

Implementering af kliniske retningslinjer på kræftområdet – fra papir til patient

Et indblik i implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis



September 2020



Implementering af kliniske retningslinjer på kræftområdet – fra papir til patient. Et indblik i implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis

Copyright © DMCG.dk

1. udgave, september 2020

Forsidebillede:

Kristoffer Løve Østerbye, grafisk designer, LeoAD, <http://leoad.dk/>

Udarbejdet af:

Ann-Katrine Myrup Andersen, projektleder, sociolog, DMCG.dk og RKKP (AKMA)

Henriette Lipczak, overlæge, sekretariatschef, Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet (HL)

Michael Borre, lærestolsprofessor, overlæge, formand for DMCG.dk (MB)

Tak til:

Dorrit Andersen for korrekturlæsning og

Thyra Kappel Skau for hjælp med litteratursøgning og transskribering.

En særlig stor TAK til alle interviewpersonerne, som har deltaget i afdækningen.

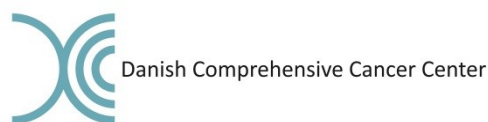
Forslag til citering:

Andersen AM, Lipczak H, Borre M. *Implementering af kliniske retningslinjer på kræftområdet – fra papir til patient. Et indblik i implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis.* Aarhus (DK): DMCG.dk. 2020

Afdækningen kan hentes i elektronisk form på:

<https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/ressourcer/>

Afdækningen er udarbejdet med økonomisk støtte fra DCCC, Danish Comprehensive Cancer Center.



Indhold

Sammenfatning	3
Baggrund og formål	6
Resultater	8
Aktuel implementeringspraksis.....	8
Regional deltagelse i implementering af kliniske retningslinjer.....	10
Udfordringer i forbindelse med implementering.....	11
Understøttende praksis i forbindelse med implementering.....	14
Klinikernes egne forslag til implementering	16
Anbefalinger, der udløser betydelige merudgifter	19
Perspektivering	20
Metode	23
Referencer	26
Bilag	28
Bilag 1. Rekrutteringsmail	28
Bilag 2. Interviewguide (RL forfatter).....	29
Bilag 3. Interviewguide (Ikke-forfatter).....	31
Bilag 4. Interviewguide (Administrativt personale).....	33

Sammenfatning

Baggrund og formål

Høj og ensartet kvalitet i patientbehandlingen er et mål, som mange i Danmark bekender sig til. Ét middel, der kan understøtte dette, er kliniske retningslinjer: systematisk udarbejdede udsagn i form af anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer (1).

Retningslinjerne sammenfatter den hastigt voksende mængde af evidens, som kan være svær for den enkelte kliniker at holde sig opdateret på. De Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG'erne) har i mange år udviklet kliniske retningslinjer på kræftområdet. I forlængelse af Kræftplan IV blev det besluttet, at iværksætte en intensiveret indsats for at højne kvaliteten af de kliniske retningslinjer på kræftområdet og understøtte harmonisering af retningslinjerne på tværs af kræftsygdomsområderne (2).

Retningslinjer har dog ingen værdi i sig selv. Først når anbefalingerne anvendes i praksis kan de have effekt og komme patienterne til gavn. En række forskellige forhold påvirker retningslinjers anvendelse, herunder faktorer relateret til (3):

- retningslinjen, f.eks. afsender, tilgængelighed og præsentation
- individet, f.eks. viden og holdninger
- omgivelserne, f.eks. arbejdsbelastning, sociale normer og ressourcer

Implementering af retningslinjerne er ikke indeholdt i den nuværende indsats med kliniske retningslinjer på kræftområdet. Da anvendelse af retningslinjerne er en forudsætning for effekt på patientbehandlingen er det imidlertid meningsfuldt, at sikre kendskab til aktuel implementeringspraksis og mulig styrkelse heraf.

Metode

Afdækningens datagrundlag udgøres af 13 telefoninterview med klinikere - med og uden relation til DMCG-retningslinjearbejdet - der behandler kræftpatienter, samt med administrativt personale på retningslinjeområdet fra forskellige dele af landet. Alle interviews er transskriberet og anvendt i en deskriptiv tematisk analyse for at etablere et dybere kendskab til den aktuelle praksis for implementering af de landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet samt kendskab til muligheder og udfordringer i forhold til at understøtte implementeringen.

Resultater

Anvendelsen af DMCG-retningslinjer er i langt de fleste tilfælde en så naturlig, selvfølgelig og indgroet del af den kliniske hverdagspraksis, at klinikerne ind imellem har svært ved at sætte ord på, hvordan retningslinjerne implementeres. DMCG-retningslinjerne bliver udarbejdet med afsæt i landsdækkende konsensus, hvilket skaber både ejerskab og legitimitet omkring indholdet og dermed er med til at nedbryde en del barrierer forud for selve implementeringen.

Nye og reviderede retningslinjer bliver offentliggjort på dmcg.dk, og mange DMCG'er placerer også retningslinjerne på deres egen hjemmeside (eller linker til dmcg.dk). DMCG'erne har herefter selv opgaven med at implementere retningslinjerne i det kliniske arbejde, og benytter sig typisk af mails eller nyhedsbreve sendt direkte til gruppens medlemmer.

I afdelingerne understøttes implementeringen af DMCG-retningslinjerne oftest gennem kollegial dialog, på diverse møder, orientering via mail eller på de Multidisciplinære Teamkonferencer (MDT-konferencer), hvor DMCG-retningslinjerne indgår som en central del i behandlingsplanlægningen for den enkelte patient. MDT-konferencerne er en essentiel komponent i den aktuelle implementeringspraksis, fordi det er her indholdet bringes i spil i forhold til den enkelte patient i et multidisciplinært kollegialt forum.

Klinikerne fremhæver væsentligheden af, at det skal være både let at finde og anvende DMCG-retningslinjerne i en travl hverdag. De fleste påpeger forbedringspotentiale, men angiver varierende præferencer: nogle ønsker retningslinjer i kort form, mens andre foretrækker en mere uddybende fremstilling af evidensgrundlaget. I forhold til visning ønsker nogle anvendelse på mobil enhed, hvor andre foretrækker anvendelse på stationær pc. Som mulige forbedringer foreslås blandt andet en bruger- og mobilvenlig, intuitiv IT-visning med optimeret navigation og søgbarhed.

Klinikerne fremhæver vigtigheden af, at særligt yngre læger og nye kolleger bliver gjort bekendt med DMCG-retningslinjerne. Nogle afdelinger har etableret introduktion til nyt personale og præsenterer retningslinjerne i den forbindelse. Derudover fremhæves betydningen af, at erfarne læger, som en del af 'den kliniske mesterlære', agerer ambassadører for DMCG-retningslinjerne gennem omtale, anvendelse og diskussion med nye og yngre kolleger.

Det er en forudsætning for DMCG-retningslinjernes efterlevelse i praksis, at der er de nødvendige ressourcer til rådighed (personale, apparatur etc.). Derfor er det vigtigt, at retningslinjerne er tilpasset praksis forud for implementeringen. I forlængelse heraf foreslås det bl.a., at der arbejdes med en overordnet koordinering, der dels understøtter den lokale ledelsesmæssige implementeringsopgave, dels forsøger at imødegå evt. variation i behandlingskvaliteten som følge af forskellig implementering af retningslinjer.

Der hersker en grundlæggende positiv indstilling til DMCG-retningslinjerne blandt klinikerne, fordi de landsdækkende retningslinjer understøtter høj og ensartet kvalitet i udredning, behandling og opfølgning på kræftområdet for alle patienter i Danmark. Det er et godt udgangspunkt for at gøre det endnu lettere for klinikerne at anvende DMCG-retningslinjerne som beslutningsstøtte i det daglige arbejde.

Perspektivering

Resultaterne af de gennemførte interviews giver indsigt i aktuel praksis for implementering af DMCG-retningslinjerne, og inspirerer til indsatser målrettet både retningslinjer, individer og omgivelser (se side 20-21). I litteraturen opfordrer man til, at der anlægges en multifacetteret tilgang til implementering. De identificerede forhold med betydning for implementeringen flugter med eksisterende litteratur. Der er ikke fundet litteratur, der forholder sig til, hvordan man bedst planlægger samtidig implementering af mange retningslinjer. Kræftområdet er dækket af ca. 300 retningslinjer, der hver især indeholder et sted mellem 1 og 95 anbefalinger med et gennemsnit på 13 anbefalinger per retningslinje¹. Det udfordrer gængs implementeringstænkning, hvor hver enkelt anbefaling/retningslinje håndteres som et selvstændigt projekt.

Det er en udbredt misforståelse, at klinisk udviklede retningslinjer udgør en eksakt facitliste for handling i en given situation, og det er afgørende, at anvendelse af kliniske retningslinjer sker med kvalitetsudvikling og læring for øje.

Kobling mellem retningslinjer, implementering, monitorering og opfølgning, med afsæt i faglig meningsfuldhed, udgør en central kerne i kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet, og flugter helt med de sundhedsprofessionelles stræben efter klinisk excellence. DMCG.dk og RKKP arbejder strategisk for at bidrage til elementerne i den skitserede udviklingsmotor (4, 5) og for, at resultaterne af denne afdækning kan bidrage positivt til indsatserne.

Afdækning giver ofte anledning til nye spørgsmål. Det aktuelle arbejde indeholder da også en række emner, der forhåbentligt kan inspirere til yderligere undersøgelser.

¹ Overslag baseret på de første 117 godkendte DMCG-retningslinjer i fælles skabelon.

