

Implementering – Rejsen fra teori og evidens ud i praksis

Symposium

Danske fysioterapeuters fagkongres 2025

Deltag ved at scan QR
eller via [PollEv.com/fysio1](https://poll-ev.com/fysio1)



Hvilken implementeringserfaring har du?

 0

Ingen har svaret endnu.

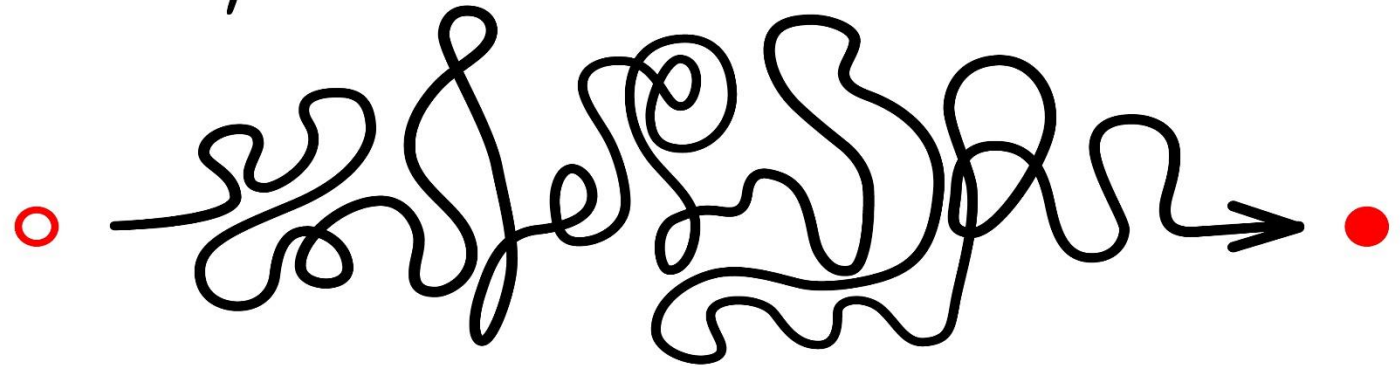
Vent et øjeblik! Svarene er på vej ind.

From evidence to
practice

Expectation:



Reality:



Take-home

- Implementering er en dynamisk proces som er afgørende for kvaliteten af vores fremtidig sundhedsindsatser.
- Implementeringsprocessen er stærk afhængig af kontekst, grundig forberedelse og løbende dialog og samarbejde.
- Systematisk og løbende evaluering er afgørende for at sikre en succesfuld implementering.



Implementering af
superviseret
gangtræning til borgere
med claudicatio
intermittens i Region
Sjælland





Cecilie Lindström Egholm, Ph.d.

Specialkonsulent/ lektor
REHPA - Videncenter for
Rehabilitering og Palliation &
Syddansk Universitet



Lars Hermann Tang, Ph.d.

Fysioterapeut / lektor
Forsknings- og Implementeringsenheden
PROgrez & Syddansk Universitet



Helle Bøgard

Fysioterapeut / Projektmedarbejder
Forsknings- og Implementeringsenheden
PROgrez



Line Hougaard Flemmer

Faglig koordinator og Fysioterapeut
Vordingborg Kommune



Jakob Jark Schoop

Udviklingsfysioterapeut
Genoptræningscenter
Kalundborg Kommune



Teoretisk indblik i implementering

Cecilie Lindström Egholm, specialkonsulent/lektor, REHPA – Videncenter for
Rehabilitering og Palliation


Hvad er implementering?

Implementering er udvalgte aktive handlinger, der foretages for at få en særlig, afgrænset evidensbaseret viden el. innovation til at blive anvendt i praksis

En proces - ikke en begivenhed eller en "ting"

Starter (ideelt) allerede når "det nye" udvikles!

