

Hvordan får vi integreret evidensen i klinisk praksis – forandring eller forankring?

Årsmøde i DMCG-PAL 2013

– overvejelser og udfordringer

I kan forvente

- ▶ I bliver udfordret på jeres sædvanlige måde at tænke forandring på
- ▶ At få skærpet bevidstheden om analysers betydning for at kunne vælge konkrete forandringsstrategier
- ▶ Inspiration til jeres videre arbejde

I får ikke en opskrift – den findes ikke

I kender situationen?

- ▶ Vi har en audit eller anden måling der viser, at vi har et problem
- ▶ der er en klinisk retningslinje eller andet redskab, der beskriver den ønskede ændring – evidensen
- ▶ der er givet information og undervisning til personalet
- ▶ der er købt det nødvendige apparatur
- ▶ vi aftaler, at det er det vi gør og laver en plan

Hvorfor gør vi det så ikke?

Væsentlige udfordringer

– når vi vil udvikle en evidensbaseret praksis



- ▶ Implementeringsansvarlige har tendens til at forudsætte, at professionernes medlemmer tænker og handler ud fra den præmis, at evidensbaseret behandling og pleje er godt, og at vi forstår det på samme måde
- ▶ Vi forenkler forandringsprocessen når vi sætter fokus på kliniske retningslinjer. Vi får vi ikke øje på kompleksiteten – på det der er på spil. Kliniske retningslinjer er kun et redskab til at systematisere og formidle videnskabelig viden.
- ▶ Vi går ofte direkte fra opgaven til/problem til løsning – vi tænker os ikke om
- ▶ Vi anvender ofte samme metode – vi gør som vi plejer. Vi handler ud fra vores erfaringer

Struktur for oplægget

- ▶ Samfundsmæssige krav til professionerne og den betydning de har for professionernes autonomi og metodefrihed
- ▶ To forskellige forandringsperspektiver. Perspektivet afgør det, vi kan se – og det afgør de strategier og handlinger, vi vælger
- ▶ Analysens betydning som redskab til at få tænkt os om, inden vi handler.
- ▶ Eksempel på hvordan en analyse kan se ud med strategier og aktiviteter
- ▶ Spørgsmål

Krav til professionerne

- ▶ Sundhedsvæsenet og andre videnstunge organisationer befinder sig i en tilstand af permanente forandringer
- ▶ Det betyder at samfundet og sundhedsvæsenet tolker problemer og opgaver anderledes end tidligere
 - med krav om et evidensbaseret sundhedsvæsen med anvendelse af standarder, retningslinjer, nye metoder og ny teknologi i behandling og pleje
- ▶ Professionerne skal anvende den forskning, der produceres og der er kontrol og styring på, at det sker

Et paradigmeskift

- ▶ Fordi den ændrede styringsform sætter autonomien under pres – den enkelte kan ikke længere selv vælge metoder eller beslutte, hvad der er rigtig og forkert behandling og pleje
- ▶ Der er stadig mange professionsmedlemmer for hvem præmissen er, at min erfaringsbaserede viden er det bedste for patienterne
- ▶ Professionerne bliver nødt til at ændre præmis/holdning til, at videnskabelig viden skal anvendes i de kliniske beslutninger – det er kravet

Hvis

- ▶ præmissen er, at vi som professioner skal anvende videnskabelig viden i de kliniske beslutninger med brug af kliniske retningslinjer eller andre redskaber til at indsamle og systematisere viden

Så

- ▶ er næste skridt at se på forandringsspektiver og strategier til at understøtte denne udvikling

Valgt to forskellige teorier til at illustrere perspektivets betydning

Men først en lille opgave

På et møde i afdelingen om en ny klinisk retningslinje er der en, der siger:

”Det er ikke godt med de retningslinjer, hvis de bliver fulgt som en standardopskrift. Vi er bekymret for fagligheden og hvad med det faglige skøn?
Vi plejer at gøre det på en anden måde og det har fungeret godt”

To forandringsperspektiver

- ▶ Forandringer som periodiske forstyrrelser eller afvigelser fra ligevægt
Kurt Lewin (1958) fasemodel optønings- forandrings- og fastfrysningssfasen. Den anvendes i dag i de fleste HR afdelinger i moderniseret udgave i form af Kotters drejebog (1999)
- ▶ Forandringer som konstante og kontinuerlige processer
Quinn & Weick (1999) – har vendt Lewins fasemodel på hovedet fastfrysningss- forandrings og optøningsfasen

