja da kommer dette i veien”. Ved livstruende diagnoser prioriterte helsepersonell heller pasientens behov for trygging, beroligelse og følelsesmessig støtte. Både ved kriser og livstruende tilstander var det mindre sannsynlig at helsepersonell benyttet samvalgsverktøyene slik de var ment å brukes. Fem artikler støttet denne konklusjonen.

3. Å få med hele teamet på et felles mål og å fordele oppgavene på en god måte

3a. Se til at også alle administrativt ansatte forstår formålet med samvalgsverktøyene og hva som er intensjonen med å innføre de.

Når alle relevante administrativt og klinisk ansatte var blitt introdusert for verktøyene, gjennom orienteringsmøter og opplæring, så forstod de administrativt ansatte formålet med verktøyene, noe som betød at de var mer støttende og mer motiverte for å delta i oppgaver som handlet om koordinering og distribuering. Ansatte i resepsjoner ble i en studie rapportert å ha en nøkkelrolle i det å introdusere valg-aspektet helt fra begynnelsen av pasientforløpet, og i å distribuere verktøyene. Andre studier fant at administrativt ansatte spilte en kritisk viktig rolle i å integrere bruken av samvalgsverktøy i arbeidsflyten. Når denne gruppen ansatte visste svært lite om hvorfor samvalgsverktøy var viktige, var de en barriere for innføringen. Seks artikler støttet denne konklusjonen.

3b. Å fordele oppgaver rundt samvalgsverktøy på en god måte til medlemmene i et helhetlig team.

Åtte artikler ga støtte for at å fordele oppgaver rundt samvalgsverktøy i et tverrfaglig team gjør det mer sannsynlig at samvalgsverktøy blir tatt i bruk som planlagt. I et slikt team inngår leger, sykepleiere og annet aktuelt helsepersonell, og administrativt ansatte, inkludert ledere. Denne helhetlige tilnærmingen gir mer motivasjon og sterkere bånd innad i teamet. Å involvere og å ha støtte fra erfarne klinikere er særlig viktig for motivasjonen i resten av teamet.

3c. Dedikert og vedvarende klinisk lederskap

Helsepersonell arbeider på måter som samsvarer med forventningene og prioriteringene til klinisk ledelse. En fast og konsistent, klinisk leder, “a big name”, har en viktig rolle i få alle til å følge opp innføringen av samvalgsverktøy gjennom å bidra til at opplæring er tilgjengelig, ved å fremme positive holdninger til innføringen av samvalgsverktøy, ved å gi tilbakemeldinger på resultatene av å bruke samvalgsverktøy, støtte refleksjon og forbedring av arbeidsprosessene, og gjennom å sikre at tilnærmingen stemmer overens med viktige prioriteringer i foretaket. Tolv artikler støttet denne konklusjonen. En god, erfaren kliniker som bidrar til å holde innføring og bruk av samvalgsverktøy høyt på agendaen, og som sikrer at arbeidet tas seriøst, gir større motivasjon og bedre ferdigheter i teamet. Lederen må være fysisk tilstede og også ha pasienter.

4. Forberedt, motivert og kompetent helsepersonell

4a. Klarhet rundt formålet med samvalgsverktøy og hvordan de skal brukes

Dersom samvalgsverktøy innføres i team som ikke forstår formålet med samvalgsverktøyene eller hvordan de er ment å brukes, så utgjør dette en barriere som gjør det mindre sannsynlig at verktøyene blir brukt. Årsakene er at de verken forstår fordelene for pasientene, eller hva som er samvalgsverktøyenes rolle i å støtte samvalg. Opplæringsøkter der alle i teamet lærer om formålet med samvalgsverktøy og hva som er fordelene for pasienter, er viktig. Øktene er viktige

for at teamene skal forstå hvordan de skal integrere alle samvalgsverktøy inn i den arbeidsflyten de følger fra før. En slik forståelse gjør det mer sannsynlig at verktøyene blir en del av den vanlige behandlingen.

Ti artikler ga data som understøtter denne konklusjonen. Teamene må være godt kjent med samvalgsverktøyene - både *hvorfor* og *hvordan*.

4b. Støtte til å utvikle ferdigheter i samvalg.

Helsepersonell som mangler ferdigheter i samvalg, er verken trygge på sin egen evne til å yte samvalg eller til å bringe samvalgsverktøy inn i behandlingen. De forstår ikke på hvilken måte samvalg er forskjellig fra vanlig praksis og skjønner da heller ikke hvorfor det er nødvendig å bruke samvalgsverktøy. Workshops i samvalg som gjennomføres før en innfører samvalgsverktøy gir muligheter for helsepersonell til å praktisere og bli trygge på ferdigheter innen samvalg og samvalgsverktøy. De ansatte får hjelp til å forstå hva som er forskjellene mellom samvalg og vanlig praksis, og med det også betydningen av å benytte samvalgsverktøy. Med en slik forståelse i bunn blir resultatet ikke bare økt bruk, men også helsepersonell som er dyktige til å bruke samvalgsverktøy sammen med pasienter.

Tolv artikler ga støtte for denne konklusjonen. Bakteppet er erfaringer med hva som blir resultatet når samvalgsverktøy innføres i miljøer der helsepersonell mangler ferdigheter i samvalg - "dette gjør vi allerede". Rollespill og andre muligheter til å praktisere samvalg i workshops gjør det mulig for helsepersonell å forstå hvordan samvalg bygger på etablerte prinsipper for kommunikasjon med pasienter. Samvalg er en helhetlig tilnærming, ikke enda en ny kommunikasjonsmodell.

5. Å sette pasienter i stand til å bruke samvalgsverktøy og gi oppmuntring. Klare og tydelige invitasjoner fra det kliniske teamet til å bruke samvalgsverktøy før og under konsultasjoner der pasient og helsepersonell tar beslutninger.

5a. Eksplisitte invitasjoner før konsultasjoner med samvalg.

Mange pasienter har ingen erfaring i å motta eller bruke samvalgsverktøy. Når det tverrfaglige teamet sender en eksplisitt invitasjon til pasientene *før* timen med samvalg, så forstår pasientene bedre hvorfor samvalgsverktøy er relevant å bruke og hva som er formålet med å bruke verktøyet. Pasientene forstår også at rollen de har i å beslutningsprosessen er ønsket og valid, og de blir minnet på å bruke samvalgsverktøy. Da øker sjansen for at pasienter mer aktivt vil engasjere seg i å bruke samvalgsverktøy og dra nytte av verktøyene for å bli informert. I invitasjonen må det stå hva som er formålet med å bruke samvalgsverktøy, hvilke trinn som inngår i prosessen, og også inngå en oppmuntring til å bruke verktøyet.

Åtte artikler gir støtte for denne konklusjonen. Hvilken form for invitasjon som sendes, betyr mye: når pasienter fikk skriftlig informasjon om tilgang brukte bare rundt 10 prosent samvalgsverktøyet de var invitert til å bruke. Når pasientene fikk en e-post eller direkte telefoninvitasjon, steg bruken til rundt 85 prosent. Digitale påminnelser har også vist seg å være effektive for å for å øke bruken.

5b. Eksplisitte invitasjoner til å bruke samvalgsverktøy under konsultasjoner med samvalg.

I flere konsultasjoner er det stor ubalanse i maktforholdet, og mange pasienter tror at de ikke er i stand til å delta i samvalg. Når helsepersonell klart og tydelig inviterer pasienten til å diskutere samvalgsverktøyet, helst med verktøyet til hånde, så vil pasientene oppleve at det å bidra er verdifullt og etterspurt av helsepersonell. Pasientene vil også bedre forstå relevansen av samvalgsverktøy i beslutningsprosessen, og i større grad dele sine personlige prioriteringer, spørre spørsmål, og engasjere seg i beslutninger der de bruker samvalgsverktøy.

Seks artikler ga støtte for denne konklusjonen. Når helsepersonell eksplisitt oppmuntrer pasientene under konsultasjonen, oppleves dette som en "tillatelse" til å delta. Å ha samvalgsverktøyet med inne i konsultasjonen betød at det ble brukt slik det var ment - inkludert at pasienten stilte spørsmål til klinikerne og delte sine personlige prioriteringer.

6. Samarbeid rundt utvikling og innføring av samvalgsverktøy: tidlig og meningsfull involvering av det kliniske teamet og de som yter helsetjenester.

Helsepersonell har sine eksisterende tilnærminger og metoder for å kommunisere valgalternativer til pasienter. Tidlig involvering av klinikere i utvikling av samvalgsverktøy og i planlegging av implementeringen sikrer:

- en opplevelse av eierskap
- bedre innsalg
- legitimering av innholdet
- at samvalgsverktøy støtter dagens praksis
- at endringer i pasientforløpet og arbeidsflyten blir gjennomført med samvalgsverktøy i bakhodet

I sum gjør tidlig involvering det mer sannsynlig at samvalgsverktøy blir en fast rutine i behandlingen. Aller best er det om det er klinikerne selv som tar initiativ til utvikling av verktøy og til å planlegge implementering.

13 artikler støttet denne konklusjonen. Når helsepersonell var med og planla

- hva som skulle være fokus for samvalgsverktøyene
 - hva innholdet skulle være
 - hvordan verktøyene skulle se ut
 - og med hvilket formål de skulle brukes
- ...så ga dette mer eierskap og bedre innsalg.

Helsepersonell stolte også mer på innholdet, og endte opp med et verktøy som passet godt med deres setting, deres bekymringer og deres arbeidsflyt. Noen endret også arbeidsprosessene.

7. Å gjøre samvalgsverktøyene tilgjengelige for pasientene tidlig og i forkant av samvalgs-konsultasjonen, og slik at klinikerne kunne få se resultatene i forkant av pasientmøtet.

I en helsetjeneste preget av knappe ressurser og korte timeavtaler, og der tiden mellom diagnose og beslutning ikke er lang, er det viktig at klinikere har minst mulig bekymringer rundt tidsbruk knyttet til å gjennomføre samvalg og bruke samvalgsverktøy. Klinikere bekymrer seg mindre dersom:

- en på forhånd har identifisert de pasienter som er aktuelle for samvalg
- en gjennom digitale kanaler har oversendt samvalgsverktøy på akkurat riktig tidspunkt

- pasienten har fullført og returnert resultatene i samvalgsverktøyet i forkant av samvalgs-konsultasjonen

14 artikler støttet denne konklusjonen. Når teamet var i stand til å innføre prosesser der en identifiserte egnede pasienter i forkant, og også maktet å standardisere eller helst automatisere utsendelsen av samvalgsverktøy i forkant av den aktuelle konsultasjonen, så ble resultatet bedre treffsikkerhet: riktig pasient fikk verktøyet til riktig tid. Når helsepersonell fikk resultatene av pasientens bruk av samvalgsverktøyet i forkant, tjente dette som en spore til å bruke samvalgsverktøyet integrert i konsultasjonen. En form for pre-konsultasjon ble foreslått i en av studiene.

8. *En tydelig kobling til en lærende helsetjeneste, der en bruker målinger til å vise hvordan gevinstene ved samvalgsverktøy henger sammen med og bidrar til å oppnå målbildet for foretaket/tjenesten.*

Resultater

Når foretakets strategi og hva en skal oppnå med samvalgsverktøy er på linje, og et “lærende system” for kvalitetsforbedring er etablert, bør samvalgsverktøy innføres på en bestemt måte. Innen en slik forbedringskultur bør samvalgsverktøy innføres i tråd med de gevinstmål som er verdifulle for foretaket. Gevinstmålene viser de forbedringene som kommer av å bruke samvalgsverktøy. Gevinstmålene demonstrerer også overfor de kliniske teamene at det å bruke samvalgsverktøy er sett på som verdifullt av foretaket. Resultatet er at samvalgsverktøy i større grad blir en del av rutinemessig behandling.

Syv artikler støttet denne konklusjonen. Lærende organisasjoner var de der “forskning, IKT, incentiver og organisasjonskultur var på linje og rettet inn mot kontinuerlig forbedring. Bruk av indikatorer oppmuntret til bruk av samvalgsverktøy og gjorde det mer sannsynlig at de ble brukt rutinemessig - teamene følte at en viktig del av innføringen var å drive frem endring og forbedring, noe som motiverte dem til å stå fast ved implementeringen. Når gevinstmålene var i tråd med organisasjonens målbilde og strategier begynte helsepersonell å se på samvalg som noe organisasjonen *gjør*, heller enn enda en satsning tredd ned over dem og det i konkurranse med andre behov.

Diskusjon

Hovedfunn

Konklusjonene som er gjengitt over kan bedre beskrives som *teorier*. Forskerne kommer med følgende overordnede konklusjoner for hvordan organisasjoner lykkes med å innføre samvalgsverktøy:

- De innfører verktøyene i en kontekst som gjør det klart at samvalg er en viktig prioritering i organisasjonen
- De tar eierskap gjennom å utpeke en ansvarlig og etterrettelig ledelse
- De utvikler strategiene for å innføre samvalgsverktøy sammen med de som faktisk skal bruke verktøyene

- De engasjerer både klinikere og administrativt ansatte i teamene om hvorfor og hvordan verktøyene skal brukes
- De anerkjenner hver enkelt ansatt sin betydning i å innføre verktøy og fordeler oppgaver i tråd med denne forståelsen
- De sørger for adekvat opplæring for alle som sender ut samvalgsverktøy
- De bruker fortrinnsvis enklere verktøy som er integrert i behandlingsforløpet
- De forbereder og oppmuntrer pasientene til å ta del i samvalgsprosessen slik at de forstår sin rolle i prosessen og kjenner seg komfortable med å ha åpne og ærlige diskusjoner.

Konklusjonene er operasjonalisert i en egen tabell for rutinemessig innføring av samvalgsverktøy, som kan lastes ned etter det første avsnittet av diskusjonsdelen i rapporten.

Forskerne advarer mot å la systematiske målinger kun handle om opptak av verktøyene blant pasienter, ettersom dette kan føre til *tokenisme*: symbolsk eller pliktskyldig bruk av samvalgsverktøy. Fokuset blir da på distribueringen av verktøy heller enn aktiv og meningsfull bruk. I dag mangler kunnskap om hva som er fornuftige mål for bruk av verktøy. En annen utfordring ved å måle opptak er at en kan gå glipp av gode grunner til å la være å måle - eksempelvis at pasienten hadde for lav helsekompetanse til at det var mulig å bruke verktøyet, eller at det var brukt tidligere.

Forskernes analyse tydet på at verktøyene i seg selv ble relativt godt akseptert i rutinemessig behandling. Utfordringene rundt innføringen hadde derfor mindre å gjøre med verktøyet i seg selv enn med prosessene som ble brukt for å integrere verktøyet - som eksempelvis når og hvordan de ble gitt til pasienten. Å forstå pasientens behov ikke bare for verktøy, men også behovene knyttet til innføringen, blir holdt frem som et viktig fremtidig fokus. Forskerne skriver at dette punktet ikke er tilstrekkelig dekket i oversikten.

Sammenligning med annen litteratur

Flere av suksessfaktorene som forskerne fant samsvarte med de som ble funnet i 2013-oversikten. Kompetente og trygge klinikere, systematisk og tidlig å gi pasientene verktøy, og betydningen av tillit til innholdet i verktøyet, er noen eksempler.

Mange av de samme barrierene ble også funnet: eksempelvis dårlig samarbeid i teamet, tidspress og konkurrerende behov.

Et nytt funn som oversikten bragte frem i lyset var blant annet betydningen av at pasienter oppfordres og forberedes til å bruke samvalgsverktøyene.

Oversikten viste at tre viktige faktorer på systemnivå fasiliterer innføring: organisert opplæring, støtte fra toppledelsen og administrativ bistand. Andre faktorer gjaldt opplæringsøktene. De viktigste mekanismene var selvtillit og tro på egne evner, sammen med en erkjennelse av at det finnes en beslutning å ta.

Styrker og svakheter

Forskerne beskriver selv svakheter og styrker ved oversikten:

- Oversikten var rask. Den store forskergruppen som deltok mente imidlertid at ingen viktige studier var oversett.

- Data fra strengt kontrollerte forsøk ble ikke tatt med, men kunne ha bidratt.
- En viktig begrensning gjaldt deltakerne i studiene, som typisk bestod av velvillige frivillige, gjerne med personlig interesse for pasient-sentrert behandling. Under en mer allmenn innføring må en forholde seg til helsepersonell med andre holdninger og praksiser.
- Ingen eller begrenset informasjon eksisterer om implementering ved akutte tilstander, i pediatri og ved behandling i livets slutfase.
- Generelt har vi i dag for lite kunnskap om hvilken betydning den særegne konteksten innføringen foregår i har for muligheten til å lykkes med innføringen.
- Forskerne peker også på at vi i dag har begrenset innsikt i hvordan vi kan støtte pasienter med lav helsekompetanse. Endelig skriver forfatterne at de ikke var i stand til å vurdere hvor mye ekstra en vant ved å benytte komplekse og krevende strategier, sammenlignet med strategier som var mer rett frem.

Konsekvenser for praksis

Artikkelen inneholder flere tabeller og oversikter som kan benyttes i planleggingen. Den poengterer at det til syvende og sist er de som er ansvarlig for å innføre samvalgsverktøy som må velge strategier ut fra sin egen kontekst, og ut fra de viktigste barrierene i eget foretak/tjeneste. Samvalgsverktøy er samtidig bare ett middel til å styrke samvalg i helsetjenesten. Innføring av samvalg krever en mangefasettert, bruker-sentrert plan med tiltak på mange nivåer. Forskerne foreslår at funnene og anbefalingene i oversikten benyttes som et utgangspunkt, som så kan suppleres med mer spesifikke strategier avhengig av konteksten og der tiltakene også er rettet mot bredere samvalgs-mål.

5. Hvor godt virker ulike implementeringstiltak?

EPOC-samarbeidet har summert effekten av ulike tiltak innen implementering.

Lenker til oppsummeringene står under de enkelte kapitlene.

EPOC står for “Effective Practice and Organisation of Care” og er en del av Cochrane-samarbeidet. Bibliotekarere, forskere og andre som deltar i Cochrane-arbeidet søker etter alle relevante studier som er gjort om et tiltak mot en sykdom eller tilstand, siler ut de studiene som har god nok kvalitet, og trekker så konklusjoner om tiltaket ut fra all den gode forskningen som er gjort. Slike systematiske studier er en streng måte å vurdere dokumentasjonen av et tiltak på. Ikke sjelden er konklusjonen at det finnes for lite god forskning til at en kan si noe sikkert. Det betyr ikke at tiltaket ikke virker, men at vi i dag ikke vet hva effektene er tiltaket er.

EPOC ser blant annet på på effekten av implementeringsstrategier – hvordan helsetjenesten kan innføre ny praksis. Målet er å bidra med kunnskap som kan gi bedre beslutninger på systemnivå i helsetjenesten, slik at både tjenestene og helsen i befolkningen blir bedre. Over 130 land er med i samarbeidet, deriblant Folkehelseinstituttet, som har ett av de tre hovedkontorene. WHO er en viktig samarbeidspartner.

Tiltakene som presenteres under gjelder innføring av ny praksis generelt og er ikke spesifikk for samvalg og samvalgsverktøy.

Vær klar over at det litt karrige landskapet, med “dokumentasjon mangler” som en hyppig konklusjon, ikke minst tjener som en påminnelse av hvor mye vi ikke vet, og hvor mye som er usikkert på implementeringsfeltet.

Tiltak rettet mot foretak og helsetjenesten som helhet

I jakten på gode tiltak som gir bedre resultater i helsetjenesten, er det de siste årene lagt mye vekt på hvordan en kan endre organisasjonskulturen og organisasjons-strukturen. En systematisk oversikt fant imidlertid ikke forskning av høy nok kvalitet til at en kunne konkludere rundt *hvilke* strategier som kan bidra til å endre organisasjonskulturen.

https://www.cochrane.org/CD008315/EPOC_strategies-to-change-organisational-culture-to-improve-healthcare-performance

Tiltak rettet mot pasienter

Ingen tiltak vurdert i EPOC var relevante.