Baggrund og formål

Kræftpatienter i Danmark skal have behandling af høj og ensartet kvalitet (6). Én måde at understøtte dette er ved at sikre et evidensbaseret grundlag når der skal tages beslutninger i patientens forløb. Gode kliniske retningslinjer sammenfatter den foreliggende viden og indeholder anbefalinger til sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. Sammenholdt med klinikerens viden og erfaring samt patientens værdier og præferencer udgør kliniske retningslinjer således et væsentligt grundlag for evidensbaseret praksis (7). Hvis retningslinjerne implementeres i klinikken kan de bidrage til høj og ensartet i kvalitet i patientforløbet.

! Kliniske retningslinjer

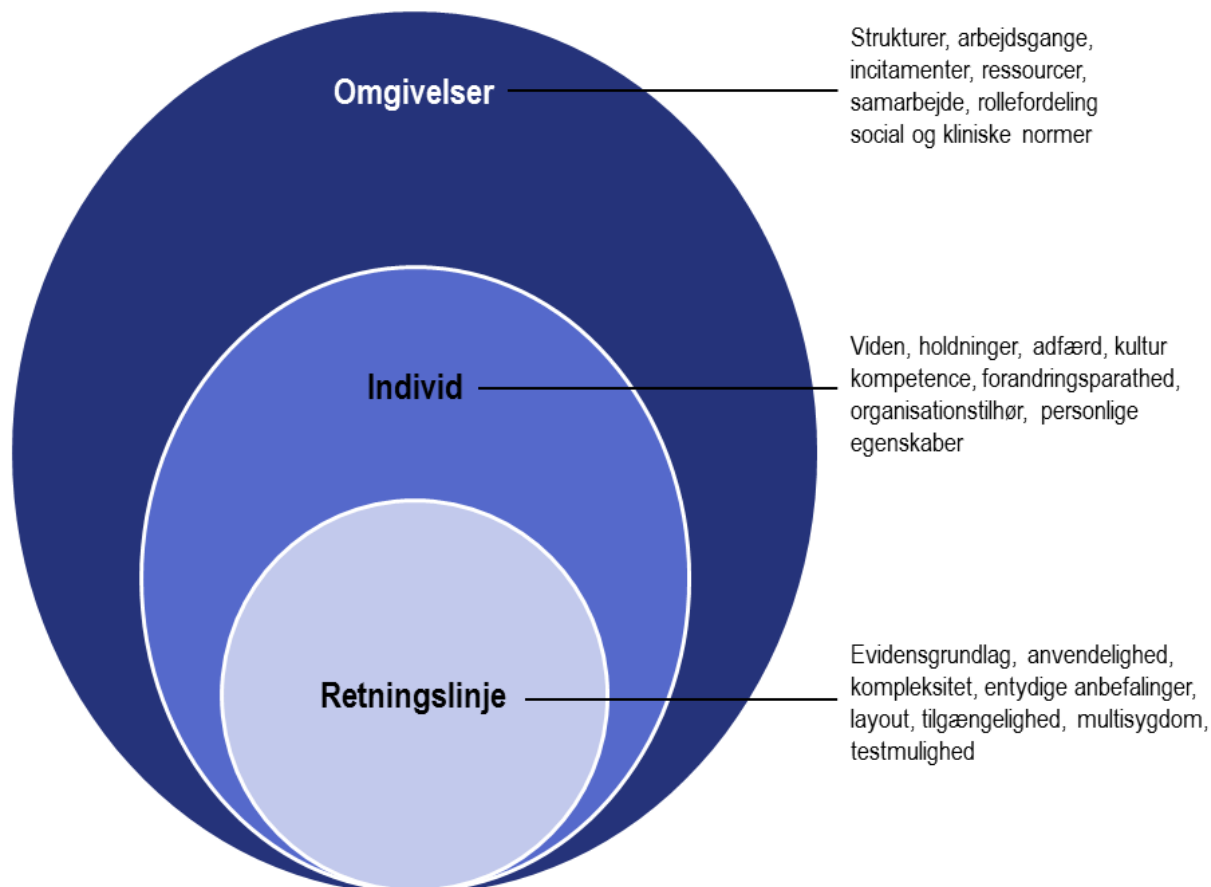
Kliniske retningslinjer indeholder systematisk udarbejdede anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. Anbefalingerne har karakter af faglig rådgivning, og efterlevelsen skal altid sammenholdes med klinikernes viden og erfaringer samt patientens værdier og præferencer.

I forlængelse af Kræftplan IV blev det besluttet at iværksætte en såkaldt intensiveret indsats for at højne kvaliteten af de kliniske retningslinjer på kræftområdet og understøtte en harmonisering af retningslinjerne på tværs af kræftsygdomsområderne (2). Retningslinjeindsatsen har historisk været forankret i de Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG'erne), og arbejdet er i den intensiverede indsats fortsat i denne struktur. Den kliniske forankring er fordelagtig, da det sikrer den faglige relevans, understøtter videndeling om indholdet i de kliniske miljøer og dermed bidrager positivt til anvendelsen i praksis. Forankringen i DMCG'erne har endvidere gavn af de etablerede samarbejder på tværs af lægefaglige specialer og på tværs af landet.

Det er alment kendt, at der er en kløft mellem det vi ved og det vi gør i sundhedsvæsenet: 'the knowing-doing-gap' (8, 9, 10). Det er med andre ord vanskeligt at få forskningsresultater overført til klinisk praksis. Retningslinjer er et redskab til at bygge bro over kløften, men de har ingen værdi i sig selv; først når de bruges kan de have effekt og komme patienterne til gavn. Det er kendt, at brugen af retningslinjer varierer betragteligt og ofte er lavere end forventet (3, 11). Derfor synes det relevant at sætte fokus på implementering af retningslinjerne.

Viden om anvendelse af retningslinjerne kan bl.a. tilvejebringes gennem monitorering af retningslinjerne; såvel implementering (proces) som effekt (resultater) kan monitoreres i de kliniske kvalitetsdatabaser. Parallelt med forankringen af DMCG-retningslinjeindsatsen i DMCG'erne er et understøttende retningslinjeseekretariat derfor placeret i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), der bl.a. udgør infrastrukturen for kvalitetsdatabaserne på kræftområdet. Hermed er der skabt basis for at understøtte, at anbefalinger i retningslinjerne monitoreres i databaserne, og for at styrke koblingen mellem faglige anbefalinger og indikatorsæt.

Implementering er en videnskab og disciplin i sig selv, med implementering af retningslinjer som en særlig gren. Der findes mange forskellige teorier om implementering af kliniske retningslinjer, og de har et betydeligt overlap. Inspireret og oversat efter Fischer F et al. (2016) er i Figur 1 illustreret en enkel, overordnet ramme bestående af tre elementer, der har betydning for implementeringen: 1) retningslinjen 2) individet, der bruger retningslinjen og 3) omgivelserne (3).



Figur 1: Faktorer, der påvirker implementering af kliniske retningslinjer

I udarbejdelse og tilpasning af den fælles DMCG-retningslinjeskabelon er der arbejdet målrettet med både indhold, form og anvendelighed. Ved brug af skabelonen er der løbende fokus på præcis og entydig formulering af anbefalinger, og der laves et resumé i form af en quick guide til dem, der ønsker at læse anbefalingerne alene uden samtidig gennemgang af evidensgrundlaget. Faktorer hørende til individ og omgivelser er der kun i beskedent omfang arbejdet med, men i forhold til ressourcspørgsmålet afprøves aktuelt en ordning, hvor DMCG-retningslinjer, der skønnes at udløse merudgifter, behandles i Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC) mhp. at understøtte ensartet implementering i hele landet. DMCG'erne forholder sig primært til retningslinjens faglige indhold, mens den økonomiske vurdering og prioritering for udvalgte anbefalinger foretages i DCCC.

Modeller og manualer for implementering af kliniske retningslinjer lægger typisk op til, at implementeringen indledes med en analyse af den kontekst retningslinjen skal implementeres i mhp. afdækning af muligheder og barrierer. Der anbefales også en generel implementeringsstrategi - gerne multifacetteret og med indbygget evaluering - samt specifikke planer for implementering af hver enkelt retningslinje målrettet lokale forhold (12-24). Flere steder foreslås endvidere, at implementering af kliniske retningslinjer integreres i eksisterende strukturer for kvalitetsudvikling (25).

Implementering af retningslinjerne er ikke indeholdt i den af Kræftplan IV afledte indsats med kliniske retningslinjer på kræftområdet. Det synes imidlertid oplagt også at sætte fokus på dette element, hvis

retningslinjerne ikke blot skal indgå i et bibliotek, men aktivt bidrage til det overordnede formål om høj og ensartet kræftbehandling. Sammenslutningen af multidisciplinære cancergrupper (DMCG.dk) og Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet (RKKP) ønsker med denne afdækning at øge indsigten i aktuel implementeringspraksis, herunder muligheder og udfordringer i forhold til at understøtte retningslinjernes implementering. Afdækningen kan bruges som grundlag for at optimere den eksisterende implementering, f.eks. med afsæt i deling af viden om, hvordan implementering af kliniske retningslinjer kan understøttes lokalt.

Formål

Det overordnede formål er, at afdække den eksisterende praksis for udbredelse og anvendelse af DMCG-retningslinjer mhp. at understøtte videndeling mellem DMCG'erne om, hvad man kan gøre for at implementere retningslinjerne og få blik for, om der er noget, der kan gøres eller understøttes fra Retningslinjesekretariatet.

Det specifikke formål er at besvare følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvad er den aktuelle implementeringspraksis af de landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet?
- Hvilke muligheder og udfordringer eksisterer i forhold til at understøtte retningslinjernes implementering?

Udarbejdelsen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i den nye, fælles DMCG-skabelon er et uundgåeligt emne i dialogen med de klinikere, der er forfattere på DMCG-retningslinjerne. I aktuelle afrapportering fokuseres alene på *implementering* af de kliniske retningslinjer, hvorfor forhold relateret til *udvikling* af retningslinjerne ikke er taget med.

Resultater

I det følgende præsenteres resultater fra afdækningen omkring den aktuelle implementeringspraksis af de landsdækkende DMCG-retningslinjer, herunder muligheder og udfordringer i forhold til at understøtte retningslinjernes implementering.

