

# **Prosess og implementering av faglig nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus: en kvalitativ studie**

Anne Berit Walter



Masteroppgave – Institutt for helseledelse og helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

15.05.14

# **Prosess og implementering av faglig nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus: en kvalitativ studie**

Copyright Forfatter

2014

Prosess og implementering av faglig nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus

Anne Berit Walter

<http://www.duo.uio.no>

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Bakgrunn</b> .....	<b>8</b>
2.1 Hva er spesielt med denne retningslinjen.....	8
2.2 Organisering av arbeidet .....	9
2.3 Selve prosessen med arbeidet, organisering og struktur .....	11
2.4 Helsedirektoratets juridiske ansvar .....	13
2.5 Utvikling av faglig nasjonale retningslinjer .....	16
2.6 Utfordringer med Helsedirektoratets arbeid med retningslinjer.....	18
2.7 Forankring .....	19
2.8 Utfordringer med bruk av antibiotika .....	19
2.9 Ansvarlig antibiotika bruk.....	22
2.10 Hva er barrierene for å ta retningslinjen i bruk? .....	22
2.11 Hvordan sørge for at retningslinjen er faglig oppdatert? .....	23
2.12 Implementering .....	24
2.13 Legitimitet – forankring .....	26
2.14 Tilgjengelighet – brukervennlighet .....	26
2.15 Tiltak mot politikere og ledere.....	27
<b>3. Teoretisk bakgrunn</b> .....	<b>28</b>
3.1 Hva er fordelene og begrensningene .....	28
3.2 Faktorer som fremmer og hemmer endring.....	30
3.3 Sosial markedsføring .....	32
<b>4. Metoden</b> .....	<b>33</b>
4.1 Kvalitative intervjuer .....	33
4.2 Utvalget i studien .....	36
4.3 Styrker og svakheter ved kvalitative studier .....	37
4.4 Intervjuene .....	37
<b>5. Resultater</b> .....	<b>44</b>
<b>6. Diskusjon</b> .....	<b>54</b>
6.1 Funnene .....	54
6.2 Diskusjon av metode .....	56
6.3 Refleksjoner .....	58
6.4 Begrensninger .....	60
<b>7. Konklusjon</b> .....	<b>62</b>
<b>8 Litteraturliste</b> .....	<b>64</b>
<b>Vedlegg / Appendiks</b> .....	<b>68</b>

# Sammendrag

*Problemstilling:* I denne masteroppgaven diskuteres det om den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus er kjent i fagmiljøet, og om prosessen og publiseringsformen har bidratt til implementering.

*Bakgrunn:* Riktig bruk av antibiotika er svært vesentlig for å hindre utvikling av resistente bakterier. Resistensproblematikken er alvorlig og økende både i Norge og i verden for øvrig. Ved å følge anbefalingene i retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus vil det kunne begrense resistensutviklingen.

*Teoretisk ramme:* Grol og Wensings (2013) har beskrevet ulike trinn i prosessen mot implementering og bruk av ny informasjon, eksempelvis introduksjon av en ny retningslinje som kan bidra til bedre pasientbehandling. Modellens ulike faser mot implementering og kontinuerlig evaluering har vært grunnlaget for intervjuene og for selve analysen i denne oppgaven. Humphries et al (2014) har identifisert ulike faktorer og rammer som gir muligheter eller begrensninger ved endringer. Dette rammeverket har vært vesentlig for å stille gode spørsmål, og for å analysere resultatene i oppgaven.

*Metode:* Det er foretatt semistrukturerte intervjuer av et strategisk utvalg på åtte leger, syv sykehusleger og en fastlege. Noen av legene hadde deltatt i utarbeidelsen av retningslinjen, andre ble rekruttert enten ved direkte kontakt eller ved snøballmetoden. Det er foretatt dybdeintervjuer av alle i utvalget. Respondentene ble intervjuet om følgende temaer: Prosess rundt utvikling av retningslinjen, om retningslinjen er kjent og tatt i bruk, om anbefalingene er tydelige, generelt om endringer og endringsvillighet, publiseringsform samt livsløp for retningslinjen. Dataene er gruppert innenfor modellen til Grol og Wensing (2013) med hovedtemaene; endringsforslag, analyse av nåsituasjonen, problemanalyse av målgruppen, strategisk valg og parametere for å endre praksis, utvikling og utføring av en implementeringsplan, integrere endringer i det daglige og til slutt kontinuerlig evaluering.

*Konklusjon:* Resultatet fra undersøkelsen viser at de tiltakene som har bidratt til best implementering er relatert til prosessen ved utvikling av retningslinjen ved å involvere store deler av fagmiljøet i arbeidet. Det var også vesentlig at det ble utarbeidet en

implementeringsplan ved oppstart av arbeidet med mål om å bruke nettet mer aktivt, både ved utarbeidelse og publisering. Dette viste seg å være en viktig faktor for å gjøre retningslinjen kjent, og for å tilgjengeliggjøre informasjonen for målgruppen på best mulig måte. Kontinuerlig evaluering ved livsløpstenkning, og dermed sikre at informasjonen til enhver tid er oppdatert var også vesentlig for bruken, og for troverdigheten.

# Forord

Jeg har valgt å skrive en oppgave innen et tema som jeg har vært svært involvert i de siste årene. Etter at det besluttet at Helsedirektoratet skulle utgi en faglig nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus har jeg fulgt arbeidet tett som prosjektleder. Jeg har hatt stor interesse både i selve retningslinjearbeidet, og i den faglige utfordringen relatert til forskrivning og bruk av antibiotika.

Hele prosessen med oppgaven har vært lærerik. Det var veldig interessant og inspirerende å få muligheten til å intervju legene, og selve skriveprosessen har lært meg mye om metode og systematisering. Det har også vært lærerikt i forhold til egenledelse og prioritering.

Flere har bidratt til at det har vært mulig å få utført denne masteroppgaven. For det første var intervjuobjektene svært positive og imøtekommende, og ga meg mange gode innspill. I tillegg til svarene ga det meg inspirasjon til å fortsette med oppgaven, og det ga også viktige tilbakemeldinger til det videre arbeidet med retningslinjen.

Jeg har også hatt veldig god støtte i veileder Eli Feiring. Hun har gitt lærerike og konstruktive tilbakemeldinger, noe som var helt vesentlig for å komme videre i arbeidet.

Jeg vil og takke min arbeidsgiver Helsedirektoratet som har lagt til rette for at jeg kunne jobbe med masteroppgaven, og til gode kollegaer som har hjulpet meg med innspill til referanser.

Og til sist vil jeg takke samboer, familie og venner som har støttet meg hele veien. De har bidratt med positive innspill, de har vist forståelse når jeg har forvunnet ned i ”skriveboblen”, og de har gledet seg sammen med meg ved alle milepæler.

# 1. Innledning

Er det slik at den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus er i bruk, og så fall, i hvor stor grad benyttes den, og hva er det i retningslinjene som er mest brukt? Ved hjelp av aktiv informantintervjuing til nøkkelinformanter søker jeg å få svar på om prosessen som ble brukt ved utarbeidelsen av denne retningslinjen har bidratt til implementeringen, og om publisering på nett gjør retningslinjen bedre tilgjengelig. Jeg har også fokusert på hva respondentene mener kan sikre bedre implementering, og hvilke implementeringstiltak som er benyttet ved ulike sykehus.

Det utarbeides mange retningslinjer for å understøtte klinisk praksis årlig, men det er bare Helsedirektoratet som har mandat til å utgi faglige nasjonale retningslinjer. Det er kommet kritikk blant annet fra Riksrevisjonen om at retningslinjene brukes i for liten grad, og at de ikke er tilstrekkelig kjent.

Hypotesen i denne studien er derfor at den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus er kjent og at den blir brukt. Jeg vil også se på om resultatene fra denne studien kan gi noen mer generelle føringer for implementering av faglige nasjonale retningslinjer.

I studien er det brukt en kvalitativ metode som henter informasjon blant annet fra intervjuer og litteratur. I denne oppgaven baseres forskningen på semistrukturerte intervjuer, primært belyst via eliteintervjuer. I tillegg vil førende dokumenter og lover og forskrifter som danner rammen for arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer bli omtalt.

Retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus er viktig av flere årsaker. Ett viktig tiltak er å sikre riktig og forsvarlig antibiotikabruk for å hindre utvikling av resistens. Økt resistens er blitt et globalt problem, og dersom ikke antibiotikabruken begrenses kan selv mindre infeksjoner bli livstruende.

I tillegg til den faglige utfordringen både Norge og verden står overfor er det også viktig å sørge for at det gis ensartet og riktig antibiotika behandling i hele Norge, og retningslinjen skal bidra nettopp til utjevning av forskjeller og sikre ensartet og god behandling.

I masteroppgaven er det diskutert hvilken status faglige nasjonale retningslinjer har, hvordan den aktuelle retningslinjen kan bidra til bedre pasientbehandling, og om denne retningslinjen er godt implementert på ulike sykehus, primært på Østlandsområdet.



## 2. Bakgrunn

### 2.1 Hva er spesielt med denne retningslinjen

Grunnen til at jeg ønsket å se nærmere på utvikling av den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus var fordi dette var et arbeid som ble prioritert av et bredt sammensatt fagmiljø, og det ble for Helsedirektoratet ansett til å gi viktige føringer for riktig bruk av antibiotika som samfunnet er helt avhengig av.

Årsaken til at et samlet fagmiljø ønsket en faglig nasjonal retningslinje var fordi det på dette tidspunkt var flere regionale initiativ om å revidere deres egne veiledere. Istedenfor at dette skulle gjøres i de ulike regionene, var det et ønske om at det ble en nasjonal retningslinje som regionene kunne enes om. En nasjonal retningslinje ville sikre en mer helhetlig behandling for hele Norge, og det ville gi større autoritet enn en regional retningslinje kunne ha.

Utarbeidelse av nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika i både sykehus og i primærhelsetjenesten var blant tiltakene foreslått i *”Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens 2008-2012”*.

For bruk av antibiotika i sykehus er det viktige faglige og politiske føringer. En hovedutfordring er å begrense antibiotikabruken på tvers av ulike sektorer for å hindre utvikling av resistente bakterier. Det at det utvikles resistente bakterier er et internasjonalt problem som ikke bare berører helsesektoren, men også andre sektorer som matproduksjon, fiskeoppdrett, landbruk, miljø med mer.

Dame Sally Davies, helseminister i Storbritannia har hatt et tydelig fokus på denne problemstillingen og har advart mot at økningen av antibiotika resistente bakterier kan gi katastrofale følger for samfunnet på lik linje med terror angrep eller pandemier. Hun har beskrevet et scenario der pasienter kan dø av selv enkle infeksjoner dersom det ikke lenger finnes virksomt antibiotika (2013).



I Norge ble det i den nasjonale strategien foreslått en rekke tiltak både for helsetjenesten og for de andre sektorene. Mange tiltak ble iverksatt, noen ble aldri gjennomført. Men for Helsedirektoratet var det vesentlig å utvikle faglige nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika både i sykehus og i primærhelsetjenesten. Begge retningslinjene ble ferdigstilt rett etter at strategiperioden var over.

### **Hvem er oppdragsgiver?**

Et retningslinjearbeid initieres ofte som et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), men det kan også startes etter initiativ fra fagmiljøer eller fra Helsedirektoratet. Et retningslinjearbeid behandles og besluttes i Helsedirektoratets øverste organ *Ledermøtet* før oppstart. Arbeid med retningslinjer og veiledere er tidkrevende. Gjennomsnittlig produksjonstid tar om lag tre år, og prognosen for gjennomsnittlig implementeringstid er fire år etter at retningslinjen/veilederen er publisert.

## **2.2 Organisering av arbeidet**

Arbeidet med utarbeidelse av retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus startet høsten 2010, da det ble klart at alle de nasjonale helseforetakene hadde behov for å revidere sine retningslinjer for antibiotikabruk. Istedenfor at hver region skulle revidere egne retningslinjer, hadde allerede Helse Sør-Øst påbegynt et arbeid med revisjon, og det var et uttalt ønske fra fagmiljøet om utarbeidelse av en felles nasjonal retningslinje.

Da dette arbeidet ble startet opp ble det organisert som et prosjekt i Helsedirektoratet, lagt til spesialisthelsedivisjonen ved avdeling medisinsk utstyr og legemidler. Jeg ble prosjektleder,

mens avdelingsdirektøren var prosjekteier. Det ble etablert en styringsgruppe som rapporterte til Ledermøtet, som er Helsedirektoratets øverste organ. Ledermøtet tar alltid beslutninger om oppstart av arbeid med utvikling av nye faglige nasjonale retningslinjer. Ledermøtet godkjenner også den ferdige retningslinjen før den utgis.

Prosjektet etablerte en ekstern prosjektgruppe, som ble kalt redaksjonsgruppen, de var ansvarlig for den faglige utviklingen og innholdet i retningslinjen. Prosjektleder i Helsedirektoratet fulgte opp de interne prosessene, og sørget for at prosjekteier og ledelsen var orientert om fremdriften. Prosjektleder fulgte også opp overfor HOD og hadde jevnlig kontakt med leder av redaksjonen. Ved at arbeidet ble organisert som et prosjekt ble det bred forankring i fagmiljøet og det sikret forankring internt.

Det ble utarbeidet et mandat for prosjektet (vedlegg 1) som ga en nøyaktig beskrivelse av ansvar og fordeling av oppgaver. I mandatet ble det også laget en plan for implementering, det er viktig at dette adresseres ved oppstart.

Det ble engasjert en leder av redaksjonen som i perioder vekslet mellom tyve- femti prosent stilling. Denne lederen hadde solid faglig bakgrunn, var meget IT-kyndig og var allerede involvert i arbeidet med revisjon av den regionale veilederen for Helse Sør-Øst. Redaksjonen foretok de faglige vurderinger etter arbeidsgruppens bidrag og de bidro til å samle kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene. Leder hadde jevnlig kontakt med arbeidsgruppene som hadde delansvar for de ulike kapitlene. Redaksjonen foretok en siste evaluering av alle kapitlene, de gjennomgikk også høringssvarene og de hadde det overordnede faglige ansvaret for anbefalingene.

Redaksjonsgruppen var bredt sammensatt av representanter med ulik geografisk tilknytning. Den besto av fagpersoner fra følgende ulike deler av helsetjenesten; tre fagpersoner fra Helse Sør-Øst, to fra Helse Vest, en fra Helse Nord og en fra Helse Midt. Redaksjonen har vært ledet av overlege Jon Birger Haug. Det har vært representasjonen fra sykehusapotekene, fra Legemiddelverket, fra Folkehelseinstituttet, fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og fra Helsebiblioteket. Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) har også vært med for å sikre forankring mot primærhelsetjenesten. I alt arbeid med retningslinjer og veiledere er det viktig for direktoratet at det er med

brugerrepresentanter, for utvikling av denne retningslinjen var det med to brukerrepresentanter fra Helse Sør Øst.

Arbeidsgruppen bestod av et bredt utvalg fagpersoner tilknyttet det infeksjonsmedisinske og mikrobiologiske miljø, totalt 80 fagpersoner. Representanter i arbeidsgruppen hadde betydelig kunnskap om sine respektive terapikapitler, de var blant de nasjonale ekspertene på sine områder. Arbeidsgruppen arbeidet etter føringer fra redaksjonen. Antibiotikabruk i sykehus er svært omfattende, det dreier seg om mange terapiområder og det har derfor krevet en betydelig dugnadsinnsats fra fagpersonene.

Alle fagpersonene underskrev på habilitetsskjema før de inngikk i arbeidet. Ved oppstart av arbeidet ble alle fagpersonene invitert til et felles oppstartsmøte. Lederne av arbeidsgruppene ble også invitert til deltakelse i opplæring av å bruke GRADE som arbeidsverktøy, og det ble laget en skrive-mal for å sikre at de tekstlige innspillene ble likest mulig fra de ulike arbeidsgruppene.

Etter at arbeidet var ferdigstilt ble nettversjonen lagt ut på høring, tilgjengelig for alle. Det kom inn mange høringsinnspill, og redaksjonsgruppen vurderte sammen med arbeidsgruppene de faglige innspillene for eventuell innarbeidelse i retningslinjen. Dette arbeidet tok en del tid, men var viktig for å sikre at innspillene ble nøye vurdert. Retningslinjen var også på intern høring i Helsedirektoratet. Da arbeidet med retningslinjen ble startet opp var det et uttalt ønske fra fagpersonene at retningslinjen skulle være tilgjengelig på nett, det hadde tidligere vært vanlig å publisere retningslinjer i bokform. Denne retningslinjen var den første som ble publisert kun på nett, dette var et nybrottsarbeid.

