

faglig

Fra idé til prosjekt

## Hvordan planlegge et fagutviklingsprosjekt?

*Dette er den første i en serie artikler som trykkes i Ergoterapeuten frem til Norsk Fagkongress i Ergoterapi i september 2013. De påfølgende artiklene vil omhandle hvordan man skriver et abstract, hvordan man kan utforme en poster, og hvordan man kan utforme et muntlig fremlegg. Hensikten med serien er å inspirere kolleger til å sette i gang og/eller oppsummere fagutviklingsprosjekter som kan presenteres på kongressen.*

AV INGILD KJEKEN

Fagutvikling kan defineres som systematisk virksomhet der man bruker eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og kjennetegnes ved at det har ut- spring i og er direkte relevant for klinisk praksis. Det star- ter ofte med at man ønsker å gjøre noe annerledes eller bedre. Kanskje vil man systematisere noe man allerede gjør eller å prøve ut noe man vurderer å innarbeide som en rutine, prosedyre eller tilbud i klinisk praksis.

Hensikten er på sikt å bedre og kvalitetssikre tilbudet til pasienter eller brukere ved å øke helsepersonells kompe- tanse og/eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede pro- sesser, systemer eller tjenester.

Om man har en ide til noe en ønsker å jobbe med, er det lurt å organisere gjennomføringen som et prosjekt. Da er det viktig å tenke gjennom *hva* man skal gjøre og *hvor- for* man skal gjøre det. Videre bør man definere *hvem* som er målgruppe, og bestemme *hvem* man skal samarbeide med, *hvordan* man skal organisere arbeidet, og *hvordan* erfaringene skal evalueres og eventuelt innarbeides som del av etablert praksis når prosjektperioden er over. Til sam- men utgjør dette en plan som bør nedfelles skriftlig i form av en prosjektbeskrivelse.

I det følgende utdypes de ulike delene i en slik pro- sjektbeskrivelse og illustreres med et eksempel hentet fra



et prosjekt på en ergoterapiavdeling ved et sykehus.

### Hva vi skal gjøre – formålet

Det er lurt å starte med å beskrive bakgrunn og tema for prosjektet, for deretter å formulere et hovedmål som beskriver hva man ønsker å oppnå når prosjektet er gjennomført. Hovedmål kan gjerne utdypes i delmål, som bør være så konkrete at man kan svare ja eller nei på om målet er nådd ved senere evaluering.

**Eksempel: Innføring av COPM som vurderingsredskap i ergoterapi.** Tema for dette fagutviklingsprosjektet er brukermidvirkning, nærmere bestemt systematisk innhenting av informasjon om pasienters opplevde aktivitetsproblemer. Brukermidvirkning defineres i Helse- og omsorgsdepartemen- tets nasjonale strategi for habilitering og rehabilitering for 2008 - 2011 som «brukeres innflytelse på utformingen både av tjenestene til den enkelte og av tjenestetilbudet på systemni- vå» og beskrives i offentlige dokumenter både som et virke- middel for å øke kvaliteten i tjenestene og en rett som følger av pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven.

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert instrument som er utviklet av og for ergoterapeuter for å beskrive og måle pasienters egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter (1). Instrumentet er siden lanseringen i 1991 tatt i bruk i over 35 land, er over- satt til mer enn 20 ulike språk (inkludert norsk), er kvalitets- sikret i forhold til psykometriske egenskaper, og er et av de mest brukte instrumentene innen ergoterapi (2;3).

Overordnet mål i dette fagutviklingsprosjektet er at alle ergoterapeuter ved sykehuset skal føle seg trygge på å bruke vurderingsinstrumentet the Canadian Occupational Per- formance Measure (COPM) der dette ansees som nyttig for planlegging og/eller evaluering av pasienters behandling eller rehabilitering.