Helsepersonell

Lokale opinionsledere

Mange praksisfellesskap har lokale, faglige opinionsledere - en eller flere "bjellesauer" mange stoler på og lytter til, og som stor innflytelse på hvilken praksis som innføres og endres. Opinionslederne er godt likt, pålitelige og har påvirkningskraft. I en systematisk oversikt så en på hvilken effekt tiltak rettet mot lokale opinionsledere, kan ha. De fleste studiene som ble funnet handlet om leger.

Konklusjonen var at intervensjoner rettet mot opinionsledere kan være effektiv og *sannsynligvis* får helsepersonell til i større grad å etterleve kunnskapsbasert praksis. Hvor stor effekten var, varierte mellom studiene. I hvilken grad praksisendringen ga bedre resultater blant pasientene, er ikke kjent, ettersom få av studiene rapporterte dette og kvaliteten på dokumentasjonen var lav. Det var heller ikke mulig å konkludere med *hvilken metode* som var best for å identifisere opinionsledere.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000125.pub5/full>

Tilbakemeldingssystemer og feedback

Det engelske uttrykket for denne typen tiltak er "audit and feedback". Karakteristisk for tilnærmingen er at en måler hver enkelt helsearbeiders ytelser, og så sammenligner prestasjonene med en standard eller med bestemte mål som er satt for profesjonen. Derneft gir en helsearbeideren tilbakemelding på resultatene av sammenligningen, enten muntlig, skriftlig, eller begge deler. Tilbakemeldingene kan bli gitt gjentatte ganger.

Konklusjonen på denne systematiske oversikten var at effekten av tiltaket varierte sterkt mellom studiene. Av og til var effekten liten, og av og til betydelig.

Forskerne konkluderte med at tilbakemeldingssystemer og feedback var mest effektivt når:

1. Helsepersonell ikke presterte så godt i utgangspunktet.
2. Den som ga tilbakemeldingen ikke var forsker, men en veileder eller kollega.
3. Den ble gjentatt.
4. Den ble gitt både verbalt og skriftlig.
5. Den inkluderte klare mål og en handlingsplan for hvordan den enkelte kan forbedre seg.

Effektene var generelt små.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub3/full>

Offentliggjøring av resultater

Et tiltak som har vært forsøkt er å offentliggjøre hvor gode resultater sykehus eller enkeltpersoner som yter helsetjenester, har. En systematisk oversikt om temaet konkluderte med at det i dag er for lite dokumentasjon til at det er mulig å trekke konklusjoner om nytten av tiltaket.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004538.pub3/full>

Samarbeid om å skrive online-dokumenter

Wikipedia er det best kjente systemet som gjør det mulig for flere personer å samarbeide om å utarbeide og redigere en tekst. En har håpet at slike samarbeid kan bidra til å endre og forbedre

praksis, og mange studier har blitt publisert om emnet, også innen helsetjenesten. Da EPOC sist gikk gjennom forskningsgrunnlaget fantes det imidlertid ingen gode studier som kunne belyse effekten av slike tiltak.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011388.pub2/full>

Kurs og workshops

Utdanning foregår som kurs, seminarer og workshops av mange ulike slag, ikke minst innen videre- og etterutdanning. Kan slike tiltak endre helsepersonells praksis og gi bedre resultater i pasientbehandlingen? Får de helsepersonell til å følge den praksis som blir anbefalt?

Hele 215 studier ble inkludert i oversikten. Fire underområder ble vurdert:

1. Opplæringsmøter alene eller som del av et større opplegg, sammenlignet med ingen møter: Helsepersonell vil trolig i større grad følge anbefalt praksis, noe som igjen sannsynligvis bedrer pasientenes helse noe.
2. Opplæringsmøter alene, sammenlignet med andre tiltak for å endre helsepersonells opptreden: Det er mulig at helsepersonell i større grad følger anbefalt praksis, men dokumentasjonen er svak. Effekten på pasienters helse er ikke kjent.
3. Interaktive opplæringsmøter sammenlignet med forelesninger: Kvaliteten på dokumentasjonen er så svak at det ikke er mulig å si noe sikkert om effekten.

Forskerne konkluderer med at opplæringsmøter trolig gir bedre etterlevelse av anbefalt praksis enn eksempelvis bruk av tekstmeldinger. Å la slik opplæring være del av en større "pakke" kan være positivt for effektene.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub3/full>

Bruk av spill

Helsepersonell kan forbedre sin kunnskap og sine ferdigheter gjennom spill. De få studiene som er gjort på helsepersonell gjør det ikke mulig å konkludere for denne faggruppen særskilt.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006411.pub3/full>

Praksisbesøk

Ved praksisbesøk kommer veiledere som har gjennomgått opplæring på besøk til helsepersonell, på arbeidsplassen. I møtet, som foregår ansikt til ansikt, gir veilederne så informasjon om hvordan den som får besøk, kan endre sin praksis. Forskerne fant 69 studier om dette emnet. Det ser ut til at tiltaket gir bedre pasientbehandling, men effekten varierer fra liten til moderat, uten at forskerne fant noen god forklaring på variasjonen. Tiltaket er likevel potensielt viktig, skriver de.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000409.pub2/full>

Verktøy brukt for å utbre bruken av retningslinjer

Anerkjente utviklere av retningslinjer har forsøkt å la retningslinjene ledsages av verktøy beregnet på de klinikerne som skal bruke retningslinjene. Eksempler på verktøy er læringsmoduler, pasientversjoner og pressemeldinger. Kun to gode studier ble inkludert i en systematisk EPOC-oversikt. Forskerne konkluderte likevel med at det er sannsynlig at slike verktøy kan få helsepersonell

til i større grad å følge retninglinjer. Det var ikke mulig å si noe om hvilke verktøy som er best, eller å konkludere rundt kostnadseffektivitet.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010669.pub2/full>

Elektronisk helseinformasjon

EPOC-forskerne undersøkte om det å gjøre informasjon som er relevant for helsetjenesten tilgjengelig for klinikere, endret praksis blant helsearbeidere. Konklusjonen var at helsepersonell som både fikk elektronisk informasjon og opplæring så ut til å bruke informasjonen oftere. Det er ukjent om praksisen ble bedre eller om pasientene fikk det bedre.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004749.pub3/full>

E-læring

Etter å ha gått gjennom 16 studier, konkluderte forskerne med at det nok er misvisende å si at e-læring i seg selv er mer effektiv enn mer tradisjonelle læringsformer. Dette på tross av at e-læring kan være mer individualisert, samtidig som den tillater brukeren å tilpasse farten og tilnærmingen til stoffet alt etter egne behov. Om e-læring forbedrer eller reduserer helsepersonells ferdigheter, er alt i alt usikkert.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011736.pub2/full>

Bruk av massemedia

Massemedia kan spre budskap som endrer bruken av helsetjenester, både gjennom styrte kampanjer fra helsetjenesten, og pressedekning som ikke er planlagt. Det fins lite informasjon om nøkkelelementer i dette tiltaket, og kvaliteten på forskningen er lav. Likevel konkluderer forskerne med at kanalen kan spille en viktig rolle. Når målet er å få tatt i bruk forskning, så bør massemedia være ett av tiltakene en vurderer. 19 av 20 studier konkluderte med positiv effekt.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000389/full>

Påminnelser

I en oppsummering av 28 studier konkluderer forskerne med at pop-up-vinduer på datamaskinen kan gi små til moderate endringer. Legenes praksis ble forbedret med 4 prosent, målt som median, mens pasientenes helse ble 3 prosent forbedret. Noen studier ga bedre resultater enn dette, men det var ikke mulig å si noe sikkert om på hvilken måte en bør gjennomføre slike tiltak for å få best resultat.

I en annen oversikt så en på effekten av tiltak der påminnelser var autogenerert på pc, men levert til leger på papir. Et slikt tiltak ga i snitt en sju prosents forbedring av legenes praksis, men konklusjonen var svært usikker på grunn av den lave kvaliteten på studiene som er gjort.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001096.pub2/full>

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001175.pub4/full>

Tiltak med pasienter som mellomledd

Kan pasienter få helsepersonell til å yte bedre? 25 studier ble inkludert i en EPOC-oversikt. Konklusjonen er at pasienter kan få helsepersonell til å endre praksis, gjennom følgende tre strategier:

1. Strategier der pasienter gir helsepersonell informasjon om seg selv - om egen helse, bekymringer og behov, typisk gjennom å fylle ut et spørreskjema som legen så får overlevert.
2. Strategier der pasienter får informasjon om helsetjenester - om hva som er anbefalt behandling, og påminnelser om å bruke helsetjenesten.
3. Strategier der pasienter tar del i pasientopplæring - som mestringskurs.

Effektene var enten små eller moderate.

Tradisjonelle samvalgsverktøy, som kun er rettet mot pasienter, hadde liten eller ingen effekt på helsepersonell.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012472.pub2/full>

Skriftlig opplæringsmaterieil

Trykt opplæringsmaterieil, eksempelvis i medisinske tidsskrifter eller retningslinjer, forbedrer sannsynligvis helsepersonells praksis, men gjør sannsynligvis ingen eller liten forskjell for pasienters helse. Om materieilet er trykt eller elektronisk har trolig lite å si.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004398.pub4/full>

Tiltak basert på hemmere og fremmere

Dette er en form for skreddersydd tiltak, basert på faktorer som forklarer nåværende praksis, og mulige årsaker til å motsette seg ny praksis. Faktorene omtales blant annet som hemmere og fremmere, eller barrierer og fasilitatorer, men kan samles under begrepet *determinanter*. Det er vanlig å anta at anstrengelser for å endre faglig praksis vil ha mindre mulighet for å lykkes dersom en ikke identifiserer determinantene og tar de i betraktning.

Konklusjonen er at slike tiltak kan endre praksis, men effekten varierer, er liten til moderat, og det er ikke alltid at tilnærmingen er effektiv. Det er ikke kjent hvordan en mest effektivt kan finne determinantene, hvordan en skal ta beslutninger om de viktigste determinantene, eller hvordan en skal velge tiltak som møter determinantene.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005470.pub3/full>

Opplæring i tverrfaglig samarbeid

I en egen oversikt så EPOC-forskere på studier som sammenlignet tverrfaglig opplæring med opplæring av hver profesjon alene, eller ingen opplæring. Studiene rapporterte om enkelte positive effekter, men det var for få og for forskjellige intervensjoner til å generalisere rundt hvor effektiv tverrfaglig opplæring er.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/full>

Andre

Intervensjoner for å øke graden av samvalg hos helsepersonell

I denne oversikten fant forskerne i Cochrane i alt 87 studier som de analyserte. Et av målene var å finne ut hvilke aktiviteter som var mest virksomme. Andre viktige utfallsmål var "decision regret" - hvorvidt og hvor mye pasienter angret på beslutningen, helsereelatert livskvalitet, lengden på

konsultasjonen, og kostnader. De fant stor variasjon rundt hvilke tiltak som ble brukt for å øke graden av samvalg. Studiene var så forskjellige at det var vanskelig å sammenligne de ulike tiltakene.

Først delte forskerne studiene inn i de som benyttet utenforstående observatører til å måle graden av samvalg, og studier der det var pasientene som vurderte graden. Dernest delte de studiene inn i de som så på tiltak rettet bare mot helsepersonell, de med tiltak rettet kun mot pasienter, og de som var rettet både mot pasienter og helsepersonell.

Konklusjonen var at dokumentasjonen som finnes er så svak at en kan ikke være trygg på om de tiltakene som er undersøkt er virkningsfulle. En grunn var alle de mange mulige feilkildene, en annen var mangelfull rapportering. Summa summarum ser det ut til at tiltak rettet mot helsepersonell er dokumentert å kunne gi en svak forbedring av pasientenes livskvalitet, og da på området psykisk, men ikke fysisk helse, sammenlignet med ingen tiltak i det hele tatt. Det er også relativt sikkert at tiltak rettet både mot helsepersonell og pasienter i liten eller ingen grad endrer decision regret.

Denne oversikten ble laget i 2017.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full>

6. Hvilke kompetanser trenger du?

Hvilke kompetanser trenger du som skal bidra til å endre praksis i helsetjenesten? Det finnes det en god og fersk oversikt om.

Les hele oversikten her:

<https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/ISP%20Practice%20Guide-v1-11.27.20.pdf>

Innledning

Oversikten er laget i et samarbeid mellom amerikanske NIRN - National Implementation Research Network, European Implementation Collaborative, og CES - Centre for Effective Services. I oversikten presenteres resultatene av et internasjonalt forsknings- og utviklingsprosjekt der eksperter på implementering deltok, informert av systematiske oversikter og på erfaringer. En rekke artikler om funnene har blitt og vil bli publisert. Oversikten summerer disse funnene.

Utgangspunktet for rapporten er at det ikke hjelper hvor mange strategier og programmer vi lager, om vi ikke har profesjonelle endringsledere som kan benytte ulike rammeverk for implementering, sette strategier ut i livet, og bruke verktøy og forskjellige tilnærminger.

Veilederen er laget for alle som er interesserte i å utvikle profesjonell kompetanse i å fasilitere og støtte implementering av endringer i helsetjenesten. Målgruppen betegnes som "utøvere av implementerings-støtte" - ansatte som har som oppgave å støtte implementering og bygge kapasitet for implementering. Andre navn er "coach", "forbedringsveileder", "tekniske assistenter" og implementeringsspesialister. De jobber på tre nivåer:

- Makro: sosiopolitiske og økonomiske krefter som enten fasiliterer eller hindrer implementering.
- Organisasjon: Kulturen og klimaet i en kultur, som har innvirkning på praksisen til individer og team.
- Lokalt: Aktiviteter og relasjoner i en lokal setting som også virker inn på implementeringen.

I denne oppsummeringen og oversettelsen brukes ordet "endringsleder" som oversettelse av termen "implementation support-practitioners".

Oversikten er et resultat av et omfattende arbeide og svært kompakt. I oversettelsen og oversettelsen har en søkt å dempe den kompakte stilen noe.

Prinsipper

Seks prinsipper bør være styrende for alle som støtter implementering og som er basisen for det daglige arbeidet:

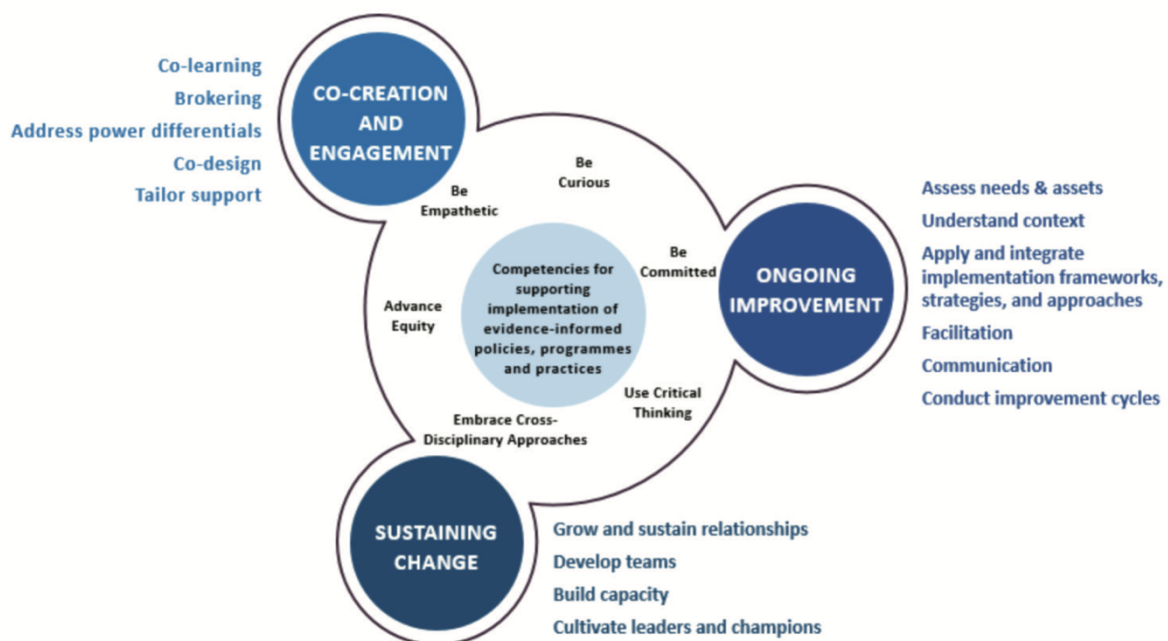
1. *Vær empatisk.* Når du går inn i en endringsprosess, så se på andre som legitime, respekterte og verdifulle bidragsyttere i implementeringen. Søk felles forståelse og ha øye for hvordan relasjonen mellom endringsledere og interessenter kan styrke implementeringen.

2. *Vær nysgjerrig.* Still spørsmål! Vis genuin interesse for hvordan lokale interessenter og lokal kontekst vil forme implementeringen. Sett deg inn i ulike kunnskapsgrunnlag og informasjon innenfor ulike fagområder. Lev med usikkerhet og flertydighet mens du søker etter klarhet.
3. *Vær dedikert.* Bring tålmodighet, resiliens og vilje til å endre status quo. Utvis fleksibilitet og smidighet når det kommer tilbakeslag.
4. *Vær upartisk.* Vær obs på de språk, kulturer, historier, verdier, ressurser og behov de ulike praksisfellesskapene har - på alle trinn av implementeringsprosessen.
5. *Praktiser kritisk tenkning.* Utforsk de ulike elementene når en situasjon oppstår, undersøk de antagelser du selv og andre har, vurder konteksten og hovedårsaker eller medvirkende faktorer, og ta bevisste valg som er informert av forskning og data.
6. *Omfavn tverrfaglige tilnærminger.* Sett pris på og benytt ulike former for kjennskap og mangfold av ekspertise for å fremelske felles og transformerende læring.

Kompetanseområder

De tre kompetanseområdene som enkeltkompetansene faller inn under er *samskaping og engasjement, kontinuerlig forbedring, og vedvarende endring*. Femten ulike enkeltkompetanser faller så inn under disse kompetanseområdene igjen. Figuren under viser en samlet fremstilling av hva som behøves for å være en god endringsleder.

Figure 2: Principles and core competencies of implementation support practitioners



Sammen å skape noe, og engasjement.

Din oppgave som endringsleder er å promotere og fasilitere aktiv involvering av alle interessenter, i alle trinn av implementeringsprosessen. Det du skal være med og få frem er tjenestemodeller, tilnærminger og praksis som passer godt inn i konteksten og som er skreddersydd for ulike settinger.

1. Sam-læring.

- Jobb sammen med interessenter høyt oppe i organisasjonen og lær hvordan implementeringsvitenskap kan brukes effektivt i den lokale konteksten.

- Lær deg om kulturen, historikken og de nåværende prioriteringene lokalt og finn hvilke deler av implementeringsvitenskapen som er mest realistisk og relevant å bruke.
- Støtt interessentenes læringsprosess.
- Anbefal spesifikke implementerings-strategier basert på den lokale konteksten.
- Lag arenaer der det kan oppstå nye ideer.
- Bygg tillit og respekt for all perspektiver, også de som står i fare for å falle utenfor.
- Søk felles forståelse, og integrasjon av ulike typer kunnskap og forståelse.
- Gjennomfør dynamisk og interaktiv opplæring. Gi opplæringsmateriell om implementeringsvitenskap.
- Lag en lokal implementeringsplan sammen med team og interessenter lokalt.

2. Brobygger-rollen

- Endringsledere må vite hvordan de sørger for kunnskapsutveksling og deling av informasjon mellom interessenter, slik at ulike perspektiver rundt implementeringen blir forstått.
- Samle sammen informasjon og myndighet slik at det blir mulig å ta beslutninger i hele foretaket.
- Din rolle er å være en brobygger mellom personer og grupper i foretaket som er avgjørende for om implementeringen vil lykkes.
- Finn de individer og grupper som er relevante for implementeringen men som ikke deltar i den enda.
- Sett grupper som ellers ikke kommuniserer i kontakt med hverandre, gjennom å gi veiledning og ved å fungere som en ressurs som skaper en relasjon mellom gruppene.
- Innkall til og hold møter mellom ulike grupper, med forskjellige interessenter som deltar i implementeringen.
- Promoter strategisk nettverksbygging for å sette folk i forbindelse med hverandre, der det finnes et potensiale for felles nytte.
- Finn, del og oversett relevante kunnskapsgrunnlag og data for interessentene.
- Sørg for at interessenter og team har mulighet til å ha kontakt med andre i bruken av kunnskapsgrunnlag og data.
- Vurder å sette førstegangsbrukere i kontakt med erfarne brukere for å fremme en felles læringsprosess. Hospitering er en annen mulighet.