### **2.3 Selve prosessen med arbeidet, organisering og struktur**

Nye og gjeldende standarder er satt for retningslinjearbeidet, og en ny generasjon retningslinjer utarbeides etter den kunnskapsbaserte metoden. (Laine C et al 2011). Denne metoden er vedtatt benyttet også av Helsedirektoratet i utviklingen av nasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer, samt i utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer ute i

tjenesten. Metode for utvikling av faglige retningslinjer er beskrevet i *IS-1870, Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* og i tilhørende *Metodebok (internt dokument)*.

Det er et mål at anbefalingene i retningslinjene skal bruke GRADE metodikk ved utarbeidelse av kunnskapsgrunnlaget. Anbefalinger uten tilstrekkelig kunnskapsbasert forankring vil kunne bestrides av andre fagpersoner.

Det skal allerede ved oppstart av et retningslinjearbeid lages en plan for implementering.

Viktige punkter å ta med i vurderingen av en implementeringsstrategi:

- Hva skal til for at en retningslinje brukes etter intensjonen? Hva er spesielt med retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus
- Hvordan sørge for at den blir kjent, hva er den beste måten å publisere den på?
- Hvordan bør denne retningslinjen best følges opp?
- Det er tenkt et livsløp for retningslinjen som både tar for seg oppdateringer, revisjoner og videreutvikling. Hvordan sikre denne prosessen og hvordan få med fagmiljøet på dette?

### **Vurdering av behovet for retningslinjer for helsetjenesten**

Ved utvikling av en retningslinje er målet et standardisert og likeverdig tilbud til alle borgere. Det forutsetter en kunnskapsbasert helsetjeneste og at man fortløpende vurderer og oppdaterer eksisterende og nye metoder og strategier for forebygging, utredning og behandling. Viktige kriterier for oppstart av arbeidet med utvikling av retningslinjer:

- **Innovasjonskraft i helsesektoren:** Det utvikles nye teknologier i et stadig raskere tempo. I mange tilfeller er det sterke faglige diskusjoner rundt hva som er riktig praksis basert på beste tilgjengelige kunnskap. Det er nylig etablert et nasjonalt system for innføring av nye metoder. Målet er at alle nye metoder skal være vurdert og funnet trygge og effektive før de tas i bruk. I tillegg skal systematisk metodevurdering bidra til rettferdig prioritering av ressurser i helsetjenesten gjennom at forholdet mellom effekt og kostnader blir vurdert før helseforetakene beslutter om en ny metode skal benyttes. Helsedirektoratet er sekretariat for det nye nasjonale systemet.

- **Kostnadene til helse- og omsorgstjenester** øker både på grunn av demografi- og teknologiutviklingen. Helseøkonomiske vurdering blir stadig viktigere i forhold til å sikre at ressursene totalt sett gir mest mulig helse pr. krone.
- **Økte produksjonskrav** til helsepersonell innebærer at tiden for å oppdatere seg på ny kunnskap og informasjon er kortere enn tidligere. Dette fordrer at kilder til oppdatert kunnskap og anbefalinger må være kjent, konkret og lett tilgjengelig.

Samlet gir dette en trendutvikling som øker behovet for retningslinjer som helsepersonell oppfatter som aktuelle, relevante og tilgjengelige når behovet for informasjon oppstår.

## 2.4 Helsedirektoratets juridiske ansvar

Helsedirektoratets ansvar med å utarbeide og implementere faglige nasjonale retningslinjer og veiledere er lovfestet i Helse- og omsorgstjenestelovens § 12-5 og Spesialisthelsetjenestelovens § 7.3.

Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

*Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten.*

*Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.*

*Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig.*

Retningslinjer og veiledere er normert førende for helsetjenesten. Det er imidlertid slik at tjenesten skal vurdere individuelle hensyn opp mot anbefalinger i retningslinjene. Dersom man avviker fra anbefalt behandling skal dette noteres i journal.

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningsgivende publikasjoner er inndelt i nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale veiledere. Skillet mellom retningslinjer og veiledere oppleves uklart, men retningslinjer oppleves generelt tydeligere og derved mer anvendelige enn veilederne. Helse- og omsorgsdepartementet har differensiert den juridiske status/normerende kraft til retningslinjer og veiledere, men i lovverket<sup>1</sup> fremkommer det ikke tilsvarende skille. Kunnskapssenteret finner ikke metodisk grunnlag for å skille retningslinjer fra veiledere.

En nasjonal faglig retningslinje inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper. Nasjonale faglige retningslinjer skal bidra til å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer og til å hindre uønsket variasjon i helsetjenestene, løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp.

Helsedirektoratet har ansvaret for å sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål, og på utvalgte områder lage nasjonale faglige retningslinjer. Dette arbeidet skjer i nært samarbeid med sentrale fagmiljø og pasient-/brukerrepresentanter. Helsedirektoratet er ansvarlig for og ”eier” av de nasjonale retningslinjene som utgis.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) har myndighet til å gi faglige retningslinjer for gjennomføring av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og faglige anbefalinger om tuberkulosekontroll. FHI gjør dette gjennom utgivelser av henholdsvis "Vaksinasjonsboka" og "Tuberkuloseveilederen". FHI har etter smittevernloven også mandat til å gi råd og veiledning på smittevernsområdet, mens Helsedirektoratet har retningslinjemandatet.

### **Kommunenes plikt til å følge nasjonale retningslinjer og veiledere**

Kommunene har stilt spørsmål til Helse- og omsorgsdepartementet om deres plikt til å følge nasjonale retningslinjer og veiledere.

I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 08.05.12 *Om den juridiske og faglige status rundskriv, retningslinjer og veiledere har for kommunesektoren på helse- og*

---

omsorgsområdet vises det til hvordan kommunen skal forholde til retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet.

*”Departementet legger til grunn at kommunene er selvstendige rettssubjekt som bare kan instrueres gjennom lov eller med hjemmel i lov. Departementet har videre tillit til at kommunene bygger opp en helse- og omsorgstjeneste som imøtekommer befolkningens behov for tjenester på en forsvarlig og adekvat måte. Departementet deler derfor KS sitt synspunkt om at sentrale helsemyndigheter gjennom veiledere og retningslinjer ikke kan pålegge kommunene oppgaver som ikke fremkommer av lov eller budsjettvedtak fastsatt av Stortinget. Dette synspunktet kommer også tydelig til uttrykk i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven (Prop 91 L (2010—2011)), der det heter at anbefalingene gitt i nasjonale faglige retningslinjer ikke er rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg. I tillegg skal føringer i veiledere og faglige retningslinjer for hvordan helsetjenesten skal utføre oppgavene sine, være innenfor rammene av regelverket.*

*Departementet vil imidlertid bemerke at helse- og omsorgstjenesteloven benytter enkelte rettslige standarder i sin beskrivelse av kommunenes oppgaver og ansvar. I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 heter det at kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys "nødvendige" helse- og omsorgs- tjenester. Av lovens § 4-1 fremgår at helse- og omsorgstjenestene som tilbys etter loven å være "forsvarlige", og at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient og bruker gis et "verdige" tjenestetilbud.*

*Hva som ligger i begrepene "nødvendige", "forsvarlige" og "verdige" —og følgelig de krav loven stiller til kommunene - vil endre seg over tid i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger. Den kommunale helse- og omsorgstjeneste vil med andre ord over tid utsettes for nye utfordringer og nye forventninger, men også nye muligheter til å organisere og utvikle tjenestene på”. ” Faglige retningslinjer kan si noe om hvor grensen mot det uforsvarlige går. Mellom god praksis og forsvarlig- hetskravets nedre grense er det rom for at kommunen utviser skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang”.*



## 2.5 Utvikling av faglig nasjonale retningslinjer

Helsedirektoratets samfunnsoppdrag er:

*«Helsedirektoratet skal styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå.*

*Direktoratet skal gjøre dette med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helsepolitiske områder.»*

Oppdraget sier videre:

*«Som faglig rådgiver [...] skal Helsedirektoratet sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på ulike områder.»*

Nasjonale faglige retningslinjer er viktige sentrale virkemidler for å løse denne delen av samfunnsoppdraget. I retningslinjene gis det faglige anbefalinger etter en systematisk metode. Retningslinjene angir nasjonale standarder for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper (brukere). Retningslinjene skal bidra til god kvalitet, riktige prioriteringer og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Retningslinjene skal også bidra til god samhandling og helhetlige pasientforløp.

Retningslinjearbeidet har høy prioritet i direktoratet og er omhandlet i Strategisk plan for Helsedirektoratet 2014-2018, som en del av satsingsområde «Styrke vår normerende rolle:

*«Styrke arbeidet med retningslinjer ved å tenke helhetlig livsløp, revidering, implementering, digitalisering og evaluering.»*

I følge [IS-1870 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer](#) står det:

”Retningslinjer er systematisk utviklede anbefalinger for å støtte bl.a. fagpersoners beslutninger om relevant behandling eller tiltak for en definert problemstilling.

Helsedirektoratet legger til grunn at alle nasjonale retningslinjer skal være utarbeidet med vekt på forskningsbasert kunnskap, tydelig og tilgjengelig dokumentasjon, brukermedvirkning og fokus på praksis, implementering og oppdatering.

Nasjonale retningslinjer inneholder faglige anbefalinger bygget på oppdatert faglig kunnskap, det er søkt etter svar på mange spørsmål knyttet til forebygging, utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller innenfor diagnoseområder. Det skal

legges vekt på å løse samhandlingsutfordringer og bidra til helhetlige pasientforløp. Nasjonale retningslinjer kan imidlertid også gjelde behandling av enkelttilstander eller deler av behandlingsprosessen knyttet til enkelttilstander. Det skal være gjort samfunnsmessige konsekvensvurderinger, herunder administrative/organisatoriske forhold, kost-/nyttevurderinger, juridiske forhold, etiske vurderinger, gjennomførbarhet og helsepolitiske signaler. I retningslinjens forord beskrives hvilke forhold retningslinjen omtaler”.

For å utarbeide faglig nasjonale retningslinjer må er det viktig at den er kunnskapsbasert, den må omfatte hele eller deler av et pasientforløp, og den må ta høyde for tverrfaglige perspektiver ved behandling. I arbeidet må det involveres pasienter eller brukere, og være tverrsektorielle anbefalinger må vurderes hvis temaet krever det. Det bør beskrives organisatoriske forhold, herunder oppgavefordeling og eventuelle samarbeidsrelasjoner. De økonomiske konsekvensene må beskrives herunder konsekvenser av anbefalingene. Det skal beskrives en implementeringsstrategi, og dersom mulig kan det gis forslag til kvalitetsindikatorer. Oppdateringer og plan for revisjoner må beskrives.

I retningslinjer skal det fremkomme tydelig på hvilket nivå både kunnskapsgrunnlag og anbefalingene ligger. Ordlyden knyttet til de enkelte anbefalingene bør reflektere hvilken styrke som ligger bak anbefalingene.

Kunnskapsstyring i positiv forstand handler generelt om tre viktige forhold:

1. Beste kunnskap gjøres tilgjengelig
2. Kunnskapen bidrar til å påvirke praksis
3. Praksis gir resultater som bidrar til måloppnåelse

Viktige faktorer som vektlegges for utvelgelse av områder der det bør skrives faglige nasjonale retningslinjer er primært at det er store sykdomsgrupper som berører mange. Det er også vesentlig at det er områder med fare for svikt i pasientsikkerheten, og der en retningslinje kan bidra til bedre oppfølging og behandling. Det kan også være aktuelt å lage retningslinjer på områder der det er klinisk usikkerhet som er vist gjennom stor spredning i klinisk praksis eller i spredning i behandlingsresultater. På områder der det er stor ressursbruk for helsetjenesten, og der valg av behandling har stor helse økonomisk betydning, vil også være aktuelle for nasjonale føringer.

Av andre faktorer kan det være behov for å tydeliggjøre oppgaver og ansvar og bedre samhandling mellom kommunal- og spesialisthelsetjenester, og det kan være temaer som er helsepolitiske prioriterte.

Det er et stort spenn av temaer som det kan være aktuelt å utarbeide faglige nasjonale retningslinjer/veiledere på. Det er derfor vesentlig at det er en gjennomtenkt og god prosess ved oppstart av hver retningslinje/veileder, da også arbeidet er både tid- og ressurskrevende.

## **2.6 utfordringer med helsedirektoratets arbeid med retningslinjer**

I en rapport utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt fra Helsedirektoratet ”*Arbeidet med nasjonale retningslinjer og veiledere i Helsedirektoratet*” viser de til at det er gjort flere interne og eksterne analyser av direktoratets arbeid med retningslinjer og veiledere. Disse konkluderer samlet med at retningslinje- og veilederarbeidet har for lav prioritet, effektivitet og resultatoppnåelse.

Denne interne arbeidsgruppen har pekt på at det både er for svak styring, og for dårlige prosesser med retningslinjene. Når det gjelder styring er ett av ankepunktene at det mangler helhetlig evaluering med hensyn på effekt av eksisterende retningslinjer. For prosessen er det pekt på at implementering og brukssituasjon er underfokusert

- Hvordan gjøre innhold og form tilgjengelig, brukervennlig og behovstilpasset
- Hvordan bidra til endring i adferd hos helsepersonell
- Hvordan sikre og dokumentere helseeffekter hos pasientene
- Hvordan ivareta brukere og pasienter/pårørende og praktisk gjennomføre involvering
- Format og struktur på retningslinjene er dårlig tilpasset nye medier og kanaler

Noen av disse ankepunktene adresseres i denne masteroppgaven, da fokus er på prosess ved utarbeidelse av de nasjonale faglige retningslinjene for bruk av antibiotika i sykehus, og hvordan implementeringen er foretatt i ulike sykehus.

## **2.7 Forankring**

Arbeidet ble forankret i fagmiljøet i en redaksjonsgruppe der alle de regionale helseforetakene var med. I tillegg ble det nedsatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe med faglig og geografisk forankring. I redaksjonen var det en geografisk skjevfordeling ut fra størrelsen på befolkningen. Både for bruk av antibiotika, men også innenfor andre fagområder er det til dels ulik praksis mellom regionene, og det kan også være kulturelle forskjeller som bør adresseres i arbeidet. For bruk av antibiotika er det en utfordring at forskrivningsmønsteret i særlig syd-europeiske land er annerledes enn i de nordiske landene, og i Norge har forskrivningen vært spesielt restriktiv. Kunnskapsgrunnlaget brukt i andre land er derfor ikke nødvendigvis riktig for Norge, og dette har det vært viktig å ta høyde for i arbeidet.

## **2.8 utfordringer med bruk av antibiotika**

Retningslinjen adresserer viktige faglige problemstillinger. Det er svært viktig at antibiotikabruken begrenses, og at man bruker antibiotika riktig. Der det er mulig å bruke penicilliner skal det benyttes, og det må være varsomhet med å bruke de mest bredspektrede antibiotika. Dette for å hindre resistensutvikling og på den måten sikre at det finnes effektive antibiotika ved alvorlige infeksjoner.

Det er få nye antibiotika som forskes frem, det er lite penger å tjene på dette. For utvikling av antibiotika er det en omvendt markedstenkning ved at nye antibiotika ikke bør benyttes før det er strengt behov for dem ut fra resistens-situasjonen og infeksjonens alvorlighet. Derfor er forskning og utvikling av nye antibiotika noe som ikke bare kan legges til den private legemiddelindustrien, men det må være et samarbeidsprosjekt mellom det private og offentlige for å sikre finansiering. Dette er en internasjonal utfordring, og det diskuteres om Norge kan ha en pådriver rolle i utvikling av nye antibiotika.

I 2009 utga det felleseuropeiske European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en rapport med tittelen ”The Bacterial Challenge: Time to react” hvor de anslår at omkring 25.000 europeere dør av infeksjoner med resistente bakterier årlig. Dette er flere døde enn i trafikkulykker.

Simonsen GS (2008) viser til at antibiotikaresistens fører til økt sykelighet, økt dødelighet og økte kostnader over hele verden. Resistensproblemene kan bare begrenses gjennom samordning av tiltak på nasjonalt og internasjonalt nivå.

De diskuterer at de viktigste årsakene til økende forekomst av resistens er høyt forbruk av antimikrobielle midler og spredning av resistente mikrobestammer. Resistensproblemer i avgrensede geografiske områder og økologiske nisjer med høyt antibiotikaforbruk og dårlig smittevern kan raskt spre seg til andre deler av samfunnet eller andre land.

Det er skrevet en rekke artikler om antibiotikaresistens, og i en interessant lederartikkel fra Brun JN (2013) viser han til at restriktiv bruk av antibiotika og effektive smitteverntiltak er nødvendig for å unngå at generasjoner etter oss vil stå uten effektiv behandling av infeksjoner. Han skriver videre at problemet er økende og at utviklingen er blitt betegnet som en global krise og sammenliknes med trusselen fra klimaendringene. I Europa dør flere av resistente infeksjoner enn av ulykker.