Let it happen → Make it happen

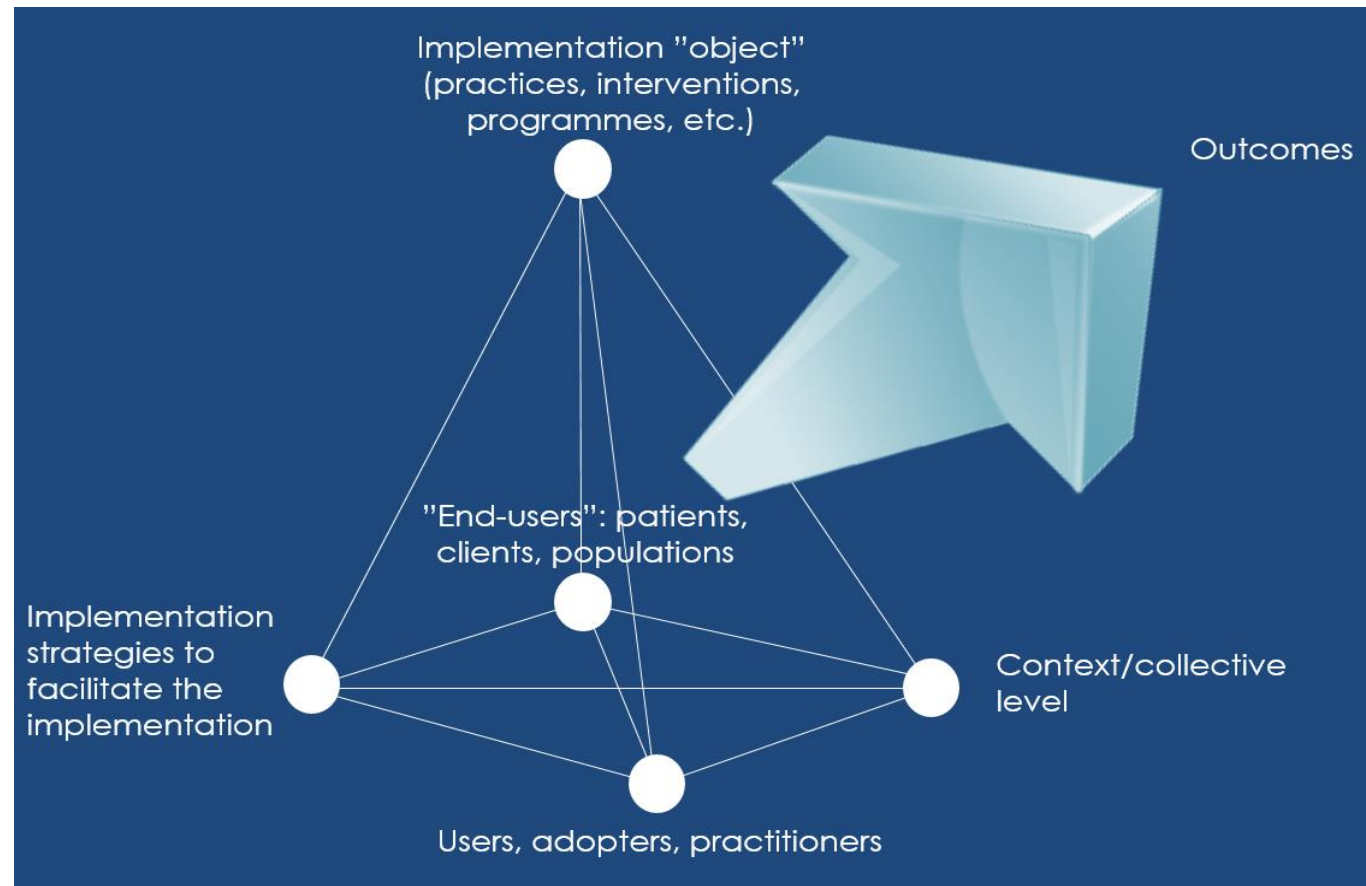


- **Diffusion:** passiv, ikke målrettet spredning af en ny intervention. Fx at udgive en ny klinisk retningslinje

- **Disseminering:** aktiv spredning vha. strategi(er). Fx informationsmøder om at der er udkommet en retningslinje og hvilke anbefalinger den indeholder

- **Implementering:** planlagt, aktiv proces for at bruge 'det nye', fx at have en plan for præcis hvad som skal gøres for at følge anbefalingerne i den nye kliniske retningslinje

Hvad påvirker implementeringsprocessen?



Determinanter

= Hindrende og understøttende faktorer

= Barrierer og facilitatorer

= **Determinanter** (et samleord) (determinant = faktor af afgørende betydning)

Kan (oftest) findes i alle "domæner" (jf. foregående slide)



Hvad har *du* erfaret?

- Tænk på en "ting" som du senest havde ansvar for at implementere / skulle være med til at implementere
- Hvad var de afgørende faktorer? (en eller et par stykker)



Hvordan implementerer man 'godt'?



Quality Implementation Framework

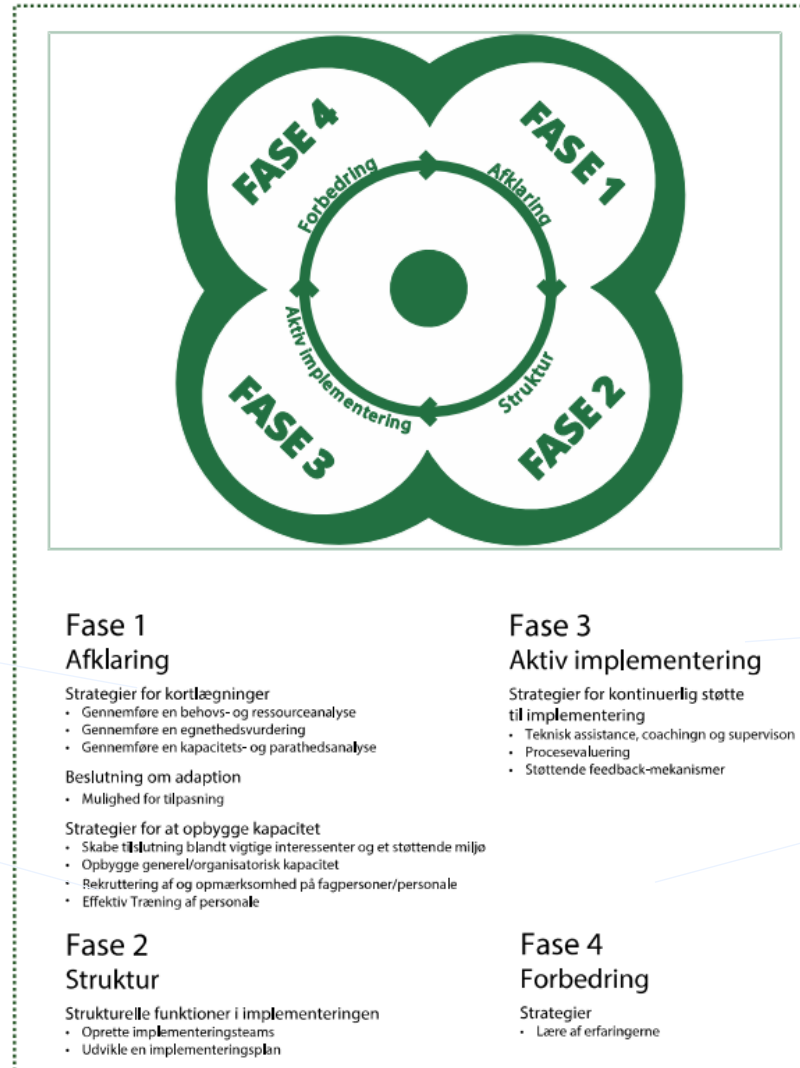
= QIF

- En procesmodel
- Udviklere: Meyers, Wandersman & Durlac (2012)
- Optaget af: *Hvordan kan man implementere med kvalitet?*
- Bygger på forskningslitteratur om implementering (25 forskellige teorier og rammeværk)
- Samtidig anvendelsesorienteret
- → "evidensbaseret implementering"