3. Kompetanse i å forholde seg til maktforskjeller

- Målet med å arbeide rundt maktforskjeller er å bygge tillit, støtte toveis kommunikasjon, skape muligheter for felles rådføring, og å identifisere ansvarsforhold.
- Sett positive erfaringer i sentrum av beslutningstaking og implementering.
- Vær obs på og registrer den innflytelse ulike interessenter har på implementeringen.
- Vær spesielt oppmerksom på de som har stor og de som har lite makt i implementeringsprosessen.
- Bruk teknikker som gjør maktforholdene synlige og beskytt alle stemmer i implementeringsprosessen.
- Anerkjenn det tap av status og autoritet som kan være implisitt i en implementeringsprosess og som kan hemme innsalg og engasjement.
- Gå etter og sørg for innsalg blant formelle og uformelle ledere slik at du inkluderer ulike former for ekspertise i diskusjonene. Utvikle et felles syn eller felles forståelse, heller enn en kunstig konsensus som bare vedlikeholder de eksisterende maktstrukturene.

- Samle inn og benytt tilbakemeldingene rundt implementeringen fra alle nivåer i foretaket.

4. Sam-skaping

- Gjør det mulig for ledere, klinikere og andre å sammen skape praksiser og programmer som skal implementeres.
- Gjør dette på det stedet der implementeringen skal foregå.
- Lag verktøy, ressurser og modeller gjennom iterative prosesser der en sammen finner ut hva som gir mening.
- Jobb sammen med interessenter og sørg for at implementeringen og implementeringskonteksten passer svært god sammen, *før* implementeringen begynner.
- Støtt en felles planlegging av implementeringen der alle interessenter deltar.
- Gjør det mulig for interessentene å sammen skape de verktøy, prosesser, tjenestemodeller, styringsstrukturer, tiltak og strategier som er nødvendige for implementeringen.
- Promoter syklisk testing av verktøy, produkter og prosesser mellom interessenter slik at disse kan forberes iterativt. Sørg for at disse er informert av forskning, faglig praksis og brukeres erfaring.
- Støtt sam-skaping og modifisering av strategiene for implementering ut fra lokale ressurser og forhold.
- En måte å gjøre dette på er ved å avholde egne møter der en lager verktøy og ressurser der og da, ut fra ulike perspektiver.

5. Skreddersøm

- Bidra til å skreddersy implementeringsstrategien, ut fra inngående forståelse av de lokale aktørene og den lokale konteksten.
- Skreddersy den støtten du gir de ulike interessentene.
- Bestem hvor ofte, hvor lenge og hvor intensiv støtten til interessentene skal være for å stå i forhold til behovene, målene og konteksten til interessentene. Det er ikke slik at et bestemt nivå av eller type støtte alltid er nødvendig.
- Bli enig med interessentene om hvordan støtten skal gjøres tilgjengelig.
- Bestem omfang og rekkefølge på nett- og fysiske møter, ut fra behovene til de som mottar støtte.
- Gi rom for ad hoc og akutte behov for støtte hos interessentene.
- Vurder regelmessig hvor effektiv støtten du gir er og om den er tilpasset de behov, mål og den kontekst som gjelder for implementeringen.
- Jobb sammen med interessenter for å velge, kombinere og skreddersy implementeringsstrategiene slik at de passer med lokale behov.
- Promoter fortløpende det at implementeringsstrategiene hele tiden kan tilpasses.
- Både fokuset for, distribusjonen av og dokumentasjonen av implementeringen kan skreddersys.

Kontinuerlig forbedring

Endringslederen bidrar til at læring i organisasjonen er en kjerneverdi i implementeringen. Hen støtter bruken av kvantitativ og kvalitativ tilbakemelding på hvert trinn av implementeringen, gjennom regelmessige briefinger med interessentene, dedikert tid til refleksjon og felles læring og forbedringer på veien. Kontinuerlig feedback på implementeringsprogrammet og på praksisen

innebærer å benytte praktiske, relevante mål for fremgang og å vurdere effekten intervensjonene har i ulike praksisfellesskap. Endringslederen går sammen med miljøene og med fagfolk for å finne og analysere den informasjonen som er nødvendig for å ta beslutninger og støtte forbedring.

6. Kompetanse i å vurdere behov og ressurser

- Jobb sammen med interessentene for å forstå ressursene i de fellesskapene som finnes, og i hvilken grad implementeringen og den nye praksisen vil møte de behov som er identifisert i ulike målgrupper.
- Verdsatt perspektivene til ulike interessenter når du identifiserer ikke-adresserte behov og mangler i tjenesten.
- Finn ut hvilke behov ulike interessenter helst vil se at blir møtt i løpet av endringsprosessen.
- Bistå i å finne lett tilgjengelige ressurser og styrker som kan benyttes og dras fordel av under implementeringen.
- Vurder spørsmål rundt behov upartisk når du ser på hvordan implementeringen kan gi positive konsekvenser for ulike målgrupper.
- Bruk data-drevne metoder for å støtte prosesser der en ser på behovene, som eksempelvis interessent-analyse og kartlegging av eksisterende tjenester.
- Splitt kunnskapsgrunnlaget opp slik at det rettes mot ulike subgrupper og se på de behov disse gruppene kan ha. Subgruppene kan handle om etnisitet, kjønn, sosioøkonomisk status og geografi.
- Få de som har egen erfaring med i arbeidet med å bestemme behov.

7. Kompetanse i å forstå konteksten

Endringsledere må ha kompetanse i å vurdere hvor godt det som skal implementeres og måten det skal implementeres på, passer med den lokale settingen, før en går videre til selve implementeringen. I denne lokale konteksten inngår nåværende, lokale initiativer og prioriteringer, og den lokale kapasiteten til å sette implementeringsprogrammer og ny praksis ut i livet. Vær oppmerksom på interne mekanismer som gir diskriminering og manglende inkludering og upartiskhet.

- Involver et mangfold av interessenter, også de som tilhører subgrupper, i arbeidet med å forstå hvilke implikasjoner og konsekvenser endringsarbeidet vil gi.
- Bruk eller gjennomfør vurderinger av hvor relevant det som skal implementeres og måten det skal gjøres på er, og hvor godt det passer med lokale behov og ressurser.
- Vurder hvor godt det som skal implementeres og måten det skal gjøres på passer med de verdier, behov, ferdigheter og ressurser som er tilgjengelige lokalt, inkludert innenfor subgrupper.
- Vurder hvor godt det som skal implementeres og måten det skal gjøres på passer med det rådende politiske, økonomiske og organisatoriske landskapet.
- Identifiser og responder hele tiden på endringer i systemet rundt implementeringen som affiserer prosessen.
- Finn og støtt avbøtende tiltak for å komme risikoer i forkjøpet og håndtere de, blant annet hva gjelder ressurser, hvor dedikerte folk er, og hvilke risikoer og mulige tap som kan affisere ulike interessenter.
- Bruk ulike rammeverk for implementering til å tenke gjennom hvordan konteksten vil innvirke på implementeringen og om den nye praksisen vil overleve.

8. Kompetanse i å applisere og integrere ulike rammeverk for, strategier for og tilnærminger til implementering.

Endringsledere bør ha kompetanse i å benytte og integrere de rammeverk og strategier for implementering som passer best inn i en bestemt kontekst. Tre vanlige rammeverk er:

1. Systemtenkning: Med denne tilnærmingen undersøker en hvordan implementerings-tiltak passer innenfor et helt system, og velger tilnærminger som kan møte potensielle problemer og saker som vil oppstå.
2. Metoder som bygger på deltakelse: Viktige interessenter bør delta i det å velge ut, forme og bruke ulike implementerings-strategier.
3. Kunnskapshåndtering og kunnskapsutveksling: Dette rammeverket inkluderer å oppsummere og syntetisere hvordan et spekter av implementerings-strategier kan møte kritiske barrierer for, og fremme målene med implementeringen.

Råd:

- Hold deg oppdatert på implementeringsforskning og erfaringer fra praksis.
- Hold deg oppdatert på implementerings-strategier, -modeller, -teorier og -rammeverk.
- Lær opp interessentene i den for tiden beste kunnskapen om implementering.
- Ta med alle relevante interessenter i å velge ut, kombinere og forme implementerings-strategier og tilnærminger.
- Vurder og diskuter hvor egnede ulike implementerings-tilnærminger er, sammen med relevante interessenter. Se tilnærmingene opp mot ulike kontekster og settinger, og ikke glem subgrupper.
- Støtt utvelgelsen, anvendelsen og integrasjonen av et spekter av implementerings-rammeverk, -tilnærminger, -verktøy og -ressurser, som passer med den lokale konteksten og med lokale strategier.

Målet er å ende opp med en skreddersydd pakke av implementerings-strategier, som møter de unike behovene på implementerings-stedet.

9. Kompetanse i å fasilitere

Endringsledere må ha kompetanse i å fasilitere problemløsning innen implementeringen bygd på aktiv deltakelse, støttende mellommenneskelige relasjoner og anerkjennelse av behovet for forbedring.

Fasilitér møter med følgende mål for øye:

- Gjør full deltakelse fra alle relevante interessenter mulig.
- Oppmuntre alle interessenter til å dele sine perspektiver.
- Gjør det mulig for interessentene å oppnå felles forståelse, og aksept av hverandres behov og målsetninger
- Utvikle inkluderende løsninger som integrerer alles perspektiver og behov.
- Promotér delt ansvar blant interessentene for å implementere de forslagene de slutter seg til, og til å gi og motta tilbakemeldinger før de tar endelige beslutninger .

Hovedaktiviteter inkluderer:

- Skap rom der folk føler seg velkomne og som virker engasjerende, for alle som deltar i møter og lignende. Ha i bakhodet at deltakerne kan kreve ulike former for støtte for å føle seg velkomne og for å kunne delta i prosessene.

- Støtt en prosedyre og prosess for kommunikasjon som fasiliterer interaksjoner mellom deltakerne.
- Støtt det å kontinuerlig og systematisk identifisere barrierer for implementering blant de ulike interessentene.
- Gjør det mulig for å plukke ut de interessentene som trengs for å utvikle adekvate strategier for å løse utfordringer i implementeringen.
- Funger som formell og uformell fasilitator, i tråd med hva som kommer frem av en analyse av utfordringer og av konteksten.
- Støtt en balanse mellom forskjellige og sammenfallende tankesett blant team-medlemmene, avhengig av hvilken type utfordring det er snakk om.
- Utfordringer som det er lett å sette navn på og lett å løse, eksempelvis tekniske utfordringer, kan møtes med å støtte interessentene i å evaluere alternativer, summere nøkkelpunkter, sortere ideer i kategorier, og utvise god dømmekraft.
- Utfordringer som er komplekse og som ikke har en enkel løsning kan møtes med å støtte interessentene i å utvikle alternativer, ha en åpen og fri diskusjon, og innhente ulike synspunkter, samtidig som en venter med å bedømme det som kommer frem.
- Sikre at de metodene som brukes for å fasilitere passer med den utfordringen en fokuserer på, eksempelvis om diskusjonen skal være strukturert eller fri.
- Responder på diskusjoner eller utfordringer som oppstår med ad hoc, smidig fasilitering.
- Når det oppstår utfordringer rundt implementering så gjelder det å få frem interessentenes ekspertise og erfaring. Fasilitatorens oppgave er å støtte alle i tenke og handle på sitt aller beste, og i å få gruppen det gjelder til å finne inkluderende løsninger og komme frem til enighet som holder seg over tid.

10. Kommunikasjons-kompetanse

- Endringsledere må være i stand til å støtte kommunikasjon mellom interessenter på alle trinn i implementeringen. Kommunikasjonen bør inkludere hva som fungerer, hva som ikke fungerer, og hvordan en kom til disse konklusjonene. Bistå implementeringsteamene i å kommunisere og i å bruke tilbakemeldings-sløyfer sammen med interessentene på riktig tidspunkt.
- Vær den budbringeren som aller først forteller om fremgang og utfordringer i de tidlige stadiene av implementeringen. Kommuniserer mål og beslutningspunkter på en måte som er autentisk og som viser respekt for deltakerne.

Nøkkelaktiviteter inkluderer:

1. Å bistå interessentene i å lage gode protokoller for kommunikasjon, formet for å:

- målbevisst engasjere interessentene
- kommunisere fremgang og feire vellykket implementering
- rapportere barrierer innad i systemet som hindrer implementering
- rapportere om hvilke tiltak en har gjennomført for å møte utfordringene
- gå gjennom tidligere beslutninger og avtaler med det for øye å sikre at alle løsninger fortsatt er egnet

2. Bistå ulike grupper av interessenter i å lage egne protokoller for kommunikasjonen, som inneholder

- mål for kommunikasjonen
- metoden og frekvensen
- hvem som skal kommunisere

- hvordan en vil måle hvor effektiv kommunikasjonen er
- hvordan kommunikasjonen skal forbedres

3. Anerkjenn og responder på forskjeller i kommunikasjonsbehov blant ulike interessenter, blant annet som følge av ulike roller i organisasjonen, forventninger til implementeringen, involvering og ansvar.

4. Hjelp interessentene i å anerkjenne og respondere på forskjeller i kommunikasjonsbehov i målgruppene, gjennom hele implementeringen. Forskjellene kan handle om varierende språkferdigheter, og ulike normer og verdier knyttet til kjønn, utdanning og kultur.

5. Oppmuntre interessentene til å regelmessig kommunisere med og samle tilbakemeldinger fra aktører innenfor og utenfor implementerings-systemet, for å forstå hvordan implementeringsprosessene oppleves.

Kommunikasjon handler både om å utveksle informasjon og om å oppnå felles forståelse.

11. Kompetanse i å kunne gjennomføre forbedrings-sirkler

Bruk data med det mål å forberede og revurdere implementerings-prosesser, og kontinuerlig forbedre endringer i praksis og i organisasjonen. Gjennomfør forbedrings-sirkler der formålet er å iterativt forbedre implementerings-prosessen. Gjør det mulig for implementerings-teamet og for interessentene å verdsette og bruke både det en forventet og det en ikke forventet til å lære av slike sirkler.

Nøkkelaktiviteter inkluderer:

- Fasilitere kontinuerlig testing og forbedring av de verktøy, produkter, prosesser, ledelsesstruktur, tjenestemodeller og strategier som er relevante for implementeringen.
- Samle kvalitative og kvantitative data om fremgangen og kvaliteten på implementerings-aktivitetene, og på de indikatorer som måles.
- Sørg for at ulike interessenter har tilgang til relevante, valide og pålitelige data om hvor godt programmet, praksisen og strategien bistår de beslutninger som blir tatt underveis.
- Støtt utviklingen av prosesser og strukturer som gir rutinemessig innhenting og analyse av slike data.
- Promoter innsamling og bruk av data som er nyttige for å forstå hvordan ulike tiltak virker inn, og for å forstå implementeringen i ulike målgrupper.
- Bistå interessentenes i å bygge opp kapasitet i kontinuerlig å vurdere og bruke data i beslutningstaking som gjelder fortløpende planlegging, implementering og resultater av et program eller praksis.
- Støtt utviklingen av strukturer som sikrer at interessenter regelmessig setter av tid til å reflektere over og debriefe rundt tilgjengelige data, hele veien gjennom implementeringen, som en strategi for å promotere læring og forbedring underveis.
- Støtt interessentene i data-støttet beslutningstaking, inkludert prioritering av behov og utfordringer, og utviklingen av konkrete løsninger på problemer som er identifisert.
- Bistå i å skape feedback-sløyfer som knytter ledelse og frontlinje-tjenester sammen, og strategier med praksis og forskning. Sørg for at de forbedringer som blir til under forbedringen kommuniseres til alle interessentene.

Endringsledere støtter ledere og team i å utvikle prosesser der en samler og forstår informasjon om hva som hemmer og fremmer implementeringen. Ofte vil dette inkludere å ta beslutninger rundt monitorings- og evalueringsprosesser. En kan bruke allerede eksisterende datainnsamling i organisasjonen, og se på hvor nyttige disse er som indikatorer for fremgangen i og kvaliteten på implementeringen. Det er viktig å bruke valide og pålitelige instrumenter som er utviklet for å måle slik fremgang. Å stoppe opp og reflektere er viktig hele veien, og skjer sjelden uten eksplisitt hjelp fra en endringsleder.

Vedvarende endring

Programmer og praksis varer ved når nøkkelelementene i den nye praksisen vedlikeholdes eller fortsatt ytes, og det med integritet, etter at den opprinnelige støtten i implementeringen er trukket tilbake, og det eksisterer tilstrekkelig kapasitet til å fortsette å vedlikeholde nøkkelelementene.

Endringsledere støtter programmene og praksisenes bærekraft ved å hjelpe praksisfelleskapene til å utvikle et felles mål bilde og gjensidig ansvar, og ved å fasilitere eksisterende relasjoner, problemløsning og deling av ressurser. De bistår også i å identifisere, forstå og møte de dynamiske endringer som oppstår over tid i bruken av intervensjonene eller tilnærmingene, i praksisenes setting, og i det overordnede systemet som etablerer hvordan tjenester blir levert.

12. Kompetanse i å fremme og vedlikeholde relasjoner

Endringsledere anerkjenner at relasjoner er grunnleggende i implementeringsarbeid og bruker tid på å bygge bekjentskaper, og etablere personlige relasjoner. De erkjenner også at de selv står utenfor settingen for implementeringen.

Grunnleggende kompetanser på dette området er:

- å kunne etablere og holde ved like mangfoldige, autentiske, respektfulle og tillitsfulle relasjoner med interessenter, med det formål å veilede og støtte implementering og endringer i systemet
- å kunne støtte to typer relasjoner:
 - Relasjonen mellom endringslederen og nøkkel-interessenter involvert i implementeringen
 - Relasjonen mellom mellom organisasjonen og interessentene, inkludert pasienter
- å kunne bygge to typer tillit:
 - Tillit til og tro på at endringslederen er pålitelig, kompetent og dedikert til endringen, på vegne av den organisasjonen som de støtter
 - Tillit til og en opplevelse av at endringslederen og interessentene inngår i en samarbeidende og gjensidig relasjon, der en søker å nå de samme mål

Nøkkelaktivitetene som inngår er:

- Å bygge tillit til andre gjennom transparent handling og ansvar
- Å opprette relasjoner til interessenter i alle relevante deler av organisasjonen
- Å være opptatt av fortløpende å vurdere seg selv, og også "diagnostisk vurdere" styrkene og svakhetene i relasjonene
- Å oppmuntre til og dra nytte av tilbakemeldinger for å styrke relasjoner

- Å håndtere stressede relasjoner ved å skape et rom der interessenter kan diskutere utfordringer og bestride antakelser, når det oppstår konflikter
- Å demonstrere gevinster og verdier for interessentene som er involvert i implementering
- Å gå inn i “implementerings-rommet” som en ydmyk “student”, og å erkjenne at lokale aktører har viktig ekspertise og erfaring å bidra med i implementeringsprosessen
- Å demonstrere dedikasjon og utholdenhet i møte med komplekse utfordringer
- Å ta de vanskelige samtalene med interessentene og være åpen for tilbakemeldinger
- Å vise vennlighet og sårbarhet
- Å demonstrere empati i praksis

Endringsledere vet at implementering er noe som skjer gjennom relasjoner der det er tillit.

13. Kompetanse i å utvikle team

Endringsledere bør ha kompetanse i å utvikle og coache team som er ansvarlige for endring. Et implementeringsteam er en gruppe interessenter som har oppsyn med, bidrar i og er ansvarlige for å fasilitere nøkkelaktiviteter i utvelgelsen, implementeringen og den kontinuerlige forbedringen av et program eller en praksis. Ideelt sett bør team være etablert på alle nivåer av et program eller system, alternativt være rettet mot de ulike aspektene i programmet.

