

Overvejelser før udarbejdelse af en klinisk retningslinje

Preben Ulrich Pedersen, Ph.d., Linda Schumann Scheel cand., Ph.D.

Center for Kliniske retningslinjer er nu veletableret. Centres formål er at foretage en kvalitetsbedømmelse af kliniske retningslinjer, der er udarbejdet i praksis. Det vil sige at praksis får mest muligt ud af centret ved at udarbejde og indsende retningslinjer til bedømmelse.

Kliniske retningslinjer er tæt knyttet til tanken om en praksis baseret på evidens. Inden for denne tænkning er første trin at identificere en relevant klinisk problemstilling, dernæst at søge relevant litteratur, kritisk vurdere og granske den fremkomne litteratur, sammenfatte og anvende resultaterne, således man som praktiker er klogere og bliver i stand til hurtigere at handle efter bedste evidens næste gang, man står i en lignende situation. (1). Det er det første led i denne kæde, denne artikel vil berøre, nemlig "Hvordan identificerer man en problemstilling, det er relevant at arbejde videre med m.h.p. at udarbejde en klinisk retningslinje?"

En klinisk retningslinje er defineret som. Et systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.(2)

Det vil sige der er nogle formelle krav til en klinisk retningslinje:

1. den skal være relevant for patienten
2. den skal være relevant for en fagprofessionel og falde inden for dennes kompetenceområde
3. emnet skal være egnet for udarbejdelse af en klinisk retningslinje.

Patient relevans

En problemstilling er kendetegnet ved at man undres, der er noget, der ikke er som det skal være. Selvom det lyder simpelt at "undres" forudsætter undren at man er i stand til at "se" at noget ikke er som det skal være. Undren forudsætter således både høj faglig viden, evnen til at identificere, evnen til at analysere hvad man rent faktisk gør i praksis og hvad der kommer ud af ens handlinger. Det kræver derfor, at man gør sin forforståelse eksplicit og sætter den på spil.

På en medicinsk afdeling med mange lungepatienter, der anvendte steroidholdig spray, ville man udarbejde en klinisk retningslinje for at forebygge udviklingen af svamp i mund og hals. Personalet antog at patienterne ikke skyllede mund efter brug af deres spray og ikke foretog sig andet for at forebygge svampeinfektion. Personalets opfattelse var umiddelbart, at det var et hyppigt forekommende problem, men man viste reelt ikke hvor stort problemet var. En gennemgang af afdelingens plejeplaner viste, at der på et år var to patienter, der udviklede svampeinfektion i mund og hals. Derfor blev det

besluttet at interviewe 25 patienter om deres adfærd i forbindelse med anvendelse af deres spray og hvad patienterne anså som problematiske i forbindelse med deres sygdom. Af disse interview fremgik det, at 90% af patienterne forebyggede svampeinfektion på en hensigtsmæssig måde. Patienterne vidste derimod, ikke hvorfor de hjemme skulle undersøge deres peakflow, og hvordan de skulle reagere på udsving i peakflow. Det relevante kliniske problem for patienterne her ville derfor være information om, peakflow og hvordan de skulle reagere adækvat på udsving. Dette fund betød, at man i afdelingen måtte foretage en vurdering af, hvad der ville være mest relevant at anvende afdelingens ressource på. Eksemplet illustrer at, relevansen af kliniske problemstilling ændrede sig afhængigt af om man ser det ud fra personalets eller patientens perspektiv. Figur 1. illustrerer dette og også, hvor der kan opstå problemer, nemlig de to steder, hvor der ikke er enighed.

Figur 1. Konflikt i forhold til patientperspektiv og fagprofessionelt perspektiv

		Patienten kan opfatte en problemstilling som....	
		Væsentlig	Uvæsentlig
Fagprofessionel Kan opfatte en problem- Stilling som.....	Væsentlig	Enig	Uenig
	Uvæsentlig	Uenig	Enig

PUP 2008 – egen model

Som det fremgår af figur 1, vil det betyde at der fremkommer nogle områder, hvor patienten eller den fagprofessionelle ikke ser samme grad af væsentlighed af problemstillingen. Det er disse områder der er interessante. Denne "blindhed" og eventuelle uenighed er man nød til at forholde sig til og på forhånd afgøre hvilket/hvilke perspektiver den kliniske retningslinje skal dække.

En måde at få løftet frem hvad patienter anser som væsentlige og betydningsfulde er ved at starte litteratursøgning, og ved at søge efter kvalitative studier, der beskriver patienternes oplevelser i forbindelse med i dette tilfælde at være kroniske lungesyg og have brug for steroidholdige sprays. Disse studier vil i en række tilfælde også kunne hjælpe en til at strukturere den videre litteratursøgning og gennemgang.