- En *guide* til planlægning og udførelse af implementering



QIF (forts.) - 4 faser, 14 trin



8 punkter

2 punkter

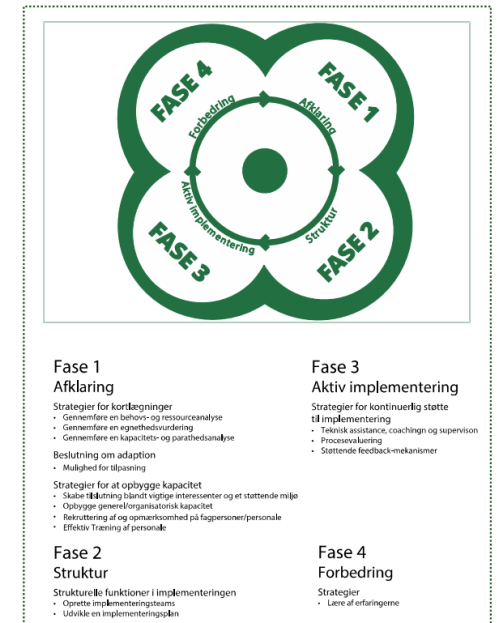
3 punkter

1 punkt

QIF Fase 1: Afklaring

8 trin: at vurdere matchet mellem *det nye* og organisationen, herunder:

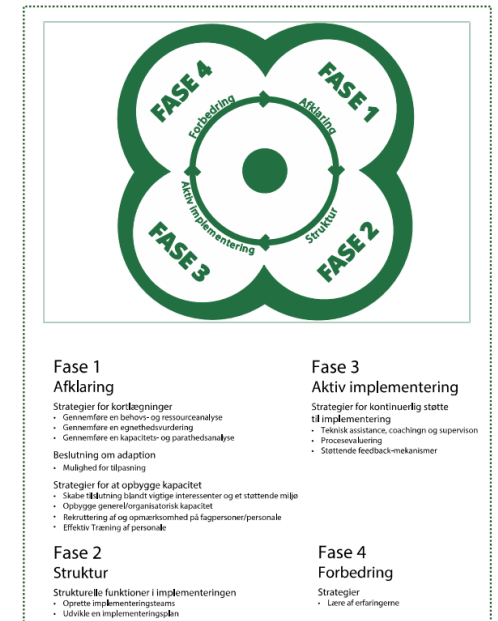
- har vi behov for det nye?
- passer det ind hos os? (fx værdier, præferencer)
- har vi tilstrækkelige ressourcer?
- skal det nye tilpasses os lokalt?
- skabe opbakning
- rekruttering / opmærksomhed
- træning



QIF Fase 2: Struktur

2 trin: skabe overblik og struktur. Lave tidsplan, definere roller, ansvar og opgaver.

- har vi en klar plan for hvad og hvornår?
- hvem gør hvad?

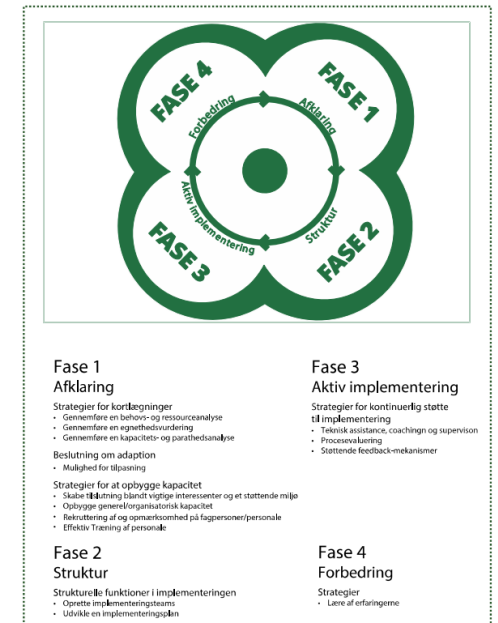


QIF Fase 3: Aktiv implementering

3 trin: fokus på at monitorere og understøtte; at lære undervejs - at tilpasse og forbedre. Implementeringsteamet er en vigtig driver.

Fx

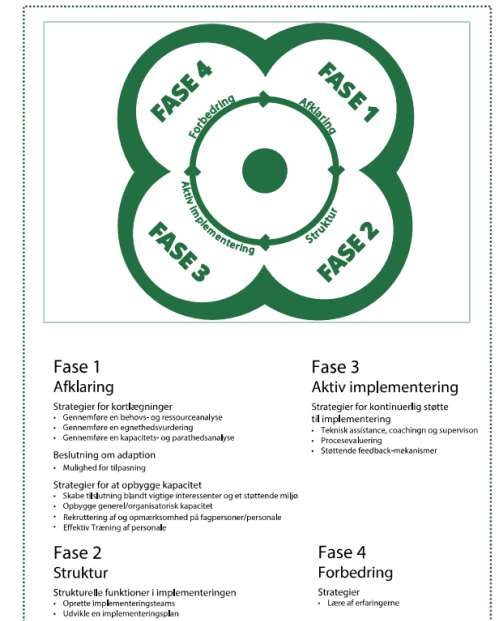
- har vi de rette støttefunktioner på plads?
- er de rette personer med i implementerings-teamet? (rette kompetencer)
- holder planen eller skal vi justere?
- hvordan evaluere? Giver vi den rette feedback på de rigtige tidspunkter?