Aktuel implementeringspraksis

Den aktuelle implementeringspraksis varierer DMCG'erne imellem, og beror i høj grad på DMCG'ens 'tradition' og ad hoc initiativer hos enkeltpersoner i DMCG'erne. Herunder præsenteres nogle af de elementer, der kom frem i de gennemførte interviews.

Når retningslinjen er godkendt både fagligt i DMCG'en og administrativt i Retningslinjesekretariatet, formidler DMCG'en typisk retningslinjen til de faglige miljøer. I nogle DMCG'er sendes der en mail eller et nyhedsbrev ud med besked om ændringerne til alle gruppens medlemmer, hvori der linkes til retningslinjen på DMCG'ens hjemmeside. Foruden mail eller nyhedsbrev foregår implementeringen af nye og opdaterede retningslinjer primært gennem kollegial omtale og uformel snak fagpersoner imellem i den kliniske hverdag.

I nogle tilfælde varsles evt. kommende ændringer i god tid før deres offentliggørelse via personer med tilknytning til forfattergruppen, eller personer, der af den lokale ledelse har fået ansvar for at holde sig orienteret på området.

De Multidisciplinære Teamkonferencer (MDT) indgår som en central del af den aktuelle implementeringspraksis af DMCG-retningslinjerne i den kliniske hverdag, idet retningslinjerne anvendes som grundlag for de beslutninger, der tages på MDT-konferencerne. Implementeringen af retningslinjerne understøttes endvidere ved faglig dialog på møder i blandt andet afdelingen eller DMCG'en (f.eks. års- og repræsentantskabsmøder).

Ansvar for implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer ligger typisk hos de specialeansvarlige overlæger i de enkelte afdelinger eller hos repræsentanter fra forfattergrupperne. På nogle afdelinger foregår der en systematisk introduktion af retningslinjerne til yngre læger ved start i afdelingen.

"I vores speciale som helhed bliver det meldt ud når der kommer nye retningslinjer via vores faglige selskab, [...] de sender en pressemeddelelse ud via mail til alle medlemmerne. Så på den måde prøver man i specialet som helhed, at udbrede kendskabet til retningslinjerne når der kommer nye, og selvfølgelig også med en opfordring til, at man orienterer sig i dem."

"Hvis der er en ændring [i DMCG-retningslinjerne red.], gøres der opmærksom på dette. Det er typisk, når man planlægger en behandling, at man anvender retningslinjerne, eller hvis der er et behandlingsskifte. Og så synes jeg både på vores konferencer, men også i visitationen, så minder vi lige hinanden om at 'husk der er kommet den her nye – så nu gør vi det her'."

"Når der kommer opdateringer [i DMCG-retningslinjerne red.], så foregår det ved, at man går ind og slår dem op på hjemmesiden, og ellers foregår det mund-til-mund. Men hvis det er noget stort, så foregår det mund-til-mund eller nævnes på vores morgenkonference, og ellers så er det jo hurtigt med på MDT."

"Man bliver introduceret til [DMCG red.]-hjemmesiden, når man starter i afdelingen. Vi har MDT'erne, hvor alle ny-opdagede [cancerpatienter red.] kommer med på MDT, hvor der er en diskussion ud fra retningslinjerne. Og der sikres de anvendt i praksis. Og nye yngre læger bliver som sagt introduceret til dem, når man starter i afdelingen samt på MDT'er."

Nedenfor gives et samlet overblik over nogle af de elementer, der indgår i den aktuelle implementeringspraksis af de landsdækkende DMCG-retningslinjer (Boks 1 – næste side).

BOKS 1

Elementer, der indgår i implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis:

Organisering og forankring

- Personer, der af den lokale ledelse har fået ansvar for at holde sig orienteret på området, varsler nye retningslinjer eller anbefalinger.
- Høringsrunder inden godkendelse af retningslinjerne, med mulighed for at kommentere nye retningslinjer eller anbefalinger.
- Specialeansvarlige læger og repræsentanter fra forfattergrupperne har typisk ansvaret for implementeringen af DMCG-retningslinjerne i afdelingen.

Kommunikation

- Kollegial omgang og omtale i den kliniske hverdag.
- Mail eller nyhedsbrev fra DMCG'en, der orienterer om nye retningslinjer eller anbefalinger.
- Mail udsendt internt i afdelingen, der orienterer om nye retningslinjer eller anbefalinger.
- Information på den enkelte DMCG's hjemmeside, hvor der af og til er nyheder om ændringer i forhold til retningslinjerne.
- Facebookopslag i faglige grupper o. lign, der orienterer om nye retningslinjer eller anbefalinger.

Undervisning, introduktion, møder og konferencer

- Møder og undervisning i afdelingen. F.eks. morgenkonferencer, ugentlige og månedlige afdelingsmøder, møder i det faglige selskab, årsmøder, repræsentantskabsmøder, regionale møder o. lign.
- Ved introduktionen af yngre læger i afdelingen i form af bl.a. undervisning, eller almen klinisk mesterlære i forbindelse med visitation af patienter med henvisning til DMCG-retningslinjerne eller de hjemmesider hvor retningslinjerne findes.
- Ved MDT-konferencerne, hvor DMCG-retningslinjerne indgår som en aktiv del af beslutningsprocessen, og dermed sikres anvendt i praksis samt øger kendskabet til retningslinjernes eksistens.

Generelt

- Nye læger orienterer sig generelt i de kliniske retningslinjer, når de starter i nye specialer.

Regional deltagelse i implementering af kliniske retningslinjer

På regionalt niveau implementeres kliniske retningslinjer i Region Midtjylland alene via regionens fælles elektroniske dokumentstyringssystem, e-Dok².

Når den regionale enhed med ansvar for retningsgivende dokumenter modtager en ny retningslinje, gennemgår retningslinjen en indledende hørings- og godkendelsesproces, hvor der tages stilling til mulige forhindringer forud for implementeringen. Godkendelsen starter hos specialister på det pågældende

² e-Dok er Region Midtjyllands fælles elektroniske dokumentstyringssystem, som rummer ca. 66.000 politikker, retningslinjer og instrukser. Dokumenterne ligger i dokumentsamlinger på henholdsvis regionalt niveau og hospitals- og afdelingsniveau. Såvel kliniske som administrative dokumenter er tilgængelige fra e-Dok med en hierarkisk sammenhæng mellem dokumenter på henholdsvis regionalt, enheds- og afdelingsniveau. Der er versionsstyring af de enkelte dokumenter, og historiske dokumenter kan genfindes i et arkiv. Alle dokumenter opdateres efter behov (dog mindst hvert 3. år), og fagligt ansvarlig sikrer sig, at et dokument bilag og vedhæftede filer fortsat er relevante og ajourførte. Dette gælder også tilknyttede quick guides (en elektronisk pendant til et lommekort).

fagområde, og følges op af en faglig høring i de relevante faglige miljøer ude på alle hospitalerne, efterfulgt af en ledelsesgodkendelse i det relevante ledelsesforum, typisk bestående af lægefaglige direktører. Herefter lægges retningslinjen ind i e-Dok, hvorfra retningslinjen udrulles i regionen ved at lokale koordinatore for e-Dok modtager den nye retningslinje. Retningslinjen sendes efterfølgende videre ud til de til relevante afdelinger, hvor afdelingsledelsen står for implementeringen af retningslinjen i afdelingen.

Et grundprincip i anvendelsen af e-Dok er, at dokumenterne ledelsesgodkendes af den lokale ledelse, før de gælder for den enkelte medarbejder. Det indebærer, at dokumenterne skal gennemløbe en godkendelsesproces, hvor den ansvarlige driftsledelse godkender dem og dermed den arbejdsproces, som et givet dokument indebærer. Den ansvarlige driftsledelse slutter ved afdelingsledelsen, der har det fulde ansvar for både de økonomiske, organisatoriske og faglige aspekter, herunder også at sikre implementering af gældende dokumenter.

Implementeringen kan desuden finde sted ved, at de enkelte regionale specialeråd på egen hånd opretter en specialespecifik dokumentsamling i e-Dok. I dette tilfælde har specialerådet beføjelser til selv at stå for høring og godkendelse af dokumenterne på tværs af hospitalernes relevante afdelinger.

Lægges de kliniske retningslinjer ikke ind i e-Dok, som netop beskrevet, er det ikke muligt at understøtte implementeringen af de kliniske retningslinjer fra regionalt hold. I et regionalt perspektiv er det u hensigtsmæssigt, hvis de organisationer, der udarbejder retningslinjer, forventer at implementering kan ske direkte via kliniker-til-kliniker udbredelse eller via hjemmesider. Dette er en udfordring for regionerne, i det omfang de stilles til regnskab for, at der forekommer forskelle i behandlingskvaliteten, som følge af manglende implementering af retningslinjer, der ikke er kommet den rigtige vej ind i regionerne.

Udfordringer i forbindelse med implementering

Hovedparten af klinikerne peger på, at de landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet generelt følges, men identificerer alligevel nogle udfordringer i relation til implementeringen af DMCG-retningslinjerne i klinisk praksis. I det følgende beskrives et udpluk af de oplevede udfordringer, som klinikerne kommer ind på i interviewene.

Den udfordring klinikerne hyppigst peger på, i forhold til at efterleve DMCG-retningslinjerne i praksis er, at det kræver, at de nødvendige ressourcer er til rådighed. Det være sig ressourcer relateret til introduktion af en ny behandlingsform med anvendelse af bestemt udstyr, flere hænder til at løfte nye arbejdsgange eller kapacitetsudfordringer. Ressourcetunge anbefalinger besværliggør med andre ord implementeringen, når de nødvendige økonomiske og personalemæssige ressourcer ikke følger med. Oftest er det dog klinikernes oplevelse, at der allerede i udarbejdelsen af retningslinjerne er skævet til de eksisterende ressourcer i praksis.