Våre viktigste tiltak for å motvirke trusselen fra resistente mikrober er fornuftig antibiotikabruk i samsvar med nye nasjonale retningslinjer sammen med god hygiene og andre smitteverntiltak.

### **Internasjonalt fokus**

Det er økt fokus på denne problemstillingen i EU landene, i WHO er dette en av de viktige store utfordringene fremover. Dersom vi ikke får forsket frem nye antibiotika, og det skjer en økende resistensutvikling slik vi ser i dag, vil det være fare for at folk dør av selv enkle infeksjoner i fremtiden.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har fra slutten av 1990-årene vedtatt gjentatte resolusjoner og presenterte i 2001 *WHO Global strategy for containment of antimicrobial resistance*. Til Helseforsamlingen i WHO i mai 2014 er antibiotikaresistens en av sakene, der det foreslås en resolusjon om antimikrobiell resistens (WHO 2014). Det ble nylig utgitt

en rapport fra WHO, datert 30. April 2014 der de har samlet data fra 114 land om den alvorlige situasjonen med antibiotikaresistens. De hevder at uten at det settes inn raske tiltak står verden overfor en "post-antibiotic-era", der selv enkle sykdommer og sår kan være livstruende (WHO report 2014).

En av de viktigste internasjonale debattene dreier seg om å bekjempe antibiotikaresistens. Havard, SJ et al (2013). Helsepersonell settes under et press fra pasienter, alternativ behandling og økonomiske incentiver. Det er behov for en balanse mellom tilgjengelighet av antibiotika og det å sikre behandling av alvorlige infeksjoner. For å forhindre resistens er det viktig med smitteverntiltak, og viktig at både helsepersonell og befolkningen har kunnskap om riktig antibiotikabruk.

Laxminarayan R et al (2013) diskuterer i et stort arbeid at årsakene til antibiotikaresistens er svært komplekst, det er påvirket av den menneskelige livsstilen, og berører mange deler av samfunnet. De har sammenliknet antibiotikaresistens med utfordringer som klimaforandringer. Det er ikke mulig å utføre en del medisinske behandlinger uten antibiotika, eksempelvis operasjoner, transplantasjoner, behandling av for-tidlig fødte og kreftbehandling. Selv små infeksjoner kan bli farlige om vi ikke har virksomme antibiotika. De to viktigste faktorene for å hindre utvikling av resistens er å holde antibiotikaforbruket ned og forskrive minst mulig bredspektret antibiotika

I en rapport fra en internasjonal tverrdepartemental gruppe, "A public health action plan to combat antimicrobial resistance", fra 2012 har også kommet med anbefalinger for hvordan man kan bekjempe den globale utfordringen med den økte resistensproblematikken.

<http://www.cdc.gov/drugresistance/actionplan/actionplan.html>

Bruk av retningslinjer er et viktig verktøy for å bekjempe antibiotikaresistens. I en studie fra USA har de sett at de ved å bruke retningslinje for riktig behandling av lungebetennelse i sykehus, bedret de 30-dagers overlevelse signifikant. I studien inkluderte de over 28.000 pasienter, hvorav 27 prosent ble behandlet i sykehus. Pasientene var over 65 år. (Nathan D, et al 2001).

## **2.9 Ansvarlig antibiotika bruk**

Slik som beskrevet over er det kjent at unødvendig antibiotika bruk og spesielt bredspektret antibiotikabruk fører til resistensutvikling. Også i den enkelte institusjon disponerer unødvendig bredspektret behandling for kolonisering og utbrudd med antibiotikaresistente bakterier. For den enkelte pasient gir bredspektret behandling risiko for seleksjon av antibiotikaresistente bakterier.

Da Norge er i en særstilling når det gjelder resistensutviklingen, er det ønskelig å bruke smalspektrede antibiotika og penicilliner som førstevalg for mange infeksjoner. Anbefalingene i internasjonale artikler og systematiske oversiktsartikler gir ikke nødvendigvis de anbefalingene man ønsker å følge i Norge. Dette fordi resistensmønsteret er ulikt fra andre deler av verden. Det kan også til dels være forskjeller i resistensmønster mellom de ulike regionene.

Terapianbefalingene i retningslinjen er tilpasset den gunstige resistenssituasjonen i Norge og vil i en del tilfeller være forskjellige fra anbefalinger fra USA eller land lenger sør i Europa. Ved å følge de norske retningslinjene bidrar en til å bremse resistensutviklingen, og dermed bevare antibiotika som nyttige og effektive medikamenter. Målet er best mulig behandling med minst mulig resistensutvikling.

For den enkelte lege er det umulig til enhver tid å være oppdatert på alle områder. Når det gjelder antibiotika er det tilkommet ny kunnskap, bl.a. om resistensforhold, medikamentvalg, dosering og behandlingens lengde. Retningslinjene vil være en støtte for den enkelte lege for å kunne iverksette korrekt terapi og dermed gi best mulig pasientbehandling.

## **2.10 Hva er barrierene for å ta retningslinjen i bruk?**

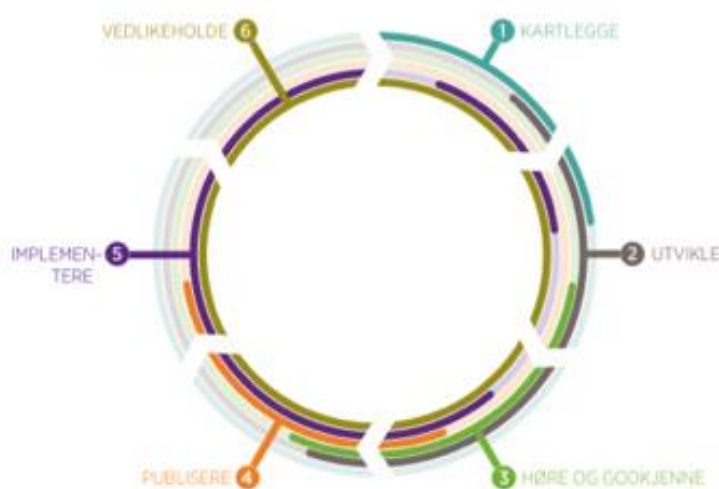
Det er stort fokus på riktig antibiotikabruk så jeg antar at det er få faglige barrierer for å bruke retningslinjene. Det har imidlertid vist seg at noen fagpersoner har stilt spørsmål rundt enkelte anbefalinger, men det viktigste årsaken til begrenset bruk antar jeg er fordi

retningslinjen ikke er tilstrekkelig kjent. Det kan også være at enkelte sykehus benytter egne anbefalinger i egne lokale veiledere, men da gjerne tilpasset anbefalingene i den nasjonale retningslinjen. Det kan imidlertid være slik at smittevernleger, infeksjonsmedisinere og mikrobiologer har størst kjennskap til retningslinjen, og at andre spesialiteter på sykehus ikke er så godt kjent med den. Dette er tatt med i spørsmålene til nøkkelinformantene, og vil diskuteres der.

## 2.11 Hvordan sørge for at retningslinjen er faglig oppdatert?

Det er viktig at retningslinjen er oppdatert til enhver tid. Det er planlagt et livsløp for å sikre jevnlig oppdateringer og revisjoner. Dette er viktig særlig fordi retningslinjen er tilgjengelig på nett, og det forventes at det er riktig informasjon på nettsidene. Ved tidligere utgivelser av retningslinjer i skriftlig format som i en bok var det vanskeligere med jevnlig oppdateringer, og det har derfor i større grad vært gjennomført revisjoner etter et visst antall år. Med nettpublisering kan revisjoner lettere gjøres fortløpende.

Det er planlagt et revisjonsarbeid som et livsløp i samarbeid med fagmiljøet. En slik livsløpstenkning gir mulighet for at både faglige endringer og endringer knyttet til medikamentene raskt blir ivaretatt, uten at det må planlegges en større revisjon.





Et livsløp tar for seg alle fasene av en retningslinje:

- Kartlegge
- Utvikle
- Høre og godkjenne
- Publisere
- Implementere
- Vedlikeholde

Det er vesentlig både å ha en plan for større revisjoner når det kommer ny kunnskap til, men det er viktig at retningslinjen er levende ved at mindre endringer og korreksjoner blir lagt inn fortløpende.

Helsedirektoratet har inngått en avtale med fagmiljøet ved Kompetansetjenesten for antibiotikabruk i sykehus (KAS) for at de skal ta aktivt del i revisjonsarbeidet. Innspill til endringer kommer jevnlig fra fagmiljøet. Disse endringsforslagene vil bli vurdert av fagpersoner knyttet til KAS, så presentert for Helsedirektoratet som vurderer og eventuelt publiserer endringen. Det er laget en plan for hvordan revisjoner skal dokumenteres og spores, slik at gjeldende anbefalinger på et hvert tidspunkt er tydelige og sporbare.

## **2.12 Implementering**

Staten kan som eier stille krav til de regionale helseforetakene om at retningslinjene skal benyttes. Foretakene kan igjen stille krav til avdelingene/klinikkene om at retningslinjene skal benyttes. Selv om forskrivingsansvaret er tillagt den enkelte sykehuslege kan det stilles krav om at retningslinjene i hovedsak skal følges.

Nasjonalt kompetansesenter for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten har definert implementering av retningslinjer som en av sine hovedoppgaver på linje med overvåking og styring av antibiotikabruk i sykehus. Senteret har sammen med Helsedirektoratet laget en implementeringsstrategi for å gjøre retningslinjen kjent.

Det overordnede målet er ikke retningslinjen i seg selv, men å bringe praksis i samsvar med anbefalingene i retningslinjen. Erfaring fra tidligere utgivelser av antibiotikaveiledere og retningslinjer her til lands, og også fra andre land, viser at dette er en kompleks oppgave. Utgivelse av retningslinjer gir i seg selv ingen garanti for at de blir brukt. En implementeringsstrategi må basere seg på kunnskap om hvordan en endrer adferd og oppnår implementering, og bør rette seg mot alle relevante nivåer i sykehusene. Formelle strukturer og linjer må utnyttes i dette arbeidet. Med den eierstruktur og organisering en har for sykehusene i Norge, burde det ligge godt til rette for en vellykket implementering.

**Mål med implementering av faglig nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus**

*Å bidra til at spesialisthelsetjenesten tar i bruk anbefalingene for behandling.*

**Delmål:**

*At anbefalingene bidrar til bedre og riktigere behandling av pasientene*

- At behandlingene blir effektive og rasjonelle
  - At behandler får støtte og hjelp til riktig valg av antibiotika
  - At behandlingen blir tilnærmet lik i hele landet for samme type infeksjon
  - At behandlingstidene blir kortere
  - At behandler får økt sin kompetanse i antibakteriell behandling
- At resistensutviklingen i Norge bremses

Retningslinjens målgruppe er alle sykehusleger med unntak er psykiatere og barneleger.

Valg av implementeringsmetode er avhengig av mange forhold, og er en svært sammensatt oppgave. Litteraturen viser at ulike implementeringsmetoder kan være effektive.

Målgruppen er med på å sette valg av implementeringsmetode, det er ikke nødvendigvis de samme innsatsfaktorene som er effektive for sykehusleger som for eksempel overfor helsesøstre. Identifisering av hemmende og fremmende faktorer for endring er sentral kunnskap for valg av riktig metode. Hvis fagpersonell opplever at de mangler kunnskap for å kunne ta i bruk en anbefaling, vil opplæringstiltak være sentralt. Hvis hindringen er negative holdninger, vil tilnærmingen være en annen.

Implementeringsstrategien for antibiotikaretningslinjen er lagt opp med tre viktige faser:

- Oppmerksomhet om retningslinjen
- Gjennomføre tiltakene
- Evaluere tiltakene

Retningslinjen har status som faglig nasjonal retningslinje. Leger skal i hovedsak følge anbefalinger i faglig nasjonale retningslinjer. Retningslinjene kan fravikes, for eksempel ved behandling av enkeltpasienter, men dette bør begrunnes i pasientjournalen. Det bør også journalføres når og hvorfor retningslinjene fravikes. Både helsepersonell-loven og spesialisthelsetjenesteloven har krav om at virksomheten skal utføres forsvarlig. Det å følge en oppdatert, nasjonal faglig retningslinje vil som regel vurderes som forsvarlig. Dette vil være et viktig argument overfor forskrivende leger, og de regionale helseforetakene har i denne sammenheng et «sørge for»-ansvar.

### **2.13 Legitimitet – forankring**

Retningslinjene er bredt forankret i det norske infeksjonsmedisinske miljøet, og også i andre fagmiljøer der det er relevant. De fleste infeksjonsmedisinere i Norge har vært involvert i arbeidet. Retningslinjene har vært til høring og relevante faglige innspill er vurdert. Så langt det er praktisk mulig har en forsøkt å gjøre retningslinjene kunnskapsbaserte, og det er stort sett redegjort for kunnskapsgrunnlaget. For noen viktige områder der det er tilfredsstillende dokumentasjon, er det utført GRADE-vurdering. Det er et mål at flere av anbefalingene skal GRADEs, men dette er en omfattende prosess, og det må planlegges som en del av revisjonsarbeidet. Det er viktig at retningslinjen er oppdatert og har en livssyklus for at den skal ha den legitimiteten som trengs.

### **2.14 Tilgjengelighet – brukervennlighet**

God tilgjengelighet er helt nødvendig for at retningslinjene blir brukt og etterfulgt. Hovedversjonen av retningslinjen er nettbasert, og det er avgjørende at denne er brukervennlig og intuitiv. Det har vært et av de viktigste forskningsspørsmålene om det er lett å finne frem i retningslinjen, og om anbefalingene er tydelige nok.

Det arbeides i Helsedirektoratet med et digitaliseringsprosjekt for å sørge for at alle de faglige nasjonale retningslinjene blir publisert på nett, at de er tilgjengelig på best mulig måte, og at de er tilgjengelige i en form som passer målgruppen. Av Helsedirektoratets nettsider er det de faglige nasjonale retningslinjene som blir mest besøkt. Det er derfor viktig at det som etterspørres er lett å finne. I digitaliseringsprosjektet vil det vurderes hvordan dataene/anbefalingene kan deles på best mulig måte som åpne data, og det utredes bruk av nye presentasjonsformer som apper, tilgjengelighet direkte i de elektroniske pasientjournalene, og bruk av pop-ups og varsler. Eksempelvis har Norsk Elektronisk Legemiddelhåndbok (NEL) lagt sine anbefalinger fra retningslinjer for bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten som «pop-up» på relevante diagnoser.

Målgruppen med retningslinjen er sykehusleger, men anbefalingene skal sikre god pasientbehandling. Pasientene skal få et best mulig tilbud uansett hvilket sykehus de behandles på. God pasientsikkerhet er derfor et viktig mål. Retningslinjen skal være rådgivende for hvordan ansatte i spesialisthelsetjenesten utøver sin praksis, og den skal være rådgivende for hvordan tjenestene bør/skal organiseres.

For implementering er det viktig å adressere systemet ved helseforetakene og den individuelle behandler.

## **2.15 Tiltak mot politikere og ledere**

Implementeringsarbeidet må forankres på ulike nivåer i organisasjonen. På et overordnet nasjonalt nivå omtales riktig antibiotikabruk i strategiske planer og stortingsmeldinger. I den nye legemiddelmeldingen som kommer våren 2015 vil bruk av antibiotika omtales spesielt. På sykehusene må tiltak fra retningslinjene komme til synet i strategi- og handlingsplaner. Deretter må implementeringen ta form av prosedyrer og integreres i daglige rutiner. Det er også et mål at retningslinjene integreres i de elektroniske beslutningsstøttesystemene. På avdelingsnivå må leder ha en iverksettings-strategi og det må sørges for at de ansatte følges opp for å sikre ønsket praksis. Gode fagkunnskaper og kompetanse i implementering er viktig.