Som fagprofessionel identificerer man problemstillingen ved at analysere og fortolke forskellige faktorer for at kunne bestemme arten af problemet. Man fortager en årsagsgranskning og analyserer patientens reaktioner for at finde frem til handlinger, der kan løse problemet. Det kan være helt legat at nedprioritere patienternes opfattelse, men prioriteringen skal ske bevidst.

Det næste spørgsmål, der bør rejses er, hvorvidt det er nødvendigt at udarbejde en klinisk retningslinje om emnet. Inden for kvalitetsudvikling taler man almindeligvis om, at det er relevant at forbedre kvaliteten hvis: "Høj forekomst, høj risiko, og/eller høje omkostninger" (3).

For at leve op til de to første af disse krav, som er relevante i forhold til patienten, er det således nødvendigt, at have kendskab til forekomsten af en problemstilling og hvilke konsekvenser eller risici problemstillingen er forbundet med for patienterne. For at afklare dette kan man foretage en litteratursøgning direkte på forekomst, risiko og konsekvenser eller kan man?

For at illustrere hvad vi mener, vil vi tage udgangspunkt i et eksempel. I et urologisk ambulatorium, vil man udarbejde en klinisk retningslinje, vedrørende vejledning af patienter, der er kroniske kateterbærere.

Eksempel: En interviewundersøgelse blandt patienter, der var kroniske kateterbærere, viste at det patienter anså for at være mest problematisk var: lyd – at man pludselig kunne høre det skvulpe fra posen eller lign., lugt – at man lugtede a urin, utæthed – at systemet pludseligt læggede. I artiklen beskrives ligeledes en række måder mere eller mindre hensigtsmæssige, hvorpå patienterne havde løst disse problemstillinger på.

Denne artikel angiver nogle konkrete områder, som patienterne anser som problematiske og hvor de har behov for information og vejledning. Ved at indarbejde disse områder i litteratursøgningen, har man større sandsynlighed for også at dække patienternes perspektiv.

Professionel relevans

En klinisk retningslinje skal tjene som vejledning for fagprofessionelle i konkrete situationer, det vil sige at indholdet af retningslinjen skal være relevant for den profession, der skal arbejde efter den. Indholdet derfor være professionsspecifikt. Er der tale om en klinisk retningslinje for sygepleje, skal den derfor være passeret på et sygeplejeperspektiv. Sygeplejersker har både et selvstændigt, et selvstændigt/tildelt og et tildelt virksomhedsområde (4). Det betyder at sygeplejersker kan indgå i udarbejde af retningslinjer vedrørende det tildelte eller selvstændigt/tildelte virksomhedsområde og selvstændigt kan udarbejde retningslinjer inden for sygeplejens selvstændige virksomhedsområde.

Man må derfor afklare, hvilket perspektiv man ser problemstillingen ud fra, er det patientens eller den fagprofessionelles perspektiv eller begge, er det indenfor det tildelte eller selvstændige område, når der er tale om sygepleje?

Det er retningslinjer udviklet inden for sygeplejen selvstændige ansvarsområde, der kan umiddelbart kan godkendes i Center for Kliniske Retningslinjer på nuværende tidspunkt. I praksis betyder det at man før en klinisk retningslinje udarbejdes er nød til at definere, hvad der er professionens selvstændige virksomhedsområde ved netop denne problemstilling, og hvor man har en formodning om at professionen kan byde ind med noget positivt i forhold til patientens samlede forløb. Sygeplejens praksisfelt kan inddeles i tre områder: det selvstændige, det delegerede/selvstændige område og det delegerede område. Inddelingen kan være en hjælp til at skelne mellem forskellige sygeplejeopgaver.

Fig. 2 Oversigt over sygeplejerskers ansvarsområder

	Det selvstændige	Det delegerede/selvst.	Det delegerede
Ansvar	Sygepl. er ansvarlig og har selvstændig beslutningsmyndighed Ansvarlig for resultater	Sygepl. er ansvarlig Sygepl. har selvstændig beslutningsmyndighed Delvis ansvarlig for resultater.	Sygepl. er ansvarlig for udførelsen. - Ikke beslutningskompetent
Opgavetyper	- Eks. formidling af viden, forebyggelse af komplikationer	- En kombination af de 2 andre områder - Eks. smertebehandling: delegeret: give medicin selvstændigt: lejrning i forhold til smerten	Eks. - observationer - udførelse af ordinationer delegeret fra andre faggrupper

Figur 2 er tænkt som en hjælp til at afgøre hvilke ansvarsområder, man arbejder indenfor. Det sygeplejefaglige perspektiv findes inden for alle tre områder, hvor opgaverne ofte er svære at beskrive (4).