Flere klinikere peger på, at DMCG-retningslinjernes nye format er anderledes og uoverskueligt i forhold til de kendte retningslinjer, og derfor knap så anvendeligt i en klinisk hverdag, når man hurtigt skal kunne finde det man leder efter, og se hvad der skal gøres i en given situation. Nogle anfører, at retningslinjerne ikke både kan fungere som lærebog og et praktisk klinisk arbejdsredskab. De opfordrer til, at man bevæger sig væk fra lærebogsformatet og fokuserer på at understøtte den kliniske anvendelse.

Vanskeligheder med at efterleve DMCG-retningslinjerne i praksis, kan også hænge sammen med den kliniske virkelighed, hvor ikke alle patienter passer ned i samme 'boks', eller hvor evidensen på området er sparsom. De landsdækkende DMCG-retningslinjer dækker ikke alt - f.eks. ikke sjældne sygdomme - hvorfor der i sådanne tilfælde søges viden andetsteds. Det pointeres endvidere, at interne uenigheder på et givent fagområde bliver afspejlet i vævende og upræciser anbefalinger, der ligeledes kan gøre det svært at bruge DMCG-retningslinjerne.

Layoutet på DMCG'ernes egne hjemmesider varierer i høj grad fra DMCG til DMCG. Det kan derfor kræve en del klik med musen, eller være svært at navigere rundt på den enkelte side, for at finde det man leder efter. Nogle anfører, at det forvirrer mere end det gavner, at retningslinjer findes både på DMCG'ernes egne hjemmesider og på dmcg.dk-hjemmesiden.

"Det er, når der er tale om ressourcetunge anbefalinger. Kapacitet [scannerkapacitet, lokalekapacitet, antallet af stole red.], og så personaleressourcer [antallet af hænder, der skal til for at løfte en opgave red.]. Eller der ligger noget økonomi i noget ny medicin eller et eller andet. Eller flere kontroller, flere besøg. De ting hænger sammen. Det tager tid at banke det op, og så er det besværligt."

"Vi har talt meget om, hvordan man kan øge anvendelsen af retningslinjer i den virkelige verden i vores DMCG, fordi det netop er et problem, at man ikke kan sidde med den nye skabelon fra start til slut og så finde det man skal bruge ift. den pågældende patient [...] det er der simpelthen ikke tid til på afdelingerne, her skal det være mere hurtigt tilgængeligt, så man kan springe over alt det man ikke skal bruge og direkte til det man skal gøre. [...] som klinisk arbejdsredskab, der har man behov for noget, der er mere tilgængeligt ift. hvad man skal gøre, end hvorfor man skal gøre det [oftest red.]."

"Generelt er brugen af retningslinjer ambivalent. På den ene side, så er vi forpligtet til at følge retningslinjer, men på den anden side, så er en retningslinje meget kontekstløs, dvs. at den beskriver meget nogle grupper og nogle kasser, og sådan er virkeligheden jo ikke. [...] patienterne er enormt forskellige – og den variation der findes i det menneskelige liv kan ikke rummes i en retningslinje."

"Hvis man skal tage noget konkret, så ved jeg fra nogle af mine kolleger, at det ikke må være alt for vævende. [...] der skulle være kommet nogle meget vævende anbefalinger, hvor der ikke rigtigt er nogen, der ved hvad de skal gøre. Så man kan sige, hvis der bliver afspejlet alt for stor usikkerhed eller måske uenighed i den nationale gruppe [DMCG'en red.], så kan det nogle gange også give så mange muligheder udadtil, så man ikke rigtigt kan bruge det."

Nedenfor gives et samlet overblik over nogle af de udfordringer klinikerne oplever i forbindelse med implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer (Boks 2 – næste side).

BOKS 2

Udfordringer oplevet i forbindelse med implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis:

Organisering og forankring

- Manglende ressourcer i form af tid, økonomi, kapacitet, personale, udstyr mm. i forhold til at efterleve DMCG-retningslinjerne. Der kan ligge en ekstra opgave fra ledelsens side i at sikre anvendelighed i praksis, herunder en cost-benefit-analyse og prioritering af anbefalingerne, hvis der ikke er et overordnet organ, der efter udarbejdelsen af DMCG-retningslinjerne koordinerer hvordan ressourcerne bruges.
- Manglende ledelsesmæssig prioritering af DMCG-retningslinjerne. Til sammenligning tillægges Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer stor vægt, og dermed stor ledelsesmæssig prioritering, når nye anbefalinger skal implementeres.
- Ikke alle behandlere har et lige stort kendskab til DMCG-retningslinjerne, da brugen af DMCG-retningslinjerne afhænger af, hvor meget man sidder med den enkelte sygdomsgruppe.
- Mangelfuldt fokus på udbredelsen af DMCG-retningslinjerne til primærsektor kan medvirke til, at patienter tabes under f.eks. udredning.

Form og visning

- Interne uenigheder i DMCG'en medvirker til upræcise og vævende anbefalinger, der er svære at følge i praksis.
- Det kan være svært at finde den information man leder efter i DMCG-retningslinjerne, og samtidig er der risiko for, at forståelsen går tabt ved indholdsmæssig kondensering.
- Hvis DMCG-retningslinjerne alene hænger på en opslagstavle frem for rent faktisk at blive læst og anvendt.
- DMCG-retningslinjerne er generiske og afspejler derfor ikke altid kompleksiteten i virkeligheden.
- Sparsom evidens på et område efterlader stort rum til fortolkning.
- Variationen i layoutet på de enkelte DMCG'ers hjemmesider gør det svært at navigere rundt og kræver mange klik med musen for at finde retningslinjerne. Samtidigt er det uhensigtsmæssigt, at der henvises videre fra dmcg.dk til DMCG'ernes egne hjemmesider, når man benytter dmcg.dk til at finde en retningslinje.
- DMCG-retningslinjerne dækker ikke de mere sjældne sygdomsområder, hvorfor det i disse tilfælde er nødvendigt at søge evidens andetsteds.
- Manglende opdatering af DMCG-retningslinjerne svækker anvendeligheden.

Undervisning, introduktion og konferencer

- Hvis der ikke er etableret en specifik introduktion til DMCG-retningslinjerne for nyt personale, men derimod alene eksisterer en kultur og en forventning om kendskab til retningslinjerne.

Generelt

- Manglende varslinger og dialog omkring indholdet i DMCG-retningslinjerne, forud for nye anbefalinger, besværliggør implementeringsprocessen.
- I tilfælde af patientklagesager opstår der nemt gnidninger mellem region og hospitaler grundet en langsommelig implementeringsproces af DMCG-retningslinjerne, hvor alle parter ikke bliver orienteret samtidigt.
- Der er ikke altid overensstemmelse mellem Medicinrådets anbefalinger og anbefalingerne i DMCG-retningslinjerne.

Understøttende praksis i forbindelse med implementering

Der er en grundlæggende indstilling blandt stort set alle klinikerne om, at DMCG-retningslinjerne er udgangspunktet for deres arbejde. Blandt andet fordi det sikrer ensartet kvalitet i udredning, behandling og opfølgning for alle kræftpatienter i hele landet. I det følgende præsenteres nogle af de forhold, der ifølge klinikerne er med til at understøtte implementeringen af DMCG-retningslinjerne i den kliniske hverdag. DMCG-retningslinjerne er med klinikernes egne ord en naturlig indgroet del af den kliniske hverdagspraksis, som forventes fulgt af alle, fordi det selvfølgelig er det, man gør. DMCG-retningslinjerne har i de fleste tilfælde været en del af dagligdagen i mange år, også forud for den aktuelle harmonisering. Størstedelen af klinikerne peger blandt andet på sammenhængen mellem det, at DMCG-retningslinjerne udarbejdes på tværs af landet³ og den landsdækkende konsensus, der derfor er en naturlig del i udviklingen af DMCG-retningslinjerne. Det fremhæves, at den landsdækkende konsensus skaber en legitimitet omkring og faglig blåstempling af DMCG-retningslinjerne, som det, der er anerkendt i forhold til best practice. Det forhold nedbryder mulige barrierer i forbindelse med implementeringen af DMCG-retningslinjerne, lokalt såvel som nationalt, og giver samtidig den enkelte kliniker en vis tryghed i forhold til, at de har givet patienterne den bedst mulige evidensbaserede behandling sv.t. fælles standard i Danmark.

Over halvdelen af klinikerne pointerer vigtigheden af, at DMCG-retningslinjerne er så bredt funderet som de er, idet mange – og i nogle tilfælde alle – relevante klinikere har været involveret i udarbejdelsen, og derfor har en aktie i dem. De er derfor ikke i tvivl om, at det foruden den fremtalte konsensus landet over, desuden giver en langt større følelse af ejerskab og tilhørende positiv indstilling over for anvendelsen af DMCG-retningslinjerne, når man selv har været med til at præge indholdet.

Nogle gange er det nødvendigt at afvige fra retningslinjen pga. patientens samlede situation – i så fald forventes det dokumenteret i patientjournalen. Andre afvigelser fra DMCG-retningslinjerne passerer sjældent uset forbi i afdelingen, men vil ifølge klinikerne blive påtalt og bragt til ledelsen mhp. afdækning af årsagen. I praksis er det ifølge flere af klinikerne på MDT-konferencerne at DMCG-retningslinjerne levendegøres. De betragter MDT'erne som et nødvendigt skridt på vejen mellem teori og praksis, med stor betydning for implementeringen af DMCG-retningslinjerne. Dette fordi MDT'erne er bygget op omkring DMCG-retningslinjerne og således sikrer en tværfaglig anvendelse og udbredelse af DMCG-retningslinjerne.

”Det er fuldstændigt indgroet, det er sådan vi arbejder, sådan vi gør. De er baseret på den evidens der ligger. [...] Så er man selvfølgelig opmærksom på, om der er nogle nye ting, man skal forholde sig til. Det er jo det man gør, man skal jo anvende de retningslinjer der nu er. Eller i hvert fald gøre det meget tydeligt, hvis man ikke gør det.”