## 3. Teoretisk bakgrunn

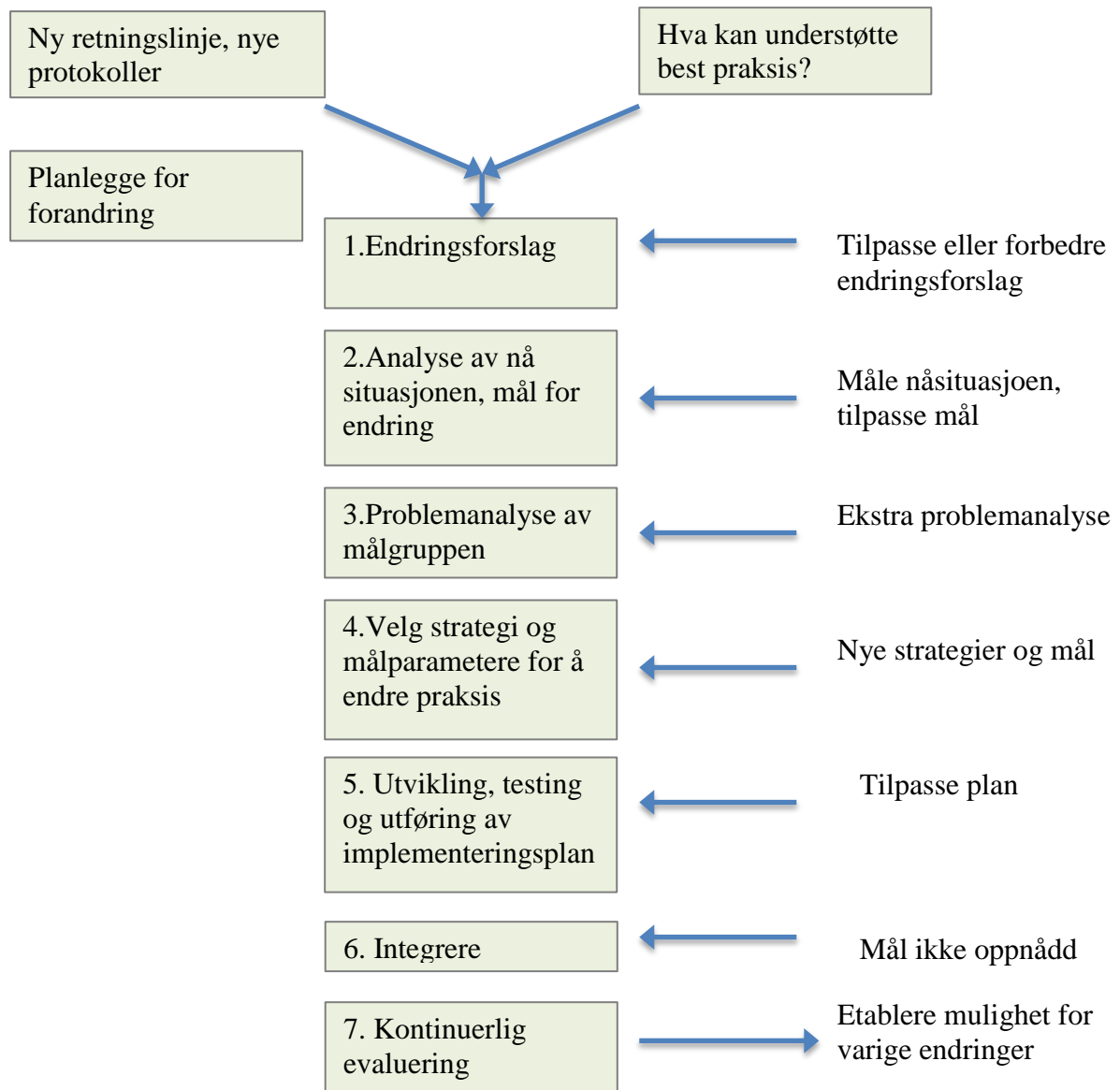
Jeg har valgt å benytte en modell beskrevet av Grol et al (2013) for å diskutere funnene fra studien. Grol et al har presentert en modell for endring, som de eksemplifiserer blant annet ved introduksjon av en retningslinje. Introduksjon av en retningslinje kan bidra til endret praksis. Det er imidlertid ikke alltid det er behov for å endre praksis, men det kan være en bekreftelse av eksisterende praksis. Endringen kan bestå i å bli mer bevisst sitt behandlingsvalg, og understøtte behandlingen ved anbefalinger fra retningslinjen. Riktig behandlingsvalg bidrar så til bedre pasientbehandling. Ved å følge faglige nasjonale retningslinjer som er tilgjengelig for alle kan også pasienten holde seg orientert om behandlingsvalg, og kan være trygg på at behandlingen som blir gitt er faglig forsvarlig. Retningslinjer benytter en kunnskapsbasert måte å angi kunnskapsgrunnlaget på, samt at kliniske praksis vektlegges og dokumenteres.

Grimshaw et al 2004 beskriver at teorier knyttet til implementering av kliniske retningslinjer tidligere primært hadde et fokus på å utdanne av helsepersonell og adferds incentiver, men de har også sett at det er en organisatorisk komponent for å lykkes. De har sett at det å sende ut reminders er lite effektivt. Det er mer effektivt med ulike typer opplæringsprogram, men det mest effektive er å benytte flere og sammensatte tiltak. Dette er teori som understøttes i denne masteroppgaven, ved at flere ulike faktorer samlet bidrar til implementering.

### 3.1 Hva er fordelene og begrensningene

I modellen har Grol og Wensing (2013) beskrevet fordeler og begrensninger ved ulike faktorer. Jeg bruker modellen til å diskutere både fordeler og ulemper ved å ta i bruk retningslinjer i helsetjenesten. *Fordeler* ved å ta i bruk retningslinjer er mange. For det første at det er utført en systematisk gjennomgang av all forskning for den aktuelle behandlingen. Videre at det er transparens i den tilgjengelige kunnskapen. Man får redusert variasjoner for behandlingen, og retningslinjen kan brukes som referanse for audit

eller tilsyn. Retningslinjen gir oppdatert informasjon som er nyttig til undervisningsformål, den kan gi interdisiplinær forståelse for valg av behandling, og det kan settes fokus på helseproblemer som ikke tidligere hadde tilstrekkelig fokus.



Figur: Gro og Wensing's endringsmodell

Denne modellen vil danne grunnlaget for analysen av dataene fra intervjuene i oppgaven.

Grol og Wensing diskuterer også *begrensningene*. De kan være at retningslinjen blir som en kokebok som ikke passer alle pasienter. Anbefalingene kan gi urealistiske forventninger til behandling, og det kan berøve helsepersonell autonomi, jamfør helsepersonell-loven.

Retningslinjene kan danne grunnlaget for utvikling av kvalitetsindikatorer som kan være bra for evaluering av behandlingen, men som også kan gi et press og konkurranse mellom helseforetakene om urealistiske krav. Selve utviklingskostnaden for retningslinjen kan være et betydelig beløp, og anbefalinger i retningslinjen kan pålegge helsetjenesten store kostnader. For helsepersonells deltakelse i utvikling av retningslinjer er det nødvendig å avklare habilitet slik at ikke fagpersoner som er med i utarbeidelsen styrker sin stilling i helsetjenesten på bekostning av andre. Det er videre viktig at det er en bevissthet blant både politikere og byråkrater om hvilke fagområder som bør understøttes av faglige nasjonale retningslinjer.

Viktige utfordringer som prioritering i helsetjenesten, introduksjon av nye kostbare metoder, bruk av kvalitetsindikatorer, og vurdering av kostnadseffektivitet henger alt nøye sammen med bruk av nasjonale faglige retningslinjer. For å sikre at blant annet kostbare legemidler blir tatt i bruk i Norge på best mulig måte, vil det i det nasjonale system blant annet utføres helseøkonomiske vurderinger. Det nasjonale systemet er beregnet på spesialisthelsetjenesten, men det vurderes om det skal utvides til primærhelsetjenesten.

### **3.2 Faktorer som fremmer og hemmer endring**

Det er mange grunner til at forskrivere ikke endrer sin praksis, det er ikke nødvendigvis fordi man ikke ønsker å ta i bruk anbefalinger. Fra Evans I (2013) viser de til at selv om legen har mange verktøy å benytte som analyseverktøy, statistiske metoder, retningslinjer og logiske kriterier for å velge best mulig behandling, så er likevel mange av konklusjonene som trekkes basert på skjønn.

Humphries S et al. 2014 har identifisert faktorer som både kan være hemmende og fremmende, avhengig av konteksten. Ved å se på disse faktorene i den gitte konteksten, i dette tilfellet med implementering av faglig retningslinje i helsetjenesten, ser man at det er mange forhold som må ligge til rette for at man skal få til god implementering. Faktorene er mer generelle, men de gir et godt bilde på hva som må være på plass og hvordan man kan sikre dette. For å få til endring er det enkelte faktorer som er helt avgjørende, og som tjenesten må legge til rette for. I denne oversikten har de delt faktorene inn i fem

kategorier: 1. Informasjon, 2. Organisasjon, struktur og prosess, 3. Organisasjon, kultur, 4. Individ og 5. Interaksjon.

	<b>Faktorer som hemmer</b>	<b>Faktorer som fremmer</b>
Informasjon	Begrenset tilgang til informasjon For mye informasjon Liten forståelse for forskning	Tilgang på informasjon Målstyrt tilgang
Organisasjon, Struktur og prosess	Manglende datasystemer Begrenset human- og kapital ressurser Begrenset tid Lite støtte fra ledelse Dårlig kommunikasjon	Kunnskap i å bruke forskning Administrativ støtte God data tilgang
Organisasjon, kultur	Motstand mot endring Kriseledelse Politiske avgjørelser	Støttende kunnskapsbasert praksis Samarbeid
Individ	Ledelse Bruk av ressurser	Samarbeid og fokus på riktig bruk
Interaksjon	Gap mellom beslutningstaker og utfører Mistillitt	Respekt God kontakt mellom forsker og beslutningstaker

Mye litteratur har tidligere fokusert på klinisk og politisk ledelse på sykehus, mens denne artikkelen tar også for andre faktorer som er avgjørende. I artikkelen diskuterer de det komplekse systemet som finnes i helsetjenesten ved at klinikere i større og større grad trekkes inn i ledelse, og er viktige brukere av helsebudsjettene. Klinikere tar beslutninger på vegne av pasientene. Det kan være slik at pasienten faller utenfor anbefalingen og trenger annen individuell behandling. Det er ikke alle fagområder som det utvikles faglige nasjonale retningslinjer for. Det kan likevel være behov for klinikeren til å støtte seg til system ved valg av behandling eller prosedyre. Det nye nasjonale systemet som er innført i



spesialisthelsetjenesten skal gi klinikere og beslutningstakere et bedre grunnlag for å vurdere behandling basert på kunnskapsbaserte og helseøkonomiske vurderinger. De ulike hemmende og fremmende faktorer som nevnt i artikkelen gir viktige momenter å for å sikre at helsetjenesten skal kunne gjøre de riktige valgene.

### **3.3 Sosial markedsføring**

Ved å benytte teorien til sosial markedsføring relateres dette til prosessen av å forstå og tilfredsstille behovene og kulturen til målgruppen. Teorien gir viktig innsikt i prosessen av å få til endring. Sosial markedsføring starter ikke med det ferdige produktet, eksempelvis en retningslinje, men målgruppene trenger å bli gjort oppmerksomme på hvordan de kan optimalisere og forbedre pasientbehandlingen, og der er retningslinjen et viktig verktøy. Det er forskjellige trinn i denne prosessen:

Bli kjent—opptak—forberedelse —aktivitet—oppretholdelse (fritt oversatt)

Folk som er på forskjellige stadier oppfører seg ulikt, og trenger ulike intervensjoner. Det er forskjellige faktorer som kan virke for endring. Dette kalles segmentering. Ved å kjenne målgruppen kan man finne ut hvilke strategier som virker best.

For å få til dette praktisk er en god fremgangsmåte å finne frem til noen gode eksempler, og følge deres praksis. Det kan eksempelvis være sykehus som er spesielt flinke til å behandle en spesiell diagnose. Det er alltid noen organisasjoner til spesialisthelsetjenesten som gjør det bra, man kan finne disse og følg deres måte å gjøre behandlinger på, så sant det har en realistisk overføringsverdi. For å få til dette må man finne noen som er villige til å dele informasjon.

Det er forskjellige stadier for endring, en angrepsvinkel fungerer sjelden alene.

## 4. Metoden

Jeg har valgt å bruke en aktiv samtalebasert intervjuform med nøkkelinformanter for å få svar på mine forskningsspørsmål.

Grunnen til at jeg ikke har valgt en kvantitativ undersøkelse er at jeg ønsket å få mer utfyllende svar fra de enkelte respondentene på forhold relatert til utvikling og implementering av retningslinjen enn jeg tenkte jeg ville få med en kvantitativ undersøkelse. Det kunne også vært interessant med en kvantitativ analyse for å få et estimat over antall sykehusleger som bruker de faglig retningslinjene, men i denne studien har jeg fokusert på hva som er bra med retningslinjen og prosessen og hva som kunne vært bedre. Det var også lærerikt å besøke de ulike sykehusene, jeg opplevde at vi fikk en god dialog med alle informantene og jeg fikk dermed en anledning til å besøke enkelte sykehus. Ved valg av metode mente jeg at jeg ville få best svar på mine forskningsspørsmål ved å aktivt snakke med enkelte nøkkelinformanter.

### 4.1 Kvalitative intervjuer

#### Valg av metode

Valg av metode for å få frem de beste svarene relatert til tema diskuteres av Reeves et al (2008). De har sett på bruk av ulike teorier for å forklare resultatene av kvalitative studier. Ved å studere et fenomen kan man benytte semistrukturerte intervjuer. Dersom man primært ønsker å studere interaksjoner mellom mennesker kan man benytte fokusgrupper eller team. Det vil være slik at meninger genereres og modifiseres i en sosial setting.

I min oppgave var det den enkeltes vurdering og erfaring jeg var interessert i, svarene jeg ønsket var basert på respondentens egne erfaringer, og jeg valgte derfor semistrukturerte intervjuer.

De som kan gi de beste svarene er gjerne de som er mest involvert i den aktuelle saken. Tansey O (2007) diskuterer i sin artikkel kriterier for utvalg. Man kan redusere tilfeldigheten ved å velge et spesielt utvalg som er dyktige innen sitt fagområde. Målet med eliteintervjuer er ofte å bekrefte informasjon som er samlet fra andre. Det gir en bedre robusthet i resultatene. Eliteintervjuer kan gi ny type informasjon som kan utvikle selve

forskningsprosessen, og det kan bidra med ny kunnskap. Eliteintervjuer har styrker og svakheter. Det kan stilles spørsmål om reliabiliteten er god nok. Det kan være ulike årsaker til at informanten enten kan gjøre seg bedre, mer interessant, eller mindre interessant enn de faktisk er avhengig av situasjonen. Man må derfor kritisk vurdere alle svarene.

### **Semistrukturerte intervjuer**

Kvalitative intervjuer er en metode for å innhente informasjon. Det kan benyttes ulike metoder som intervjuer, fokusgrupper og litteraturstudier. I oppgaven har jeg valgt å benytte kvalitative intervjuer av elitepersoner.

I oppgaven er det fokus på implementering av en retningslinje, og det å få til endret praksis, eller bekrefte eksisterende praksis som er diskutert. Malterud 2001 beskriver viktigheten av å forstå at legene har en todelt oppgave i behandlingen av pasientene, det ene er å forstå pasienten og det andre er å forstå sykdommen. Diagnosesetting er påvirket av legens personlige erfaring, og settes ikke alltid på bakgrunn av objektive kliniske kriterier. Det å kunne noe om den tause kunnskapen i tillegg til kunnskapen fra kliniske kontrollerte studier, vil totalen danne grunnlaget for legens valg.

Dette var noe av det interessante jeg erfarte i intervjuene med legene. Dydybdeintervjuene gav mulighet for en bedre forståelse for legens vurdering av behandlingsvalg. Noen av respondentene fortalte relativt grundig om hvorfor de valgte å bruke anbefalingene i retningslinjen. Malterud (2001) mener at kvalitative studier kan bidra til å redusere gapet mellom teori og praksis i medisin. Et mål ved å bruke kvalitativ metode er å undersøke sosiale fenomen. Dette kan gjøres både ved å snakke med mennesker eller ved observasjon. Malterud mener at kvalitative metoder passer bedre for å forstå enn å forklare.

Det å benytte kvalitative intervjuer gir mulighet for en reflekterende prosess mellom forsker og respondent. Om det er mulig å overføre respondentens erfaringer utenfor studiesettingen har Malterud K (2001) diskutert. Hun viser til at kvalitative forskningsmetoder brukes til å få frem meninger av sosiale fenomen som individene har erfart i deres naturlige omgivelser. Hun diskuterer videre at kvalitative metoder er en reflekterende prosess som kan gi overførbarhet utenfor studiesettingen. Relevans, validitet og refleksivitet er viktige standarder i kvalitativ forskning. Et mål med å bruke kvalitative metoder er å produsere informasjon som kan deles. Resultatene kan ikke overføres til populasjonen som helhet, men det er en måte å beskrive funn i en gitt setting.

Man kan kombinere kvalitative og kvantitative metoder, da kan for eksempel en kvalitativ studie danne grunnlaget for en større epidemiologisk undersøkelse.

Jeg har valgt kvalitativ tilnærming fordi jeg ønsker å få innblikk i sykehuslegers erfaringer med bruk av de aktuelle retningslinjene. Samtalebaserte intervjuer med nøkkelinformanter mente jeg kunne gi meg svar på mine forskningsspørsmål som dreide seg om den praktiske bruken av retningslinjen, og i hvor stor grad retningslinjen var implementert. Det var ikke mengdeinformasjon jeg var ute etter, men jeg ønsket mer utfyllende svar fra enkelte fagpersoner.