Endringslederne utvikler strategier som gjør det mulig for interessentenes ledelse å utvikle team, og inkludere ulike aktører og perspektiver, inkludert målgruppen. Teamene står for planlegging av implementeringen, kommunikasjon, problemløsning og data-støttet beslutningstaking.

Nøkkelaktiviteter inkluderer:

- Å hjelpe til med å finne frem til deltakere som skal inngå i teamet
- Å fasilitere utviklingen av klare ledelsesstrukturer i implementerings-teamene, eksempelvis gjennom team-kart og avtaler
- Å støtte teamene i å:
 - velge ut, operasjonalisere, skreddersy og tilpasse tiltak
 - utvikle arbeidsprosesser og ressurser for å bygge opp teamets kompetanse
 - finne, samle, analysere og monitorere meningsfulle data
 - engasjere ledelse, interessenter og andre i å bruke data til å forbedre seg
 - bygge kapasitet med bærekraft over tid som mål
 - bygge tverrfaglige samarbeid som er på linje med nye arbeidsformer
- Å støtte teamene i å opprette effektive møteprosesser, inkludert faste møtetider og agendaer
 - Å sikre at teamene har støtte i ledelsen for sine roller og funksjoner.
 - Å hjelpe til med å opprette kommunikasjons-protokoller som støtter feedbacksløyfer mellom ulike implementeringsteam, som står i forbindelse med hverandre og som arbeider innenfor ett og samme initiativ
 - Å utvikle prosesser for kontinuerlig vurdering og forbedring av hvordan teamet fungerer, inkludert å innhente tilbakemelding fra team-medlemmer
 - Å sikre at implementeringsteam gjør det mulig for medlemmene å lære og vokse, gjennom aktiv deltakelse i teamet
 - Å arbeide for å styrke tillit og tette forbindelser i teamet
 - Å bistå med å håndtere konflikter mellom team-medlemmer

Endringsledere bistår teamene i å bygge opp den kompetanse de trenger for å støtte implementeringen. I begynnelsen av implementeringen er det ofte endringslederne som fasiliterer møtene, for eksplisitt å bidra til at teamet utvikler seg, og for å sikre at alle medlemmer i teamet har mulighet for å lære og bidra under møtene. Etterhvert vil endringslederne overføre fasiliteringen av team-møtene til lokale administrative ledere og til faglige opinionsledere.

14. Kompetanse i å bygge opp kapasitet.

Endringsledere må være i stand til å fremme kunnskapen, ferdighetene, motivasjonen og holdningene hos nøkkel-interessenter, slik at målene med implementeringen nås.

Forhold deg til alle typer kapasitet - det være seg psykologisk eller strukturelt - på alle nivåer i systemet: individ, organisasjon, nettverk og system. Med kapasitet menes den kunnskap og de ferdigheter, motivasjon og holdninger som kreves:

- innen en spesifikk intervensjon eller utfordring, eksempelvis å forstå et bestemt, forskningsbasert program. Dette er intervensjons-spesifikk kapasitet.
- for å ha en fullt fungerende organisasjon, eksempelvis at lederposisjoner er besatt og at en har en HR-avdeling - generell kapasitet.
- for å samle informasjon om et problem, analysere mønstre og dynamikk og reflektere kritisk om de grunnleggende årsakene og om mulige løsninger - analytisk kapasitet.
- for å tilpasse handlinger og strategier som tilsvar på hva som kommer frem i analyser - adaptiv kapasitet.

Nøkkelaktiviteter inkluderer:

- Å forberede interessenter på nødvendige endringer, og modellere eller simulere den endringen som vil bli implementert, i forkant av implementeringen.
- Å samarbeide med interessenter om å vurdere styrker som gjelder kapasiteten, og behov relatert til implementeringen.
- Å gi eller sørge for den opplæring som trengs for at interessenter og partnere kan erverve kapasitet, og å opprette kontakt med andre som kan gi opplæring, modellering og coaching.
- Å modellere bruken av kunnskap, ferdigheter, opptreden og holdninger, og praksiser for interessenter, som demonstrerer bruk i en reell, virkelig setting.
- Å coache interessentenes bruk av kunnskap, ferdigheter, opptreden, holdninger og praksiser i sitt daglige arbeid, slik at alle partnere kan vinne trygghet og kompetanse.
- Å identifisere og hjelpe til med de endringer eller implementeringer av organisatoriske prosesser og strukturer som er nødvendige for å utvikle kapasitet for implementeringen, eksempelvis HR og teknologi.
- Å støtte interessentene i å identifisere fremtidige ytre og indre utfordringer for implementeringen, relatert til for eksempel finansiering, strategi og bemanning, og dernest å utvikle strategier for å bygge opp tilstrekkelig kapasitet til å møte utfordringene.
- Å fremme samarbeid og partnerskap som en måte å bygge og utvide kapasitet på, eksempelvis i form av læringsnettverk mellom ulike fellesskap og akademiske miljøer.

Endringsledere gjør ikke implementeringsarbeidet selv, men støtter andre slik at de lykkes i dette arbeidet. Det er viktig at interessentene ser all opplæring som trygg, relevant og nyttig. På individ- og gruppenivå må opplæringen reflektere forholdene interessentene normalt jobber under, og inkludere modellering av opptreden. På organisasjons- og systemnivå støtter endringsledere behandlere i å utvikle mekanismer, eksempelvis situasjonsbestemte "hint" som gjør det mulig å benytte ny

kunnskap og utøve ny praksis. De er også obs på de ressurser som trengs for å gjennomføre endringene som er bestemt - tid, utstyr og penger. Endelig er de også oppmerksomme på støttende ordninger for interessentene i form av veiledere, mentorer og kollegastøtte.

15. Kompetanse i lederutvikling og champion-utvikling

Endringsledere må ha kompetanse i å

- støtte formelle ledere som skal være implementerings-ledere og som jobber på tvers av organisasjonen og systemets grenser og siloer.
- Fremme god lederopptreden blant alle interessenter i implementeringen og hjelpe til med å skape rom for nye, kommende implementeringsledere.
- Utvikle champions på mange nivåer i og utenfor implementerings-systemet og organisasjonen. Champions er i stand til å innvirke på andres meninger og opptreden. De føler eierskap til implementeringen, har inngående kjennskap til de menneskene og arbeidsprosessene som påvirkes av endringen, og har karakterstyrke og fasthet i møte med tilbakeslag. De fremstår overbevisende overfor et spekter av interessenter og viser en evne til å forstå ulike perspektiver.

Nøkkelaktiviteter i utviklingen av ledere og mestere:

- Identifise eksisterende lederroller som er relevante for implementeringen.
- Samarbeide og kommunisere med relevante, formelle ledere involvert i implementeringen for å definere, forstå og utvikle deres rolle og kapasitet som ledere innen implementeringen, gjennom ulike teknikker.
- Utvikle prosesser og strukturer som sikrer regelmessig debriefing med de ledere som er sentrale for implementeringen.
- Støtte lederes tilgang til de data og den informasjon som er nødvendig for å være på høyden med implementeringsarbeidet og opp mot de beslutninger de bør være involvert i.
- Identifisere kommende ledere i og rundt implementerings-systemet og vurdere hvordan de kan være involvert videre i og utvikle seg som ledere, gjennom implementeringsarbeidet, ved bruk av ulike teknikker.
- Støtte kommende ledere i å dele ansvar og i å utvikle trygghet og kompetanse, eksempelvis gjennom fasilitering av møter og ved sammen å veilede ansatte.
- Når endringer i ledelsen skjer, å samarbeide med interessentene i å kunne tilby kontinuitet, planlegging, analyse og støtte alt etter behovet, for å gjøre endringen i ledelsen så lett som mulig.
- I samarbeid med interessenter i implementeringen å identifisere champions innenfor og utenfor implementerings-systemet som kan ha positiv innflytelse på implementeringsarbeidet.
- Å støtte interessentene i å utvikle strategier for å kontakte og engasjere disse opinionslederne på relevante måter gjennom hele implementerings-prosessen
- Å sikre at interessentene regelmessig gjennomgår champion-rollen og vurdere om de det gjelder har utviklet seg slik intensjonen er, fungerer slik det er ønsket, og om noen frafall fra champion-rollen har skjedd. Dersom en finner utfordringer, å fasilitere problemløsning i tråd med behovet.

Klart og tydelig lederskap rundt implementeringen må være tilstede i organisasjonen og det overordnede systemet. Lederne skal demonstrere kunnskap, støtte og engasjement rundt implementeringen, og formidle hvilken opptreden som er forventet og som vil bli støttet og belønnet

i organisasjonen og systemet. Endringslederne bidrar til å utvikle champions gjennom å være gode rollemodeller, for eksempel gjennom å være profesjonelle, ansvarsfulle og dedikerte.

Dilemmaer for endringsledere

Rollen som endringsleder – “implementerings-støtte-utøver” – er relativt ny og i liten grad standardisert: Det blir endringslederen selv eller organisasjonen som definerer omfanget og innholdet i rollen og arbeidet. Vanlige utfordringer er:

- Å være endringsleder er en høyspesialisert oppgave som krever omfattende ekspertise og erfaring, samtidig som det finnes få muligheter for faglig utvikling. Organisasjonene må ofte selv utvikle strategier for opplæring av endringsledere.
- Få organisasjoner har erfaring med å sørge for kontinuerlig læring og støtte for endringsledere. Rollen blir derfor gjerne til gjennom prøving og feiling, noe som kan gi en uklar arbeidssituasjon.
- Endringsledere blir ofte forventet å fylle både støttende og monitorerende funksjoner, som kan være konkurrerende og resultere i ansente relasjoner og utfordringer rundt tillit.
- Mange interessenter har «blinde flekker» og er trege med å bidra med de ressurser, verktøy og innflytelse som endringslederne trenger.
- Noen av dilemmaene kan møtes gjennom mer erfaring, eller ved at organisasjonen gjør rollen klarere, helst fra begynnelsen av, gjennom rollebeskrivelser og ved å avklare forventninger.

7. Hva vi vet om implementering av endring i helsetjenesten

Tredje utgave av en bauta på implementerings-feltet ble utgitt i 2020. Bak står kjente europeiske forskere som representerer sentrale miljøer og tradisjoner. Et viktig fokus for forskerne har vært implementering av kliniske retningslinjer, men perspektivet er utvidet til også å gjelde andre former for endring.

Les boken: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119488620>

Forfatterne tar utgangspunkt i at det å adoptere nye teknologier og nye praksiser er en utfordrende prosess, særlig i store organisasjoner og komplekse nettverk. To ting er nødvendig: For det første må ny teknologi, praksis og tjenesteyting ha et godt forskningsgrunnlag, med beviselige og klinisk tilstrekkelig store gevinster. Skal en lykkes med implementering, må det en skal implementere være vist å gi positive effekter, det vil si være tiltak som kan bidra til mer effektive, tryggere, mer pasientvennlige tjenester, eller som gir bedring i utfallsmål for helse hos pasienter og i befolkningen.

For det andre må en lykkes med å implementere den nye teknologien eller praksisen. Og denne implementeringen må skje gjennom å gjøre bruk av tiltak som er vist i forskning å ha effekt.

Forfatterne har fokus på helsepersonell og pasienten, og mindre på organisering av tjenesten. Hovedmålet er *optimalisering av behandling og forebygging*. De anbefaler en kombinasjon av ovenfra og ned- og nedenfra og opp-strategier. Perspektivet er først og fremst endringslederens.

Introduksjon

Vanlige tilnærminger til implementering er:

- **Markedstilnærming:** Fokuserer på et attraktivt produkt og bruker eksempelvis distribusjon til målgruppen som strategi.
- **Kognitiv:** Fokuserer på rasjonelle beslutninger og bruker eksempelvis systematiske oversikter og retningslinjer som strategi.
- **Motiverende:** Fokuserer på indre motivasjon i målgruppen og bruker eksempelvis feedback på egne prestasjoner og problembasert læring som strategier.
- **Forsterkende:** Fokuserer på påminnelser, incentiver og sanksjoner, og bruker eksempelvis påminnere og økonomiske incentiver som strategier.
- **Sosial interaksjon:** Fokuserer på innflytelse gjennom rollemodeller og andre personer med innflytelse, og bruker eksempelvis opinionsledere og tiltak med pasienter som mellomledd som strategier.
- **Ledelse:** Fokuserer på strukturelle og organisatoriske systemer og bruker eksempelvis redesign av pasientforløp, kvalitetsstyring og ledelse som strategier.
- **Kontroll:** Fokuserer på autoritet og makt gjennom sanksjoner, og bruker eksempelvis lovverk, klagemuligheter og sanksjoner som strategier.

Tilnærminger til implementering kan deles i to hovedområder: rettleidende og deltakende. *Den rettleidende* styres av en utenforstående instans, har et klart oppstartspunkt, er lineær og drives av ny kunnskap og teknologi. Innenfor rettleidning er en ofte positiv til endring, samtidig som en gir lite oppmerksomhet til mangfoldet av behov i klinisk praksis. *Den deltakende* styres av praksis, skjer inkrementelt, har et uklart startpunkt og drives av et *behov* for kunnskap og teknologi. En er gjerne nøytral til endring, og risikerer derfor at suboptimal praksis blir implementert.

Teorier rundt implementering

Mange teorier, modeller og rammeverk for implementering av innovasjoner har blitt foreslått, basert på ulike, vitenskapsbaserte syn på endring i individers og organisasjoners ytelser.

I likhet med Trisha Greenhalghs oversikt beskriver boken de ulike teoriene innen implementeringsfeltet, og de er mange. Under følger en oversettelse av kapitlets konkluderende tabell om hva de ulike teoriene har lært oss om endring:

Teori	Hva vi har lært
<i>Individuelle fagfolk</i>	
Kognitive teorier	Implementering må ta høyde for fagfolkens beslutningsprosesser. Fagfolk trenger god informasjon og gode metoder som støtter beslutningene.
Utdanningsteorier	Implementering må kobles med fagfolkens behov og motivasjon, og indre motivasjon er avgjørende. Endring i individer skjer med utgangspunkt i problemer en erfarer i egen praksis.
Motiverende teorier	Implementering må fokusere på holdninger, opplevde sosiale normer og hvilken kontroll fagpersonen erfarer, relatert til det prestasjonsnivået som forventes.
<i>Sosiale interaksjoner</i>	
Sosial læringsteori	Endringer i hvordan fagfolk presterer skjer gjennom demonstrasjoner og modellering, og gjennom positive tilbakemeldinger fra andre.
Teorier om kommunikasjon	Kilden til innovasjonen og med det troverdigheten, er viktig. Stor betydning har også hvordan budskapene utformes og øves inn, og hva som karakteriserer mottakeren.
Sosiale nettverksteorier	Endring forutsetter lokalt opptak av innovasjoner og bruk av opinionsledere i nettverk for å spre innovasjonen.
Teamarbeid-teorier	Effektive team er i stand til å gjøre nødvendige endringer som bedrer behandlingen ettersom de har felles mål og er i stand til å dele kunnskap.
Profesjonalitetsteorier	Profesjonell lojalitet, stolthet og konsensus, og at en faglig instans "oppfinner endringsforslaget på nytt" er viktig.
Ledelsesteori	Involvering og dedikasjon blant formelle og uformelle ledere involvert i endringsprosesser er viktig, spesielt i styrer og ledergrupper.
<i>Organisatorisk kontekst</i>	

Teorien om innovative organisasjoner	Implementering må ta inn over seg hvilken type organisasjon det er snakk om, og beslutningene rundt innovasjonen må tas desentralisert og i faggrupper.
Teorier om kvalitets- og sikkerhetsledelse	Implementering er en kontinuerlig og syklisk prosess, der planer rundt endring kontinuerlig endrer seg ut fra erfaringer. Tiltak gjelder hele organisasjonen og handler om å bedre kulturen internt, samarbeide, ha brukerfokus og ha gode prosesser.
Operations management theory	Implementering handler om å endre tverrfaglige behandlingsforløp og samarbeidsformer heller enn å endre beslutningene hos den enkelte fagperson.
Teori rundt komplekse systemer	Teorien fokuserer på systemet som helhet, å finne atferdsmønstre, og koble endringsplanene til disse mønstrene. Planene testes og forbedres.
Teori om lærende organisasjoner	Vellykket endring skjer ved å skape eller ha tilgjengelig strukturer og prosesser i organisasjonen som gjør kontinuerlig læring mulig på alle nivåer.
Teorier om organisasjons-kultur	Endringer i organisasjonkultur er en forutsetning for endring i prestasjoner, spesielt de aspektene av kulturen som handler om teamarbeid, fleksibilitet og å være utadrettet.
<i>Samfunnskontekst</i>	
Økonomiske teorier	Attraktive belønninger og finansielle incentiver kan påvirke omfanget av en bestemt aktivitet.
Kontrakts-teorier	Kontrakts-ordninger kan veilede hvor godt fagfolk og organisasjoner presterer.

Bruk av kvalitetsindikatorer

Mange fagfolk overvurderer kvaliteten på sine prestasjoner. Første skritt er derfor å få innsikt i hva som er den nåværende kvaliteten og pasientsikkerheten. Her identifiserer en hva som må forbedres, på en måte som både bidrar til oppmerksomhet blant interessenter om saken, og øker motivasjonen.

Hvilke indikatorer en velger må være i tråd med en av tre hensikter: kvalitetsforbedring, etterrettelighet utad, eller forskningsmessig utvikling av innovasjoner eller implementeringsstrategier. Et målesystem som kombinerer indikatorer for både struktur, prosess og utfall er å foretrekke - da blir bildet en får av kvaliteten mest balansert. Slike virksomhetsdata kan skape en følelse av at det haster, som igjen stimulerer til implementering av anbefalte praksiser, og til de-implementering av overflødige praksiser.

Oppsummeringen i kapitlet om indikatorer ender opp med fem hovedbudskap.

1. Alle indikatorer bør være testet opp mot:

- validitet
- reliabilitet
- akseptabilitet
- utilsiktede konsekvenser
- feasibility ("gjørbarhet")
- sensitivitet overfor endring
- hvor godt de lar seg kommunisere og forstå

De som utvikler indikatorer må benytte en rigorøs og systematisk prosedyre som involverer pasienter og andre interessenter.

2. Indikatorer bør ikke brukes isolert, men som ett av flere initiativer rundt kvalitetsforbedring.

3. Indikatorene må være fleksible, slik at ikke tilnærmingen en har låser seg fast. Det er påkrevet å la indikatorer rotere, og til og med “pensjoneres”.

4. Det aller viktigste budskapet er at pasienter skal ha en hovedrolle i måling av kvalitet. Evaluering og måling må benytte en kombinasjon av subjektive og objektive tilnærminger, og både indre og ytre perspektiver.

5. Kvalitetsindikatorer bør ikke få utvikle seg til papirtigre. De skal fungere som instrumenter som bistår behandlere i kontinuerlig forbedring. De er ikke den ultimate metoden for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten.

Hemmere og fremmere

Etter at en har målt hvor gode de nåtidige prestasjonene er, og en har satt mål for forbedringen, er neste trinn å gjøre en diagnostisk analyse av målgruppen og av settingen. Determinanter er det anbefalte ordet for “hemmere” eller “barrierer”, og “fremmere” eller “drivere”. De er faktorer som styrker eller svekker implementeringsstrategiene, og påvirker hvor virkningsfulle innovasjonene som innføres blir. Å gjøre en diagnostisk analyse av determinantene er en viktig komponent i implementering. I analysen ser en på interessentene: hva som er deres mål og interesser. En ser på determinanter relatert til bestemte mål og målbilder i forbedringsarbeidet. Og en er oppmerksom på relevante subgrupper blant de som potensielt skal ta innovasjonen i bruk.