Kotters drejebog for forandringsledelse

– moderniseret udgave af Lewins fasemodel – næsten identisk

Optøningsfasen

1. Synliggør den kritiske nødvendighed – brændende platform
2. Skab opbakning i organisationen
3. Udarbejd en vision, strategi og handleplan for forandringen
4. Kommuniker vision og forandringen ud i organisationen

Forandringsfasen

5. Skab rum for handling (Kompetenceudvikling)
6. Skab kortsigtede succeser/sejre
7. Konsolider og etabler yderligere forandringstiltag

Fastfrysningsfasen

8. Forankre de nye opgaver og løsninger i kulturen, så det bundfælder sig som nye antagelser/præmisser for, hvad der er godt og skidt

Kotters antagelser

- ▶ Kotter ser forandring som en nødvendighed, hvis vi skal klare os i det globale samfund
- ▶ Medarbejderne må forstå, at vil de ikke denne forandring, så bliver de (firmaet) sejlet agterud
- ▶ Medarbejderne kan ikke finde ud af at flytte sig selv
- ▶ Må fjerne inertie og barriere – modstand
- ▶ Hvis du ikke flytter dig brænder du op – den brændende platform
- ▶ Eller hvis du ikke kan lide lugten i bageriet, må du gå

Medarbejderen fra før

I Kotters perspektiv

Vil vi forklare, hvorfor det er nødvendigt med kliniske retningslinjer:

- ▶ Vi er ikke gode nok – Skejby kommer bedre ud
- ▶ Det er også en del af vores vision, så det er det, vi skal gøre

Vil vi fjerne modstanden med argumenter:

- ▶ Du skal ikke være bekymret for fagligheden, der er planlagt information og undervisning
- ▶ Det vil tage lidt længere tid i starten – men det bliver nemmere

Vil vi forsøge at skabe den forståelse hos medarbejderen, som vi selv har, med rationelle argumenter.

Har de handlinger, vi vælger til hensigt at få medarbejderne til at få den forståelse, som kommer fra lederen eller oppefra.

Bevidstheden om den brændende platform

- ▶ Skitseret en brændende platform – med krav til professionerne om at flytte sig
- ▶ Spørgsmålet er, om det er den platform, vi står på, der brænder, eller om det er den, vi skal flytte over på?
- ▶ Måske handler det om at vi er bekymrede for at miste fagligheden, selvstændigheden, prestige eller at vores viden ikke slår til?
- ▶ Måske er det derfor, vi ikke flytter os?

Mange forandringer bliver ikke til noget

- ▶ Vores erfaringer fortæller os, at alt for mange handlingsplaner ikke fører til de ønskede ændringer
- ▶ Litteraturen viser, at 70% af de ændringer, der sættes i gang ikke bliver til noget (Mauer 2010)
- ▶ Så spørgsmålet er, om Kotters drejebog for forandringsprocesser, udviklet til organisationer med periodevise forandringer, slår til i organisationer med kontinuerlige forandringsprocesser?
- ▶ Det har Quinn og Weick et bud på

Quinn og Weicks perspektiv på forandringer

Hvis virksomheder, som fx sundhedsvæsenet, befinder sig i en tilstand af permanent forandring med mange løst koblede forandringsinitiativer

Så bliver den største ledelsesmæssige udfordring ikke at fjerne træghed og barrierer mod forandring, men at skabe **gennemsigtighed, overblik og et fælles billede** af, hvad der egentligt foregår eller skal foregå

Hvis det vælter ind med forandringer, så handler det om at træffe beslutning om, hvad der skal forankres.

De flytter perspektivet fra forandring til forankring og vender Lewins model på hovedet

Quinn & Weicks model

– Lewin og Kotter vendt på hovedet

1. **"Fastfrysning"**: Forsøge at skabe overblik, gennemskuelighed og fælles mentale kort. Dvs. skabe fælles forståelse af fx begreberne evidens og kliniske retningslinjer. Der er tale om en form for fastfrysning, fordi fortolkningen fastfryser begrebet som den måde, vi vælger at forstå det på i vores afdeling eller klinik
2. **Rebalancering**: Det handler om at refortolke og analysere sammenhænge for at reducere evt. blokeringer, og dele viden om nye muligheder. Dvs. når vi har fortolket evidens og kliniske retningslinjer på denne måde, hvordan harmonerer det så med vores hverdag – hvad skal vi gøre anderledes?
3. **Optøning**: Sikre fortsat improvisation, læring og vidensdeling på måder, som er fokuserede, smidige og fleksible. Så nye rutiner ikke fastfryses så de bliver vanskelige at ændre. Løbende forholde os til egen praksis.