### **Aktiv informantintervjuing**

Andersen (2006) har diskutert de ulike aspektene ved aktiv informantintervjuing. Det positive med å ha en aktiv reflekterende forskerrolle, istedenfor en passiv rolle er at man lettere får svar på forskningsspørsmålene. Samtalen er da mer styrt, det er en fordel at intervjuer har gode forkunnskaper med relevant faglig innsikt. Utdypende bakgrunnskunnskap gjør at man spør relevante spørsmål, og forstår betydningen av svarene. Forsker og informant kan gjerne kjenne hverandre, men de kan også være totalt fremmede. I mine intervjuer har jeg hatt begge typer relasjoner. Betydningen av forsker – informantrelasjonen må forstås i en forsknings-strategisk sammenheng. Et høyt utdanningsnivå hos informantene gjør det lettere å bygge broer over ulike forutsetninger og roller.

To begreper som diskuteres i forbindelse med kvalitative studier er reliabilitet og validitet. Reliabilitet dreier seg om datas troverdighet og bekreftbarhet, mens validitet er et spørsmål om overførbarhet av data til andre situasjoner. Det må også tas høyde for intern validitet som vurderer hva studien er ment til, mens den eksterne validiteten spør i hvilken kontekst resultatene kan brukes (Malterud K 2001).

Når det gjelder troverdighet av informasjon hevder Andersen S (2006) at som regel vil en informant som vektlegger egeninteresser være mer troverdig enn en som legger hovedvekten på altruistiske egnemotiver.

Som forsker bør man også reflektere rundt sin egen måte å stille spørsmål på. Dette antar jeg er særlig relevant når forskeren har god kunnskap om temaet for intervjuet. Forskeren har dermed sine egne briller på, det er viktig at intervjuer ikke overkjører respondenten med sin egen faglighet.

Leech BL (2002) viser til at det finnes ulike måter å intervju på. Hun har diskutert hva man kan oppnå med ulike intervjuformer og mener at ustrukturerte intervjuer primært gir en kilde til informasjon, da et intervju uten struktur lett kan de ta ulike veier. Ved slike intervjuer blir det vanskelig å sammenligne data fra flere intervjuer. Ved å bruke semistrukturerte intervjuer, som ofte brukes som eliteintervjuer, kan man benytte forskjellige måter å intervju på. Man kan gjøre seg mer spørrende og ”dummere” enn man er for at ikke respondenten skal føle seg truet, men det kan føre til at respondenten føler at de kaster bort tiden. Det beste er å være profesjonell med gode forkunnskaper. Hun beskriver videre at en måte å dempe nervøsitet hos intervjuobjektene er å nøye forklare hensikten med prosjektet før man starter intervjuet. Det kan også være en døråpner å starte med de letteste spørsmålene først. Et annet tips er at om man skal ta opp vanskelige etiske temaer så bør man ikke vente med dette helt til slutt, det kan da hende at tiden går fra en. Men avslutt gjerne med åpne spørsmål som sikrer at respondenten får mulighet til å komme med egne innspill. Å gi mulighet for respondentene til å komme med egen innspill erfarte jeg også som positivt. Det kunne da komme frem interessante problemstillinger som jeg ikke hadde reflektert rundt på forhånd.

## **4.2 Utvalget i studien**

Utvalget er valgt fra en større populasjon, som er sykehusleger i Norge. I tillegg var leder av antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) med da det var viktig å se på forankringen mot primærhelsetjenesten. Unntak fra utvalget var psykiatere og pediatere da retningslinjen ikke omtaler antibiotikabruk til barn. Alle andre sykehusleger er i målgruppen for å bruke antibiotika, og kan derfor trenge denne retningslinjen. I praksis var det primært sykehusleger på østlandsområdet som ble intervjuet, i tillegg til leder av Kompetansetjenesten for antibiotikabruk i sykehus (KAS) som er lokalisert ved Haukeland sentralsykehus. For innhenting av deler av populasjonen ble det benyttet snøball metode -

non-probability sampling-Andersen et al 2006) Metoden går ut på at noen informanter forespør andre om de kan stille som intervjuobjekter. En av ulempene med snøballeffekt er at de som spør kan spørre andre som er potensielt ganske like som seg selv.

Dette var ikke tilfellet med utvalget i min studie. De respondentene som foreslo andre sykehusleger forespurte leger i ulike typer kategorier. Resten av utvalget ble plukket ut fra deres posisjon/stilling, eller etter deres erfaring med arbeidet med retningslinjen. De hadde spesiell dybdekunnskap om den aktuelle retningslinjen.

Respondentene var fra ulike yrkesgrupper av sykehusleger. Dette ble bevisst valgt da det var av interesse å se om det var noen fellestrekk eller særegenheter på tvers av erfaring, kompetanse og spesialisering hos målgruppen.

### **4.3 Styrker og svakheter ved kvalitative studier**

En kvalitativ metode gir forskeren mulighet til å gå dypere inn i forskningsspørsmålene ved å oppsøke informantene der de er. Det kan gi en større forståelse og dybde til den kliniske praksisen (Malterud 2001). En annen styrke er at informantene kan gi grunnleggende innsikt og refleksjon rundt egen praksis, og dele av den tause kunnskapen som det ellers ikke er lett å få tak i.

En svakhet er at svarene ikke er generaliserbare i den forstand at man kan trekke en konklusjon som er allmenngyldig. Ved et semistrukturert intervju kan en svakhet også være at forskeren har egne briller på, og spørsmålene som stilles vil være relatert til forskerens egen kompetanse og bakgrunn. Det blir derfor ikke nøytrale spørsmål og svar.

### **4.4 Intervjuene**

#### **Utvalget**

Utvalget ble på åtte respondenter. Utvalgsstørrelsen er ikke alltid gitt på forhånd, men forsker kan stoppe inkludering når man har fått en god nok forståelse for problemstillingen, eller dersom nye respondenter ikke kommer med nye innspill (Kuper A et al 2008).

Siden mine spørsmål kunne gi rom for ulike tolkninger kunne det i prinsippet komme nye innspill med flere respondenter. Men det ble likevel vurdert at de åtte respondentene ga svar som kunne besvare mine forskningsspørsmål på en god måte.

Av de åtte respondenten hadde alle pasientkontakt, syv var sykehusleger, og en var fastlege. Leder av Kompetansetjenesten for bruk av antibiotika i sykehus (KAS) og en var leder for Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) var begge involvert i arbeidet med utvikling av retningslinjen, og var begge i utvalget mitt. Det er leder av ASP som har en deltidsstilling som fastlege.

Den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus var den første retningslinjen som ble publisert på nett i et nettbasert format. Det ga deltakerne i redaksjonen og arbeidsgruppen en pioner status, og de mente at dette var en viktig pådriver i arbeidet. Leder av redaksjonen var en svært IT kyndig smittevernoverlege, uten hans kompetanse hadde det vært en helt annen prosess å få publisert retningslinjen på denne formen.

Av de andre respondentene var det en overlege utdannet fra Iran, de øvrige hadde utdanning fra Norge. Det var en assistentlege, en smittevernoverlege, en kirurg, en lege under utdanning (LIS lege), og to infeksjonsmedisiner. Tre respondenter har vært involvert i arbeidet med retningslinjen, og hadde dermed stor interesse i selve retningslinjen. De andre er valgt ut fordi de er brukere av retningslinjen i større eller mindre grad.

Dette utvalget hadde en sammensetning som jeg mente kunne gi gode kvalifiserte svar på mine spørsmål. På forhånd hadde jeg planlagt å ha med overleger som har en etablert forskrivningspraksis, og leger i spesialisering som jeg antok hadde et større behov for informasjon ved forskrivning. Jeg antok videre at de yngre legene var mer endringsvillige enn sine eldre mer erfarne kolleger. Jeg har videre hatt en antakelse at det å ha utdannelse fra et annet land ville tendere til bruk av mer bredspektret antibiotika enn leger utdannet i Norge. Dette fordi de har andre og mer alvorlige resistensforhold i andre land som gjør at forskrivningen blir mer bredspektret.

I denne kvalitative studien var målet å få informasjon fra opinionsdannere og ellers utvalgte leger. Utvalgsstørrelsen i kvalitative intervjuer gir ikke mulighet til å si noe generaliserbart, men det kan gi en indikasjon på noen viktige aspekter.

### **Mål med intervjuene**

- Få avdekket status for hvor langt implementering i det enkelte sykehus har kommet
- Finne ut hvilket behov det er for retningslinjen
- Hvordan prosessen med utvikling a retningslinjen har bidratt til forankring i fagmiljøet
- Diskutere hvor endringsvillige de enkelte respondentene var
- Refleksjoner og kunnskap om utfordringer knyttet til riktig antibiotika behandling
- Om publiseringsformen har bidratt på en positiv måte
- Bruk av andre arenaer for å nå målgruppen

For å kunne starte opp intervjuer måtte jeg søke om godkjenning til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). I søknaden til NSD ble både intervjuguide og forespørsel om deltakelse i studien lagt ved, vedlegg. Det var viktig for NSD at respondentene ble informert om at noen av intervjuobjektene ville være helt anonyme, mens noen kunne være indirekte identifiserbare på grunn av deres stilling knyttet til arbeidet. Alle respondentene svarte etter forespørsel positivt til deltakelse. I analysen har jeg valgt å anonymisere alle legene.

### **Temaene**

De temaene jeg ønsket å få belyst var knyttet til prosess ved utvikling, bruk av anbefalingene, implementering, endringer, publiseringsform og revisjoner. Det ble laget en intervjuguide der disse temaene ble ytterligere spesifisert. Jeg ønsket spesielt å få svar på om hvilke deler av retningslinjen som ble brukt, og om det var viktig at retningslinjen var skrevet for nett og lagt ut på nett. Tidligere praksis har vært at faglige nasjonale retningslinjer har vært skrevet i en bokform og trykket og distribuert på denne formen. Retningslinjene har til dels vært store tunge bøker som ikke nødvendigvis har vært lette å bruke. I den senere tiden har retningslinjene blitt trykket som pdf-filer og tilgjengeliggjort på nett. Søkbarheten i disse tekstene er mindre fleksible enn søkbarheten er i en nettverson som er skrevet for nett.



Det ble foretatt et pilotintervju for å sjekke om spørsmålene ville gi de svarene jeg ønsket. Intervjuguiden ble ikke endret etter dette første intervjuet, overskriftene ble beholdt til hvert intervju, men ellers ble spørsmålene noe tilpasset til den enkelte informant ut fra deres ståsted. Ikke alle respondentene kunne svare like utfyllende på alt, men flere hadde tilleggsinformasjon som var interessant.

## **Intervjuguide**

### Prosess

Prosess rundt de faglige nasjonale retningslinjene, kjenner du til det?

Har du selv vært involvert i arbeidet?

### Anbefalinger

Er anbefalingene tydelige?

Er anbefalingene utformet forståelig i retningslinjen?

I hvor stor grad følger du anbefalingene?

Burde anbefalingene fremstå annerledes?

### Implementering

Hvor godt vil de anse at retningslinjen er implementert hos dere?

Hvilke tiltak er gjort for å sikre implementering?

Har det vært fokus fra ledelsen?

Er det fagmiljøet selv som sørger for implementering?

Er det noen kontroverser du kjenner til i retningslinjen?

Er det behov for retningslinjen?

Er det forskjell på behovet for retningslinjen fra sykehus til primærhelsetjenesten?

### Endring

Hva skal til for at du tar i bruk anbefalinger du ikke vanligvis benytter?

Har dere utarbeidet spesielt informasjonsmateriell?

Er det stor forskjell på behovet for retningslinjen mellom sykehusleger og leger i allmennpraksis?

### Hvor viktig er det med revisjoner/oppdateringer

Retningslinjen er planlagt med et livsløp, hvor viktig er det?

Vil du selv bistå i arbeidet?

### Publiseringsform

Retningslinjen er tilgjengelig som en nettsjekk, har det vært viktig for implementering?

Er nettsjekken lett tilgjengelig?

Hva bruker du og foretrekker du av oppslagsverk?

Det er planlagt at retningslinjen blir tilgjengelig i legens EPJ som beslutningsstøtte. Er dette viktig for deg?

#### Pasientinvolvering

I hvor stor grad blir pasientene tatt med på råd om sin antibiotikabruk?

### **Gjennomføring**

Jeg valgte å ta alle intervjuene opp som lydfiler på iPhone. Dette ble gjort for alle med unntak av ett intervju. Respondentene var kjent med dette på forhånd, og hadde akseptert skriftlig til deltakelse til studien. Intervjuene tok mellom 20 og 35 minutter, det var stor forskjell på utdyping av svarene. Forskjellen var primært mellom de yngre legene som ikke kjente så godt til prosessen, og de eldre legene som var godt kjent med og involvert i arbeidet. Alle intervjuene som det var lydfiler av ble transkribert. Jeg vurderte at det var viktig å transkribere intervjuene for å kunne bruke sitatene direkte. Det tok mellom to-fire timer å transkribere hvert intervju.

Alle intervjuobjektene hadde mottatt og lest en forespørsel om deltakelse i studien på forhånd, det ble presisert at deltakelse var frivillig og at de på ethvert tidspunkt kunne trekke seg studien. Det ble benyttet en aktiv intervjuform, og det var lagt opp til åpne svar.

Det var vesentlig at det var intervjuobjektene egen forståelse som var målet for intervjuene. Temaene var valgt ut for å kunne få svar knyttet til prosessen. Det kunne også gi noen erfaringer som kunne være verdifulle for direktoratets arbeid med retningslinjer. Erfaringsoverføring mellom de ulike prosjektlederne i Helsedirektoratet er en god måte å sikre arbeidet med nye retningslinjer.

Til det ene intervjuet som ikke ble transkribert ønsket jeg å se hvor mye av innholdet fra samtalen jeg husket, og jeg ville prøve å trekke ut essensen av svarene. Det viste seg å være vanskelig å få med alle detaljene, noe gikk tapt fra selve intervjuet til det ble notert ned. Andersen S (2006) skriver i sin artikkel at det kan være en fordel å være to personer som intervjuer for å kunne drøfte svarene som gis.

En del av intervjuene ble gjort med personer jeg kjente fra før dels via arbeidet med retningslinjen. En av intervjuobjektene kjente jeg via hans stilling som overlege og som en relevant representant for målgruppen. De andre intervjuobjektene fikk jeg tipset fra de legene jeg hadde intervjuet via en snøball metode. Respondentene var ansatt ved tre forskjellige sykehus, to offentlige og ett privat sykehus.

## **Analysen**

For å analysere datasettet har jeg tatt utgangspunkt i analysen til Grol og Wensings endringsmodell (2013). De har syv faser som kjennetegner implementering av en prosess, eksempelvis implementeringen av en retningslinje. For å vurdere datasettet med informantene har jeg strukturert de syv fasene i forhold til temaene i intervjuene.

### (1) Endringsforslag

I denne fasen har jeg vurdert alle svarene relatert til introduksjon av den nye retningslinjen, og prosessen knyttet til utviklingen

### (2) Analyse av nåsituasjonen, mål for endring

Nåsituasjonen er relatert til bruk av eksisterende veiledere, nye anbefalinger kan påvirke arbeidshverdagen og tvinge frem en endring

### (3) Problemanalyse av målgruppen

Målgruppen er alle sykehusleger som forskriver antibiotika. Respondentene ble spurt om de mente at det var ulikt behov for retningslinjen i store og små sykehus, og om viktige forskjeller for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

### (4) Velg strategi og parametere for å endre praksis

Spørsmål relatert til endring av egen praksis, og eventuelle årsaker til at de ikke ønsket å endre praksis.

### (5) Utvikling, testing og utføring av en implementeringsplan

Retningslinjen ble skrevet for nett og publisert på nett. Analysen er relatert til publiseringsform, bruk av andre kilder, og viktigheten av lederfokus ved implementering

### (6) Integrere endringer i det daglige

De faktorene som ble nevnt var relatert til bruk av anbefalinger for støtte i pasientbehandling, tilgjengeliggjøring på andre måter og andre arenaer ble også diskutert

(7) Kontinuerlig evaluering

Det at retningslinjen har et livsløp, at det er laget en plan for revisjoner, samt kontinuerlig læring og forbedring.

# 5. Resultater

I det følgende har jeg gruppert innspillene fra intervjuene etter analysemodellen til Grol og Wensing (2013).

## 1. Endringsforslag

Introduksjon av en ny retningslinje kan innebære en endring i praksis. Endringen dreier seg også om utarbeidelsen av retningslinjen og det å ta i den i bruk. I intervjuene ville jeg vite om informantene mente om prosessen med å ha så mange med i arbeidet kunne bidra til at retningslinjen ble bedre kjent i det kliniske fagmiljøet. Informantene ble spurt om de kjente til prosessen, og om de vurderte det slik at prosessen bidro aktivt til implementering.