Determinantene kan handle om:

- Innovasjonen som innføres
- Enkeltpersonene som forventes å ta innovasjonen i bruk - eksempelvis hva de tenker, er motiverte for eller er vant med
- Den sosiale verden enkeltindividene handler innenfor, eksempelvis team og nettverk
- Organisasjonen - eksempelvis aspekter ved strukturen, kulturen eller ressursene
- Det overordnede helsesystemet - inkludert fagprofesjonene, økonomiske incentiver og reguleringer i lov og forskrift

De fleste studier om determinanter ser på hvordan de oppleves. Hva som er den faktiske effekten av ulike determinanter fins det lite forskning om. Det betyr at en må tolke relevansen av de faktorene som kommer frem i en diagnostisk analyse med forsiktighet.

Hvordan identifisere og analysere determinanter

Få av de metodene en bruker til å finne hemmere og fremmere i forbedringsarbeid er blitt validert i forskning. De fleste tilnærmingene ble utviklet for å brukes i forskningsarbeid, men i et forenklet format kan de også benyttes i forbedringsprosjekter. Å identifisere faktorene i planleggingsfasen, før det har skjedd endring, kan være krevende. Ofte vil deltakere i et forbedringsarbeide ha få erfaringer

med endring, og det de rapporterer vil være hva som bestemmer den praksis de har nå. Da blir det opp til den som analyserer å vurdere hva som kan *endre* den nåværende praksisen.

Det fins mange metoder og rammeverk for å identifisere og analysere determinanter. Både teoriene og interessenter kan gi veiledning i hvordan en skal gjennomføre undersøkelsen og tolke resultatene. Boken behandler følgende metoder:

- Intervjuer
- Tverrsnittsundersøkelser
- Observasjon
- Data-analyse
- Prioritering og å sette mål.

For å finne determinantene, anbefaler oppsummeringen å begynne med en detaljert, kvalitativ utforskning av noen få kasuistikker, etterfulgt av en større observasjonsstudie som bestemmer den relative betydningen av de ulike determinantene.

Semi-strukturerte intervjuer, gruppeintervjuer og observasjon er metoder som er egnet til å samle inn data om noen få kasuistikker. Spørreskjemaer og stor-skala observasjon kan benyttes for å vurdere betydningen av determinantene i en større populasjon, noe som gir representativ informasjon. Både deskriptive og visualiserende metoder kan være nyttige.

Ofte er det viktig å selektere og prioritere faktorer fra et stort antall faktorer som er blitt identifisert. Metoder som eksempelvis paretdiagrammer kan da benyttes som støtte. Analysen skal ende opp med et sett klare målsetninger for hvordan en vil forbedre helsetjenestene - målsetninger som veileder utviklingen av implementeringsprogrammet.

Å velge endringsstrategier

Ideelt sett så bør de endringsstrategiene som samsvarer best med resultatene av den diagnostiske analysen være de en velger, og agerer på. Pussig nok er dette ofte ikke tilfelle i praksis. Endringsledere kan låse seg til en bestemt, vanlig intervensjon, som eksempelvis et oppfriskningskurs, som de så bruker i alle situasjoner. Implisitt i denne fikseringen ligger oppfatninger om hva som er de største flaskehalsene for implementeringen. Som ikke alltid stemmer.

Samtidig er det å skreddersy tiltak ikke rett frem, da det ikke fins noen perfekt match mellom de barrierene en har funnet og strategier for å komme forbi barrierene. Og det fins lite forskning om hvilken ekstra nytte det gir å skreddersy tiltak opp mot barrierer for implementering. Det er likevel plausibelt at det å skreddersy tiltak er mer effektivt.

Å velge ut og uforme strategier må skje gjennom en omfattende og balansert prosess. Helst bør strategiene piloteres i liten skala før en benytter de bredt.

Kapitlet gir råd for hvordan en skal velge, og utvikle, strategier for endring, og hvordan forsikre seg om at de passer med innovasjonen, målgruppene og settingen.

Strategiene, forstått som tiltak og policy, grupperer forfatterne slik:

- Strategier orientert mot fagpersoner
- Strategier orientert mot pasienter
- Økonomiske incentiver
- Organisasjonsendring
- Reguleringer og lovverk

Det er ikke mulig å si at en bestemt strategi er overlegent den beste eller at en med sikkerhet vil vite at den virker. I valget må en se på:

- resultatene av den diagnostiske analysen av målgruppen
- settingen for implementeringen
- alle de strategier en har til rådighet
- de ulike fasene i implementeringen
- subpopulasjoner i målgruppen
- forskningsgrunnlaget for hvor godt en kan forvente at strategiene vil virke

Som regel vil det kreves flere tiltak. I tiltakene vil det være flere komponenter, som alle må utformes på en gjennomtenkt måte. Å applisere det en vet fra forskning på en bestemt målgruppe, kan være utfordrende.

Å spre innovasjoner

Med innovasjoner forstår forfatterne nye innsikter eller nye prosedyrer, som skal inkorporeres i de rutinene som fins fra før. Som regel er det et nødvendig trinn i implementeringen at de er gjort godt kjent.

Forutsetninger for at dette skal lykkes, er:

- Målgruppen må være oppmerksom på og ha fått med seg innovasjonen
- De må forstå hva den handler om
- De må være klar til å studere den grundig
- De må gjøre noe med innovasjonen i praksis, som for eksempel å lese om den og diskutere den med kolleger

Med disse forutsetningene som utgangspunkt, må en så presentere informasjon om innovasjonen, helst slik at det skaper engasjement. Ofte undervurderer en hvor viktig det er å utbre innovasjonen på en systematisk og godt planlagt måte. Her er målgruppene:

- Politikere og de som utformer føringer for helsetjenesten
- Ledere og administratorer
- Behandlere
- Pasienter, brukere, befolkning
- Forskere og de som utvikler støttmateriell og verktøy

Alt etter hva som er målet kan en rette seg inn mot en eller flere av disse gruppene. I planen en lager, er det viktig at:

- Målgruppen er klart definert
- Undergruppene i målgruppen som en må nærme seg på forskjellig måte, er beskrevet
- En har vurdert hva som er de best egnede kanaler for å nå hver målgruppe

- Ansvarsfordelingen må være tydelig – hvilken instans tar seg av å informere hvilken målgruppe og med hvilke mellomledd
- En må ha et budsjett for å utvikle, produsere og distribuere forskjellige slags presentasjoner av innovasjonen

Når en skal bredde ut («disseminate») en innovasjon, så er det nyttig å skille mellom individualisert kommunikasjon, og ikke-individualisert bruk av massemedia. Sannsynligvis når en målgruppen best ved å bruke begge deler. Oftest må en repetere og fortsette å spre budskapet over lang tid for at målgruppen – som i regelen er opptatt av mange andre, viktige ting – skal bli oppmerksomme på det en ønsker skal nå frem. Hvordan en vinkler budskapet, og hvor troverdig kilden er, er viktige suksessfaktorer. Behandlere er det oftest lettest å overbevise gjennom informasjon i anerkjente tidsskrifter, gjennom retningslinjer utformet i profesjonsforeningen, og gjennom opinionsdannende fagfolk i de sosiale nettverk de tilhører.

I konklusjon: Bruk en kombinasjon av ulike massemedia, inkludert nyhetsbrev, sosiale media, tidsskrifter, personlige eposter og attraktivt utformede oppsummeringer. Bruk i tillegg individualiserte kanaler – interaktiv opplæring gjennom eksisterende utdanningsprogrammer og lokale nettverk, med støtte fra nøkkelpersoner og opinionsdannere. Fokuser på en gruppe som peker seg ut som de som kommer til å “løpe først”, først. Praksisbesøk vil aksellerere prosessen. Husk at de ulike subgruppene benytter forskjellige informasjonskanaler – skal du lykkes må du forstå behovene og preferansene de har.

Sosiale medier er i ferd med å få en større rolle i dissemineringen, men det det fins lite systematisk forskning om hvor effektive tiltak gjennom disse mediene er.

Effektivt å utbre informasjon om innovasjonen og bredt kjennskap og aksept for den er helt nødvendig, men fører sjelden til endring dersom dette er den eneste strategien.

Implementeringsstrategier som involverer opplæring

Opplæring av helsepersonell har vært den mest brukte metoden for å forbedre helsetjenestene. Ideelt sett bør denne opplæringen være like kunnskapsbasert som klinisk praksis.

I forskning har en funnet at grunnopplæring er en forutsetning for å kunne innføre endring, samtidig som den i seg selv ikke er nok til å bedre ytelsene. I dag domineres tenkningen på området av et fokus på selvstyrt, praksisbasert, kompetanse-orientert og tverrfaglig læring. Passiv opplæring som for eksempel mange forelesninger, er blitt erstattet av metoder som er mer aktiviserende, ofte i små grupper eller på nett, eller som en miks av læring på nett og ansikt til ansikt. Men kunnskap og ferdigheter korrelerer bare delvis med prestasjonene slik de viser seg i den helsehjelpen som vanligvis gis. Fokuset har derfor dreid seg i retning av selve prestasjonene. Ettersom egenvurderinger er en dårlig metode, har strukturert observasjon kommet mer i sentrum.

Å aktivisere de som lærer kan skje ved at de som skal lære selv velger læringsmål og hvilket format læringen skal ha, og forplikter seg til å endre praksis etter at opplæringen er fullført. Slik aktivisering er basert på læringsteorier, som tar utgangspunkt i at voksne har en indre motivasjon til å lære og at de kan styre læringsprosessen selv. De fleste voksne foretrekker å lære gjennom problemer og utfordringer som oppstår i det daglige arbeidet. Læringsstilen varierer fra person til person: Noen

ønsker å forstå den nye praksisen grundig før de handler, andre ønsker å få erfaring med den nye praksisen først. I opplæringsprogrammer må en ta høyde for dette.

De fleste former for opplæring gir mindre enn ti prosents endring av praksisen. Selv om dette ikke er stort, kan endringene likevel være klinisk og praktisk relevante, ikke minst når opplæringen skjer flere ganger og over lang tid.

Det fins indikasjoner på at opplæring som er interaktiv og personlig, eksempelvis smågruppeundervisning eller praksisbesøk, er mer effektiv enn passiv opplæring, eksempelvis skriftlig materiell og forelesninger. Interaktivitet kan fasiliteres på nett, selv overfor store forsamlinger. Det sosiale elementet kan motivere fagfolkene og fasilitere læringsproseGsen. gruppesammensetningen bør være mest mulig optimal.

Likevel er resultatene for alle typer opplæring blandede. Skriftlig materiell kan også være effektivt, spesielt dersom det inkluderer aktive selvstudier med kunnskapstester, behovsanalyse og praktiske øvelser. Her gir moderne teknologi mange nye muligheter.

Helsepersonell lærer på mange andre måter enn formell undervisning – spesielt gjennom kontakt med kolleger, pasienter og andre. Opplæring er sannsynligvis en nødvendig komponent i enhver implementeringsstrategi, men for å få en betydelig effekt på helsepersonells atferd er det behov for flere strategier. Fortsettelse følger.

Tilbakemeldingssystemer og beslutningsstøtte

Helsepersonell er typisk sterkt motivert for å gi den best tenkelige behandlingen og å oppnå best mulige resultater for pasientene. Dette i en situasjon der arbeidsmiljøet ofte er preget av et «organisert kaos», mange oppgaver, og lite tid. Da oppstår det unngåelig et gap mellom hvilken behandling som er anbefalt og hvilken en faktisk gir.

Helsepersonell kan bli oppmerksomme på slike gap gjennom tilbakemeldingssystemer og beslutningsstøtte, som er to av de vanligste strategiene for å støtte helsepersonell og organisasjoner i å implementere kunnskapsbasert praksis. I begge situasjoner benytter en rutinemessig innhentede helsedata, som en så forsøker å omforme til informasjon som helsepersonell kan agere på.

Beslutningsstøtte i denne sammenhengen er ikt-systemer der kortfattet informasjon som er pasient eller konsultasjons-spesifikk blir brukt for å få helsepersonell til enten å foreta eller unngå en bestemt klinisk handling, eller ta en korrekt beslutning, eksempelvis om diagnose. Beslutningsstøtten fungerer ofte som en oppfordring, typisk gitt umiddelbart før eller under kontakten med pasienten. Støtten gir ekstra informasjon til pasientmøtet, eksempelvis om en mulig legemiddelinteraksjon, eller en anbefaling, eller noe som er uteglemt, eller en tydelig feil.

Pasientjournaler støttes i økende grad av kunnskapshåndterings-systemer. Dette er systemer som for eksempel analyserer data ved hjelp av algoritmer og utformer oppfordringer til klinikeren.

I sum så eksisterer det et rikt kunnskapsgrunnlag for å benytte tilbakemeldingssystemer og beslutningsstøtte i implementering av ny praksis. Initiativene tenderer mot å ha en positiv effekt, men den som spør om størrelsen på effekten, eller hvordan systemene kan benyttes

optimalt, vil få “det kommer an på”, som svar. Effekten en finner, varierer nemlig sterkt. Den avhenger også av hvor relevant anbefalingen som gis er, hvor godt behandleren presterte i utgangspunktet, og hvilke muligheter mottakeren har til å foreta seg noe.

Kapitlet oppsummerer beste praksis og hva en bør tenke på for å utvikle og finpusse denne type strategier. Fortsatt vet vi lite om hva som er riktig mengde data eller hvordan tilbakemeldingen eller påminnelsen skal utformes.

Tilbakemeldinger ser ut til å virke best når den oppfattes som nøyaktig og relevant, når den kommer fra en pålitelig kilde, når den gjentas over tid, og når den inkluderer spesifikke mål og en tiltaksplan. Beslutningsstøtte på sin side, ser ut til å være mest effektiv når den fordrer en respons og når en unngår “reminder fatigue”.

Ettersom så mye fortsatt er ukjent, konkluderer forfatterne med at det er klokt å involvere forskere i arbeidet, slik at en kan få testet og forbedret det en gjør, når tiltaket handler om tilbakemeldinger eller beslutningsstøtte.

Pasientinvolvering

Dette kapitlet omhandler pasientdeltakelse på ulike plan i helsetjenesten. Et kapittel om pasienters rolle i implementering er naturlig, all den tid pasient-medierte tiltak er vist å kunne ha god effekt. Av ukjent grunn omhandler kapitlet bare i liten grad implementering. Under likevel noen punkter som er relevante for samvalg og samvalgsverktøy.

I ethvert land vil en bare lykkes med helsetjenestene dersom de bygger på kommunikasjon, medfølelse og sam-produksjon med pasienter. Og pasientene er ikke som før – mer utdanning, tilgang til internett og open access til forskning er i ferd med å endre pasientrollen innenfor beslutningstaking om egen helse, og på organisatorisk og strategisk plan.

Endringen består i at brukerne nå går fra å være passive mottakere til å være partnere og samarbeidspartnere: pasientene vil være med på å evaluere, gi tilbakemelding på og til og med samprodusere brukeropplevelse og produkt. Da kan det være klokt av helsetjenesten å holde trangen til å kreve at effekten vises på biomedisinske utfallsmål i sjakk: Lavere behandlingsbyrde, lavere priser og en ikke så negativ effekt på livskvaliteten står høyt på prioriteringslista for mange pasienter, så høyt at de gjerne er villige til å bytte marginalt positive medisinske effekter for slike forbedringer.

På 70-tallet så en ny måte å praktisere medisin på dagens lys: en tilnærming der en hentet inn og respekterte pasientens egen mening, og lot meningene være styrende for hvordan beslutninger om behandling ble tatt. I årene som fulgte ble begreper som pasient-sentrert behandling, person-sentrert behandling, empowerment og samvalg allemannseie. Samvalgsverktøy kom også til, og har langt på vei vært vellykkede under nøye kontrollert forskning, i det minste som virkemidler for mer informerte og deltakende pasienter. I møte med vanlig, dagligdags praksis tårner imidlertid utfordringene for samvalgsverktøy seg opp.

Implementeringsstrategier på organisasjonsnivå

Tiltak på organisasjonsnivå kan potensielt gi langt større effekter på fagfolks atferd enn tiltak som er rettet direkte mot målgruppen. Refusjonssystemer er et eksempel: de kan både stimulere til og fasilitere kvalitetsforbedring og implementering av innovasjoner i praksis.

Litteraturen er mangfoldig og vanskelig å summere opp. Generelt har en funnet positive effekter av tiltak på organisasjonsnivå på en lang rekke utfall, men om det er en årsakssammenheng er ofte usikkert. Det er også uklart om en kan generalisere til andre settinger ut fra det som er funnet. Ikke minst krever det en implementering i seg selv å få til de endringer i organisasjonen som så skal fremme implementering av en innovasjon. Denne underliggende implementeringen kan være utfordrende og kan kreve egne tiltak. Endelig så er mange organisasjonsendringer mangefasetterte og hva som eventuelt har bidratt til implementeringen er fortsatt et i stor grad ubesvart spørsmål.

Kapitlet tar for seg fem ulike tiltak på organisasjonsnivå.

1. Endring av ansattes faglige rolle.

Typisk består tiltaket i at oppgaver som tradisjonelt har vært utført av leger overføres til andre yrkesgrupper, som farmasøyter eller sykepleiere. En gjennomgang av studier viser at sykepleiere og farmasøyter oppnår like god eller bedre utnyttelse av helsetjenesten, kvalitet på behandlingen, pasienterfaringer med behandlingen, og pasientens helsetilstand, sammenlignet med leger, ihvertfall innenfor konteksten av et forskningsprosjekt. Samtidig bruker de lengre tid på konsultasjonene.

2. Forsterkede pasient-team

Forsterkningen kan være bedre samarbeid eller gjelde pasientflyt og logistikk, eller handle om å øke kompetansen ved at for eksempel en farmasøyt blir med i arbeidet. De fleste studiene konkluderte med at slike tiltak ikke hadde effekt på lengden av sykehusoppholdet, reinnleggelser eller dødelighet, men halvparten av studiene fant en positiv effekt på forebygging av komplikasjoner.

3. Kunnskapshåndtering gjennom IKT

Interaktive telemedisinske applikasjoner er vist å virke positivt inn på både livskvalitet og kliniske parametere, men har gitt blandede resultater på sykehusinnleggelser.

4. Integrert behandling

Integrert behandling inkluderer blant annet strukturering av pasientforløpet og tverrfaglig samarbeid. Disse strategiene er vist å gi færre reinnleggelser, bedre pasienterfaringer og mindre akuttbehandling. Det mest effektive ser ut til å være strategier som er intensive og som støtter pasientens egenbehandling.

5. Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Her inngår blant annet TQM og pasientsikkerhetsprogrammer. Tiltakene kan bidra til å implementere innovasjoner, og fokuserer typisk på organisasjonen mer enn på enkeltindividet. Den forskningen som fins er for det meste observasjonsstudier, som har begrenset verdi. Selv om både endringer i organisasjons- og sikkerhetskultur og ledelse er funnet å kunne påvirke kliniske aktiviteter positivt, var ikke bildet entydig og mange spørsmål står ubesvart.

Det neste kapitlet handler om pasientsikkerhetsstrategier og konkluderer med at det brukes mye tid og energi på å måle uønskede hendelser, men relativt lite til å utvikle og evaluere intervensjoner som skal redusere antallet uønskede hendelser.

Helsesystem-strategier for implementering

Utgangspunktet her er innføring av kunnskapsbaserte praksiser og utfasing av praksiser som gir liten helsegevinst. Typiske strategier på dette nivået er lovverk, økonomiske incentiver, organisasjonsendring og pålegg. Vanligvis vil implementering eller de-implementering av praksis bare være ett av formålene til strategiene.

Forskningen som er gjort på feltet tyder på at slike strategier både har ønskede og uønskede konsekvenser. Her er noen konkrete eksempler på hva som kan bidra til vellykket implementering:

- Allsidig støtte til klinikere som skal implementere en innovasjon, i form av for eksempel opplæring, teknisk assistanse og incentiver.
- Å innføre strukturert behandling for kronisk syke kan fremmes ved å gi støtte og nok ressurser, og øke aksepten blant både pasienter og behandlere for tiltaket.
- Endringer i refusjonsordningene for behandlere kan gi endringer i helsetjenestene, men effekten er liten eller moderat.