I Quinn og Weicks perspektiv handler forandring om

- ▶ Træffe beslutning (lederen) om, at noget skal forankres – være anderledes, og at melde præmissen for beslutningen ud
- ▶ Medarbejderne er kompetente, og det er dem, der skal forankre (ikke lederen)
- ▶ Der skal skabes tid og rum, så virksomhedens kompetente medarbejdere kan samles og skabe ny fælles forståelse af, "hvad der sker, og hvad der bør gøres"
- ▶ Lederen må selv udvikle sig – det er i lederens adfærd, at medarbejderne kan se, hvordan ord og begreber ser ud i handling

På et metaforisk plan taler Quinn & Weick om at sætte uret i stå
– *time out*

Time out – en metode til metarefleksion (helikopterperspektiv)

Når det er medarbejderne, der skal forankre, har de behov time out

- ▶ Hvor arbejdsprocessen afbrydes – Vi kan ikke forankre med 180 i timen
- ▶ Hvor medarbejderne bliver involveret
- ▶ Hvor der er dialog om, hvordan det går – hvad kan forbedres. Der reflekteres og stilles spørgsmål til hvordan processer ledes, deltagerne agerer, handler og reagerer.

Time out: i den kliniske hverdag, på møder, på temadage, undervisning, konferencer mm.

Dialogen er den afgørende faktor, hvis man vil øge indflydelse på en kontinuerlig forandringsproces.

Medarbejderen fra før

I Quinn og Weicks perspektiv

- ▶ Vil vi prøve at finde ud af, hvad der ligger bag udsagnet – at blive klogere på de selvfølgeligheder, der ligger bag. Prøve at forstå medarbejderens perspektiv
- ▶ Vil vi give tid og vi vil tåle balladen
- ▶ Vil vi stille spørgsmål, gå i dialog og involvere de andre mødedeltagere i dialogen.

De kliniske retningslinjer skal anvendes men der er flere veje til målet og det kan tage tid

Det er ikke muligt at skabe forståelse hos en anden – det må den anden selv klare – men man kan hjælpe processen på vej bl.a. gennem forskellige strategier og aktiviteter.

Analyseredskaber

Der er mange redskaber (begreber og teorier) til at tænke os om, inden vi handler – redskaber til at se på os selv – til at blive bevidst om vores antagelser, selvfølghederne. Det handler om at bruge dem.

- ▶ **Scheins kulturteori** anvender artefakter, værdier og grundlæggende antagelser – teori i tale og teori i brug
- ▶ **Diskursteori.** Hvordan tales der om kliniske retningslinjer i afsnittet – hvilke diskurser taler vi i, og hvilke antagelser kan det være udtryk for?
- ▶ **Symbolsk teori.** Hvilke historier fortælles i vores afsnit – hvilke myter og metaforer bruger vi, og hvilke ritualer udfører vi – hvordan fortolker vi dem?
- ▶ **Analyse af interview** med patienter og pårørende – for at blive klogere på egne antagelser gennem deres perspektiv

Identificere karakteristika

- ▶ Gennem analyse kan vi blive bevidste om det, der karakteriserer vores praksis – identificere de udfordringer og muligheder der er lokalt i forhold til det, der skal forankres
- ▶ Det handler om at tage det medarbejderne siger alvorligt og ikke fortolke det som modstand men prøve at forstå, hvad det handler om så vi kan vælge de rigtige strategier

Så hvis analysen fx viser

Så hvis analysen fx viser

- ▶ Uklarhed om beslutning
- ▶ Forskellige opfattelser af kliniske retningslinjer
- ▶ Bekymring for fagligheden og kvaliteten
- ▶ Usikkerhed og uklarhed om den kliniske beslutningsproces
- ▶ Uklar viden om hvorfor proceduren bliver ændret
- ▶ Vi taler mest i fagdiskursen og lønmodtagerdiskursen, når vi taler om kliniske retningslinjer. Udviklingsdiskursen er sparsomt tilstede
- ▶ Mangler tid og ressourcer, fordi der er mange forskellige arbejdsopgaver
- ▶ Uoverskuelig retningslinje
- ▶ Negative historier og myter om kliniske retningslinjer der påvirker vores opfattelse