*En av mine respondenter sa: ”Jeg tenkte at den prosessen var veldig god fordi vi fikk forankret retningslinjen i et bredt fagmiljø, altså i flere fagmiljøer. Dette er jo en retningslinje som alle sykehusleger med unntak av psykiatere og et par andre grupper får noe med å gjøre, og da var det viktig at vi hadde med representanter, gjerne toneangivende representanter fra hver spesialitet, og som da i utgangspunktet spesialistforeningene selv plukket ut. (...)*

*”Proessen har vært grei, så jeg tror ikke det er noen stor diskusjon på om man trenger retningslinjen i det store og hele. Det er alltid noen som synes det er noe tull, men all erfaring sier at det å oppsummere det som finnes der ute er bra, slik at man ikke har en veldig uheldig praksis, i forhold til det som finnes i litteraturen”.*

Til spørsmålet om den brede forankringen har hatt noe å si svarte tre av de respondentene som har vært tungt inne i arbeidet det slik:

*”Ja, det tror jeg helt sikkert. For alle de som har vært med har en liten del i dette her, det er klart at alle er ikke enig i alt som står her, og det er noe også som står der som noen er uenig i, men det blir å tone dette ned når man har vært med. For alle de som har aksjer i dette de vil jo være interessert i at retningslinjen blir tatt opp, og at den blir brukt. (...)*

*Jeg tror risikoen for at man kan komme med en retningslinje som ikke blir brukt er større hvis man ikke gjør det på denne måten. Dette er en god måte, jeg tror det er typisk norsk at det er en dugnadsånd. Men samtidig er det et relativt lite miljø, så det er ganske oversiktlig, så det blir praktisk å gjøre det sånn.”*

*”Det er nok kjent på avdelingene at det har kommet nye retningslinjer, og innenfor de som bruker mest antibiotika vil jeg anta at det er nokså høyt opptak av retningslinjen og at den brukes. Men jeg tror nok at det er en del avdelinger der de sjelden bruker antibiotika at den er lite kjent og der de ikke, ja jeg skal ikke si at de ikke føler seg som målgruppe, men det er ikke det de er mest opptatt av”.*

*”Det tror jeg har stor betydning. Fordi at når folk er med i en prosess så får de et eierforhold. Og disse personene er innflytelsesrike personer på de ulike sykehusene. (...)Det andre er jo at når du har en så stor del av det infeksjonsmedisinske og det mikrobiologiske miljøet som står bak en retningslinje så får den en helt annen impact, og en helt annen troverdighet på en slik måte at i den grad folk er uenige så vet de hvert fall at her det mange og stort sett godt skolerte folk, og det er dette de faktisk har falt ned på”.*

Å utarbeide retningslinjer er en omstendelig prosess, det krever stor innsats fra fagmiljøene. I dette arbeidet var det mye dugnadsarbeid i den forstand at mange var involvert, og noen brukte mye av sin fritid. Slik som en av respondentene sier så var det typisk dugnadsarbeid. Det at mange var med ble vurdert viktig for at retningslinjen ble godt kjent underveis. Hensikten med den store arbeidsgruppen var å sørge for at de fagpersonene som hadde spesiell kompetanse innenfor et tema fikk ansvaret for å skrive om dette, sammen med spesialister fra de andre helseregionene. Det ble ansett viktig at utarbeidelsen ble forestått av opinionslederne på det aktuelle feltet. Det ville også sikre en enighet for lik behandling på tvers av alle helseregionene. Hvilken form som generelt er den beste for utarbeidelse av retningslinjer er avhengig av temaet og målgruppen, og hvordan arbeidet organiseres.

## **2. Analyse av nå situasjonen, mål for endring**

Nå-situasjonen vurderer jeg til å være den at sykehusene til dels har lokale og regionale veiledere som brukes i større eller mindre grad. Det at det kommer en nasjonal retningslinje kan påvirke deres hverdag, og det kan bidra til at det blir ensartet behandling på alle sykehus

i Norge. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til lokale resistensforhold i den grad de varierer fra et område til et annet.

I intervjuene ble respondentene spurt om den nasjonale retningslinjen var vesentlig forskjellig fra de regionale eller lokale veilederne, og hva fordelene med den nasjonale retningslinjen var sammenliknet med de eksisterende veilederne.

*”Det er relativt liten forskjell på denne retningslinjen og den gamle. Den gamle er jo 10 år siden den ble utgitt, og den nye har helt klare fordeler ved at den i større grad er kunnskapsbasert, med referanser og en transparens prosess. Autoriteten til den nye retningslinjen tror jeg er stor.”*

*”Det er ikke så veldig store forskjeller, men det er noen ting, og det er også noen ting i denne (den lokale retningslinjen) som det er på tide og endre. Så min sjef og jeg vi har sittet i møte sammen og gått gjennom endringer, og sett at det hadde vært lurt å lage våre nye”.*

*”Jeg synes den traff ganske bra. Det er ikke mye endringer på hva vi holder på med her på sykehuset, det er ikke stor forskjell fra den og den antibiotikaveilederen vi har her. Jeg synes de er veldig gode de nasjonale retningslinjene, for de er vel utarbeidet av fagmiljøet.”*

*”Ja, men de retningslinjene jeg har vært borti de har vært ganske mye innom fagmiljøene på forhånd, man er klar over at det kommer, også har fagmiljøene vært med på å jobbe med dem så det er ikke så veldig store fagmiljøer i Norge, så vi er jo klar over at de kommer. Hvert fall de som har kommet hittil synes jeg ikke har vært så vanskelig. De endrer ikke hverdagen vår så mye, men vi har et verktøy og noe å støtte oss til.”*

*”Selve veilederen synes jeg er helt fin, det er bare det at man må inn på PCen og så videre for å komme seg inn på den.”(...) ” Det er vel ikke så annerledes enn hva de andre retningslinjen jeg har sett tidligere, hva som står i de. Men jeg vet ikke helt”.*

*”Jeg tror kanskje det er en overdreven tro på at man har brukt de gamle retningslinjene, og sier at man har brukt de. Men NN har dokumentert at forskrivningen ikke er i tråd med de retningslinjene som har vært. Det er en klar oppfatning i fagmiljøet at retningslinjen brukes for lite, og at man ikke følger algoritmene som står der, og for yngre leger så er det kanskje slik at de blir litt engstelig, også behandler de mer bredspektret enn nødvendig”.*

Det har vært vanlig med lokale veiledere som legene til en stor grad har benyttet. De gamle veilederne er godt kjent, og de har vært enkle å bruke, gjerne i en frakkelommeformat. Men legene kontakter gjerne infeksjonsmedisiner der det finnes på dagtid, det er en rask måte å få svar på ulike spørsmål.

### 3. Målgruppen

Retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus favner bredt, og alle sykehusleger som forskriver antibiotika er i målgruppen. Det ble stilt spørsmål til respondentene både om de kjente til retningslinjen, og om de trodde det var mer behov for den på små sykehus enn på store sykehus der det er større fagmiljøer.

En av respondentene sa: *”Ja, når vi trenger det. I kliniske situasjoner når vi skal gi antibiotika. Også har vi brukt den ved gjennomgang av profylakse kirurgi.”*

Da den samme respondenten ble spurt om han trodde det var større behov for retningslinjen på små sykehus svarte han:

*”Ja, det tror jeg nok. Jeg tror det forenkler arbeidet de forskjellige stedene. Da har de noe å støtte seg til, det tror jeg ville være en stor fordel for mindre sykehus som ikke har et stort, .. mange fagpersoner til stede til enhver tid. Men den er absolutt nyttig på store sykehus og” (...)* *”Vi bruker sykehusets antibiotikaveileder, også bruker vi infeksjonsmedisiner- NN bruker vi mye”.*

To av de yngre respondentene svarte:

1. *”Jeg har inntrykk av at de mer erfarne overlegene kanskje ikke bruker den like mye, de har mer i hodet, men de som er mer uerfarne, de slår opp mer, det kan jo være”.*

2. *”Det merker vi når vi spør på vakt også, ass. legene er nok flinkere til å følge retningslinjer og antibiotikaveilederen, men det er bare et inntrykk jeg har. Hvis ikke jeg bruker retningslinjen da ringer jeg og spør, enten bakvakt eller det er lav terskel for å ringe infeksjonslege på dagtid her.”*



En av de mer erfarne legene svarte:

*”Jeg tror alle har behov for det. Fordi at overlegene er ikke på vakt nødvendigvis, spesialistene er ikke tilgjengelig til enhver tid, men de bør kunne retningslinjen bedre enn andre. Og selv for oss så er det så stort felt, å ha den som en grunnpilar ikke minst, det er viktig”.*

En annen respondent svarte at han ikke trodde det var forskjellen på sykehusets størrelse som var avgjørende, men om sykehuset hadde en infeksjonsmedisiner.

Av de respondentene jeg spurte var eldre kortversjoner i frakkelommeformat mye brukt, og de hadde god faglig støtte i det infeksjonsmedisinske miljøet på sykehuset.

#### **4. Strategi og parametere for å endre praksis**

Hva er viktige drivkrefter for å endre praksis? Er det slik at alle ønsker å ta i bruk anbefalingene i retningslinjene, og dersom de ikke ønsker det, hva er grunnen?

*”Det kommer helt an på hva det er. Hvor mye det, hvis det er en endring som gjør at vårt arbeid blir mer tungvint synes jeg ikke det er bra, men er det endringer som gjør at arbeidet blir enklere og logiske endringer, det er jeg med på.*

*”Retningslinjen endrer ikke hverdagen vår så mye, men vi har et verktøy og noe å støtte oss til”.*

*”Det er jo ikke sånn at jeg bare vil si at hør på den nasjonale for alt i verden, for der vi har erfaring med et regime som har fungert, hvorfor da gå til noe høyere når vi har erfaring med at det fungerer? Sånn at jeg tar det som en viktig veileder, men jeg vil ikke svelge alt rått for å si det enkelt”.*

*”I utgangspunktet er det trygt å bruke det som står i retningslinjen, men det er mer lettvent å bruke det man er vant med. Da husker du det, du har seriene i hodet, og det er bare lettere, men det er ikke noe mindre trygt.”*

Ved behandling med antibiotika på sykehus vil anbefalingene ofte dreie seg om valg av legemiddel. Det kan være at det foretrukne legemiddelet vil gi merarbeid i forbindelse med analyse, monitorering eller oppfølging. Da er det viktig at det som eventuelt er mer tungvint enn annet er godt dokumentert.

*”Men det er også det at det er enklere, da har du ett medikament som dekker for alt liksom”.*

## **5. Utvikling og innføring av en implementeringsplan**

En implementeringsplan må inneholde mange ulike tiltak. Det er behov for å kunne nå målgruppen på flere måter. I arbeidet med retningslinjen er det viktig at retningslinjen blir kjent, og at den er enkel i bruk. I mitt prosjekt så jeg spesielt på hvordan nettløsningen og utviklingen av denne hadde betydning for tilgjengeliggjøring og bruk av retningslinjen. Respondentene ble spesielt spurt om nettversjonen, om den egner seg slik den er, og hva i nettversjonen de bruker mest. Respondentene ble også spurt hvilke andre kilder til informasjon de benyttet, og hvordan de vurderte viktigheten av at ledere bidrar til implementeringen.

Mange fagpersoner har vært med i arbeidet med retningslinjen, og særlig mange erfarne leger. En erfaring er at det kunne vært fordelaktig at også yngre var med i noe større grad.

*”Vi får jo en del innspill fra de yngre, nå i etterkant også, særlig der hvor de ser mangler, så kunne vi kanskje unngått det hvis vi hadde hatt et større innslag av de yngre i utgangspunktet da”.*

Selve nettløsningen var en viktig del av arbeidet, og en pioner for Helsedirektoratet. Det hadde tidligere ikke blitt brukt forfatterstøtte verktøy for å skrive til nett, og det var tidligere ingen erfaring i å ”høre” en retningslinje via en nettversjon. Hva de opplever som det viktigste med nettversjonen kommer frem av sitatene.

*”Den er nok lettere tilgjengelig på nett ja, så absolutt. Og med det omfanget den har fått”.*

*”Også har jeg informert alle legene på medisin om muligheten til å gå inn der (...), vi har fått så mange nye leger nå, også har jeg sagt fra to ganger i mail og muntlig, og sendt mail til kirurgene og revmatologene. Sånn at det skal være kjent for alle leger på vårt sykehus at de nasjonale retningslinjene ligger der”. (...) Og på internundervisningen bruker jeg den mye. Så jeg virkelig si at den lever godt hos oss da. Og jeg synes den er veldig nyttig”.*

*”Nå er det sånn at vi som har vært med på dette og brukt mye tid på kanskje hadde håpet på et bedre resultat, mens ute vil jeg si at den har blitt forbausende godt mottatt.”*

*”Det er jo mye tekst, jeg har gått rett på de aktuelle kapitlene og punktene for det jeg holder på med”.*

*”Ja, absolutt, men den er litt tungvint. I hverdagen vil man gjerne ha alt raskets mulig tilgjengelig, ikke sant, spesielt hvis man er på vakt, så da hadde jeg ønsket meg en papirutgave å ha i lommen”.*

*”Ja, jeg har sett fra flere plasser fra tidligere at hvis man har fått en papirutgave på et eller annet tidspunkt, studert eller jobbet en plass der man har fått en sånn, da har man den, også bruker man den selv om det kanskje har kommet noen oppdaterte versjoner”.*

*”Jeg bruker både nettet og boken. Jeg bruker nok mest boken (egen kortversjon) for den er jeg godt kjent med. Pneumonier, sepsis og det vi gjør mye, der stemmer det vi gjør stort sett med de nasjonale retningslinjene. Det vet jeg, så da bruker jeg den. Hvis det er noe litt mer sært så hender det at jeg slår opp.”.*

*”Sånn at det er ikke så mye kontrovers i de nye tingene, men autoriteten til den nye retningslinjen er større, også er det sånn at når legen flytter på seg så er det ikke så at man må finne en regional retningslinje og hvor den er, men det er en retningslinje som gjelder for alle sykehus i Norge”.*

For å sikre implementering er det vurdert at ledelsen må være positive og være pådriver for å implementere retningslinjen.

Noen av innspillene til lederinvolvering:

*”Nei, det er ikke fokus fra ledelsen, men spesielt fra infeksjon”.*

*”Ledelsen er med”.*

*”Denne retningslinjen ble vi oppmerksom på via ledelsen, vi visste den skulle komme, og vi hadde ventet på den”.*

En annen respondent mente at ledelsen hadde lite fokus på å implementere retningslinjer. Å få inn retningslinjer i det daglige arbeidet mente han kommer fra faglige engasjementet.

Det at retningslinjen også blir lagt på det lokale nettet har mye å si for implementering. Da slipper legene å gå ut av intranettet for å gå inn via internett, alt som kan spare tid er vesentlig i det daglige.

## **6. Integre endringer i det daglige**

Hvordan kan anbefalingene brukes bedre, hva er den letteste måten å nå legene på?

Det å tilgjengeliggjøre anbefalingene på best mulig måte er viktig for å ta i bruk retningslinjen. Det er litt ulik oppfatning om hvordan dette best kan gjøres, men respondentene sier at det er primært anbefalingene som brukes. Det er derfor viktig at de presenteres på best mulig måte. Bruk av elektronisk pasientjournal, og etter hvert bruk av elektronisk kurve på sykehus vil kunne gi legene et godt verktøy for beslutningsstøtte. Det er et begrenset antall elektroniske pasientjournalssystemer som finnes på sykehus i dag, DIPS er den største. Respondentene ble spurt om det var viktig å få anbefalingene inn i DIPS. De ble og spurt om utvikling av en app var viktig, og i så fall hvorfor. I tillegg til de elektroniske flatene ble det og fokusert på trykkete versjoner av retningslinjen, som en kortversjon i frakkelommeformat.

I arbeidet med utarbeidelse av retningslinjen var det et mål at den skulle legges på nett, og det skulle det lages en kortversjon. Det ble og diskutert viktigheten av en App, særlig for de yngre legene.

*”Jeg er ikke kjent med hvordan de(anbefalingene) kan komme i DIPS, men det høres veldig interessant ut. Men hvis det blir for mye bobler og støy tror jeg det kan bli forvirrende. Men hvis man kan trykke seg inn på spesielle steder så kan det sikkert være nyttig”.*

*”Og den kortversjonen, den litt glossy med farger, den har jeg gitt til turnuslegene når de skal ut i allmennpraksis, de får den i hylla før de reiser,(...).*

*”Man ønsker at behandlingsregimene skal stå øverst, sånn at.. og gjerne på nettet da, krystallisert i en akuttversjon, der man går inn ett sted, når man står der i akuttmottaket. For man er ikke så veldig interessert i litteraturen som ligger bak, akkurat der og da”.*

En lege mente at beslutningsstøtte ikke var så viktig, for han var det viktigst med det kliniske skjønnet. Han mente at dersom man begrenser eller legger for mye føringer inn i legenes pasientjournaler, kan man miste noe av det faglige skjønn.