Mangefasettete implementeringsstrategier

Implementeringsstrategiene som er beskrevet så langt, kan kombineres. Forfatterne har EPOC-inndelingen av tiltak som ramme, og forstår en "mangefasettete implementeringsstrategi", der en kombinerer to eller flere aktiviteter på EPOC-listen. Gjennombruddsprosjekter er ett eksempel.

I sum er det plausibelt at mangefasettete implementeringsstrategier kan være mer effektive enn enkeltstrategier. De er likevel ikke alltid effektive, og de er ikke alltid mer effektive enn bestemte enkeltstrategier. Ingen kombinasjon av tiltak garanterer suksess. Vi har liten innsikt i hvilken kombinasjon av strategier som virker best i hvilke settinger. Å velge kombinasjon handler om å finne de tiltak som er mest skreddersydde sett opp mot hemmere og fremmere. og jo flere tiltak, desto mer kostbart.

Planlegging av implementering

Når en har funnet ut hva som skal innføres, er neste trinn å analysere dagens faktiske praksis og de problemene en støter på, og en analyse av målgruppen og settingen endringen skal skje i. Gjennom en slik analyse identifiserer en vanligvis en rekke påkrevde endringer og også flere måter en kan gjennomføre implementeringen på. På basis av analysen kan en velge ut og bygge opp implementeringsstrategier og tiltak, og lage en implementeringsplan. Planen kan ofte være fleksibel og mulig å justere, ut fra de erfaringer en gjør seg underveis.

De anbefalingene om planlegging som gis i dette kapitlet er vel og merke hovedsakelig basert på erfaring, ettersom det fins relativt lite forskning om planlegging av implementering.

Generelt vil følgende temaer være adressert i en implementeringsplan:

- Planen må være rettet mot de ulike trinnene i endringsprosessen: orientering, forståelse, aksept, endring og vedlikehold.
- Planen må gjelde ulike organisatoriske nivåer: toppnivå, institusjon/foretak, avdeling/team/praksisfellesskap, individuell behandler, pasient
- Alle tiltak skal ikke iverksettes på samme tid. Hvert tiltak kan splittes opp i del-tiltak. De må ha en logisk rekkefølge. Tidspunkter for evaluering må være med i milepælsplanen.
- Implementeringsaktivitetene bør være inkorporert i eksisterende programmer for opplæring og forbedring.
- Testing i småskala og justering må gjøres før bredning; men justeringer kan også gjøres etter bredning.
- Sett mål for endringene som er passelig ambisiøse men også konkrete og målbare. Monitorering med indikatorer må være et permanent tiltak .
- Støtt permanent endring gjennom å få lederes oppmerksomhet, involvere målgruppen, ha adekvat personale og budsjett, transparens rundt resultatene og god koordinering.

De fem fasene i implementering som er beskrevet over fortjener noe mer utdyping:

1. Orienteringsfase: Her blir interessentene oppmerksomme på, interesserte i og involverte i innovasjonen.
2. Innsiktsfase: I denne fasen oppnår interessentene innsikt i egne rutiner og bedre forståelse av innovasjonen.
3. Akseptfase: I akseptfasen utvikler interessentene en positiv holdning til og motivasjon for endring, og bestemmer seg for å gjennomføre endring.
4. Endringsfase: Interessentene gjør en faktisk innlemming av innovasjonen i egen praksis.
5. Vedlikeholdsfase: Den nye praksisen integreres i eksisterende rutiner, og blir en del av rutinene i organisasjonen.

Når en lager en implementeringsplan, så må hvert av disse fem trinnene få nok oppmerksomhet. En må bestemme et omfang for implementeringsaktivitetene i hver fase, der en tar høyde for hvilken innovasjon det er snakk om og hvilke problemer en vil støte på. Dersom det ikke allerede eksisterer en endringskultur, blir det å skape en slik kultur noe som vil kreve mye arbeid.

Strategien kan være rettet mot små grupper på to til tre personer der instruksjon og personlig kontakt er i sentrum, mellomstore grupper som eksempelvis en avdeling på et sykehus, eller store grupper, eksempelvis profesjonsforeninger og massemedia.

Aktuelle tiltak for den individuelle praktiker er ferdighetstrening, påminnere, tilbakemelding på egen praksis, kurs og selvstudier. I et team eller en avdeling er aktuelle tiltak å sette mål for gruppen, lage en prosedyre eller enighet om arbeidet som skal gjøres, etablere kvalitetsprosjekter med datainnsamling, forbedre den teknologiske infrastrukturen, benytte praksisbesøk og bruke sjekklister. For foretaket eller senteret er aktuelle tiltak lokale kurs, å bli enige om konsensus og prosedyre, å benytte opinionsledere og kvalitetsprosjekter og ha ledelsesstøtte. På systemnivå er aktuelle tiltak publisering i tidsskrifter, epostutsendelser, utvikling av informasjons- og opplæringsmateriell, finansielle insentiver, og reguleringer og støtte som fasiliterer infrastruktur.

Gode råd for planleggingen av aktiviteter:

- Det er viktig ikke å gjennomføre alle aktiviteter på en gang – dette vil overvelde målgruppen og organisasjonen. En må bestemme seg for en logisk rekkefølge .
- Del planen inn i flere godt organiserte og håndterbare komponenter som kan introduseres og evalueres hver for seg.
- Det kan være klokt å lage både en dissemingerings-plan og en implementeringsplan.
- De viktigste problemene, slik de kommer frem i en analyse av målgruppen og settingen, bør få mest oppmerksomhet.
- Regelmessig evaluering og tilbakemelding er viktig for å fange opp problemer, og for å kunne respondere på nye prioriteringer og behov i målgruppen. Det betyr at en må ha en plan for fortløpende evaluering helt fra starten.
- Implementering og endring tar tid - fremgang betyr gjerne “tre skritt frem og to tilbake”. Hold tempoet og momentet oppe likevel.
- Bygg implementeringen inn i eksisterende aktiviteter: utdanningsmøter, revisjoner og vante kommunikasjonskanaler.
- Sørg for at planen er fleksibel slik at den kan endres og skreddersys hele veien. Revider den jevnlig. Bruk Plan-Do-Study-Act-modellen.
- Kvantifiserte mål for gevinstene av implementeringen må ha være målbare og ha tidsfrister.

Forskning

Kapittel 20 og 21 beskriver bruk av randomiserte forsøk og observasjonsstudier innen rammen av et implementeringsprosjekt. Kapittel 22 beskriver prosessevaluering, og kapittel 23 økonomisk evaluering av implementeringsstrategier.

8. Hvordan implementere kunnskapsbasert praksis

Trisha Greenhalgh er en høyt respektert forsker og forfatter innen området kunnskapsbasert praksis. I boken “How to implement evidence-based practice” er flere kapitler relevante for implementering av samvalg og samvalgsverktøy. Forfatteren trekker på sitt omfattende og anerkjente arbeid med å oppsummere store, krevende og komplekse områder innen helse og helsetjenester, på sin teorivennlighet og på sin åpenhet overfor både kvantitative og kvalitative tilnærminger.

Les boken: <https://www.bokkilden.no/klinisk-medisin-og-indremedisin/how-to-implement-evidence-based-healthcare-trisha-greenhalgh/produkt.do?produktId=14669696>

Både samvalg og samvalgsverktøy er en del av kunnskapsbasert praksis - definert som at praksis i medisin og helsefag skal bygge på kunnskap fra forskning, fra pasient og fra behandler. I “kunnskap” fra pasienten ligger også kunnskap om pasientens personlige prioriteringer, ofte kalt “preferanser”.

Greenhalgh er kjent for å ha videreutviklet konseptet for forskningsbaserte oversikter, gjennom å ta inn flere forskningstyper og tradisjoner, og med det bidra til større innsikt i feltet oversikten handler om.

Anbefalingene og tolkningene i boken står for hennes regning. De er likevel med i denne oversikten fordi det er vanskelig å finne et bedre fugleperspektiv på feltet, med tyngde innen alle vesentlige empiriske og teoretiske fagfelter. Greenhalgh er både sosiolog og lege, og tydeliggjør i tråd med god sosiologisk teori sin egen posisjon. I gjennomgangen av implementeringsfeltet kritiserer hun flere av tilnærmingene som er med i denne oversikten, og foreslår alternativer.

Kapittel 3: Om folk

I en kjent systematisk oversikt Greenhalgh som hadde ansvar for – om innovasjoner i helsetjenesten – stod konklusjonen som er hennes mest siterte noensinne:

People are not passive recipients of innovations. Rather (and to a greater or lesser extent in different persons), they seek innovations, experiment with them, evaluate them, find (or fail to find) meaning in them, develop feelings (positive or negative) about them, challenge them, worry about them, complain about them, ‘work around’ them, gain experience with them, modify them to fit particular tasks, and try to improve or redesign them – often through dialogue with other users.

Hun er kritisk til bruk av ordet “atferd” i forskning om å endre klinisk praksis, og likeledes kritisk til å la behaviorisme, med sitt fokus på stimulus og respons, være rammeverk for implementering. Folk er annerledes enn dyr, og kan ikke bare sammenlignes med Pavlovs hunder.

De rådende, hvorav noen gode, teorier

Dette er vanlige og alternative tilnærminger til implementering:

- *Rask og langsom tenkning* - som Daniel Kahneman utforsket og ble belønnet med nobelprisen for. Mens rask tenkning er intuitiv, metaforisk og uten anstrengelser, er langsom tenkning logisk og omstendelig, og krever vilje og anstrengelse. De fleste trinnvise oppskrifter på kunnskapsbasert praksis, og muligvis hele retningslinje-industrien, forutsetter langsom tenkning. Dette er problematisk, ettersom rask tenkning dominerer klinisk praksis.

Paradoksalt nok er raske beslutninger vist å kunne være mer presise enn de som er basert på langsom tenkning. Når hjernen tenker raskt, siler den ut det som virker mest nyttig i flommen av informasjon. I møte med en forvirrende situasjon leter vi etter mening. Ofte må vi handle fort. Etter at vi har lært noe, gjør hjernen en vurdering av hva vi trenger å huske og på hvilken måte.

- *Teorien om planlagt atferd* - planned behaviour. Dette er en av de mest brukte teoriene innen implementeringsvitenskap. Hvis folk ser på en foreslått atferd som noe positivt, og hvis de tenker at personer som er viktige for de ønsker at de handler på en foreslått måte, så øker motivasjonen for atferden, gitt at ytre hindere for atferden fjernes. Denne teorien er senere bekreftet i hundrevis av studier. Dessverre forklarer den bare en viss del av menneskers atferd, anslagsvis 20 til 40 prosent. Årsaken til den lave forklaringsverdien er at teorien overser det ubevisste og irrasjonelle i folk, følelser og vaner. Greenhalgh tar med denne teorien fordi den av så mange ses på som en form for evangelium.
- *Domener for læring*: kunnskap, ferdigheter og holdninger. Denne inndelingen av læringsdomener kommer fra Benjamin Bloom. Kunnskap, forståelse og mentale ferdigheter er kognitive, en annen gruppe ferdigheter er psykomotoriske, og holdninger og følelser er affektive. Det kognitive området inkluderer også evnen til å applisere kunnskap, og til å analysere, syntetisere og evaluere. På denne bakgrunnen poengterer Greenhalgh at undervisning og opplæring må få de som undervises til å *bry seg om* emnet, være *motiverte* til å gjøre noe, og ha mulighet for å *øve* på ferdigheter.
- David Kolbs teori om *læring hos voksne*. Teorien har gitt opphav til forskning der utgangspunktet er at voksne er motiverte for å lære, og at de ønsker å lære noe som er nyttig, praktisk og relevant, og kanskje viktigst av alt: noe som de umiddelbart kan bruke i arbeidsdagen eller ellers i livet. En læringssyklus består av fire faser: Først møte en ny situasjon, så tenke over den, dernest få en ny idé, eller tanke om modisering, og så tilslutt anvende den nye tanken i praksis. Denne syklusen går raskere dersom den som lærer har mulighet til å diskutere med andre, mener Greenhalgh, som har modifisert teorien.
- *Sosial læringsteori*. Ifølge denne teorien vil folk i større grad endre atferd dersom de kan observere og imitere det andre gjør, får demonstrert ny praksis, opplever å kunne utvikle sine evner og

oppleve trygghet i å sette nye ferdigheter ut i live, og får støtte fra omgivelsene i å bruke de nye ferdighetene. Fem prinsipper kan utledes av dette perspektivet:

1. Finn rollemodeller og la de som lærer bli omfattende eksponert for det rollemodellene gjør.
2. Gi hands-on opplæring, helst i grupper, slik at deltakerne får den nødvendige kunnskapen, og ferdigheter, og trygghet i å anvende kunnskapen også når de ikke blir fulgt med på.
3. Sørg for at deltakerne vet om alt det positive som vil skje dersom de endrer atferd.
4. Anerkjenn at det finnes et gjensidig samvirke mellom personen og miljøet - skal du få frem det beste i hver person kan du måtte endre miljøet.
5. Sørg for incentiver og belønninger for å forsterke ønsket atferd.

Greenhalgh advarer mot å gå på «fisketur» i denne helhetlige teorien og bare benytte deler av den. Et vanlig eksempel er at en i mye av forskningen har brukt klinikerens opplevelse av mestringsevne (self-efficacy) som det primære utfallsmålet, i stedet for å måle hva klinikere faktisk gjør.

- *Dynamiske (trinn-) endringsteorier.* En vanlig tilnærming til røykeslutt er å se den som en serie trinn: tiden før en tenker på å slutte, tiden der en tenker på å slutte, forberedelser til å slutte, selve det å slutte og så til slutt at en ikke begynner på igjen.

Det fins lite empirisk belegg for slike trinn-teorier. Richard Grol og andre har kommet opp med et delvis nytt forslag:

1. En person blir klar over og interessert i en ny tilnærming.
2. Hen forstår innovasjonen og også hva som er begrensningene i egen, nåværende praksis.
3. Hen utvikler en positiv holdning til endring, og er bestemt på å gjennomføre en endring.
4. Hen endrer atferd og får verdien av endringen bekreftet.
5. Hen jobber for å bygge den nye praksisen inn i personlige og organisatoriske rutiner.

Ingen har så langt testet denne tilnærmingen for en kompleks intervensjon, som samvalg eller samvalgsverktøy, i praksis.

Mer om teorier for å endre praksis

For forskning på retningslinjefeltet, som er relevant også for samvalg og samvalgsverktøy, eksisterer minst 83 relevante teorier om atferdsendring. Hun går kort gjennom og er kritisk til flere av teoriene.

Dernest går hun gjennom EPOC. To hovedkonklusjoner herfra – at påminnelser og tilbakemeldinger kan gi små men positive effekter – mener hun må ses i lys av at de som deltok i studiene ikke var alle klinikerne som ble invitert, men kun de som sa ja til å bli med. Hun mistenker også at mange studier som viste ingen, eller negative effekter, aldri ble publisert. Med skreddersøm til konteksten, ville effektene kunne bli både moderate og store. Men også denne tilnærmingen er behaviorisme.

Hun går gjennom tiltak som bygger på incentiver - eksempelvis å betale eller straffe klinikere som følger eller ikke følger en bestemt praksis. -Husk de negative konsekvensene en ikke forutså, og ofte ikke måler, avslutter hun denne bolken med.

Hun tar også for seg bedside-læring – og konstaterer at dette fortsatt er en “evidens-fri sone”.

Ti tips for å påvirke andres atferd

Ut fra dette fugleperspektivet rundt teorier og forskning, har hun ti tips å komme med:

1. Anerkjenn at folk engasjerer seg i nye ideer, praksiser og teknologier på en mangfoldig, kompleks og kreativ måte. Folk er ikke blanke ark.
2. Anerkjenn raske måter å tenke på. Dersom du ønsker å påvirke andre men antar at folk vil ta inn all informasjonen de har fått og ta rasjonelle beslutninger ut fra den, så har du oversett noe vesentlig i hvordan folk tenker.
3. Kjenn dine egne, nedarvede forvrengninger av virkeligheten - som hjalp våre forfedre til å overleve - bias. Listen er lang - se for eksempel https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_cognitive_biases
4. Ikke vær en lemen - tenk grundig gjennom det teoretiske grunnlaget du vil bruke i implementeringen. Pass på at det du velger ikke var det du lærte om eller leste om sist, men noe som er godt egnet.
5. Bli kjent med læringsteorier. Jo mer du kan, desto lettere blir det å unngå tre kardinalsnynder: "snakk og tegn", gi for mange detaljer, og vurdering kun av hvor mye noen husker.
6. Tenk på atferdsendring som noe som skjer trinnvis og i stadier. Skreddersy tilnærmingene ut fra det stadiet målpersonen er i. Velg den teorien som passer best med konteksten.
7. Tenk på hvordan atferd påvirkes på ulike nivåer - for eksempel individ, sosialt og i organisasjonen. Også her er det flere teorier å velge mellom.
8. Skill "hemmere og fremmere" fra forklaringer. Vi trenger færre faktor-analyser (determinant-analyser) og flere forklarende narrativer.
9. EPOC-studiene har trolig vært strippet for kontekst, som var bestemmende for resultatet. Husk denne begrensningen ved slike eksperimentelle forsøk.
10. Bygg mer kapasitet. Skal forskning bli brukt i praksis, så må ansatte få mulighet til å utvikle seg og vinne kompetanse. Et slikt arbeid involverer også ledere og organisasjonen.

Kapittel 8: Teknologi

Kapitlet handler om teknologier som inneholder forskningsbasert kunnskap ("evidence") og/eller som bistår oss i å benytte forskningsbasert kunnskap. I praksis betyr dette apper, beslutningsstøttesystemer og lignende - herunder også samvalgsverktøy.

Greenhalgh starter med å punktere en vanlig myte: at det å introdusere teknologi skulle resultere i et bestemt utfall med noen som helst sannsynlighet. Teknologi er noe annet enn legemidler - der en med en viss sikkerhet kan vite om og i hvilken grad noe vil virke. Teknologier er heller ikke plug-and-play, men virker via nettverk, andre teknologier, rom og steder som utgjør våre liv - de har sosial mening. En mengde antakelser og forutsetninger er allerede innebygd i det øyeblikk klinikerer legger data inn i et beslutningsstøttesystem.

Teknologier kan være en kognitiv og praktisk belastning, de fryser, krasjer og har bugs, i tillegg til problemer som oppstår rundt interoperabilitet med andre systemer, og ofte manglende fleksibilitet. Enhver ny teknologi krever tallrike endringer hos brukeren - både de subtile og de ikke fullt så subtile. Og de har utilsiktede konsekvenser. Potensialet er kjempestort - men det krever arbeid og ressurser å implementere ny teknologi.

Et av de områdene som vokser raskest innen e-helseforskning er apper som støtter pasienter i selv å håndtere kronisk sykdom. De dokumenterte effektene av slike apper er så langt begrensede og resultatene ikke udelt positive. Men viktigere: Selv de beste er ikke bare kanaler for formidling av forskningsbasert kunnskap, men også gjennomsyret av kultur - innebygde antakelser, normer og samtaler som reflekterer den sosiale konteksten de ble til i. Og med det inneholder de også antakelser om hva som er viktig for oss, hvilke valg vi ønsker å ta, hvilke forutsetninger vi har og hvordan vi vil handle. Antagelsene kan, ikke overraskende, være gale. Mennesker er bare delvis rasjonelle og at en app er tilgjengelig betyr ikke at målgruppen vil bruke den.

Greenhalgh anbefaler at når en vurderer apper så må en undersøke om den forskningsbaserte kunnskapen i appen holder mål, om den er lett å anvende, om brukere var involvert i utviklingen, og om de antakelser om pasienter og legers opptreden som ligger innebygd i appen, stemmer. Hvilke ferdigheter trenger fagpersonene som skal bruke appen?

Hvorfor motsetter pasienter seg ny teknologi?

Entusiaster innen kunnskapsbasert praksis som utvikler nye teknologier ender ofte opp med å måtte spørre seg hvorfor pasienter ikke delte entusiasmen. Greenhalgh viser til et grundig gjennomført prosjekt som endte med at nær ingen i målgruppen brukte en personlig web-portal for astmapasienter. Når forfatterne i etterkant oppsummerte hva de hadde lært konkluderte de med at brukere må oppleve å ha behov for assistanse med en oppgave, og ikke minst må fordelene ved å bruke applikasjonen være større enn kostnadene, inkludert tiden som må til. Denne *relative fordel* er det til syvende og sist brukerne som er eiere av.