Så må strategier målrettes mod analysen

- ▶ Information om beslutning og præmis for beslutning
- ▶ Time out med dialog om evidens og kliniske retningslinjer for at skabe fælles forståelse og finde ud af, hvordan vi vil arbejde med det hos os
- ▶ Workshop hvor målet er at få fælles viden om den kliniske beslutningsproces og træning i anvendelsen
- ▶ Beslutningsprocessen som lamineret lommeudgave
- ▶ Forenkling af retningslinjen
- ▶ Prioritering af arbejdsopgaver
- ▶ Konstruere og anvende nye fortællinger og myter om evidensbaseret praksis og kliniske retningslinjer til at påvirke vores selvforståelse.

- ▶ Forandringsledelse kan ikke drives efter devisen "one size fits all"
- ▶ Man er nødt til at tilpasse forandringsledelsesstrategien til organisationens særegne karakteristika og til indholdet i den pågældende reform eller ændring
- ▶ Vi kan ikke bruge én drejebog eller én kokebog når vi vil forandre – men forskellige teorier og metoder kan supplere hinanden

- ▶ Professionerne skal deltage i udviklingen af et evidensbaseret sundhedsvæsen, og et af de redskaber der skal anvendes er kliniske retningslinjer
- ▶ Men der er ikke tale om totalitære tilstande
 - så professionerne må konstant forholde sig fagligt til den konkrete patientsituation

og anvende de kliniske retningslinjer fagligt reflekteret

Tak for jeres opmærksomhed

?

Evidens

- ▶ "Evidensbaseret sundhedsvæsen udtrykker bestræbelser på at skaffe et rationelt grundlag for beslutninger i sundhedsvæsenet – ikke kun de rent kliniske, men også beslutninger om prioriteringer, planlægning, styring, ledelse og praksis på alle planer"

(Kristensen, 1997)

- ▶ "Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practise of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research"

(Sackett, 1996)

- ▶ Evidence has meaning only insofar as it is used in some context with regard to some claim"

(Upshur, 2001)

- ▶ "Qualitative research has the status of evidence so far as qualitative research can change or modify beliefs"

(Upshur, 2001)

Referencer

- ▶ Hatch M.J. (2001), "Organisasjonstori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver", Abstract forlag
- ▶ Høier, m.fl. (2011), "Kreativ procesledning", Dansk psykologi forlag
- ▶ Høpner, m.fl. (2007), "Ledelse af forandringsprocesser – forandring eller forankring?", Academica
- ▶ Jensen, C. N. (2005), "Voksnes læringsrum", Billesøe & Baltzer
- ▶ Kolb D. A. & Kolb A. (2005). "Learning Styles and learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education". Academy of Management Learning & Education
- ▶ Mauer, Rick (2010), "Beyond the Wall of Resistance: Why 70% of All Changes Still Fail-- and What You Can Do About It", Bard Press
- ▶ Upshur (2001), I: Morse, m.fl. (2001), "The nature of qualitative evidence", Sage Publications
- ▶ Perdersen, P., Tewes, M & Bjerrum, M. (2012), "Implementing nutritional guidelines -- the effect of systematic training for nurse nutrition practitioners", Scand J Caring Sci
- ▶ Qvortrup, B. & L. (2006), "Ledelsens mirakel – om skoleledelse i et vidensperspektiv", Dafolo A/S
- ▶ Schein, E. (1994), "Organisationskultur og ledelse. Et dynamisk perspektiv", Forlaget Valmuen
- ▶ Schultz, M. (1990), "Kultur i organisationer. Funktion eller Symbol". Handelshøjskolens Forlag
- ▶ Seibert, K. & Daudelin, M. (1999), "The Role of Reflection in Managerial Learning", Westport: Quorum Books

Mening

- ▶ Svarer til begrebet grundlæggende antagelser – dvs. bagvedliggende præmisser for vores handlinger
- ▶ Den mening, vi har dannet, har betydning for, hvordan vi tænker og handler
- ▶ Er karakteriseret ved at være ikke bevidst – selvfølgeligheder
- ▶ Mening er resultatet af vores måde at reagere og kommunikere på – resultat af læreprocesser

Mening kan ikke dikteres – mening læres