*Ingvild Kjekken er ergoterapeutspesialist og seniorforsker ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter ved Diakonhjemmet sykehus, og førsteamanu- ensis ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.  
E-post: [ingvild.kjekken@diakonsyk.no](mailto:ingvild.kjekken@diakonsyk.no)*

Ut fra dette har vi formulert følgende delmål:

- Alle ergoterapeuter skal få opplæring i bruk av COPM.
- Alle ergoterapeuter skal i løpet av prosjektperioden gjennomføre COPM-intervjuer med minst fem pasienter.
- Alle ergoterapeuter skal i samme periode gjennomføre oppfølging med re-scoring av COPM med minimum tre pasienter.

### Hvorfor vi skal gjøre det

Her utdypes begrunnelse for og nytteverdi av prosjektet. Ofte kan det være lurt å bruke områdene fra kunnskapsbasert praksis som en sjekklister og oppsummere kunnskap og behov påpekt gjennom forskning, formidlet fra pasienter og pårørende, og fra egen og andres kliniske erfaring. Begrunnelsen kan også henvise til politiske strategier og pågående reformer.

### Eksempler:

**Fagpolitisk begrunnelse:** Å muliggjøre betydningsfull aktivitet er ergoterapeuters kjernekompetanse (4). I følge «Ergoterapeuters samfunnskontrakt» forplikter ergoterapeuter seg til å drive kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne erfaringer og dokumentasjon i teori og forskning (5). Systematisk bruk av kvalitetssikrede instrumenter for å innhente pasienters egen vurdering av aktivitetsutførelse er et ledd i å oppfylle denne forpliktelsen.

**Brukerperspektiv og juridisk begrunnelse:** Pasienter ønsker og har rett til medbestemmelse i utforming av egen behandling. I Nasjonal helseplan 2007 - 2010 slås det også fast at brukere skal være med å utforme alle deler av helsetjenesten (6). Å bruke COPM er en (av flere) måter systematisk å innhente pasienters egne vurderinger og dermed ivareta deres rett til medbestemmelse.

**Klinisk erfaring:** Fra vår praksis har vi erfart at når mål i ergoterapi og/eller rehabilitering baseres på pasientens prioriterte aktivitetsutfordringer gir dette økt motivasjon, bedre tilpasset behandling og økt utbytte.

**Forskningsbasert begrunnelse:** COPM er utviklet basert på den kanadiske ergoterapimodellen og er kvalitetssikret i forhold til gyldighet, pålitelighet, responsivitet og anvendelighet. Instrumentet brukes i økende grad for å dokumentere nytte av ergoterapi i forhold til ulike pasientgrupper og problemstillinger(2;3). Studier viser at denne typen individualiserte instrumenter fremmer brukermedvirkning både ved å gi et godt grunnlag for videre samarbeid om mål og aktuelle tiltak, og ved å innarbeide pasienters egne vurderinger av oppnådd effekt når de scorer de samme områdene etter endt behandling (7;8). Brukt i større grupper vil man også kunne innhente kunnskap om hva som er vanlige utfordringer for pasienter med samme problemstilling eller diagnose (9;10). Dermed kan man vurdere om eksisterende behandlingstilbud imøtekommer disse behovene, og om det er nødvendig å endre eller utvikle nye tilbud.

### Hvem skal delta eller involveres?

«Hvem» kan omhandle både hvilken pasientgruppe prosjektet omfatter, hvem fra personalgruppa som er involvert og hvem man skal samarbeide med underveis.

Når det gjelder pasientgruppe, kan det for eksempel

være alle pasienter med en spesiell diagnose eller problemstilling, hvor man bestemmer seg for å prøve ut en ny prosedyre eller metode på et bestemt antall pasienter for å få tilstrekkelig erfaring til å vurdere om dette skal innføres mer permanent. Andre ganger kan det være en rutine som man tenker skal gjelde alle pasienter, men hvor man avgrensner utprøvingen til et konkret antall deltagere, hvor man fortløpende prøver ut aktuell rutine på for eksempel nyhenviste pasienter. I forhold til samarbeidspartnere kan dette være personer som skal gi praktisk assistanse til for eksempel å uforme maler, gi opplæring i nye undersøkelsesmetoder eller i bruk av ny programvare. Det kan også være lurt å ha med en brukerrepresentant som kan komme med innspill om hva som etterspørres eller erfaringsmessig fungerer godt eller dårlig sett fra brukerens ståsted.