*I hverdagen vil man gjerne ha alt mulig raskest tilgjengelig ikke sant, spesielt hvis man er på vakt, så da hadde jeg ønsket meg en papirutgave å ha i lommen”.*

*”At det lå inne i DIPS, da ville det blitt det samme at man måtte slå det opp likevel. Men at det bare er en hurtigtast for eksempel?”*

*”Ja mobil tror jeg hadde vært bedre. Det går kanskje an å laste ned pdf-en å ha den på mobil”.*

*”Hvis man ser for seg en ideell elektronisk journal, og når man skriver inn preparatnavn så kunne det kanskje poppe opp noen valg så ville du se retningslinjen, eller du ville gått rett til dosering eller noe sånt noe. At du kan se, at du har muligheten til å se på anbefalingene der og da når du sitter og jobber med det. På en enkel måte, med en rullgardin meny eller noe sånt noe”.*

*”Alle har en sånn smart telefon nå, og hvert fall for de yngre legene så har de den med seg overalt. Alle har den med seg overalt. Og da med en App, det er godt verktøy å bruke.”*

*”Det er en type nytenkning som er veldig spennende da, de elektroniske smart telefoner, app og nett brett, det er en ting, en annen ting er å få de inn der hvor legene arbeider. Du må gå ut og logge deg for inn på FK eller ICD10 kodeverket, eller hva det måtte være av hjelpemidler, du får det ikke inn i EPJ flaten din. Det må komme inn der.”.*

Det var en av respondentene som reflekterte en del rundt mulighetene som ligger i den elektroniske utviklingen. En refleksjon gikk rundt kvalitetssikring og rapportering av tall.

*”Det er litt skuffende, det er ikke nødvendigvis de øverste myndigheter som er feil, som ser dette her, de forventer kanskje at det er selvfølge at man kan rapportere ting, men det er faktisk sånn at på et middels kjøpesenter er det mye lettere å få en opptelling enn på et sykehus. Nå er det selvfølgelig mindre kompleks enn på et sykehus, men så går det også mindre ressurser med til den type ting enn det gjør her”.*

I et digitaliseringsprosjekt i Helsedirektoratet er det et mål at anbefalingene skal kunne nås på lettest mulig måte, og det undersøkes muligheten av å gjøre anbefalingene tilgjengelig i de elektroniske journalsystemene for leger. Viktige innspill fra respondentene i denne studien er at anbefalingene må være tilgjengelig på en praktisk måte, det er det viktigste.

## **7. Kontinuerlig evaluering**

For å sikre at anbefalingene i retningslinjen er oppdatert i forhold til ny kunnskap er det lagt opp til fortløpende revisjoner, at retningslinjen har et livsløp. Det er også viktig at større revisjoner gjøres etter en tid, alle retningslinjer som er tilgjengelig blir etter hvert utdatert på grunn av ny kunnskap og nye legemidler. Nå er det svært begrenset hvor mange nye antibiotika som kommer, det er en av de store utfordringene, men viktige endringer må med.

*”Det tok jo et par år før denne kom ut og i mellomfasen måtte vi se til andre ting, internasjonale. Så det er viktig å holde det varmt, det er jo ferskvare egentlig. Det er få fag som endrer seg så fort som infeksjonsmedisinen gjør. Og det er litt av utfordringen med faget.”*

*”Jeg ville tenkt at hvis det er noe som ligger på nett fra Helsedirektoratet så går man alltid ut fra at det er den oppdaterte, det er den nyeste, det er det som gjelder på en måte”.*

*(...) så det er definitivt behov for å ha en levende retningslinje som det heter da. (...) Man må ha et system der man kan dokumentere veldig grundig hva som er gjort, jus og den type ting er viktig.”*

Kontinuerlig evaluering er viktig, det er også viktig å dokumentere endringer.

# 6. Diskusjon

## 6.1 Funnene

De overordnede funnene i denne studien er at retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus er kjent blant respondentene. Retningslinjen benyttes i ulik grad avhengig av hvilken stilling og funksjon de ulike respondentene hadde. Det var primært anbefalingene som ble brukt i pasientbehandling. Funnene betyr at både prosessen rundt utarbeidelsen, og publiseringsformen har vært viktig for å nå målgruppen.

### *Endringsforslag*

Det at de eldre legene kjente til prosessen med utarbeidelse av retningslinjen kan indikere at selve prosessen med bred forankring i fagmiljøet har vært bra. Det har vært en tidkrevende prosess, men dersom en bred involvering i utarbeidelse av retningslinjer kan bidra til bedre implementering kan det vurderes også for andre retningslinjer. Kuper et al (2008) diskuterer det at funn fra en kvalitativ studie kan ha overføringsverdi utover studiesettingen. I denne aktuelle studien er det svært begrenset antall fagpersoner som har blitt forespurt, og det er derfor vanskelig å generalisere funnene. Men siden mange fagpersoner, særlig i det infeksjonsmedisinske miljø faktisk har vært med, kan man forvente at de har et tettere eierskap til denne retningslinjen. Det kan derfor også være i deres interesse at den blir kjent. Disse legene er viktige ambassadører for implementeringen.

De yngre legene kjente ikke til prosessen med utarbeidelsen, men de hadde hørt underveis at det skulle komme en retningslinje, så den var ventet.

### *Strategi og parametere for å endre praksis.*

Dersom endringen gjør hverdagen lettere, så velges dette. Det er ingen motstand mot endring i seg selv, men det må oppleves nyttig og uten at det blir for tungvint.

### *Utvikling og testing av en implementeringsplan.*

Det at retningslinjen er tilgjengelig på nett er viktig i seg selv. Respondentene mener at den formen retningslinjen er presentert på er god, retningslinjen er enkel å finne, og anbefalingene er tydelige. Jeg hadde forventet at det flere som hadde kommentert at de ønsket at anbefalingene skulle ha vært lettere å finne, da dette er et arbeid som det er økt

fokus på i Helsedirektoratet. De yngre respondentene trodde at de mer uerfarne legene brukte retningslinjene mer enn overlegene, og dette stemmer godt med antakelsene jeg hadde før studien.

Trenden fra respondentene tilsa at et lederfokus var viktig, og at ble opplevet som det var tilstede i den grad respondenten kjente til det, men retningslinjen er særlig kjent via det infeksjonsmedisinske fagmiljøet på sykehusene. Det har vært benyttet ulike implementeringstiltak som undervisning, tilrettelegging på intranettet og mer generell informasjon. Noen av respondenten antok at retningslinjen var noe mindre kjent på avdelinger som brukte mindre antibiotika.

### *Endre daglig praksis*

Det er ønskelig at informasjonen i retningslinjen er tilgjengelig på best mulig form.

Nettversjonen brukes slik den er, men også via intranettet. Alle respondentene, også uttrykt fra de yngre, ønsker seg en kortversjon i frakkelommeformat.

De fleste synes at en app kunne vært bra for da slapp de å logge seg på nettet på sykehuset, og de fleste benytter smart telefoner i det daglige arbeidet. Spørsmål om tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av anbefalingene via den elektroniske pasientjournalen var flere av respondentene positive til, men på en form som var til nytte uten for mange varsler. Noen av respondentene mente at det er mange nok utfordringer med overføring av data i det daglige på sykehuset, og det var langt frem til at legene har elektronisk kurve.

### *Kontinuerlig evaluering*

Det er lagt opp en plan for jevnlig revisjoner og oppdateringer av retningslinjen.

Respondentene mente alle at det var svært viktig, de måtte være trygge på at anbefalingene var riktige, og de var oppdatert. Noen av respondentene ønsket selv å bidra i revisjonsarbeidet dersom det var aktuelt. Allerede underveis i arbeidet med retningslinjen ble det laget en plan for et livsløp med regelmessige revisjoner, samt mer gjennomgripende revisjoner. Dette er en egen avtale mellom KAS og Helsedirektoratet om revisjoner. KAS vil igjen knytte til seg deler av fagmiljøet som var med under utarbeidelsen av retningslinjen. Det er lagt opp til en tre årsplan for større revisjoner, noe flere av respondentene mente var et riktig tidsintervall.



I tillegg til den faglig kontinuerlige evalueringen er det også viktig å evaluere behovet for retningslinjen. Så lenge retningslinjen finnes må den være oppdatert.

## 6.2 Diskusjon av metode

I arbeidet med denne oppgaven har jeg hatt mulighet til å fordype meg både i prosessen med utvikling av retningslinjer, jeg har sett nærmere på de faglige utfordringene knyttet til riktig og forsvarlig antibiotikabruk. Sist men ikke minst har jeg lært mye om kvalitative studier i form av intervjuer. Det har vært veldig lærerikt og inspirerende å få anledning til å intervju sykehusleger, og svarene har vært positive tilbakemeldinger i forhold til retningslinjen. Gjennom intervjuene lærte jeg mye om hva som er de positive mekanismene for å ta i bruk retningslinjer, og hva som begrenser bruken. Jeg erfarte at intervjusituasjonen var positiv, alle jeg spurte stilte seg velvillig til å stille opp. Med intervjuguiden og en aktiv informantintervjuing fikk jeg besvart spørsmålene fra de ulike respondentens ståsted. Jeg erfarte at noen av spørsmålene var tett knyttet til prosess, noe ikke alle respondentene kjente så godt til. Jeg erfarte at jeg kunne ha vært mindre aktiv særlig overfor de yngre legene, og stilt mer åpne spørsmål hele veien, men jeg valgte å følge malen, og fikk derfor også svar på de overordnede temaene.

Alle intervjuene ble avsluttet da jeg hadde gått gjennom spørsmålene i intervjuguiden, det var imidlertid veldig ulikt hvor utdypende svarene var. Det var kun en av respondentene som på eget initiativ spurte om han kunne stille noen spørsmål til slutt. For å ta lærdom av intervjusituasjonen ser jeg at jeg kunne ha avsluttet flere av intervjuene med et åpent spørsmål, som "Er det noe du ønsker å fortelle meg som jeg ikke har tenkt på? Det kunne gi respondentene mulighet til selv å ta opp temaer de mente var viktige, og som det kunne være vanskelig å komme på i løpet av intervjuet (Woliver LR 2002).

I mitt forskningsprosjekt hadde jeg om hypotese om de nasjonale faglige retningslinjene for bruk av antibiotika i sykehus faktisk ble brukt. I så fall, i hvor stor grad var det sammenheng med prosessen for utarbeidelsen og publiseringsformen.

Respondentene hadde ulik erfaring med prosessen med retningslinjen, men alle respondentene kjente til retningslinjen og benyttet den mer eller mindre regelmessig. Det

som ble brukt var anbefalingene, det var bare de med særlig ansvar innen smittevern på sine sykehus som også benyttet bakgrunnsinformasjonen til en viss grad. Alle mente at anbefalingene var lette å finne, og at det var lite kontroversielt i anbefalingene. Noen revisjoner må gjøres, men det er en plan for jevnlig revisjoner og oppdateringer.

Retningslinjen har som et hovedmål å sikre riktig og forsvarlig forskrivning av antibiotika på sykehus. Dette er viktig for å gi god pasientbehandling og for å hindre resistensutvikling. Siden retningslinjen har et så vidt bruksområde, og brukes av sykehusleger med ulik spesialisering, vil den bidra til riktigere antibiotikabehandling.

Grol R, Grimshaw J (2003) hevder at kontinuerlig utvikling innen helse og innovasjon gir et mer effektivt og trygt tilbud til pasienter. Det er likevel et stort gap mellom kunnskap og praksis. Studier fra USA og Nederland viser at 30-40 prosent av pasientene ikke får kunnskapsbasert behandling og 20-25 prosent får behandling som ikke er nødvendig eller er direkte skadelig.

Påvirkning av kunnskap og kunnskapsoverføring gir bedre helse og mer effektive helsetjenester (Straus SE et al 2013). Dette er en vesentlig måte å styrke helsevesenet på. Forfatterne peker på de ulike fasene i kunnskaps sirkelen som kalles en "action cycle".

De ulike fasene beskriver viktigheten av å identifisere hva utfordringen er, så monitorere og evaluere tiltakene og på den måten bidra til at kunnskapen som erverves opprettholdes. Man må identifisere hvor det er kunnskaps gap, og bruke de beste tiltakene for å overføre kunnskap på best mulig måte.

For at det skal skje forbedring henger de ulike fasene tett sammen, og erfaringer viser at man ikke kan hoppe over en fase hvis man skal oppnå de beste resultatene.

Straus et al (2013) beskriver de hva de mener med "knowledge translation tools", oversatt til kunnskapsoverføringsverktøy, og det å utvikle og implementere faglige nasjonale retningslinjer er verktøy som bidrar til kunnskapsoverføring til helsetjenesten.

Denne "action cycle" er lik i modellen som Demings sirkel, som er et kvalitetssikringshjul.



Demings sirkel viser hvilke faser det er nødvendig å gå for å få til en kvalitetsendring. De fem fasene er 1. Forberede aktiviteten, 2. Planlegge aktiviteten, 3. Utføre aktiviteten, 4. Kontrollere og evaluere effekten av tiltaket. Dersom tiltaket har gitt tilstrekkelig forbedring kan man gå videre til fase 5 som er å standardisere og følge opp. Hvis ikke man har oppnådd ønsket resultat går man inn i en ny sirkel igjen.

En fase er avhengig av neste fase for at tiltakene skal ha effekt. Det å bruke ulike tiltak som henger sammen er også ideen i endringsmodellen til Grol og Wensing som er benyttet som analyse av intervjuene.

### 6.3 Refleksjoner

Den faglig nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus ble brukt av alle respondentene. Alle kommenterte at det var mye informasjon i retningslinjen, de fleste brukte kun anbefalingene. Det kan kanskje vurderes om det er nødvendig at all bakgrunnsinformasjon i retningslinjene gjøres tilgjengelig. Det at man kan slå opp på nett var bra, de fleste mente de at det kunne vært en fordel med en app slik at man slapp å gå inn på nettet. Det var litt overraskende at de yngre legene kommenterte at en kortversjon i bokform var bra og ønskelig. Dette var de kjent med fra studiesituasjonen, og det var enkelt og raskt og gjøre oppslag.

Både de yngre og de eldre legene i utvalget brukte retningslinjen, det som skilte mest var type spesialitet. Infeksjonsmedisinerne slo mer opp i retningslinjen for å kunne gi råd til andre. Fra et par av respondentene ble det nevnt at behovet for retningslinjen antakelig var

den samme om det var små eller store sykehus, det som skilte mest var om sykehuset hadde en infeksjonsmedisiner eller ikke. Uansett mente de at behovet var likt på vakt.

Mange av legene brukte primært den nasjonale faglige retningslinjen som det viktigste kilden til antibiotikabruk, det var begrenset hvor mange andre kilder som ble benyttet. Til min teori om at lege med utenlands utdanning bruker mer bredspektret antibiotikabehandling var min respondent ikke enig i det. Han mente at kunnskapsgrunnlaget for riktig bruk primært var fra internasjonale studier, han trodde derfor ikke det var så ulik behandlingspraksis.

Fra intervjuene var noen også inne på at de generelt brukte de faglige nasjonale retningslinjene som kom fra Helsedirektoratet, det ble spesielt nevnt en retningslinje for behandling av tykk- og endetarmskreft som sykehuset fulgte ”*til punkt og prikke.*” Det at Helsedirektoratet utarbeider faglige nasjonale retningslinjer ble vurdert som en stor fordel da man ikke trenger å utarbeide regionale veiledere.

Nettpubliserings er viktig for legene, det er viktig også for Helsedirektoratet for å ha levende retningslinjer som kan revideres fortløpende.

Om jeg hadde benyttet en spørreundersøkelse som var sendt ut til mange leger er det mulig jeg hadde fått mer varierte svar, men jeg valgte å bruke en kvalitativ metode for å få bedre dybdekunnskap om flere aspekter rundt retningslinjen. Respondentene var stort sett fra Østlandsområdet, dette var fordi det var praktisk mulig å reise dit, men det ga også en begrensning. Det er mulig svarene hadde vært annerledes om jeg eksempelvis også hadde intervjuet leger på et mindre regionalt sykehus.

### **Offentlige føringer for helsetjenesten for god pasientbehandling**

Av viktige verktøy som den offentlige helseforvaltning benytter overfor helsetjenesten er lover og forskrifter, økonomiske/helseøkonomiske modeller, tilrettelegging av elektroniske meldingsutvekslinger og IKT løsninger samt retningslinjer/veiledere. De ulike verktøyene påvirker helsetjenesten og skal bidra til bedre pasientsikkerhet og riktig prioritering. (Straus et al, 2013). En annen parameter som diskuteres er pasientens preferanser i den grad det er mulig.