”Det er en landsdækkende konsensus, der står deri [i DMCG-retningslinjerne red.]. Altså, hvis man fraviger dem, så skal man kunne argumentere for, hvorfor man fraviger den landsdækkende standard. [...] Det er jo standarden. Det er jo den man skal følge. [...] der er jo lavet landsdækkende i konsensus, så de har jo gold standard.”

³ DMCG-retningslinjer udarbejdes af en multidisciplinær ekspertgruppe, og indgår tillige i Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af kræftpakker.

”Mange diskussioner kan vi være foruden, for det er givet, at man gør sådan og sådan i denne situation, for det er det, retningslinjerne foreskriver. Det skal ikke diskuteres med kollegaerne i det tilgrænsende speciale hvad vi gør her, for vi taler det samme sprog – vi taler ud fra retningslinjerne.”

”Så den proces er en meget demokratisk proces – altså udarbejdelsen af retningslinjerne. Det arbejde med at udarbejde retningslinjer er meget uddelegeret til alle dele af behandlingssystemet, og alle aktører – altså alle regioner og alle hospitaler er på en eller anden måde involveret, så det er ikke en enkelt person, der bare sidder og skriver en retningslinje, og så kommer den ud. Det beror på et arbejde og en arbejdsgruppe, der er bredt sammentænkt. Det er klart, at man er tilbøjelig til at føle ejerskab over for noget, man selv har været med til at udvikle og er mere loyal i forhold til det.”

”De [MDT’erne red.] er helt essentielle. Helt grundlæggende er det jo sådan, at retningslinjerne er multidisciplinære, det ligger jo i DMCG’erne, og MDT’erne er det forum, hvor retningslinjerne bliver implementeret. Så en DMCG-retningslinje uden en MDT, bliver nærmest bare et stykke papir, der svæver i luften. Det er i MDT’en, at retningslinjen får liv – bliver til beslutninger og virkelighed – der hvor de anbefalinger, som retningslinjen beskæftiger sig med, i praksis bliver besluttet. Så de to ting spiller sammen, og skal spille sammen, ellers så dur det ikke.”

Nedenfor gives et samlet overblik over nogle af de af de forhold, der ifølge klinikerne er med til at understøtte implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis (Boks 3).

BOKS 3

Forhold, der understøtter implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis:

Organisering og forankring

- Alle arbejder for en kultur hvor DMCG-retningslinjerne er en naturlig del hverdagspraksis. F.eks. øger den kollegiale interaktion i hverdagen muligheden for implementering af DMCG-retningslinjerne.
- Landsdækkende konsensus om indholdet i DMCG-retningslinjerne sikrer bred accept og forankring. Det skaber legitimitet omkring DMCG-retningslinjerne og giver klinikerne tryghed i forhold til, at de behandler sv.t. fælles standard i Danmark. I forbindelse med udarbejdelsen skaber det fysiske møde mellem alle involverede parter bedst konsensus.
- En praksis, hvor DMCG-retningslinjerne altid anvendes med blik for patientens samlede situation, og hvor afvigelser fra retningslinjerne dokumenteres i patientjournalen. Afvigelser af anden karakter påtales typisk i de faglige miljøer og/eller bringes til ledelsen.
- Bred involvering af kollegaer i udarbejdelsen af DMCG-retningslinjerne, da det giver ejerskab, som øger den positive indstilling til anvendelsen af anbefalingerne. Involvering i udarbejdelsen af DMCG-retningslinjerne sikrer desuden viden og færdigheder til at følge retningslinjerne.
- Toneangivende læger i afdelingen kan være med til at sikre anvendelsen af DMCG-retningslinjerne, bl.a. ved at henvise til retningslinjerne i dialogen med yngre kollegaer og nyt personale.
- Overgangen fra protokol til standardbehandling understøttes af de eksisterende arbejdsgange, der finder sted i forbindelse med protokollerne.
- Nyt personale og yngre lægers nysgerrighed og ønske om at tillægge sig nogle gode vaner fra start kan bl.a. imødegås med en god introduktion til DMCG-retningslinjerne.
- Eksplicit opbakning fra ledelsen til anvendelsen af DMCG-retningslinjerne.

Fortsættes næste side!

BOKS 3 – fortsat fra forrige side!

Forhold, der understøtter implementeringen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis:

Form og visning

- Velargumenterede og velunderbyggede DMCG-retningslinjer er nemme at følge, også ved behandling i uvante situationer.
- DMCG-retningslinjer med et overskueligt og ensartet layout gør det lettere at finde det man skal bruge i en travl hverdag.
- DMCG-retningslinjer, der bygger på den nyeste og bedste evidens på det pågældende fagområde, er essentielt for tillid til og motivation for at anvende DMCG-retningslinjerne i praksis.
- Fleksible og tilgængelige retningslinjedokumenter, der er nemme at finde på nettet.
- Et 'bredt' indholdsmæssigt format, der tillader nødvendige velargumenterede afvigelser.

Undervisning, introduktion og konferencer

- Anvendelse af DMCG-retningslinjerne som del af det faglige grundlag på MDT-konferencerne sikrer en tværfaglig anvendelse og udbredelse af DMCG-retningslinjerne i forhold til udredning, behandling og opfølgning af den enkelte patient.

Generelt

- DMCG-retningslinjer udarbejdet med udgangspunkt i danske forhold lader sig lettere anvende i praksis.
- Harmonisering af DMCG-retningslinjer landet over gør det nemmere at implementere retningslinjerne fremadrettet.

Klinikernes egne forslag til implementering

Gennem interviewene kommer klinikerne spontant samt direkte adspurgt med en række forslag til, hvordan implementeringen af DMCG-retningslinjerne kan understøttes. De lægger i særlig grad vægt på let tilgængelighed til retningslinjerne samt en god introduktion til retningslinjerne for særligt nyt personale og yngre læger.

Gennemgående for klinikernes mange forslag til implementering af DMCG-retningslinjerne er deres fokus på selve visningen af retningslinjerne; det skal være så let som overhovedet muligt at finde, tilgå og anvende retningslinjerne. De giver blandt andet udtryk for, at én samlet adgang til DMCG-retningslinjerne, der ikke kræver for mange klik med musen, vil være at foretrække. I den forbindelse foreslås desuden en form for 'abonnement', hvor man via løsningen med den samlede adgang til DMCG-retningslinjerne kan tilmelde sig alle de relevante retningslinjer inden for ens speciale, og herefter få en melding ved opdateringer o. lign. Nogle klinikere påpeger endvidere, at der er behov for et fortsat fokus på harmonisering af DMCG-retningslinjerne på tværs af alle specialer og undergrupper af sygdomme, således at de er lette at gå til og finde rundt i for alle. Det primære ønske blandt klinikerne i forhold til visningen af DMCG-retningslinjerne er dog en brugervenlig og intuitiv IT-løsning, med velfungerende søge- og navigationsfunktioner. Der er ønske om visning både på stationære og mobile enheder (mobiltelefon, tablet mm.), så man kan have retningslinjerne ved hånden i det kliniske arbejde. Konkret foreslås en app-løsning, en interaktiv indholdsfortegnelse, et HTML-baseret format frem for det nuværende PDF-format samt flowcharts. Der er en generel erkendelse af, at accept og forståelse af det nye format forudsætter, at man lærer det bedre at kende, hvorfor nogle af klinikerne påpeger betydningen af, at man giver det nye format tid.

Derudover er en stor del af klinikernes fokus på introduktionen til DMCG-retningslinjerne for særligt nye og yngre læger i afdelingerne. Flere af klinikerne kommer her ind på potentialet i den mesterlære, der finder sted i den kliniske hverdag, hvor yngre læger oplæres af mere erfarne læger. For, som de bemærker, så orienterer man sig som yngre læge mere naturligt i DMCG-retningslinjerne, hvis de mere erfarne læger gør det eller lægger op til det. På den måde kan man som erfaren læge i afdelingen med fordel agere 'ambassadør' for DMCG-retningslinjerne, ved at 'reklamere' for dem, når der kommer nye læger i afdelingen. Nogle foreslår, at 'ambassadørskabet' placeres hos én eller flere læger i afdelingen, som de andre læger typisk går til, når de har spørgsmål, og som derfor ofte allerede (evt. uformelt) er tildelt denne rolle. Øvrige forslag til at sikre en ordentlig introduktion af DMCG-retningslinjerne er, at der afsættes mere tid til introduktion af nyt personale, etableres fælles intern undervisning eller introduktion i de enkelte afdelinger til retningslinjerne samt gæses mere i dybden med retningslinjerne på journal clubs. Der kunne desuden sikres en øget opmærksomhed på brugen af DMCG-retningslinjerne allerede under speciallægeuddannelsen.

"Men allersmertest, så skulle man selvfølgelig have en app man kunne have i lommen på telefonen, så man lige lynhurtigt kunne sige, jeg har den her patient, der fejler sådan og sådan, og dytte lyt så er man inde. [...] Fordi det er simpelthen for tungt og besværligt, som det er nu, hvor det er samlet i én PDF. [...] Vi render jo alle sammen rundt med en telefon i lommen, og vi har jo allerede apps i alle mulige andre sammenhænge [medicinlister mm. red.]. Så hvis det virkelig skulle være et brugbart redskab i hverdagen, så havde man det med sig. [...] Vi går en del fra det ene sted til det andet på hospitalet, så der kunne det bare være super lækkert, hvis man lige kunne udnytte tiden på at kigge på retningslinje-app."

"Men det vil være langt mere væsentligt for særligt de yngre læger med retningslinjer. Så måske ville det være meget smart, at der kom fokus på, hvordan yngre læger får retningslinjerne ind under huden. [...] sådan så man gjorde det mere klart i deres undervisning og på deres kurser at 'de her retningslinjer, det er nogen der skal bruges'."