Uansett prosjekttema bør man alltid sikre seg en veileder som kan stille gode spørsmål og komme med innspill underveis i prosessen, og bidra til at man kommer vel i havn med det planlagte arbeidet.

**Eksempel:** Målgruppe for prosjektet er pasienter med funksjonsnedsettelse av en viss varighet. I prosjektperioden skal alle pasienter som henvises til ergoterapeut for aktivitetsvurdering, intervjues med COPM dersom det vurderes som gjennomførbart og nyttig for videre planlegging og gjennomføring av behandling eller rehabilitering.

Deltagere i prosjektet er alle ergoterapeuter ved sykehuset. Vi vil også samarbeide med brukerrepresentant EE fra sykehusets brukerutvalg, og med FF ved Ergoterapiutdanningen ved Høgskolen, som har sagt ja til å være veileder i prosjektet.

Videre orienteres ledere for sykehusets kliniske avdelinger og samarbeidspartnere i de tverrfaglige teamene på disse avdelingene om prosjektet.

### Hvordan vi skal gjøre det (metode)

I prosjektplanen må det beskrives tydelig hvordan arbeidet skal organiseres, og hva man trenger av ressurser for å kunne gjennomføre det. Et godt tips er så raskt som mulig å forankre prosjektet i ledelsen ved involvere en med lederansvar i prosjektgruppa.

Dersom andre miljøer har gjort noe lignende det man selv har tenkt å gjøre, kan man få til et studiebesøk eller møte hvor det aktuelle miljøet deler sine erfaringer og hvor man kan presentere prosjektet og få innspill og ideer.

De ulike fasene i prosjektet settes så inn i en prosjektplan med milepæler og tidsramme. Dersom prosjektet innebærer ekstra kostnader, bør man også sette opp et budsjett.

**Eksempel:** Det etableres en prosjektgruppe med prosjektleder AA, avdelingsleder BB og brukerepresentant EE. Veileder FF og brukerrepresentanten deltar på prosjektmøter, og på samlinger og avdelingsmøter ved behov. To av avdelingens ergoterapeuter deltar på kurs om den kanadiske modellen og COPM. Alle avdelingens ergoterapeuter leser den norske COPM-manualen (11) og ser undervisnings-DVD-en om COPM (12).

Det gjennomføres en fagdag hvor veileder fra Høgskolen gir en innføring i den kanadiske modellen og COPM, og hvor de

Dato	Milepæl
Innen 1. september	Oppstart av prosjekt – prosjektgruppa har hatt min. ett møte. Avdelingsleder BB har orientert aktuelle avdelingsledere om prosjektet.
Innen 1. oktober	Alle ergoterapeuter har lest COPM-manual og sett DVD. To ergoterapeuter har deltatt på kurs i COPM. Ergoterapeutene har orientert aktuelle samarbeidspartnere om prosjektet.
Innen 15. oktober	Fagdag om den kanadiske modell og COPM er gjennomført. Kollokviegrupper med 3 - 4 deltagere er etablert.
Innen 15. november	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum ett COPM-intervju og diskutert dette i sin kollokviegruppe.
Innen 1. desember	To eksempler (kasus) med COPM-intervju er presentert og drøftet på avdelingsmøte.
Innen 1. januar	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum tre COPM-intervju og diskutert dette i sin kollokviegruppe.
Innen 1. februar	Abstract om prosjektet er sendt inn til Norsk Fagkongress i Ergoterapi 2013.
Innen 1. mars	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum en re-scoring av COPM.
Innen 15. april	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum fem COPM-intervjuer og minimum tre re-scoringer.
Innen 1. juni	Fagdag er avholdt hvor erfaringer i prosjektperioden er diskutert og evaluert, og beslutninger om videre praksis er tatt.
Innen 1. september	Erfaringer og konklusjoner fra prosjektperioden er beskrevet i en rapport.
18 -21. september 2013	Prosjektet presenteres på Norsk Fagkongress i Ergoterapi.