I daglig praksis er der ofte overlap mellem professioners daglige arbejdsområder. Overlappene kan være store eller næsten ingen. Det afhænger blandt andet af hvordan, man rent fagligt har aftalt at løse opgaverne lokalt. Der skal derfor ikke forveksles med professionens selvstændige virksomhedsområde. Det selvstændige område er det område, hvor professionens udøvere på baggrund af deres autorisation selvstændigt kan handle og træffe beslutninger.

Professionens selvstændige område får man blandt andet frem ved at tage udgangspunkt i hvilke begreber og teorier, der anvendes og tages udgangs punkt i, når man taler om og beskriver problemstillingen. Hvis vi vender tilbage til eksemplet fra før, med information til patienter, der er kroniske kateterbærere, kan en del af vejledning og information dreje sig om, hvordan patienten kan forebygge infektioner, skader i urinrøret osv. En anden del af vejledningen kan dreje sig om, hvordan dagliglivet former sig med et kateter. Hvad kan man gøre for at undgå lyd, lugt og utæthed m.m.

Hvis man i praksis skulle udarbejde kliniske retningslinjer inden for det område eksemplet beskriver, kunne det gøres ved at man udarbejder to selvstændige retningslinjer. En retningslinje om forebyggelse af infektioner og skader som følge af brug af kateter og en anden retningslinje om vejledning om dagligliv og livet som kronisk kateterbærer.

Hvis der er stor overlapning mellem professionernes virksomhedsområde på et felt kunne man samlet udarbejde en klinisk retningslinje, men i retningslinjen klart definere, hvad sygeplejens ansvarsområde vil bestå i, og hvad en anden professions ansvarsområde består i. Ved godkendelse af en sådan retningslinje vil centret udelukke fokusere på at bedømme den del, der beskæftiger sig med sygepleje.

Vi er nødt til at vælge denne form, fordi andre professioner endnu ikke har formaliseret bedømmelsen af deres kliniske retningslinjer. I centret kan vi derfor udelukkende bedømme, det der kan henføres til sygeplejens selvstændige område.

Emne relevans og præcision

Kliniske retningslinjer, dækker kun en del af sygeplejens område, der kan ikke udarbejdes kliniske retningslinjer for alt. Det er således nødvendigt at overveje om det emne man nu vil arbejde med er relevant, inden man går i gang med det omfattende arbejde det er at søge, skaffe læse, analysere og referer litteratur.

Det er ikke relevant at udarbejde en klinisk retningslinje hvis:

1. man fokuserer på er en værdi,
2. emnet er for overordnet beskrevet
3. der ikke eksisterer litteratur, der kan danne baggrund for en klinisk retningslinje.

Værdi.

Taler man om f.eks. om aktiv inddragelse af patienterne i deres egen pleje, kan dette ses som en grundlæggende værdi indenfor sygepleje, eller man kan se det som et middel til at ville opnå noget, f.eks. adfærdsændringer hos patienten. Det vil kun være relevant at arbejde med aktiv inddragelse i forbindelse med en klinisk retningslinje, hvis begrebet benyttes som et middel.

Emnet for overordnet beskrevet

En klinisk retningslinje forudsætter, at ens emne er meget afgrænset og præcist beskrevet og der ikke vil være et utal af løsninger. Et emne som "Ernæring til den småtspisende patient" vil således være alt for bredt, der ville være alt for mange grunde til at patienter er småtspisende og derfor også et utal af løsningsmuligheder der vil være meget diffuse, og de vil ikke hjælpe sygeplejersken til at træffe konkrete beslutninger og vælge relevante handlinger.

Eksisterer der litteratur

Der er endnu kun få interventionsstudier inden for sygepleje. Derfor vil der med stor sandsynlighed være områder, hvor der ikke foreligger litteratur, der kan danne grundlag handleanvisninger og for en klinisk retningslinje. Inden for disse områder, må man

derfor udarbejde retningslinjer, der bygge på faglig konsensus på baggrund af ekspertudsagn. Vi har endnu ikke udviklet metoder til at udforme den form for retningslinjer, men vi vil arbejde på det.

Referencer.

1. Hørdam B, Overgaard D, Pedersen PU. Klinisk Sygeplejeforskning. Gads Forlag. København. 2008.
2. <http://kliniskeretningslinjer.dk/def.php> (dato 30. november 2008)
3. Andersen Y, Hansen MN, Pedersen PU. Kvalitetssikring fra A-Z – en grundbog for sygeplejersker. Dansk Sygeplejeråd. København. 1995
4. Gordon M. (1993), Nursing Diagnosis, Proces and Application. Mosby, 3. udgave.