Å bruke retningslinjer for å endre praksis og bidra til bedre pasientbehandling og bedre utnyttelse av ressursene er diskutert av Dean C et al (2001). De viser i en studie for behandling av pneumoni at ved å følge anbefalinger i førende retningslinjer så de en nedgang i 30 dagers mortaliteten blant eldre pasienter. De viste også til en trend mot lavere mortalitet, og færre sykehusinnleggelses ved å bruke den riktige behandlingen. Pasientbehandlingen ble bedre, og det var bedre utnyttelse av ressursene både for pasient og samfunn.

Riktig antibiotikabruk er viktig for den enkelte pasient, men også for samfunnet som helhet. Det er derfor avgjørende at retningslinjene for bruk av antibiotika i sykehus er kjent og blir brukt. Det er også utarbeidet faglige nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten. Da størstedelen av det som forskrives av antibiotika foregår i primærhelsetjenesten er det svært viktig at også denne retningslinjen er kjent og blir brukt. Begge fagmiljøene har vært involvert i utarbeidelsen av de respektive retningslinjene.

## **6.4 Begrensninger**

### *Utvalget*

Begrensningene i denne studien går for det første på manglende generaliserbarhet. Da det kun er et begrenset utvalg som er intervjuet er det vanskelig å vite om det er representativt for målgruppen. Det var for det første få respondenter, de var fra et begrenset antall sykehus, og noen hadde vært aktive i arbeidet med utarbeidelsen av retningslinjen.

### *Respondentenes fremstilling*

Respondentene ble til dels valgt ut fordi de var eksperter på området. De kan dermed ønske å fremstille situasjonen på en måte som enten er gunstig eller ugunstig, de kunne ha sine egne agendaer for svarene de ga. Dette er diskutert i Andersen S (2006).

### *Egen rolle*

I denne studien er jeg forsker, men jeg har også vært prosjektansvarlig for arbeidet med den retningslinjen. Mine erfaringer og utfordringer knyttet til arbeidet har derfor lagt mye av premissene for hva forskningsspørsmålene ble. Det kan diskuteres at erfaringen var viktig

for å kunne se helheten, og at erfaringen var vesentlig for å kjenne til de største utfordringene med utarbeidelse av retningslinjen.

Noen av respondentene kan ha oppfattet meg som Helsedirektoratets ansatte, og hatt vanskelig for å skille den rollen fra forsker-rollen. Det kan også ha påvirket måten jeg har tolket funnene på. Min oppfatning trengte ikke nødvendigvis å være sammenfallende med klinikerne erfaringer, og fra deres ståsted kunne det være helt andre utfordringer.

Jeg var oppmerksom på at min bakgrunn kunne påvirke de som blir intervjuet. De kunne bli mer forsiktig med å kritisere prosessen og innholdet i retningslinjen, da de visste hvor stor egeninteresse jeg hadde i arbeidet. På den annen side kunne de benytte anledningen til å komme med enten kritikk eller konstruktive tilbakemeldinger da dette ga en mulighet til å adressere problemstillinger direkte til ansvarlige personer. Disse faktorene har jeg forsøkt å ta høyde for i tolkningen av resultatene.

## 7. Konklusjon

På bakgrunn av intervjuene er det ikke mulig å generalisere, men intervjuene gir mulighet til å trekke noen konklusjoner.

Resultatet fra undersøkelsen viser at de tiltakene som har bidratt til best implementering er relatert til prosessen ved utvikling av retningslinjen ved å involvere store deler av fagmiljøet i arbeidet. Det var også vesentlig at det ble utarbeidet en implementeringsplan ved oppstart av arbeidet med mål om å bruke nettet mer aktivt, både ved utarbeidelse og publisering.

Dette viste seg å være en viktig faktor for å gjøre retningslinjen kjent, og for å tilgjengeliggjøre informasjonen for målgruppen på best mulig måte. Kontinuerlig evaluering ved livsløpstenkning, og dermed sikre at informasjonen til enhver tid er oppdatert var også vesentlig for bruken, og for troverdigheten.

Retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus kjente respondentene godt til, og flere hadde hørt om den før den ble publisert. En stor del av det infeksjonsmedisinske miljøet var involvert i utarbeidelsen, og respondentene mente at dette bidro til at retningslinjen var kjent og etterspurt da den kom.

Flere av respondentene mente at det var mulig å få til en endret praksis så lenge endringene oppleves som nyttige, og at det bidrar til å gjøre hverdagen lettere. For respondentene var det å sikre riktig antibiotikabruk en vesentlig faktor for å følge anbefalingene i retningslinjene.

Alle respondentene uttrykte at det primært var anbefalingene som ble brukt, ikke all bakgrunnsinformasjonen. De mente at anbefalingen var tydelig og lette og finne, og at retningslinjen var lett å slå opp. Det var utelukkende positive tilbakemeldinger på nettversjonen, men flere ønsket seg også at anbefalingene ble tilgjengelige i kortversjoner i frakkelommeformat, og gjerne i form av en app eller direkte i pasientjournalen. Retningslinjen ble brukt primært som oppslag i forbindelse med konkrete avklaringer ved pasientbehandling, og den erstattet til dels de regionale veiledere der det fantes.

Respondentene mente at det var behov for retningslinjen uavhengig av sykehus, det som var forskjellen var om sykehuset hadde en infeksjonsmedisiner.

Når det gjelder prosessen var den mest kjent blant de som hadde vært med i arbeidet, prosessen var ikke så viktig for de yngre legene, men de kommenterte at de visste at det var faglig kompetente fagpersoner som har jobbet med retningslinjen. Det at det er en nasjonal faglig retningslinjen gir den større autoritet enn de tidligere regionale veilederne.



# 8 Litteraturliste

Andersen S. ”Aktiv informantintervjuing”

Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 2006; 22: 278-298

Arbeidet med nasjonale retningslinjer og veiledere i Helsedirektoratet, intern rapport 2013

Brun JN. ”Antibiotikapolitikk, smittevern og etikk”

Tidsskr Nor Legeforen 2013;17,133:1793

Davies S, 2013, <http://www.independent.co.uk/news/science/chief-medical-officer-dame-sally-davies-resistance-to-antibiotics-risks-health-catastrophe-to-rank-with-terrorism-and-climate-change-8528442.html>

Dean NC, Silver MP, Bateman KA, James B, Hadlock CJ, Hale D. “Decreased Mortality after Implementation of a Treatment Guidelines for Community-acquired Pneumonia”

Am J Med 2001;110:451-457

ECDC 2009; [The Bacterial Challenge: Time to React](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf)

[http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909\\_TER\\_The\\_Bacterial\\_Challenge\\_Time\\_to\\_React.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf)

Evans I, Thornton H, Chalmers I, Glasziou P. ”Testing treatments- Hva virker?”

Andre utgave 2013; Kunnskapsenteret ISBN:978-82-8121-541-2

GRADE -The grading of recommendations assessment, development and Evaluation, GRADE Working Group

[www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al.

“Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies”

Health Technology Assessment Report 2004; 8:1-72

Grol R, Grimshaw J. "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient`s care"

The Lancet, 2003; Vol 362, October 11

Havard SJ, Catchpole M, Watson J, Davies SC. "Antibiotic Resistance: global response needed"

The Lancet Infectious Diseases, 2013; Vol 13, 12; 1001-1003

Humphries S, Stafinski T, Mumtaz Z, Menon D. "Barriers and facilitators to evidence-use in program management: a systematic review of the literature"

BMJ Health Services Research 2014; 14:171

doi:10.1186/1472-6963-14-171

IS-1870 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Sider/default.aspx>

Kuper A, Lingard L, Levinson W. "Qualitative research: Critically appraising qualitative research"

British Medical Journal 2008; 337:a1035

Laine C, Taichman DB, Mulrow C. "Trustworthy clinical guidelines"

Annals of internal medicine 2011;154 ,11:774-5

Leech, BL. "Asking Questions: Techniques for Semistructured Interviews"

PS: Political Science and Politics 2002; 35,4:665-668.

Malterud, K. "The art and science of clinical knowledge"

The Lancet 2001; 358:397-400

Malterud, K. "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines"

The Lancet 2001; 358:483-488

Metodebok for utvikling av faglig nasjonale retningslinjer og veiledere, internt dokument

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/nasjonal-strategi-for-forebygging-av-inf.html?id=518972>.

Nathan D, Silver M. "Decreased Mortalty after Implementation of a treatment Guideline for Community –acquired pneumonia"  
Am J Med 2001;110 : 451-457

Laxminarayan R, Duse A, et al. "Antibiotic resistance- the need for global solutions"  
The Lancet Infectious Diseases 2013; 13, 12:1057-1098

Reeves S, Albert M, Kuper A, Hodges BD "Qualitative research: Why Use Theories in Qualitative Research?"  
British Medical Journal 2008; 337: a949

Simonsen GS. "Antibiotikaresistens- et globalt folkehelseproblem"  
Tidsskr Nor Legeforen 2008; 22,128:2552

Straus SE, Tetroe J, Graham ID. "Knowledge translation in health care, moving from evidence to Practice"  
BMJ Books 2013; Second edition, Wiley Blackwell

Tansey O. "Process Tracing and Elite Interviewing, A case for Non-probability Sampling"  
PS: Political Science and Politics 2007; 15, 4:765-772

Woliver, Laura R. "Ethical Dilemmas in Personal Interviewing"  
PS: Political Science and Politics 2002; 35, 4: 677-678

WHO 2014, "Antibiotic Drug Resistance"  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_39-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_39-en.pdf)

WHO 2014, artikkel datert 30. april  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/>

Wyller VB. ”Retningslinjefundamentalisme”

Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1042

**De viktigste lovene:**

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

LOV-2011-06-24-30. Sist endret LOV-2013-06-21-82 fra 01.01.14

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonell-loven).

LOV-1999-07-02-64. Sist endret LOV-2013-06-21-82

Lov om spesialisthelsetjenesten med mer (spesialisthelsetjenesteloven).

LOV-1999-07-02-61. Sist endret LOV-2013-06-07-29 fra 01.01.14

# Vedlegg / Appendiks

1. Mandat for arbeidet med retningslinjen
2. Forespørsel om deltakelse i studien

## Vedlegg 1 Mandat for arbeidet med retningslinjen

Rasjonell antibiotikabruk innebærer at den enkelte pasient får riktig behandling og ikke utsettes for unødige bivirkninger, samt at utvikling og spredning av antibiotikaresistens forebygges.

Som et virkemiddel skal utarbeides nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika i sykehus (heretter: ”Retningslinjene”) som skal gi faglige føringer for antibiotikabehandling ved aktuelle bakterielle infeksjonssykdommer, soppinfeksjoner og sentrale, livstruende parasittære sykdommer. Behandling av spesifikke virussykdommer skal ikke omfattes.

Retningslinjene skal ikke omhandle behandling av barn under 12 år (pediatriske infeksjoner).

Retningslinjene skal foreligge både i komplett versjon (bok- og elektronisk format: inter-/intranett, håndholdte PDA) og en kort, brukervennlig papirversjon i frakkelommeformat. Anbefalingene som gis i dokumentet skal være kunnskapsbaserte og basert på norske tradisjoner, aktuelle nasjonale resistensforhold og helsepolitiske føringer.

Helsedirektoratet er styrende instans for arbeidet med Retningslinjene. Selve arbeidet med Retningslinjene ledes av en redaksjonskomité (heretter: ”Redaksjonen”) bestående av fagpersoner fra hver helseregion vektet i noen grad etter størrelse (pasientomfang), og inntil tre representanter fra samarbeidende institusjoner. Brukermedvirkning må sikres i hht. ”Retningslinjer for retningslinjer”.

Det oppnevnes en arbeidsgruppe (heretter: ”Arbeidsgruppen”) av fagpersoner som forfatter de ulike kapitlene i retningslinjene. En person (infeksjonsmedisiner) får hovedansvar for hvert emne etter en inndeling fastsatt av Redaksjonen.

Større tema vil kunne ha flere forfattere tilknyttet. Forfattere skal fristilles nødvendig arbeidstid.

Arbeidsgruppens sammensetning skal ivareta faglige (spesialkompetanse) og tverrfaglige (ulike spesialiteter), samt geografiske hensyn. Arbeidsgruppen arbeider etter de føringer som redaksjonen gir, for eksempel mht omfang, lay-out, krav til referanser.

Redaksjonen skal også utarbeide en plan for jevnlig oppdatering av Retningslinjene (hvem/hvordan/når).

Det skal også lages et forslag til måter å (aktivt) implementere innholdet i Retningslinjene på, med alternativer tilpasset institusjoner av ulik størrelse og med varierende ressurser. Det skal også angis robuste måter å etterprøve etterlevelse av Retningslinjene (for eksempel ”audits”). Det overordnede ansvaret for implementering og oppfølging av Retningslinjene påligger Helsedirektoratet.

Arbeidet med Retningslinjene skal følge en på forhånd oppsatt og realistisk tidsplan. Det må sikres tilstrekkelig finansiering av arbeidet.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *”Prosess og implementering av faglig nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus”*

#### Bakgrunn og formål

Formålet med studien er en masteroppgave i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo (MHA studiet). Målet med masteroppgaven er å se på prosessen og arbeidet rundt utvikling av den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus. Arbeidet med retningslinjen har vært ledet av en ekstern redaksjonsgruppe, med intern prosjektleder i Helsedirektoratet. Denne masteroppgaven utføres av prosjektleder. Universitetet i Oslo er ansvarlig for studien, og masterprosjektet finansieres av Helsedirektoratet.

Til studien er det valgt en kvalitativ metode, basert på semistrukturerte intervjuer.

Aktuelle temaer i intervjuet:

- Hva skal til for best mulig implementering av retningslinjen i fagmiljøet?
- Hva er spesielt bra med retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus?
- Hva er den beste måten å publisere retningslinjen på?
- Det er tenkt et livsløp for retningslinjen som både tar for seg oppdateringer, revisjoner og videreutvikling. Hvordan sikre denne prosessen og hvordan få med fagmiljøet på dette?

#### Utvalget

Det velges et strategisk utvalg. Det er de personene som antas å ha best kunnskap om retningslinjen, og som kan gi de mest relevante svarene.

Følgende fagpersoner vil bli forespurt om deltakelse:

- Redaksjonens leder
- En av arbeidsgruppelederne
- Leder av kompetansetjenesten for bruk av antibiotika i sykehus (KAS).
- To overleger på post
- Tre leger i spesialisering (LIS leger), minst en med utenlandsk utdanning.
- Leder av antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP)
- Representant for sykehusledelsen, ev fagdirektør.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Metoden som benyttes i studien er en kvalitativ undersøkelse med semistrukturerte intervjuer. Kvalitativ metode er godt egnet for å beskrive tolkning av prosesser. I denne studien er det ønskelig å se hvordan fagmiljøet vurderer prosessen med utarbeidelse og implementeringen av den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus.

I studien er det ønskelig å få informasjon fra opinionsledere, noen leger i spesialisering og ellers utvalgte leger. Med 10 intervjuobjekter er det ikke mulig å si noe generaliserbart, men det kan gi en indikasjon på de viktigste holdepunktene for prosessen og implementering av retningslinjen.



Deltakelse i studien innebærer at du først vil bli kontaktet for å avtale tid for selve for intervjuet. Intervjuet vil så ta ca. ½ time. Intervjuet vil bli tatt opp som lydfil, og vil siden bli transkribert. Den eneste informasjonen om deg vil være knyttet til din arbeidsplass. Spørsmålene vil omhandle din kjennskap til arbeidet med den faglige nasjonale retningslinjen for bruk av antibiotika i sykehus, og dine refleksjoner rundt utarbeidelsen og implementering av retningslinjen.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Noen av intervjuobjektene vil være helt anonyme, andre vil være indirekte identifiserbare på grunn av deres posisjon/stilling knyttet til arbeidet. Intervjuene vil bli tatt opp på iPhone, transkribert og siden slettet.

Intervjuene vil kunne danne grunnlaget for det videre arbeidet med retningslinjen.

Masteroppgaven vil bli et offentlig dokument, og vil være tilgjengelig på Universitets nettsider. Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2014. Alle opptakene og de transkriberte filene vil bli slettet så snart masteroppgaven er ferdigstilt.

Veileder for oppgaven er Førsteamanuensis Eli Feiring; Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Postboks 1089 Blindern

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Anne Berit Walter på telefon 24163075/92221975, eller på mail: [abw@helsedirektoratet.no](mailto:abw@helsedirektoratet.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Ja, jeg samtykker til at jeg kan gjenkjennes indirekte i publikasjoner

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)