**Tabell 1: Milepælsplan**

som har vært på kurs, refererer og deler sine erfaringer fra kurset. Brukerrepresentanten deltar, og ergoterapeutene trener i å gjennomføre COPM- intervju og scoring med brukerrepresentanten og hverandre.

Deretter starter man utprøving. Alle pasienter som henvises til ergoterapivurdering de neste seks månedene, intervjues med COPM. Unntak er pasienter i akutt fase, eller pasienter som har kognitiv svikt, da litteraturen viser at COPM ikke er velgnet i forhold til disse. I etterkant av hvert intervju noteres erfaringer og refleksjoner i hver ergoterapeuts individuelle loggbok i forhold til hvorvidt intervjuet ga nyttig og/eller overraskende informasjon (i så fall hva), om hva som var utfordrende for terapeut og pasient, og hvordan dette eventuelt ble løst.

Prioriterte aktiviteter med scoring journalføres for hver

enkelt pasient, og informasjon innhentet via COPM-intervjuet formidles til tverrfaglig team og andre aktuelle samarbeidspartnere.

Erfaringer og refleksjoner rundt bruk av COPM deles og diskuteres månedlig i kollokviegrupper, og på møter i ergoterapiavdelingen annenhver måned i prosjektperioden. Prosjektleder får avsatt en dag i uken de første to månedene til arbeid med prosjektet, deretter en halv dag i uken ut prosjektperioden.

### **Hvordan skal erfaringene evalueres?**

Man må også beskrive hvordan man skal evaluere resultatene av prosjektet. Dette innebærer å vurdere om de målene man satte for prosjektet, er nådd. Som regel vil man ha møter underveis i prosjektperioden hvor man diskute-

Budsjett*	Kostnad	Dekkes via
Innkjøp av fire COPM-manualer m. scoringskort og vurderingsskjema	Kr. 1000.-	Ergoterapiavdelingens driftsbudsjett
Innkjøp av DVD: Undersøkelse og behandling av personer med revmatoid artritt	Kr. 150.-	
COPM-kurs – to deltagere	Kr. 3000.-	Ergoterapiavdelingens kursbudsjett
Veiledning, 20 timer à kr. 500.	Kr. 10 000.-	Søkes dekket via NETFs midler til ergoterapi-relatert forsknings- og utviklingsarbeid
Honorar brukerrepresentant, 20 timer à kr. 310.	Kr. 6 200.-	
Presentasjon av prosjektet på Ergoterapeutkongressen 2013 (én deltager)	5000.-	Søkes dekket via sykehusets utviklingsfond

\*Ressurser i form av arbeidstid for prosjektleder og ergoterapeuter forutsettes dekket via den tid som er avsatt til fagutvikling og forskning i ergoterapiavdelingen.

**Tabell 2: Budsjett**

rer foreløpige erfaringer og eventuelt gjør justeringer i forhold til oppsatt plan. Aktuelle evalueringsmetoder ved prosjektslutt kan være å telle antall aktuelle hendelser, for eksempel gjennomførte vurderinger eller igangsatte tiltak. Registrering av spesifikke negative hendelser kan være aktuelt, om prosjektet har som mål å redusere forekomst av slike.

Involverte kan også fortløpende føre loggbok hvor de systematisk registrerer hendelser, erfaringer og refleksjoner. Ved prosjektslutt kan disse notatene oppsummeres og analyseres.

Videre kan man intervju noen av de involverte (pasienter, pårørende og/eller ansatte) ved prosjektets slutt for innhente deres erfaringer.

Bruk av spørreskjema er et annet alternativ. Her anbefales det å bruke etablerte spørreskjema hvis disse finnes, for eksempel for å måle pasienttilfredshet.