Selvhjelps-apper er ofte sentrert rundt en typisk, idealisert, stereotyp pasient og er orientert mot å støtte og monitorere de mer biomedisinske aspektene ved å mestre sykdommen. En opplevelse av å ha fått god hjelp blir ikke nødvendigvis resultatet, å tross av mye tid og innsats. Greenhalgh konkluderer med når en utvikler apper så kan bruk av spillteknologi og deltakelse fra kommersielle krefter som vet hvordan en gjør spill morsomme og "avhengighetsskapende" være mer hjelpsomt enn randomiserte forsøk.

Hvorfor motsetter klinikere seg ny teknologi?

Mange (sannsynligvis de fleste) teknologier feiler fordi klinikere ganske enkelt ikke tar de i bruk, eller slutter å bruke applikasjonene. Greenhalgh viser til en systematisk oversikt som konkluderte med at når klinikere motsetter seg nye teknologier, også de som skal brukes i pasientmøtet, så har det to hovedgrunner: tvil rundt kvaliteten på den forskningsbaserte kunnskapen i teknologiene, og at de er ute av stand til å integrere verktøyene i sine arbeidsprosesser. Konklusjonene samsvarer godt med den mer omfattende litteraturen om å introdusere IKT i organisasjoner.

Hun anbefaler blant annet at utvikling og tilpasning av arbeidsprosesser skjer side om side med utviklingen, introduksjonen og tilpasningen av ny teknologi. Oppgavene som applikasjonen krever av brukeren må være absolutt essensielle, og de må være klart definert. Ansatte må være involvert i å utforme de oppgavene de skal gjøre. Maktsystemene må tas i betraktning og møtes. Å introdusere nye teknologier er en *sosial prosess* som handler om tankesett, verdier og engasjement, og det er en *evolusjonsmessig prosess* - noe nytt skal vokse frem. Videre er innføring av ny teknologi en *politisk prosess* ettersom den også handler om makt.

Implementering av nye verktøy er å endre maktforhold. Og motstanden ligger oftest mest i det politiske. I tillegg vil applikasjoner ofte være rettet mot typiske arbeidsprosesser, og dette kan være et for spinkelt grunnlag. -Skal den elendige suksessraten for IKT i helsetjenesten rettes opp, skriver hun, (...) så må prosessen med å støtte ansatte i å utforme nye arbeidsprosesser gå hånd i hånd med å forbedre og tilpasse den nye teknologien slik at den blir mindre plundrete.

Et slikt parallell-løp er en sosial og kreativ prosess.

Som eksempel trekker hun frem “trygg legemiddelbruk, et prosjekt utført etter alle kunstens regler som endte med doblet dødelighet blant barna det var ment å komme til gode. Årsaken var feilaktige antakelser innebygd i systemet, at utviklerne i for liten grad tok høyde for kritisk viktige deler av arbeidsflyten, og hvor tregt systemet var.

Greenhalgh var ansvarlig for å evaluere det enorme, britiske IT-programmet, som ble en verdenskjent fiasko. Her var det mye å lære, blant annet at interessenter tilhører seks ulike verdener, alle med ulikt syn på teknologien: en politisk, en klinisk, en pasient-, en teknologisk, en kommersiell og en regulatorisk/juridisk verden. En annen lærdom var at teknologier skal vokse frem, ikke bygges. En tredje at en ikke kan bestille kreativitet. Og mange andre.

Tips for å bruke teknologier til å støtte kunnskapsbasert praksis:

1. Bli klar over hvor du selv ligger på skalaen for teknologi-frelste.
2. Dersom du tror at det å introdusere ny teknologi vil få folk til å opptre på en bestemt måte, så er du en naiv teknologi-determinist og en fare for ethvert forsøk på å få til endring. Teknologi er en støtte for endring, ikke en driver.
3. Finn ut hva det å leve med sykdom betyr for faktiske pasienter - det kan være noe helt annet enn hva en skulle tro ut fra lærebok-pasienten.
4. Randomiserte forsøk forteller deg ikke om en bestemt versjon av en teknologi vil virke positivt inn på en bestemt indikator i en bestemt setting i en bestemt tidsperiode.
5. Studer organisasjonsprosessene – i detalj. Verden er rotete og de måter folk jobber på for å *komme rundt* ting kan være spesielt lærerikt.
6. Trekk inn en antropolog og lær om etnografi.
7. Ikke spesifiser for mye rundt bruken - la de i fronten jobbe kreativt slik at de tilpasser prosesser og introduserer teknologier på sin måte. Vær forberedt på maktkamper.

Ti tips - og fem til som bonus

De fleste kapitlene i utgivelsen ender med ti tips, slik vi så det i kapitlene om folk og om teknologi. Alle kapitlene anbefales – de er lettleste, fyndige, svært godt begrunnet, og morsomme. Her er tipsene fra kapittel 4 og 5:

Ti tips for å lede og fasilitere team:

1. Ikke lag for store grupper - over 20 til 30 er for mye.
2. Gi tilstrekkelig rom, tid, ressurser og pauser.
3. Velg lederstil i tråd med settingen teamet jobber i.
4. Ta ledelsen uansett hvilken stil du velger - det er bedre enn ingen ledelse. Velg teamet, formuler oppgaven, støtt læring og driv gjennom endringsprosessen.
5. Enten du velger folk til teamet formelt eller uformelt, så sørg for at alle vet *hvorfor* de ble plukket ut. Da engasjerer de seg mer i gruppeprosessen.
6. Klargjør målene ad modum SMART, og bestem hvordan dere vil måle gevinster. Verktøy og teknikker står i appendix A i boken.
7. Finn ut hvem du har å gjøre med, eksempelvis med PARIHS-rammeverket, som også står i Appendix A. Hvor befinner målgruppene seg på denne skalaen og hva betyr dette for hvordan du skal gå frem?
8. Folk er like viktig som oppgaver. Har alle klarhet rundt sin rolle, og vet alle hva som forventes? Stoler de på hverandre? Har de hatt tid til å bli kjent med hverandre?
9. Gi masser av tilbakemelding – på en slik måte at folk føler seg verdsatt og slik at “team spirit” råder i gruppen. Gi ros og takk.
10. Bruk lærings sirkler på tre nivåer: “Hvordan skiller det vi gjør seg fra hva vi nå skal gjøre, og hvordan kan vi forbedre oss”, er bare det første nivået. Gå også inn i systemfaktorene og i hvordan teamet lærer.

Fem tips for å støtte introduksjonen av en ny innovasjon i organisasjonen

1. Ansatte uten en lederrolle på høyt nivå kan ha bare små muligheter til å påvirke hvordan organisasjonen opererer. Tipsene under er beregnet på slike ledere.
2. Vurder nøye om det er snakk om riktig innovasjon til riktig tid. Passer den med målene, og hva er implikasjonene for organisasjonen, avdelingen og de ansatte? Er budsjettet tilstrekkelig?
3. Bruk SMART-mål og gi en navngitt ansatt ansvaret for hvert mål. Mål fremgang, men ikke for mye - se Appendix A for hva og hvordan måle. Husk samtidig at fleksibilitet fremmer innovasjon mer enn stive regler.
4. Vis at du verdsetter, og støtt, diskusjoner om den nye innovasjonen. Bekymringer må få sjansen til å møte argumenter som taler for. Støtt opprettelsen av nettverk der folk kan utveksle ideer.
5. Bruk prosess-kart (igjen, Appendix A), for å få tak i hva som er gjeldende rutine, og tilpass den nye praksisen til rutinene, slik at den har sjans til å overleve etter prosjektperioden.

Oppmuntre også til kontakt utenfor organisasjonen - når ansatte i frontlinjene kan snakke med andre kan endringene gå raskere.

Kapittel 1 inneholder ti tips om å formidle forskning, som inngår både i samvalg og samvalgsverktøy, og ti tips om hvordan mobilisere massemedia.

I kapittel 7 tar hun for seg hvordan klinisk praksis kan bli bedre. Vi må lage, pilotere og gjøre tilgjengelig like mange samvalgsverktøy som det fins et forskningsgrunnlag for, skriver hun. Verktøyene må være mer individualiserte slik at de bedre reflekterer det unike for den enkelte pasient, og de må ta høyde for den komplekse, sosiale prosessen som team-basert beslutningstaking er. De må også ta høyde for det intuitive aspektet ved klinisk erfaring.

9. Flere ressurser

Håndbok i implementering

<https://www.ebooks.com/en-us/book/210038708/handbook-on-implementation-science/per-nilsen/>

Boken ble utgitt i 2020 og er på godt over 500 sider. En stor del handler om å drive forskning på implementeringsfeltet.

Engelskspråklig kurs i implementering

<https://thecenterforimplementation.teachable.com/courses/inspiring-change/lectures/23900891>

Etter å ha registrert seg - som er enkelt, får en tilgang til to gratis kurs. Det ene, kalt "Inspiring change 2.0", gir et fugleperspektiv.

Det europeiske implementerings-samarbeidet

<https://implementation.eu/resources/>

I denne oversikten har vi summert noe av arbeidet herfra, men nettsiden har langt flere ressurser.

Det amerikanske nettverket for implementeringsforskning

<https://nirn.fpg.unc.edu/national-implementation-research-network>

Som over.

10. Enkeltanbefalinger og koder

Kodene som står foran hver enkelt anbefaling er brukt i Delstrategi for innføring av samvalg i Helse Sør-Øst.

Kapittel 1: Development of a program theory for shared decision-making: a realist synthesis.

R1 Behandleren og pasienten må begge være klar over og bevisste på behovet for en beslutning.

R2 Dersom en diagnose er kompleks og krever mye utveksling av informasjon, så vil behandleren oftere erkjenne at pasienten må være involvert, og engasjerer seg i samvalg.

R3 Behandler og pasient må begge ønske seg og være villige til å engasjere seg i samvalg.

R4 Pasienten og behandlerens syn på hverandre spiller inn. I dette ligger behandlerens oppfatning av pasientens forutsetninger og kapasitet, og pasientens oppfatning av hvor mye kunnskap og erfaring behandleren har rundt den aktuelle sykdommen.

R5 Dersom helsepersonell har gått gjennom egnet opplæring i foretaket eller ellers, så vil de være i stand til å justere samvalgs-tilnærmingen sin i tråd med pasientens forutsetninger, noe som igjen gjør at de engasjerer seg mer i samvalg.

R6 Dersom pasienten fremstår som svært engstelig, så kan helsepersonell forstå det slik at pasienten ikke har kapasitet til å delta i samvalg, noe som gjør at de engasjerer seg mindre i samvalg.
<i>R7 Behandlerens oppfatning av hvor mye tid som er tilgjengelig, og hvor mye tid som trengs for å gjennomføre samvalg.</i> Pasienten kan oppleve at det haster å ta en beslutning.
R8 Dersom helsepersonell opplever at de har støtte innad i organisasjonen til å gi pasienter den tiden de trenger for samvalg, så vil helsepersonell og pasient engasjere seg mer i samvalg.
R9 Dersom helsepersonell arbeider innenfor et stykkprissystem, der adekvat tid til samvalgs-konsultasjonene ikke er lagt inn i timelisten, samtidig som helsepersonellet opplever at samvalg øker lengden på konsultasjonene, så kan helsepersonellet velge å bruke mindre tid på pasienten, noe som igjen gir mindre engasjement i samvalg.
R10 Dersom helsepersonell opplever at en beslutning må tas med en gang, kan de velge å la være å involvere pasienten, ettersom det ikke er tid til å innhente pasientens mening. Et eksempel er akutte, livstruende tilstander. Behandleren vil her i mindre grad engasjere seg i samvalg, noe som igjen gir pasienten mindre mulighet til å engasjere seg.
R11 Dersom helsepersonell opplever at det ikke er nok fleksibilitet innenfor dagsprogrammet sitt, kan de velge å la være å involvere pasienten, eller involvere på en inadekvat måte.
<i>R12 Engstelse hos pasienten både før og under konsultasjonen.</i> Engstelsen kan gjelde diagnosen, beslutningsprosessen eller forhold utenfor dette. Mulige mekanismer:
R13 En middels vanskelig beslutning kan gi en moderat sterkere angst som så igjen gjør at pasienten engasjerer seg mer i samvalg.
R14 Når helsepersonell har fått støtte til å utvikle ferdigheter i samvalg, vil de kunne oppleve mindre angst rundt og derfor engasjere seg mer i samvalg.
R15 Dersom behandleren opplever at pasienten har mye angst, vil hen ensidig kunne bestemme seg for at det ikke er bra å engasjere seg i samvalg.
R16 Dersom pasienten står i en vanskelig beslutning, kan hen oppleve en lammende angst som gjør at pasienten ikke engasjerer seg i samvalg.
<i>R17 Pasienten og legens opplevelse av egen evne til å innhente støtte og informasjon utenfra.</i> Eksempler som gjelder pasienten er støttegrupper, familie og venner, og internettkilder. Kilder som gjelder behandleren er eksempelvis kolleger og internettressurser.
R18 Dersom helsepersonell opplever at det systemet de arbeider innenfor tilbyr støtte for samvalgsprosessen er det mer sannsynlig at de engasjerer seg i samvalg.
R19 Dersom pasienter opplever at de har annen støtte enn behandleren opplever de mindre engstelse og mer selvtillit, og engasjerer seg i samvalg.
R20 Dersom behandleren strever med en kompleks diagnose og ikke opplever å ha tilgang til støtte som eksempelvis tidsskriftsartikler, vil de sannsynligvis kjenne på lav selvtillit rundt samvalg og engasjere seg mindre i samvalg.
<i>R21 Pasienten og behandlerens selvtillit rundt å delta i samvalg.</i> Helsepersonell trenger selvtillit rundt det å kunne kommunisere kunnskap og ekspertise til pasienten. Pasienten trenger tro på egne evner til å kunne følge opp behandlingen som blir valgt. Om foretaket gir tilstrekkelig støtte for samvalgsprosessen, vil påvirke denne faktoren.
R22 Når pasienter er i stand til å uttrykke sine personlige prioriteringer innenfor en samvalgsprosess, så opplever de større selvtillit rundt evnen til å delta i samvalg, noe som gir økt engasjement i samvalg
R23 Dersom behandler eller pasient ikke mener de er i stand til å delta i samvalg, så vil de unngå å forsøke å engasjere seg.

R24 Systemstøtte, inkludert samvalgsverktøy, strategier som gjelder i foretaket, opplæring, økonomisk og administrativ støtte. Et eksempel er å gi ekstra tid til konsultasjoner der det tas viktige beslutninger.

R25 Pasientens tillit til behandleren, som person og som fagperson, og behandlerens tillit til at pasienten kan følge opp den behandlingen.

R26 Dersom pasienten stoler på en behandler hun/han kjenner fra før, og/eller behandleren stoler på pasienten, så vil de engasjere seg i samvalg.

R27 Hvis behandleren opplever at pasienten stoler på henne/ham, så vil han/hun engasjere seg i samvalg.

R28 Syn på verden: Pasientens oppfatninger kan være i tråd med eller i strid med en biomedisinsk definisjon av helsetjenester. Religion og kultur spiller inn - forestillinger, vaner, verdier, moral og forståelse.

R29 Dersom behandleren er villig til å akseptere og integrere pasientens syn på den biomedisinske modellen i behandlingsoalternativene, så vil pasienten oftere engasjere seg i samvalg.

R30 Hvor vanskelig og kompleks pasient og behandler opplever at beslutningen er. Erfaring kan påvirke denne opplevelsen.

R31 Om pasient og behandler kjenner hverandre fra før og i så fall hvor lenge, og hvor god denne relasjonen er. Når det har vært en relasjon, kan pasient eller lege også ha antagelser basert på relasjonen som har vært.

R32 I beskrivelsen av teorier som var hjelpsomme, trekker forfatterne frem *Følelse av å ha rett-teorien* (feeling of rightness). En person med "en følelse av å ha rett" har en sterk intuisjon rundt det å ha rett - eksempelvis hvilken spesifikk behandling som vil passe best. Resultatet er at denne personen ikke lenger søker etter svar, eller tenker alternativt.

Kapittel 2: NICE Guideline: Shared decision-making

Å GJØRE SAMVALG TIL ETABLERT RUTINEAKTIVITET I FORETAKET

Toppledelsen

N31 Utpek en i toppledelsen til å måtte svare for og være ansvarlig for å bygge inn samvalg i hele foretaket, uansett størrelse. Dette bør fortrinnsvis være en person i Styret.

N32 Vurder å peke ut en pasientdirektør, med pasientbakgrunn, som jobber sammen med toppleren, som er ansvarlig for å gi en sterk profil for brukerstemmen i planlegging, innføring og måling av samvalg, spesielt for grupper som lett faller utenom

N33 Utpek en eller flere erfarne helsepersonell til å arbeide sammen med toppler og pasientdirektør, med rollen som *champion* i foretaket.

N34 Finn champions til å jobbe sammen med toppler, pasientdirektør og faglige opinionsledere rundt samvalg.

Å planlegge innføring av samvalg – lage en plan

N35 Spor opp:

- a. Eksisterende god praksis i avdelinger eller team der samvalg allerede er rutine. Bruk deres erfaring.

- a. De avdelinger eller team der samvalg vil være lettest å innføre. Fortsett med dette utigjennom hele foretaket.

- b. Nøkkelpersonell og brukere som kan læres opp til å bli samvalgs-veiledere, og hvilken del av foretaket som skal være ansvarlig for opplæringen (Train the trainers).

N36 Gå gjennom hvordan informasjonssystemene kan understøtte samvalg, eksempelvis gjennom å:

Kapittel 2: NICE Guideline: Shared decision-making

- gi enkel tilgang til samvalgsverktøy, eller informasjon om risikoer, fordeler og ulemper ved alternativer, til bruk i diskusjoner med helsepersonell.

- kunne vise brukerens tidligere beslutninger og personlige prioriteringer, og annen informasjon fra tidligere diskusjoner, eksempelvis gjennom opptegnelser som er tilgjengelige for personen.

N37 Beskriv i planen hvordan brukere vil bli involvert i å støtte innføringen av samvalg.

N38 Planlegg intern og ekstern monitorering og evaluering, inkludert tilbakemeldinger til brukere og ansatte. Beskriv hvordan resultatene skal presenteres for ansatte både på individnivå, i teamet, og på ledelsesnivå.

N39 Etabler et støtte-nettverk innad i foretaket for veiledere som skal lære opp andre, og for helsepersonell. Vurder å ta med folk fra kommunehelsetjenesten og fra andre deler av regionen.

Å dele informasjon

N40. Sikre at ekspertise og informasjon kan deles effektivt både innad i og mellom foretak, slik at helsepersonell kan gi pasienter samsvarende informasjon.

Å støtte helsepersonells ferdigheter og kompetanse

N41. Foretaket bør sikre at kunnskap, ferdigheter og trygghet i å støtte samvalg er med i opplæring av nyansatte, i utdanning og i videreutdanning av alt helsepersonell. I det ligger også tilgang til klinisk veiledning.

N42. Sørg for at opplæring og egenutvikling for helsepersonell på området samvalg inkluderer følgende:

- å oppmuntre personer til å snakke om hva som er viktig for dem
- å forstå prinsippene som understøtter samvalg i tråd med en kunnskapsbasert modell, eksempelvis three talk-modellen eller seks steg til samvalg
- å kunne kommunisere med personer på måter de forstår, med klart språk uten sjargong og der en forklarer tekniske uttrykk
- å dele og diskutere den informasjonen personer trenger for å kunne ta informerte beslutninger, og forvise seg om at de forstår alle de valgalternativer som er tilgjengelige for dem, inkludert det å la være å gjøre noe, eller det ikke å endre noe i det opplegget en nå følger
- å kommunisere med og involvere familiemedlemmer, venner, omsorgspersoner, talspersoner eller andre som personen velger å ta med
- å bruke samvalgsverktøy

N43. Sørg for at det champions kan være med på workshops av train-the-trainer-typen, der helsepersonell, og eventuelt brukere, læres opp i å lære opp andre. Dette gjelder i de deler av foretaket der samvalg rulles ut.