Nedenfor gives et samlet overblik over klinikernes forslag til implementering af de landsdækkende DMCG-retningslinjer (Boks 4 – næste side).

BOKS 4

Klinikernes konkrete forslag til implementering af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i praksis:

Organisering og forankring

- At erfarne læger agerer ambassadører for DMCG-retningslinjerne gennem omtale, anvendelse og diskussion med nye og yngre kolleger.
- At der sikres en bred faglig forankring og konsensus, hvor alle oplever, at de er blevet involveret.
- At DMCG'erne sammen med RKKP understøtter en kultur, hvor alle opfordres til at følge DMCG-retningslinjerne.
- At der sikres konsensus og dialog i forhold til det, der går på tværs af faggrupperne i praksis. F.eks. så det er tydeligt for alle, hvem der har ansvaret som ledende ekspert på området i forbindelse med en behandling.
- At der skabes øget fokus på udbredelsen af DMCG-retningslinjerne til primærsektor, f.eks. via Ugeskrift for Læger, så patienter ikke tabes.

Form og visning

- En bruger- og mobilvenlig, intuitiv IT-løsning med optimeret navigation og søgbarhed. F.eks. en app, en interaktiv indholdsfortegnelse, flowcharts og/eller et HTML-baseret format.
- At man kan tilgå alle DMCG-retningslinjerne ét samlet sted, hvor retningslinjerne kan søges frem efter sygdomsområde eller DMCG. Der kan med fordel linkes til dette sted fra DMCG'ernes egne hjemmesider.
- Et generelt fokus på brugervenlighed, læsbarhed, og fortsat harmonisering af DMCG-retningslinjerne på tværs af alle specialer og undergrupper af sygdomme, så de er lette at gå til og finde rundt i for alle.
- At det nye format gives mere tid før eventuelle ændringer, da alt nyt kræver tilvænning.
- En abonnement-løsning, hvor man ved at abonnere på relevante DMCG-retningslinjer, modtager en reminder, når der udgives nye DMCG-retningslinjer eller kommer ændringer til de eksisterende.
- At DMCG'erne tydeliggør baggrund for opdatering af DMCG-retningslinjerne samt anskueliggør hvad de væsentligste ændringer er.

Undervisning, introduktion og konferencer

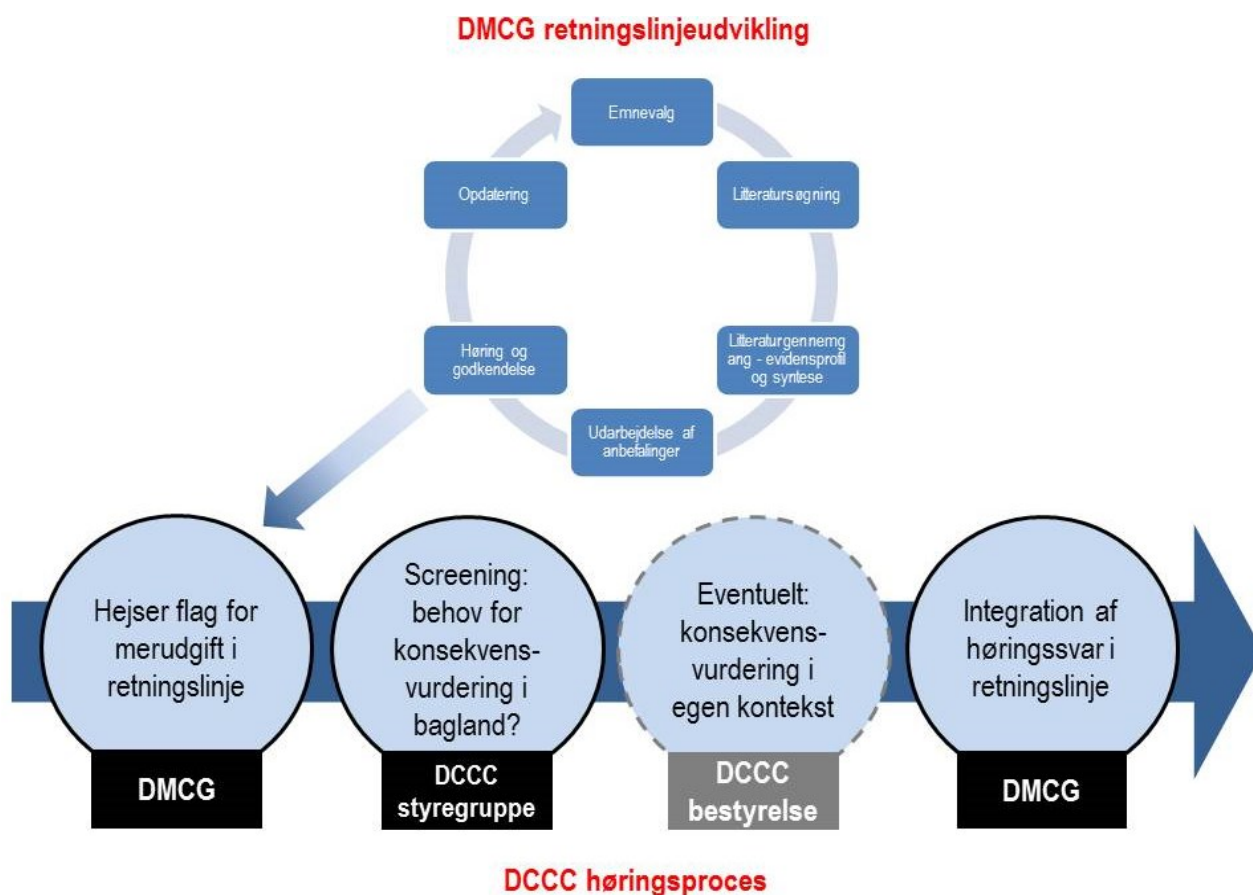
- At der kommer et øget fokus på DMCG-retningslinjerne i undervisningen af yngre læger, f.eks. under speciallægeuddannelsen.
- At der indføres undervisning eller en fælles introduktion i DMCG-retningslinjerne på de enkelte afdelinger, f.eks. forestået af DMCG.dk.
- At der afsættes mere tid til introduktionen af nyt personale, så der er mere tid til at introducere dem ordentligt til DMCG-retningslinjerne; f.eks. vha. en fælles introduktionsvideo for større ensartethed i introduktionen.
- At DMCG-retningslinjerne gennemgås mere dybdegående på afdelingens journal clubs.
- At DMCG-retningslinjerne inddrages og anvendes systematisk på MDT-konferencerne.

Generelt

- At DMCG-retningslinjerne hurtigt og løbende opdateres, da aktualitet og anvendelighed ellers går tabt.
- At der iværksættes en overordnet koordinering af DMCG-retningslinjerne, herunder med ansvar for bl.a. at vurdere hvor mange retningslinjer der er behov for, samt de praktiske forhold, ressourcer etc. som led i godkendelsesprocessen.
- At regionerne orienteres om nye og reviderede DMCG-retningslinjer så der skabes mulighed for, at implementeringen understøttes regionalt.

Anbefalinger, der udløser betydelige merudgifter

På initiativ af Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC) er der i 2018 taget tiltag til at beskrive og afprøve et set-up, hvor anbefalinger i DMCG-retningslinjerne, der udløser betydelige merudgifter, vurderes og håndteres i regi af DCCC, med henblik på sikring af en ensartet regional implementering. Som led i dette er der oprettet et afsnit i den fælles DMCG-retningslinjeskabelon, hvor forfatterne anfører, hvorvidt de skønner, at nogle af retningslinjens anbefalinger forventes at udløse betydelige merudgifter. Retningslinjese sekretariatet sørger efterfølgende for, at information om den skønnede udfordring viderefremmes til sekretariatet i DCCC. I DCCC screenes de markerede anbefalinger, og der foretages evt. en konsekvensvurdering i regionernes ledelsessystemer mhp. stillingtagen til og håndtering af ensartet implementering af anbefalingerne i alle landets regioner.



Figur 2: DCCC høring af anbefalinger, der skønnes at udløse betydelige merudgifter og derved udfordres i forhold til en national implementering

De foreløbige erfaringer viser, at kun få anbefalinger - ca. 3 % - markeres og derfor udløser vurdering i DCCC. Modellen er endnu ikke evalueret, men de foreløbige erfaringer har vist betydningen af, at der etableres en direkte dialog mellem de faglige miljøer og ledelsessystemet omkring de udvalgte anbefalinger.

Perspektivering

Den gennemførte afdækning flugter godt med publicerede og anerkendte teorier, og sætter fokus på mange af de faktorer, der også i litteraturen anføres at have betydning for succesfuld implementering af kliniske retningslinjer. Kliniske retningslinjer indeholder anbefalinger til *hvad* der kan gøres i en given situation, men ikke *hvordan* det skal gøres. Hvis klinisk praksis skal ændres og evidensbaseres, er det vigtigt med indsatser, der får det til at ske. Indsatserne skal organiseres og planlægges med afsæt i et skøn over omfanget af de ændringer retningslinjen medfører, herunder af forhold, der henholdsvis hæmmer og fremmer brugen af retningslinjen. Implementering er ikke en begivenhed men en proces, og jo større praksisændring anbefalingerne lægger op til, des større behov er der for organisering, planlægning, ressourceallokering og opfølgning på implementeringen (3, 25). I de senere år er der kommet et øget fokus på kliniske retningslinjer og på implementering heraf. For eksempel har Guidelines International Network en arbejdsgruppe om implementering af retningslinjer (26) og på det kræftspecifikke område har The European Association of Urology (EAU) igangsat et initiativ kaldet Impact Assessment of Guidelines Implementation and Education: the next frontier for harmonising urological practice across Europe by improving adherence to guidelines (IMAGINE) (27) - et initiativ Danmark er inviteret til at deltage i.