QIF Fase 4: Evaluering

1 trin: læring til fremadrettet brug, herunder

- hvad lærte vi, samlet set?
- hvordan kan vi sprede /genbruge denne viden i egen organisation?
- hvordan kan vi dele vores viden med andre?



Her finder du QIF

Oversat til dansk ved Metodecenteret:

<https://metodecentret.dk/implementering-med-kvalitet/>



Fidelity – metodetrohed



Ingredienser

—

1 lagkage

+

12 stykker pr. lagkage

Vaniljecreme

2 dl mælk



1 æg



2 spsk sukker



1 spsk hvedemel eller majsstivelse

1 vaniljestang (kornene heraf) eller
vaniljepasta i tilsvarende mængde

Hindbærkompot

1 blad husblas



Sådan gør du



Undgå at skærmen slukker

Vaniljecreme

1. Pisk mælk og æg let sammen i en tykbundet gryde.
2. Pisk sukker, mel og vaniljekorn og -stang i gryden.
3. Bring blandingen i kog under piskning og kog cremen ved jævn varme, stadig under omrøring, i ca. 3 min. - eller til melsmagen er væk.
4. Hæld cremen i en skål (fjern vaniljestangen) og dæk den med film helt nede ved cremen, så den ikke danner skind. Stil cremen på køl til den er helt kold.


Hindbærkompot

1. Læg husblassen i blød i koldt vand i ca. 5 min.
2. Kom hindbær og citronsaft i en lille gryde og bring det i kog. Kog ved svag varme i ca. 5 min.
3. Træk husblassen op af vandet med det vand, der hænger ved og smelt den i hindbærkompotten.
4. Stil hindbærkompotten på køl til den er helt kold.

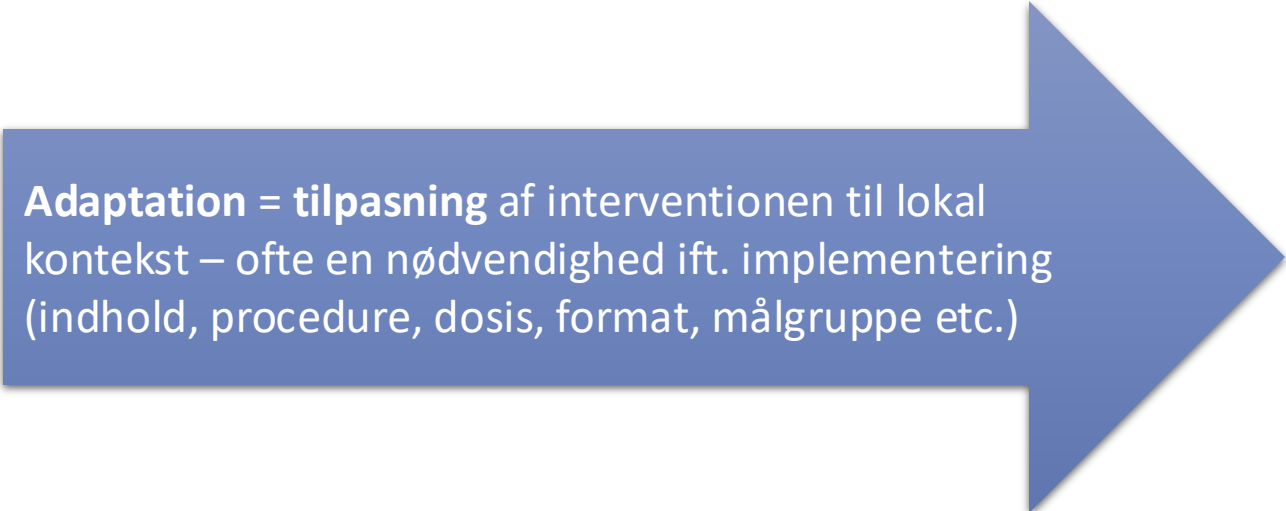




Fidelity vs. tilpasning til lokal kontekst



Fidelity: obs på de "*aktive ingredienser*" i interventionen vs. hvilke man kan justere lidt på



Adaptation = tilpasning af interventionen til lokal kontekst – ofte en nødvendighed ift. implementering (indhold, procedure, dosis, format, målgruppe etc.)

→ Et dilemma!

Vigtig: *evaluering* – også af hvad der sker hvis man ændrer lidt i "opskriften"

Vil du vide mere?

Hold dig opdateret om ny forskning og viden om rehabilitering og palliation - tilmeld dig REHPA Nyt på www.rehpa.dk



www.facebook.com/rehpa.dk



www.twitter.com/rehpa.dk



www.linkedin.com/company/3306677

Træning til borgere med claudicatio intermittens – hvad, hvordan, hvorfor

Lars Hermann Tang
Fysioterapeut, Lektor, Ph.d.

Forsknings- og implementeringsenheden Progrez
Næstved, Slagelse, Ringsted sygehuse og SDU

Ser du borgere med diagnosen claudicatio intermittens i dit daglige virke?

■ Ja ■ Nej



Claudicatio intermittens?