N44. Sørg for at opplæringen er praktisk – et eksempel er rollespill – heller enn rent teoretisk. Praktiske øvelser gjør det mulig for helsepersonell å praktisere de evner som er nødvendige for samvalg.

Å promotere samvalg overfor brukerne

N45. Foretaket bør aktivt promotere samvalg overfor de som bruker tjenestene, eksempelvis gjennom å tilby opplæring, og ved å bruke postere og andre typer media som nettsider og innkallinger. Promoteringen bør bestå i å oppfordre personene til å spørre spørsmål slik som: Hvilke alternativer har jeg?

Hva er mulige fordeler og ulemper ved alternativene? Hvordan kan vi sammen komme frem til en beslutning som er riktig for meg?

Å INNFØRE SAMVALG I PRAKSIS

Generelt

N46 Understøtt samvalg gjennom å tilby ulike tiltak på ulike trinn i pasientforløpet, inkludert før, under og etter samtalene med behandlere, slik at pasienter er fullt involvert gjennom hele forløpet.

Kapittel 2: NICE Guideline: Shared decision-making

N47 Skreddersy de metoder som brukes for å understøtte samvalg opp mot den settingen og den konteksten beslutningen tas i, inkludert om diskusjonen skjer ved fysisk tilstedeværelse eller som fjernkonsultasjon gjennom video eller telefon.

N48 Spør om personen ønsker å involvere familiemedlemmer, venner, omsorgspersoner eller talspersoner - men vær obs på vergemål. Hvis ja, så inkluder disse som en måte å hjelpe personen til å:

- ta aktivt del i diskusjonen
- forklare hva som er viktig for hen/hun/ham
- ta beslutninger om helsehjelp
- huske informasjon som blir gitt under konsultasjonen
- Når informasjon blir formidlet og andre ressurser anbefalt:
- Bruk kun pålitelige kilder av høy kvalitet. (Retningslinjen viser her til informasjon som er godkjent av av NICE og britiske NHS, og til kvalitetssikrede samvalgsverktøy)
- Ta i betraktning universell tilgjengelighet (og kravet om å møte en britisk standard for informasjon).

Før samtalen med behandler

N49 Gi personen tilgang til ressurser i det formatet de foretrekker - det være seg et hefte, flygeblad eller app - i forkant av samtalen. Ressursene skal være hjelp til å forberede seg til å diskutere valgalternativene og ta et samvalg. De bør oppmuntre personene til å tenke gjennom:

- hva som er viktig for de
- hva de håper vil skje som følge av samtalen
- hvilke spørsmål de gjerne vil stille

Tilby å få i stand ekstra støtte for personer som vil synes det er vanskelig med samvalg, spesielt dersom de ikke har, eller ikke ønsker, støtte fra familiemedlemmer, en venn eller en omsorgsperson. Den ekstra støtten kan komme fra en sykepleier, en sosialarbeider, tolk eller frivillig, eksempelvis en "talsperson eller likemann" (eng. "advocate"), som hjelper de til å forstå ressursene de har fått anbefalt

- oppmuntrer personen til aktivt å være med og ta beslutningen
- forsikrer dem om at samvalg vil være understøttet av helsepersonellet de møter

I løpet av samtalen

N50 Bli enige om en agenda i begynnelsen av hver samtale der dere sammen prioriterer hva som skal diskuteres. Fortell hvor lenge samtalen vil vare.

Forsikre deg om at personen forstår at de kan delta så fullt ut som de ønsker, i beslutningene om helsehjelp og omsorg.

Ved diskusjoner om tester, behandlinger og andre tiltak: Forsikre deg om at diskusjonen skjer på en slik måte at den oppmuntrer folk til å tenke gjennom hva som er viktig for de, og til å uttrykke sine behov og personlige preferanser.

Ved diskusjon av tester, behandlinger og helsetjenester:

Forklar hva som er det helsemessige formålet med hvert valgalternativ, og diskuter hvordan dette passer med personens prioriteringer, og med personens kortsiktige mål og med overordnede mål i livet.

Få klarhet i hva personen ønsker å oppnå fra en behandling eller annet tiltak, og diskuter eventuelle misoppfatninger.

Sett av nok tid til å svare på spørsmål, og spør om personen kunne tenke seg en ekstra mulighet til å diskutere valgalternativene.

Støtt personen når de vurderer valgalternativene, gjennom å:

Gi informasjon i porsjoner som personen kan håndtere ("chunk and check").

Sjekk om de forstår informasjonen - for eksempel gjennom "tilbakeundervisnings-teknikken".

Disse to metodene er beskrevet nederst i retningslinjen.

Kapittel 2: NICE Guideline: Shared decision-making

Diskuter hva som er viktig for pasienten i lys av den informasjonen som er gitt og forviss deg om at beslutningen samsvarer med det.

Gi personene, og eventuelt deres familiemedlemmer, venner og omsorgspersoner, den tiden de trenger til å ta beslutninger om tester, behandlinger og intervensjoner.

Aksepter og anerkjenn at folk kan ha ulike syn på hvordan de vektet risikoer, fordeler og konsekvenser av behandlinger, og at disse vektingene kan være forskjellige fra de som behandlere har.

Ta en felles beslutning eller lag en felles plan om behandling eller omsorg, og bli enige om når dere skal gjøre en ny vurdering av dette.

Mot slutten av samtalen er det viktig å klart formulere hvilke beslutninger som er tatt, dette for å forsikre seg om at det er en felles forståelse mellom personen og helsepersonellet om hva de har blitt enige om, hva som nå vil skje, hva tidsperspektivet er, og når en vil gjøre en ny vurdering av dette.

Forklar til personen at de kan gjøre en ny vurdering tidligere hvis de ønsker, og at de kan ombestemme seg når som helst.

Når en dokumenterer hva som ble sagt i diskusjonen, for eksempel i pasientjournalen eller behandlingsplanen, så se til at alle beslutninger som ble tatt beskrives, sammen med detaljer om hva personen sa var viktig for hen da beslutningen ble tatt. Tilby å dele det som er skrevet med personen, for eksempel i epikrise eller brev.

Etter og mellom samtaler

N51 Tilby personene ressurser i det format de foretrekker, som en hjelp til å forstå hva de diskuterte og ble enige om. Ressursene kan for eksempel være en utskrift som beskriver diagnosen, valgalternativene, beslutningene eller planene, og lenker til nettressurser av høy kvalitet. Ideelt sett bør personen få dette materialet med seg, hvis ikke det er mulig så la pasienten få det veldig raskt etter samtalen.

N52 Sørg for at informasjonen som blir gitt etter samtalen også inneholder detaljer om hvem personen kan kontakte for å få svar på flere spørsmål.

N53 Når du skriver epikrise eller lignende etter diskusjonen, så skriv dette til personen heller enn til helsepersonell, i tråd med en (britisk) veileder som er utgitt. Send en kopi av brev som går til helsepersonell til pasienten, med mindre de har sagt at de ikke ønsker kopi.

N54 Gi ekstra støtte til personer som trolig vil trenge ekstra hjelp for å delta i samvalg. Støtten kan være oppmuntring til å ta opp konsultasjonen på bånd, forklare skriftlig om beslutningene som ble tatt, eller å ordne oppfølging med klinikere eller et godt alternativ.

SAMVALGSVERKTØY

Helsepersonell

N55 Bruk samvalgsverktøy som en komponent i en hel verktøykasse for å støtte samvalg, side om side med de andre ferdighetene og tiltakene som er beskrevet i del 2 og 4. Fortsett å bruke de andre prinsippene som er beskrevet i denne retningslinjen dersom det ikke finnes noe relevant samvalgsverktøy.

N56 Bruk samvalgsverktøy kun dersom:

- de er kvalitetssikret og i tråd med kunnskapsbasert, beste praksis
- de er relevant for samtalen og den beslutningen som skal tas
- de er relevante i den kliniske settingen

N57 Før de bruker et samvalgsverktøy, så må helsepersonell forsikre seg om at de er godt kjent med verktøyet. I det ligger også at de må vite hvordan det vil hjelpe folk til å forstå hvilket valgalternativ som er best for dem.

Foretak

N58 Tenk gjennom hvordan ansatte i foretaket eller kommunehelsetjenesten kan få tilgang til samvalgsverktøy som er vurdert opp mot NICE eller IPDAS sine kvalitetskrav til slike verktøy. En

Kapittel 2: NICE Guideline: Shared decision-making

mulighet er å drive en database med samvalgsverktøy som blir gjennomgått og oppdatert jevnlig, eller ved overfor ansatte å vise til nasjonale samvalgsverktøy.

Å KOMMUNISERE OM RISIKO, FORDELER OG KONSEKVENSER

Generelt

N60 Diskuter risikoer, fordeler og ulemper ut i fra konteksten i hver enkelts liv, og ut i fra hva som er viktig for personen. Vær klar over at risikokommunikasjon ofte kan finne god støtte i det å bruke samvalgsverktøy av høy kvalitet, eller grafiske fremstillinger som eksempelvis piktogrammer.

N61 Individualiser informasjonen om risikoer, fordeler og konsekvenser så mye som mulig. Gjør det klart for den du snakker med på hvilken måte informasjonen som du presenterer er relevant for hen/hun/ham personlig, og hvor stor usikkerhet den er beheftet med.

N62 Organisasjoner bør sørge for at ansatte som presenterer risikoinformasjon, og informasjon om fordeler og ulemper, har god forståelse av den aktuelle informasjonen, hvordan den kan brukes og kommuniseres klart og tydelig.

N63 Dersom individualisert informasjon om risikoer, fordeler og ulemper som er spesifikk for hver person ikke er tilgjengelig, så fortsett likevel med prinsippene for samvalg slik de er beskrevet i denne retningslinjen.

Om å diskutere kvantitativ informasjon

N64 Vurder å bruke både tall og illustrasjoner, for eksempel frekvenser fremstilt som tall og som piktogrammer, og slik at folk kan se informasjonen både innenfor en positiv og negativ ramme ("framing"). For eksempel: "Behandlingen vil lykkes for 97 av 100, det vil si mislykkes for 2 av 100".

N65 Bruk numeriske data til å beskrive risiko, om mulig. Vær obs på at forskjellige personer tolker begreper som "risiko", "sjelden", "uvanlig" og "vanlig" på ulike måter.

N66 Benytt absolutt heller enn relativ risiko. Når den absolutte risikoen for en hendelse øker fra 1 av 1000 til 2 av 2000, så er det bedre å formidle det slik enn å si at risikoen "dobles" - som er relativ risiko.

N67 Bruk naturlige frekvenser, som "10 av 100" heller enn prosent.

N68 Vær konsistent når du bruker data, for eksempel ved å benytte samme nevner når du sammenligner risikoer: "7 av 100" for en risiko og "20 av 100" for en annen, heller enn "1 av 14" og "1 av 5".

N69 Beskriv risiko slik den eksisterer for en bestemt tidsperiode, når det er relevant. For eksempel: "Dersom 100 personer behandles i 1 år, så vil 10 oppleve en bestemt bivirkning".

Kapittel 5: Effective Practice and Organisation of Care

E1 Lokale opinionsledere: Intervensjoner rettet mot faglige opinionsledere kan være effektive og får *sannsynligvis* får helsepersonell til i større grad å etterleve kunnskapsbasert praksis.

E2 Tilbakemeldings-systemer og feedback:

Karakteristisk for tilnærmingen er det at en måler hver enkelt helsearbeiders ytelser eller prestasjoner, og så sammenligner det en finner med standarden eller bestemte mål som er satt for profesjonen. Dernest gir en helsearbeideren tilbakemelding på resultatene av sammenligningen, enten muntlig, skriftlig, eller begge deler. Tilbakemeldingene kan også bli gitt gjentatte ganger. Målsetningen med metoden er å oppmuntre hver helsearbeider til å følge de standarder som er satt opp for profesjonen.

Konklusjonen på denne systematiske oversikten var at effekten av dette varierte sterkt mellom studiene. Av og til var effekten liten, og av og til betydelig.

E3 Offentliggjøring av resultater:

Et tiltak som har vært forsøkt er å *offentliggjøre* resultater rundt hvor gode resultater sykehus eller enkeltpersoner som yter helsetjenester, har. En systematisk oversikt om temaet

Kapittel 5: Effective Practice and Organisation of Care

konkluderte med at det i dag er for lite dokumentasjon til at det er mulig å trekke konklusjoner om nytten av dette og som kan være til hjelp.

E4 Samarbeid om å skrive online-dokumenter:

Wikipedia er det best kjente systemet som gjør det mulig for flere personer å samarbeide om å utarbeide og redigere en tekst. Det har vært et håp om at slike samarbeid kan bidra til å endre og forbedre praksis, og mange studier har blitt publisert om emnet, også innen helsetjenesten. I dag finnes det imidlertid ingen gode studier som kan belyse effekten av slike tiltak.

E5 Kurs og workshops:

Opplæringsmøter gir trolig bedre etterlevelse av anbefalt praksis enn eksempelvis bruk av tekstmeldinger. Å la slik opplæring være del av en større "pakke" kan være positivt for effektene.

E6 Bruk av spill

Helsepersonell kan forbedre sin kunnskap og sine ferdigheter gjennom spill. Et eksempel er bruk av en form for det kjente stigespillet. De få studiene som er gjort på helsepersonell gjør det ikke mulig å konkludere for denne faggruppen særskilt.

E7 Praksisbesøk

Ved praksisbesøk kommer veiledere som har gjennomgått opplæring på besøk til helsepersonell, på arbeidsplassen til den enkelt. I møtet, som foregår ansikt til ansikt, gir veilederne så informasjon om hvordan den som får besøk, kan endre sin praksis.

Det ser ut til at tiltaket gir bedre pasientbehandling, men effekten varierer fra liten til moderat, uten at forskerne fant noen god forklaring på variasjonen. Tiltaket er likevel potensielt viktig.

E8 Verktøy brukt for å utbre bruken av retningslinjer

Anerkjente utviklere av retningslinjer har forsøkt å la retningslinjene ledsages av verktøy beregnet på de klinikerne som skal bruke retningslinjene. Eksempler på verktøy er læringsmoduler, pasientversjonen og pressemeldinger. Kun to gode studier ble inkludert i en systematisk EPOC-oversikt. Forskerne konkluderte likevel med at det er sannsynlig at slike verktøy kan få helsepersonell til i større grad å følge retningslinjen. Det var ikke mulig å si noe om hvilke verktøy som er best, eller å konkludere rundt kostnadseffektivitet.

E9 Elektronisk helseinformasjon

EPOC-forskerne undersøkte om det å gjøre informasjon relevant for helsetjenesten tilgjengelig for klinikere, endret praksis blant helsearbeidere. Konklusjonen var at helsepersonell som både fikk elektronisk informasjon og opplæring så ut til å bruke informasjonen oftere. Det er ukjent om praksisen ble bedre eller om pasientene fikk det bedre.

E10 E-læring

Etter å ha gått gjennom 16 studier, konkluderte forskerne med at det nok er misvisende å si at e-læring i seg selv er mer effektiv enn mer tradisjonelle læringsformer. Dette på tross av at e-læring kan være mer individualisert, samtidig som den tillater brukeren å tilpasse farten og tilnærmingen til stoffet ut fra egne behov. Om e-læring forbedrer eller reduserer helsepersonells ferdigheter, er alt i alt usikkert.

E11 Bruk av massemedia

Massemedia kan spre budskap som endrer bruken av helsetjenester, både gjennom styrte kampanjer fra helsetjenesten, og pressdekning som ikke er planlagt. Det fins lite informasjon om nøkkelementer i dette tiltaket, og kvaliteten på forskningen er lav. Likevel konkluderer forskerne med at denne kommunikasjonskanalen kan spille en viktig rolle. De konkluderer også med at når målet er å få tatt i bruk forskning, så bør massemedia være ett av tiltakene en vurderer. 19 av 20 studier konkluderte med positiv effekt.

E12 Påminnelser

I en oppsummering av 28 studier konkluderer forskerne med at pop-up-vinduer på pc kan gi små til moderate endringer. Legenes praksis ble ut fra medianen forbedret med 4 prosent, mens pasientenes helse ble 3 prosent forbedret. Noen studier ga bedre resultater, men det var ikke mulig å si noe sikkert om på hvilken måte en bør gjennomføre et slikt tiltak for å få best resultat.

Kapittel 5: Effective Practice and Organisation of Care

I en annen oversikt så en på effekten av tiltak der påminnelser var autogenerert på pc, men levert til leger på papir. Et slikt tiltak ga i snitt en sju prosents forbedring av legenes praksis, men konklusjonen var svært usikker på grunn av den lave kvaliteten på studiene som er gjort.

E13 Tiltak med pasienter som mellomledd

Konklusjonen er at pasienter kan få helsepersonell til å endre praksis, gjennom følgende tre strategier:

1. Strategier der pasienter gir helsepersonell informasjon om seg selv - om egen helse, bekymringer og behov, typisk gjennom å fylle ut et spørreskjema som legen så får overlevert.
2. Strategier der pasienter får informasjon om helsetjenester - om hva som er anbefalt behandling, og påminnelser om å bruke helsetjenesten.
3. Strategier der pasienter tar del i pasientopplæring - som mestringskurs.

Effektene var enten små eller moderate.

Tradisjonelle samvalgsverktøy, som kun er rettet mot pasienter, hadde liten eller ingen effekt på helsepersonell.

E14 Skriftlig opplæringsmaterieil

Trykt opplæringsmaterieil, eksempelvis i medisinske tidsskrifter eller retningslinjer, forbedrer sannsynligvis helsepersonells praksis, men gjør sannsynligvis ingen eller liten forskjell for pasienters helse. Om materiellet er trykt eller elektronisk har trolig lite å si.

E15 Tiltak basert på hemmere og fremmere

Dette er en form for skreddersydd tiltak, basert på faktorer som beskriver nåværende praksis, og mulige årsaker til å motsette seg ny praksis.

Konklusjonen er at slike tiltak kan endre praksis, men effekten varierer, er liten til moderat, og det er ikke alltid at tilnærmingen er effektiv. Det er ikke kjent hvordan en mest effektivt kan finne determinantene, hvordan en skal ta beslutninger om de viktigste determinantene, eller hvordan en skal velge tiltak som møter determinantene.

E16 Opplæring i tverrfaglig samarbeid

I en egen oversikt så EPOC-forskere på studier som sammenlignet tverrfaglig opplæring med opplæring av hver profesjon alene, eller ingen opplæring. Studiene rapporterte om enkelte positive effekter, men det var for få og for forskjellige intervensjoner til å generalisere rundt hvor effektiv tverrfaglig opplæring er.

E17 Intervensjoner for å øke graden av samvalg hos helsepersonell

I denne oversikten fant forskerne i Cochrane i alt 87 studier som de analyserte. De fant stor variasjon rundt hvilke tiltak som ble brukt for å øke graden av samvalg. Studiene var så forskjellige at det var vanskelig å sammenligne de ulike tiltakene.

Først delte forskerne studiene inn i de som benyttet utenforstående observatører til å måle graden av samvalg, og studier der det var pasientene som vurderte dette. Dernest delte de studiene i de som så på tiltak rettet bare mot helsepersonell, de med tiltak rettet kun mot pasienter, og de som var rettet både mot pasienter og helsepersonell - for eksempel opplæring og et samvalgsverktøy.

Konklusjonen var dokumentasjonen som finnes er så svak at en kan ikke være trygg på om de tiltakene som er undersøkt er virkningsfulle. En grunn var alle de mange mulige feilkildene, en annen var mangelfull rapportering. Summa summarum ser det ut til at tiltak rettet mot helsepersonell er dokumentert å kunne gi en svak forbedring av pasientenes livskvalitet, og da på området psykisk, men ikke fysisk helse, sammenlignet med ingen tiltak i det hele tatt. Det er også relativt sikkert at tiltak rettet både mot helsepersonell og pasienter i liten eller ingen grad endrer decision regret.

Denne oversikten ble laget i 2017.