Resultaterne af de gennemførte interviews giver indsigt i aktuell praksis for implementering af DMCG-retningslinjerne og inspirerer til handlinger, der kan styrke kendskab og anvendelse yderligere. Herunder er anført en række fokusområder og potentielle indsatser afledt af afdækningen, som DMCG.dk, de enkelte DMCG'er og Retningslinjeseekretariatet i fællesskab kan forfølge.

Retningslinje

- Fastholde fokus på synliggørelse af evidensgrundlag og formulering af entydige anbefalinger, herunder sikre bred forankring og konsensus i udarbejdelsen af retningslinjerne. Muligheden for høring i bredere interessentkreds bør tænkes ind, hvis retningslinjeudviklingen varetages af en mindre personkreds.
- Sikre at alle anbefalinger i retningslinjen er lette at identificere, så de kan anvendes i en travl, klinisk hverdag.
- Hurtigt og løbende opdatere DMCG-retningslinjerne, da aktualitet og anvendelighed ellers går tabt.
- Forbedre visningen af DMCG-retningslinjerne, herunder etablere et velfungerende samspil mellem de enkelte DMCG'ers hjemmeside og DMCG.dk's hjemmeside.
- Samarbejde med Danske Regioner om yderligere udvikling af visningen af retningslinjerne, så de flugter med brugernes ønsker om optimeret navigation og søgbarhed. Visningen kan evt. etableres som en kombineret visning af retningslinjer på flere sygdomsområder og evt. med henvisning til behandlingsvejledninger fra Medicinråd og Behandlingsråd samt evt. andre retningsanvisende dokumenter⁴, så det bliver lettere for brugerne at få et samlet overblik. Der bør tilstræbes løsninger, der muliggør mobil adgang til retningslinjerne.

Individ

- Bidrage til at fastholde og udvikle en kultur hvor DMCG-retningslinjerne udgør den foretrukne og anbefalede beslutningsstøtte, og hvor evt. afvigelser fra anbefalingerne dokumenteres i journalen.

⁴ F.eks. visitationsretningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, kræftpakkeforløb, forløbsprogrammer o.l.

- Udbrede kendskab til retningslinjerne gennem løbende kollegial dialog om indhold, opdateringer mm.
- Bidrage til løbende monitorering af udvalgte anbefalinger fra DMCG-retningslinjerne, deltage i audits og give feedback til kollegaer mhp. faglig dialog om anbefalingerne og implementeringen heraf.
- Sikre erhvervelse af de kompetencer, der er påkrævet for efterlevelse af anbefalingerne, f.eks. gennem undervisning og træning.

Omgivelser

- Understøtte systematisk anvendelse af DMCG-retningslinjerne på MDT-konferencerne.
- Etablere et tværsektorielt samarbejde om udvikling og anvendelse af DMCG-retningslinjerne med fokus på især første og sidste del af patientforløbet; herunder understøtte, at aktører i primærsektoren gøres bekendte med retningslinjebiblioteket, og at disse aktører medinddrages/orienteres i forbindelse med godkendelse og opdatering af retningslinjer særligt vedrørende opsporing.
- Ledelsesmæssig opbakning til DMCG-retningslinjerne, herunder at ledelserne dels sikrer rammer for efterlevelsen, dels indgår i tillidsfuld og konstruktiv dialog om anvendelsen med afsæt i en forståelse for, at kliniske retningslinjer har karakter af beslutningsstøtte og hverken afspejler den enkelte patients samlede situation (f.eks. er multisygdom sjældent adresseret i retningslinjerne) eller patientens personlige værdier og præferencer.
- Sikre at regionerne orienteres om nye og opdaterede kliniske retningslinjer, herunder videreudvikle den eksisterende proces for vurdering af evt. ressourcemæssige udfordringer knyttet til implementering af nogle af anbefalingerne⁵.
- Afklare muligheden for strukturel understøttelse af dialog om anbefalinger mellem DMCG'erne, Medicinråd og Behandlingsråd mhp. at sikre overensstemmelse mellem anbefalinger.

Litteraturen om implementering af kliniske retningslinjer tager ofte udgangspunkt i en situation, hvor blot én retningslinje skal implementeres. Kræftsygdomme er ofte dækket af mange retningslinjer eller af mange anbefalinger i den enkelte retningslinje⁶. Skønsmæssigt findes således ca. 300 DMCG-retningslinjer, der i gennemsnit indeholder ca. 13 anbefalinger. Det udfordrer implementeringen i klinikken (inklusive monitoreringen), da det ikke er praktisk muligt at arbejde lige struktureret og systematisk med implementering af alle anbefalingerne på én gang.

Et særligt fokus synes dog påkrævet ved introduktion af anbefalinger om ny praksis, og ved anbefalinger, hvor der er kendte udfordringer (indikationsskred, uønsket kvalitetsniveau, mangelfuld implementering, geografisk variation, risiko for social ulighed e.l.). I litteraturen foreslås en multifacetteret tilgang til implementeringen med flere samtidige aktiviteter, der på forskellig vis understøtter kendskab til og brug af retningslinjerne (12).

Kræftforløb i Danmark er omfattet af en del retningsgivende dokumenter af varierende karakter. Det er en udbredt misforståelse, at klinisk udviklede retningslinjer udgør en eksakt facitliste for handling i en given situation. DMCG-retningslinjerne har, som tidligere anført, karakter af faglig rådgivning, og skal kobles med patientens præferencer og de sundhedsfagliges viden og erfaringer, når der skal tages beslutninger i

⁵ Erfaringsmæssigt udløser mindre end 5 % af anbefalingerne betragtelige merudgifter.

⁶ Nogle DMCG'er laver én retningslinje, der dækker hele forløbet for en given sygdom, mens andre laver én retningslinje for hver del af forløbet, f.eks. udredning, behandling, opfølgning etc.

patientforløbet. Selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne, er der ikke garanti for et succesfuldt behandlingsresultat. Retningslinjerne er da heller ikke juridisk bindende, og bruges de til kontrol og sanktionering medfølger en risiko for, at indholdet i retningslinjerne tilpasses det mulige frem for det ønskelige og ambitiøse. De faglige miljøer i Danmark har et ønske om, at de kliniske retningslinjer kan understøtte en kontinuerlig forbedring af kvaliteten, hvorfor det bekymrer, når pressen, administratorer eller andre tolker og anvender indholdet af retningslinjerne uden kobling til den kliniske kontekst. Som en reaktion på denne usikkerhed omkring terminologi og normativitet, er det foreslået, at betegnelsen 'kliniske retningslinjer' ændres. Dette kan dog synes uhensigtsmæssigt i forhold til forståelsen og anvendelsen i de faglige miljøer samt gældende nationale og internationale definitioner. Sprogbrug har betydning, men det er usikkert, hvorvidt en navneændring af de kliniske retningslinjer ændrer ved den grundlæggende forståelse og anvendelse i omverdenen.

Det er essentielt, at der løbende skabes ny viden, og at den frembragte evidens anvendes som beslutningsstøtte i patientforløbene. Det er dog også vigtigt, at sundhedsvæsenet sikrer, at der løbende drages læring af behandlingen, og at resultaterne danner udgangspunkt for innovation og kvalitetsudvikling. Koblingen mellem retningslinjer, implementering, monitorering og opfølgning med afsæt i faglig meningsfuldhed udgør en central kerne i kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet, og flugter helt med de sundhedsprofessionelles stræben efter klinisk excellence. DMCG.dk og RKKP arbejder strategisk for at bidrage til elementerne i den skitserede udviklingsmotor (4,5) og for, at resultaterne af denne afdækning kan bidrage positivt til indsatserne.

Når man afdækker et felt, opstår der ofte nye spørgsmål. Med afsæt i afdækningen er der da også opstået en nysgerrighed på følgende forhold, der kalder på yderligere afdækning:

- Hvordan anvendes DMCG-retningslinjerne mere præcist på MDT-konferencerne, og hvordan kan anvendelsen systematiseres og understøttes?
- Hvad skyldes væsentlige afvigelser fra de retningsgivende anbefalinger? Drejer det sig om lokale kliniske erfaringer, patientens samlede situation, manglende ressourcer eller patientpræference?
- I hvilke tilfælde "omstødes" en evidensbaseret MDT-konference anbefaling i mødet med patienten?
- Hvordan er processen for implementering af kliniske retningslinjer og andre retningsgivende dokumenter i alle landets regioner⁷?
- Hvordan sikres et tværsektorielt samarbejde om udvikling og anvendelse af DMCG-retningslinjerne, bl.a. i første og sidste del af patientforløbet?
- Hvilken betydning har karakteren af evidensgrundlaget for, hvorvidt det er meningsfuldt at monitorere en given anbefaling?
- Hvordan monitoreres efterlevelsen af kliniske retningslinjer i udlandet? Og hvad kan vi evt. lære af internationale erfaringer?
- Hvordan håndterer man bedst implementering af mange anbefalinger på én gang, når ressourcerne i sundhedsvæsenet/klinikken er begrænsede?

⁷ Denne afdækning beskriver udelukkende praksis i Region Midtjylland.

Metode

Afdækningen af den aktuelle implementeringspraksis af de landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet er baseret på 13 telefoninterviews med klinikere, med og uden relation til DMCG-retningslinjearbejdet, der behandler kræftpatienter, samt med administrativt personale på retningslinjeområdet fra forskellige dele af landet.

Rekruttering

Alle interviewpersoner er rekrutteret i perioden 6. - 29. april 2020, og er fortrinsvist identificeret og rekrutteret med hjælp fra DMCG.dk (Bilag 1).