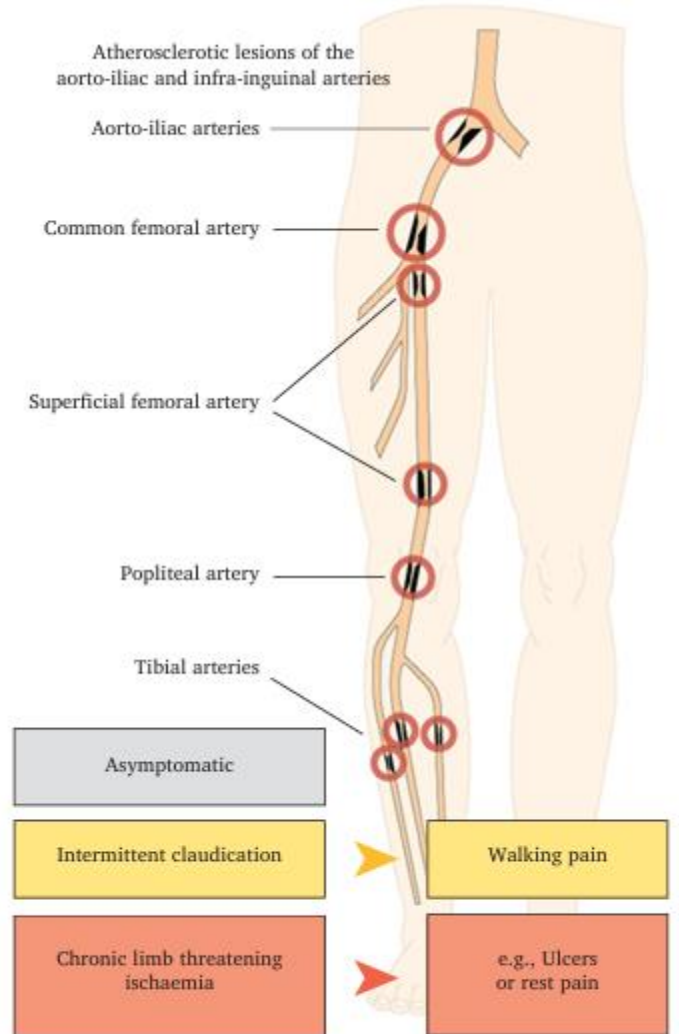


Figure 17. Typical locations for atherosclerotic lesions of the aorto-iliac and infra-inguinal arteries and stages of the disease.

Incidens:

5.000 nye tilfælde i Danmark – stort mørketal

5 års prognose: :

30%: blodprop i enten hjernen eller hjertet

5%: benamputeret

10-15%: Døde

Gerhard-Herman MD (2017), Sigvant B (2016), Harlev (2021)



Anbefalinger og Evidens?

Træning har vist at kunne: (Lane et al. 2017)

- Øge gangdistance og -tid (med og uden smerte)
- Øge livskvalitet (få studier)

Kan ikke:

Forbedre ankelblodtrykket
Mindske mortalitets- og amputationsrisikoen

Træningen skal helst være superviseret (Falkenrood et al 2013)

Alternative træningsmodeller fx cykling kan være en mulighed når gangtræning ikke er muligt (Jansen et al 2020)

Recommendation 46			
For patients with intermittent claudication, a supervised exercise programme is recommended as first line therapy to improve maximum and pain free walking distance, health related quality of life, and self reported functional impairment.			
Class	Level	References	ToE
I	A	Fokkenrood <i>et al.</i> (2013) ⁴⁷⁷ Hageman <i>et al.</i> (2018) ⁴⁷⁰ Parmenter <i>et al.</i> (2015) ⁴⁶⁸ Vemulapalli <i>et al.</i> (2015) ⁴⁷¹ Gommans <i>et al.</i> (2014) ⁴⁷⁸ Fakhry <i>et al.</i> (2012) ⁴⁷⁴ Pymmer <i>et al.</i> (2021) ⁴⁷⁵	

Nordanstig j. et al (2024)



Operation eller ikke operation?

Ingen forskelle mellem superviseret træning og operation

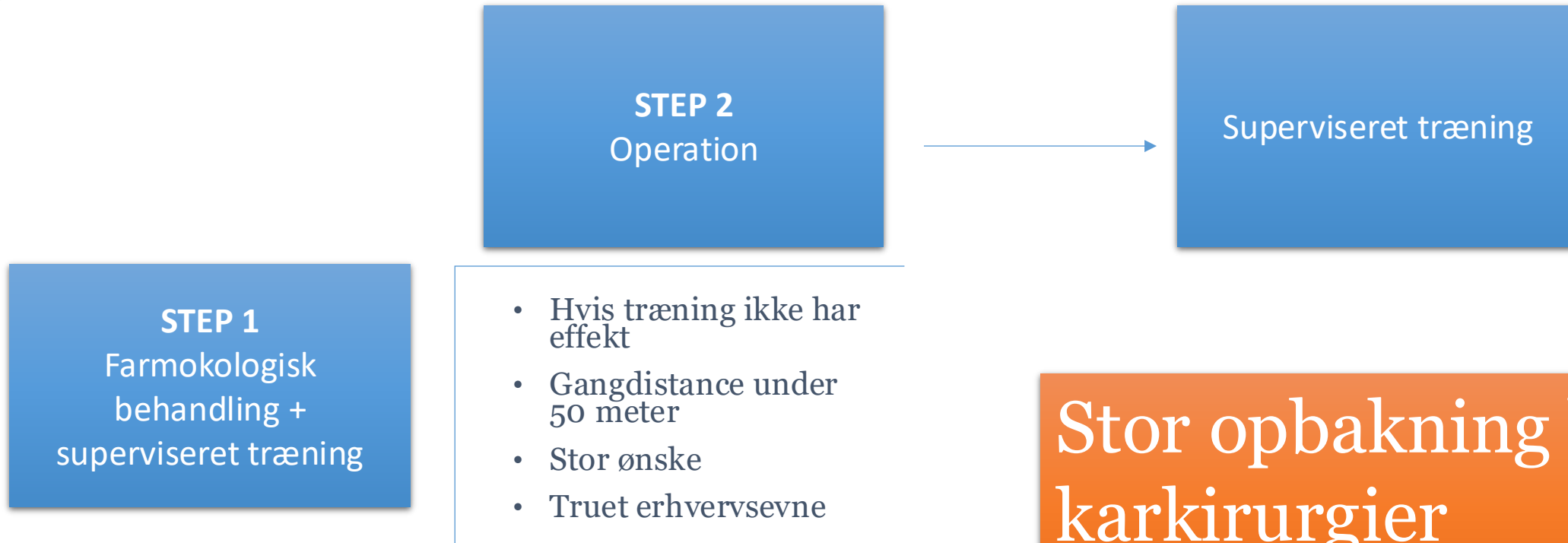
Flere bivirkninger forbundet med operation