**Eksempel:** Grad av måloppnåelse i prosjektet vurderes på følgende måter:

- Alle ergoterapeuter registrerer antall gjennomførte COPM-intervjuer og re-scoringer i prosjektperioden.
- Basert på egen loggbok og diskusjoner i kollokviegrupper, på fagmøter og i tverrfaglig team, oppsummerer hver terapeut egne erfaringer i forhold til om en synes COPM-inter-

*vju har gitt nyttig informasjon og hvorvidt det bidrar til økt brukermedvirkning. Videre hvorvidt det er pasienter, problemstillinger eller situasjoner hvor en vurderer bruk av COPM som spesielt egnet eller uegnet.*

- *Hver terapeut vurderer egen trygghet i forhold til bruk av COPM på en skala fra en til fire (1 = svært utrygg, 4 = svært trygg), og beskriver eventuelle behov for videre opplæring og/eller veiledning.*

*Terapeutenes vurderinger presenteres og oppsummeres på en fagdag i avdelingen, hvor også veileder og brukerrepresentant deltar. Erfaringer i prosjektperioden diskuteres og evalueres. Basert på dette tas beslutninger om videre praksis.*

### **Hvordan skal endringer implementeres og vedlikeholdes?**

Hvordan erfaringer og tiltak skal videreføres, avhenger av hvilke konklusjoner man har kommet til i evaluering av prosjektet. Uansett bør prosjektet oppsummeres i en rapport som gjøres tilgjengelig for alle som har vært involvert. Det vil som regel være naturlig at prosjektleder skriver rapporten, mens deltagerne i prosjektgruppa kommer med innspill underveis i utformingen.

Dersom en ønsker å videreføre ny praksis, bør man lage en plan for hvordan dette skal gjennomføres. Basert på



På fagdagen trente ergoterapeutene med hverandre på å gjennomføre COPM- intervju og scoring.

erfaringene fra prosjektperioden vil man ofte også gjøre noen justeringer. Aktuelle spørsmål å stille seg er om målgruppen for prosjektet skal utvides eller avgrenses, om det er andre kollegaer som bør involveres, og om noen i staben skal ha et spesielt ansvar for å holde seg oppdatert på temaet eller metoden prosjektet omhandlet. Det er også lurt å planlegge et nytt møte noen måneder etter prosjektslutt, hvor en igjen diskuterer og justerer ny praksis.

### Noen praktiske tips

Avslutningsvis følger en liste med faktorer som øker sjansen for å komme vel i havn med et fagutviklingsprosjekt:

- Sikt mot «lite men godt»
- Vær sikker på støtte i ledelsen og personalgruppa
- Sikre at noen har avsatt tid til å planlegge og lede prosjektet
- Involver aktuelle deltagere så tidlig som mulig
- Etterspør og lær av andres erfaringer
- Ha konkrete og realistiske mål
- Bruk tid på å planlegge
- Vær forberedt på at planen kan forandres underveis
- Ikke undervurder tidsbruk – ting tar gjerne dobbelt så lang tid som man tror
- En god veileder er gull verdt!
- Noter refleksjoner og erfaringer fortløpende underveis
- Oppsummer i etterkant
- Del erfaringene med andre

*Takk til kollega og fotograf Anne-Lene Sand-Svartrud for gode innspill til manus og illustrasjonsbilde.*

### Litteraturliste

(1) Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual). 4 ed. CAOT Publications ACE; 2005.

- (2) Parker DM, Sykes CH. A Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure: A Clinical Practice Perspective. *Br J Occup Ther* 2006;69:150-60.
- (3) Carswell A, Mccoll MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Can J Occup Ther* 2004;74:210-22.
- (4) *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation*. First ed. 2007.
- (5) *Ergoterapeuters samfunnskontrakt*. Norsk Ergoterapeutforbund 2006.
- (6) St.prp.nr.1 (2006-2007) kapittel 6. Nasjonal helseplan (2007-2010).
- (7) Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002;34:5-11.
- (8) Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Can J Occup Ther* 2002;69:84-94.
- (9) Kjekken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1633-8.
- (10) Dagfinrud H, Kjekken I, Mowinckel P, Hagen KB, Kvien TK. Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitations, and participation restrictions. *J Rheumatol* 2005;32:516-23.
- (11) Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual, norsk versjon). NRRK; 2005.
- (12) Sveen U, Melhus M, Kjekken I. Hva gjør ergoterapeuter egentlig? Utvikling av undervisningsmateriale til ferdighetstrening. *Ergoterapeuten (norsk)* 2009;52:24-7.