Operation er ikke altid muligt - stor risiko for gentagende operationer

For tidligt operativt indgreb øger risikoen for amputation



Stepped care model



- Hvis træning ikke har effekt
- Gangdistance under 50 meter
- Stor ønske
- Truet erhvervsevne

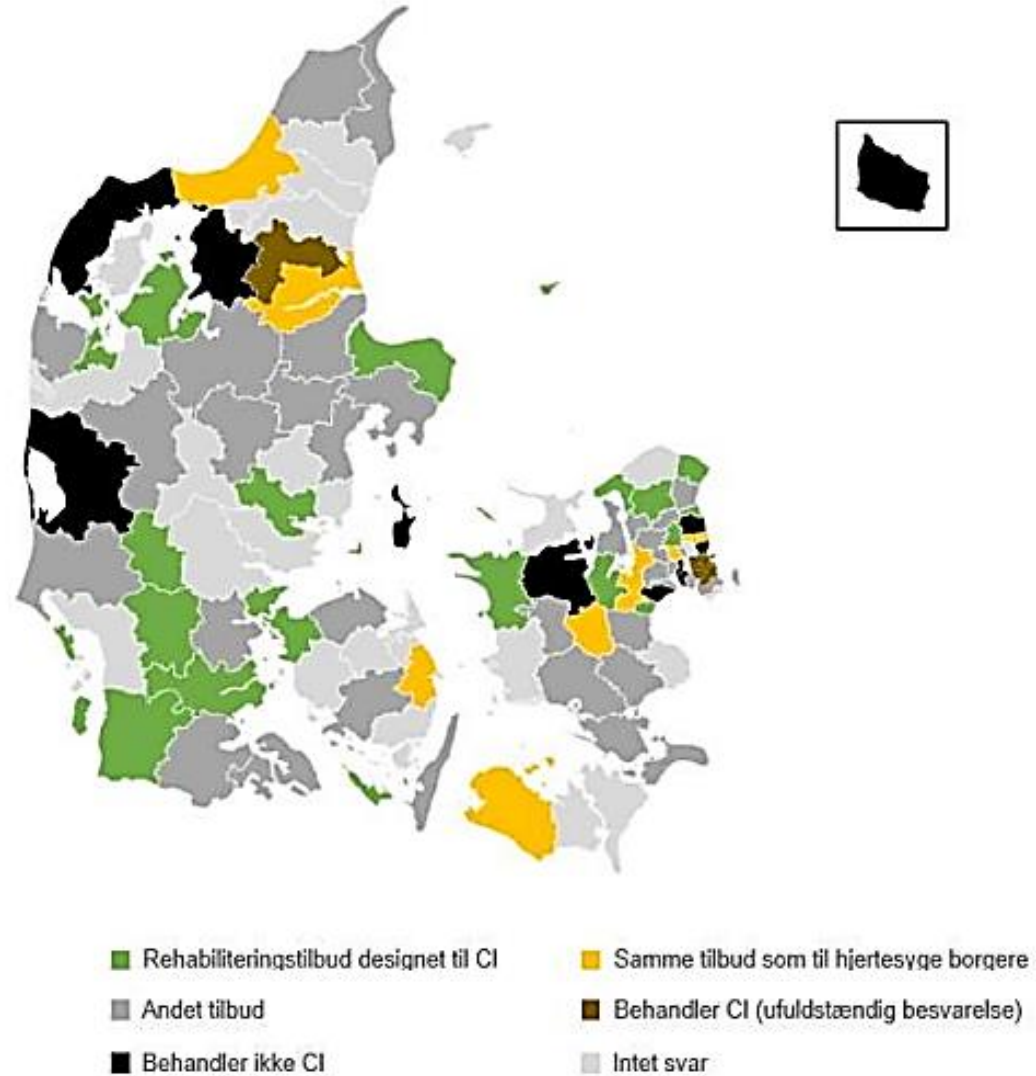
Stor opbakning blandt
karkirurgier

(Dyrby Jensen et al. 2018)



Danmarkskort over kommunernes tilbud til personer med CI:

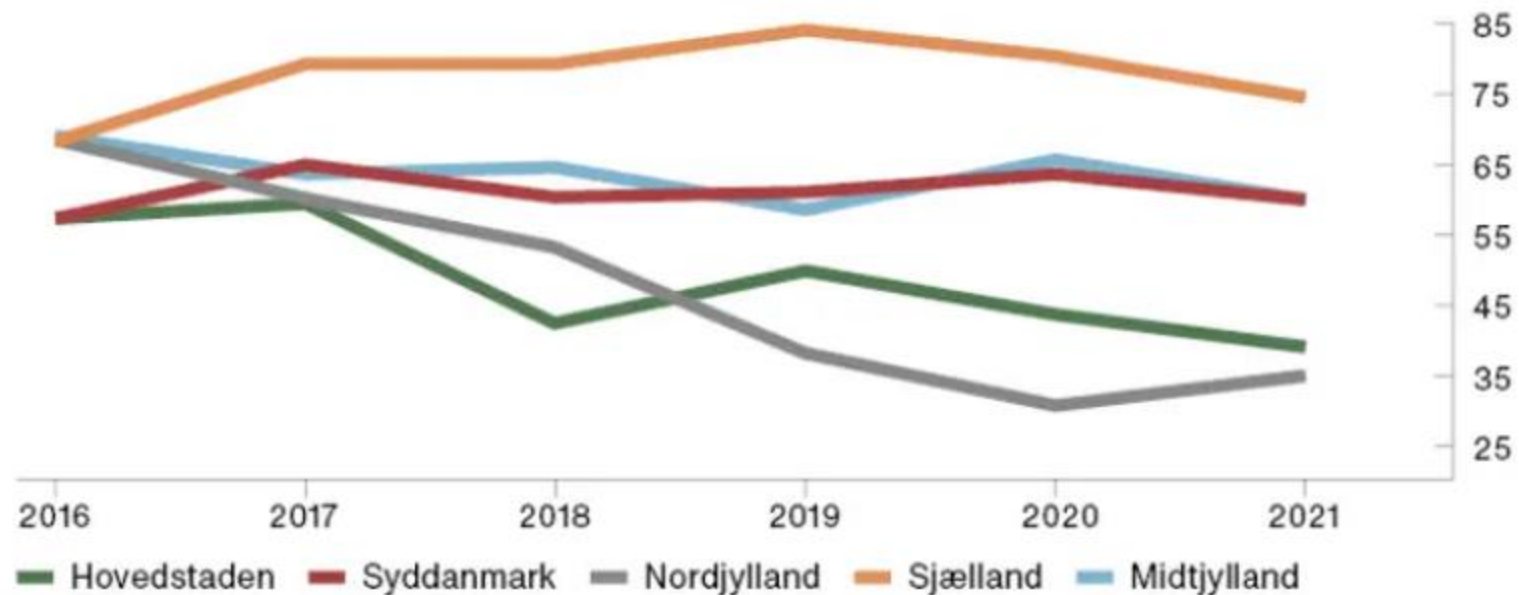
Landkortet i 2022



Amputationer og amputationsforebyggende karkirurgiske indgreb i de danske regioner, 2016-2021

FIGUR 1 Amputationer per 100,000 50+ årige. Rater af amputationer på hofter, lår, knæ og underben blandt personer som var 50 år eller ældre med bopæl i de danske regioner, 2016-2021. En person kan bidrage med flere amputationer i denne analyse.

Kilde: RKKP »Amputationer og amputationsforebyggende karkirurgiske indgreb i de danske regioner, 2016-2021«



Medførte flere strukturændringer og forebyggende indsatser



Tak for jeres tid

Har du yderligere spørgsmål eller vil du samarbejde?

Kontakt



Larta@regionssjælland.dk



Larshtang



Jakob Jark Schoop
Fag ansvarlig og fysioterapeut
Forebyggelse- og
Genoptræningscenter
Kalundborg Kommune



Line Hougaard Flemmer
Faglig koordinator og fysioterapeut
Træning & Rehabilitering
Vordingborg Kommune

Forberedelse

Ledelsesopbakning

Praktisk forberedelse og sikre tilslutning

Teknisk assistance

Indholdsfortegnelse:

- 1. Behandling af personoplysninger i projektet** – Dokument udleveres til borger ved 1. afklarende samtale.
- 2. Pjecen "Gangtræning og rygestop"** – Pjecen udleveres til borger ved 1. afklarende samtale
- 3. Invitation til Boblberg gruppe** – Introduceres og udleveres til borger midtvejs i forløbet.
- 4. Test- og træningsark.** Testene skrives under målinger "TR – Supervisor gangtræning" og træningsarkene ligges i holdmappen.
- 5. Arbejdsgang for indberetning af data i REDcap**
- 6. Arbejdsgangsbeskrivelse for venteliste til supervisor gangtræning Nexus**
- 7. Vejledning for et supervisor gangtræningsforløb til borgere med claudicatio intermittens henvist til en kommune i Region Sjælland** – Vejledning til terapeuter omkring hele forløbet.
- 8. Powerpointshow med information vedr. diagnosen, projektet og databehandlingen** – Orienteringsmateriale efter behov.



Samarbejde

Hurtig respons på mail

Møder på tværs af kommuner/region

Træningsprogram

Formålet er at borger lærer at gå så langt som muligt samt at fastholde gangtræning efter afslutte genoptræning, da det er essentielt for effekten. Borger skal lære, at det er vigtigt at gå ud over CI smerten samt at smerten ikke er farlig

Navn: _____

5 min. Opvarmning Gangbånd 3,2 km/t. 0% stigning eller hastighed målt ved gangbåndstest	<ul style="list-style-type: none"> •Optil 50 min gangtræning gangbånd incl. pauser: • Første træning efter udført gangtest: Start hastighed er 3,2 km/t eller den hastighed som gangbåndstesten er gennemført med + den hældning, hvor den første claudicatio smerte opstod fra gangbåndstest (PWD). •I hver træningstime går borger så langt som muligt indtil CI smerte niveau 3-4. Stop, sid ned til smerten er væk. Gentag gang med samme hældning og km/t. i resten af træningstimen •Længste gang i tid: Går borger mere end 8 min. I næste træningstime øg hældning med 2%, op til max. 10% •Når 10% hældning er opnået, øges hastigheden med 0,3 km/t ved hver træningstime (op til max. 4,7 km/t) •Når 4,7 km/t er opnået, øg hældningen med 2% ved de næste træningstimer (op til max. 15%) • Går borger mindre end 8 min. før smerte score 3-4 indtræffer. Stop og sid ned til smerterne er væk. Ved næste træningstime er hældning uændret •Som motivation kan totaltid eller totaldistance tilføjes = opvarmning + gang + nedvarmning <p>Ved selvtræning følges op på hjemmetræning.</p>					5 min. nedvarmning 3,2 km/t 0% stigning eller hastighed målt ved gangbåndstest
Dato:	Uge 1			Uge 2		
Gangbånd	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: *Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Selvtræning: Totaltid Ell. Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:
Dato:	Uge 3			Uge 4		
Gangbånd	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Selvtræning: Totaltid Ell. Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:	Km/t: Længste gang i tid: Hældning: Totaltid ell. -distance: Ved selvtræning:

Kontekst – Løbende adaptationer/tilpasninger

Forskning adapterer til praksis

Tilpasning af træningsprotokol



KALUNDBORG
KOMMUNE

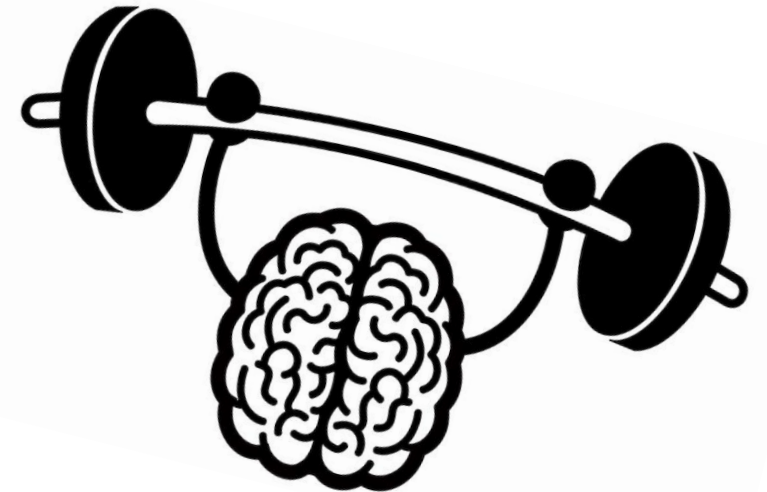
VORDINGBORG
KOMMUNE



Hvad har vi lært og fået ud af det?

Ressourcer, forberedelse og struktur
Evidensbaseret tilbud

Indblik i et implementerings samarbejde mellem
Region og kommune



Paneldebat

Hvilke barrierer ser du for at arbejde med implementering i dit daglige arbejde? - skriv et ord af gangen.

Ingen har svaret endnu.

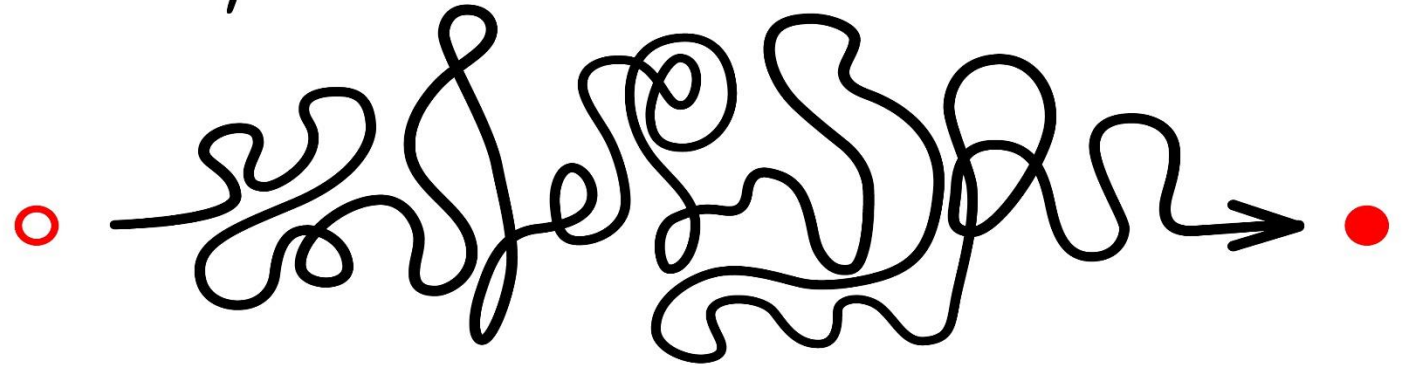
Vent et øjeblik! Svarene er på vej ind.

From evidence to
practice

Expectation:



Reality:



Take-home

- Implementering er en dynamisk proces som er afgørende for kvaliteten af vores fremtidig sundhedsindsatser.
- Implementeringsprocessen er stærk afhængig af kontekst, grundig forberedelse og løbende dialog og samarbejde.
- Systematisk og løbende evaluering er afgørende for at sikre en succesfuld implementering.



Hvilke take-home nøgleord tager du med fra dette symposium? Skriv et ord af gangen!

teat

Tak for jeres tid