Det primære rekrutteringskrav i forhold til klinikerne var, at de skulle repræsentere forskellige kræftsygdomme, have varierende anciennitet samt have forskelligt kendskab til - og roller i - DMCG-retningslinjearbejdet. Rekrutteringskravet blev besluttet ud fra et ønske om, at favne de mulige forskelle, der eksisterer i praksis (a) blandt de enkelte DMCG'er, (b) blandt erfarne og yngre klinikere samt (c) blandt klinikere, der hhv. er forfattere på DMCG-retningslinjer eller ikke har relation til DMCG-retningslinjearbejdet. Tabel 1 viser hvordan interviewpersonerne fordelte sig i forhold til de nævnte rekrutteringskrav.

INTERVIEW PERSON	DMCG-TILKNYTNING	RL-FORFATTER	IKKE-FORFATTER	HØJ ANCIENNITET	LAVERE ANCIENNITET
1	Adm./RKKP	-	-	-	-
2	DSG	x		x	
3	Ingen		x	x	
4	Ingen		x		x
5	DLG	x		x	
6	DABLACA	x			x
7	DGCG	x		x	
8	Adm./Region Midt	-	-	-	-
9	DAHANCA	x		x	
10	DBCG	x		x	
11	DAPROCA		x		x
12	Ingen		x		x
13	DLCG	x		x	

Tabel 1: Interviewpersoner

Variationen i klinikerens baggrund er samlet set en styrke i forhold til at få dækket forskellige perspektiver på implementering af de landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet. Dette til trods for, at antallet af klinikere, der fungerer som forfattere på DMCG-retningslinjerne er overrepræsenteret i afdækningen.

Telefoninterview

Der er foretaget 13 kvalitative telefoninterviews i perioden 21. april - 5. maj 2020. De varede mellem 45 og 84 minutter. Forud for de 13 interviews blev der desuden gennemført et internt pilotinterview per telefon.

Telefoninterview som metode til indsamling af empiri er effektivt, praktisk og økonomisk sammenlignet med et interview foretaget ved et fysisk møde. Især når interviewpersonerne, som det var tilfældet i denne afdækning, er spredt rundt i landet. Til gengæld går det kropslige sprog tabt over telefonen (27). Imidlertid står ordene i sig selv klarere frem i et telefoninterview, netop fordi der ingen misforståelser eller fejlfortolkninger forekommer i kraft af det manglende kropssprog. For at skabe de bedst mulige forhold under telefoninterviewet er der arbejdet med en klar rammesætning, i form af tilsendt information forud for interviewet samt mundtlig introduktion som led i selve interviewet. Telefoninterviewet blev samtidigt en nødvendighed grundet COVID-19 sundhedskrisen, der lukkede det meste af Danmark ned fra afdækningens opstartsdag (marts 2020).

Alle interviews blev lydoptaget efter samtykke fra interviewpersonerne, og deres svar er herefter skrevet ud for at sikre empiriens validitet samt loyaliteten over for interviewpersonernes svar i forbindelse med analysen.

Interviewguiden

Det kvalitative interview er velegnet til at få et dybdegående og nuanceret indblik i interviewpersonernes livsverden (28, 29). I dette tilfælde den aktuelle implementeringspraksis af de landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet set fra interviewpersonernes side. Interviewene tog udgangspunkt i en forholdsvis struktureret interviewguide. Den begrænsede tid afsat til at afdække den ønskede mængde af viden, i kombination med telefoninterviewets format, fordrede et mere struktureret interview, der kunne sikre besvarelsen af interviewguidens faste spørgsmål. Der var dog stadigvæk plads til relevante drejninger undervejs i interviewet, som blev tilpasset den specifikke situation samt gav mulighed for at spørge ind til interviewpersonens svar.

Interviewguiden blev udarbejdet og kvalificeret på baggrund af en sonderende litteraturgennemgang af viden om guidelineimplementering (jf. litteratur anvendt i afsnit om baggrund og formål). Dertil er der hentet inspiration fra Sundhedsstyrelsens *Håndbog i implementering af Nationale kliniske retningslinjer* til udformningen af struktur og spørgsmål (19). Interviewguidens spørgsmål blev efterfølgende tilpasset sv.t. de aktuelle interviewpersoners forskellige profiler, og resulterede således i tre interviewguides henholdsvis inddelt på klinikere, der er forfattere på DMCG-retningslinjer (RL-forfatter), klinikere uden relation til DMCG-retningslinjearbejdet (Ikke-forfatter) samt administrativt personale på retningslinjeområdet (Administrativt). Resultaterne er ikke stratificeret sv.t. klinikernes forskellige profiler.

De tre interviewguides var, med afsæt i litteraturen om implementering af kliniske retningslinjer, bygget op omkring faktorer med særlig betydning for implementering af guidelines; personlige faktorer (hos klinikerens selv), guideline-relaterede faktorer, eksterne faktorer (uden klinikerens umiddelbare indflydelse) og den aktuelle implementeringspraksis (Bilag 2-4).

Analysestrategi

Der er foretaget en systematisk gennemgang og meningskategorisering i centrale temaer af alle interviews med henblik på dels, at afdække den aktuelle implementeringspraksis af de landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet og dels, at belyse de eksisterende muligheder og udfordringer i forhold til at understøtte implementeringen. Analysen forholder sig desuden åbent og eksplorativt over for de perspektiver og temaer, som ellers viste sig i interviewene (30). Empirien er efterfølgende bearbejdet ved at identificere sammenhænge og mønstre, inden for de centrale temaer.

Analysen er gennemført af afdækningens projektleder (AKMA) i samarbejde med afdækningens to øvrige forfattere (MB, HL).

Citater i resultatpræsentationen

For at understøtte analysens resultater, og for at gøre resultaterne mere nærværende ved at bevare kernen i interviewpersonernes synspunkter og erfaringer, indgår citater fra interviewpersonerne som en del af resultatpræsentationen. Alle citater er præsenteret i anførselstegn og kursiv. Hvis der i et citat er anført [...], betyder det, at citatet er forkortet.

Referencer

1. DSKS. *Sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed*. 3. udgave. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2018. Tilgængelig på: <https://dsk.dk/wp-content/uploads/2018/09/Metodeh%C3%A5ndbog-12-09-2018.pdf>
2. DMCG.dk og RKKP. *Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet – udvikling og opdatering*. DMCG.dk og RKKP. 2017. Tilgængelig på: https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/pid_udvikling_og_opdatering_af_retningslinjer_kraeft_171117_godkendt.pdf
3. Fischer F, Lange K, Klose K et al. *Barriers and Strategies in Guideline Implementation – A Scoping Review*. *Healthcare*. 2016;4(3): 36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5041037/>
4. DMCG.dk. *DMCG.dk strategi 2020-2022*. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk); 2020. Tilgængelig på: <https://www.dmcg.dk/om-dmcg/strategi-og-handlingsplan/>
5. RKKP. *Viden til et bedre sundhedsvæsen. RKKP strategi 2019-2022*. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Marts 2019. Tilgængelig på: https://www.rkkp.dk/om-rkkp/strategi_og_maalsatninger/
6. *Patienternes kræftplan. Kræftplan IV*. Regeringen; 2016. Tilgængelig på: https://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ*. 1996;312: 71-72.
8. Reed J, Howe C, Doyle C et al. *Simple Rules for evidence translation in complex systems: A qualitative study*. *BMC Med*. 2018;16(1): 92.
9. Cochrane LJ, Olson CA, Murray S et al. *Gaps Between Knowing and Doing: Understanding and Assessing the Barriers to Optimal Health Care*. *J Contin Educ Health Prof*. 20017;27(2) 94-102.
10. Green LW, Ottoson JM, García C et al. *Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health*. *Annu Rev Public Health*. 2009;30: 151-74.
11. Rauh S, Arnold D, Braga S, et al. *Challenge of implementing clinical practice guidelines. Getting ESMO's guidelines even closer to the bedside: introducing the ESMO Practicing Oncologists' checklists and knowledge and practice questions*. *ESMO Open*. 2018;3:e000385.
12. IOM (Institute of Medicine). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: The National Academies Press. 2011.
13. Palda V, Davis D, Goldman J. *Canadian Medical Association Handbook on Clinical Practice Guidelines*. Ottawa: Canadian Medical Association. 2007.
14. NCEC. *National Clinical Effectiveness Committee (NCEC). Annual Report 2018*. Dublin: Department of Health. 2018.
15. NICE. *The NICE implementation strategy. Principles and Approaches*. London: The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2017. Tilgængelig på: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/Help-Implement-NICE-guidance/Implementation-Strategy.pdf>
16. National Implementation Research Network (NIRN). *NIRN Implementation science frameworks*. Chapel Hill, NC. Tilgængelig på: <https://nirn.fpg.unc.edu/module-1/rationale>
17. CFIR. *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*. Ann Arbor, MI. Tilgængelig på: <https://cfirguide.org/>

18. Department of Health. *NCEC Implementation Guide and Toolkit*. Dublin: National Health Library & Knowledge Service. 2018. Available at: <https://health.gov.ie/national-patient-safety-office/ncec/> In text citation: (Department of Health 2018)
19. *Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer: Håndbog med hjælpeværktøjer*. København, Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Implementeringshaandbog>
20. Høgh H. *QIF – Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet baseret på international implementeringsforskning*. Aarhus: Metodecentret. 2017.
21. Beauchemin M, Cohn E, Shelton RC. *Implementation of Clinical Practice Guidelines in the Health Care Setting: A Concept Analysis*. *Adv Nurs Sci*. 2019;42(4): 307-24.
22. Palda VA, Davis D, Goldman J. *A guide to the Canadian Medical Association Handbook on Clinical Practice Guidelines*. *Can Med Ass J*. 2007;177(10): 1221-6.
23. Grol R. *Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice*. *Med Care*. 2001;39(8):Suppl 2; II-46-II-54
24. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE et al. *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Impl Sci*. 2009;4: 50.
25. Bertram RM et al. *Improving Program and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change*. *Res Soc W Pract*. 2015;25(4): 477-87.
26. *Implementation*. Guidelines International Network (GIN) working groups. Tilgængelig på: <https://g-i-n.net/working-groups/implementation>
27. Cornford P, Smith EJ, MacLennan S et al. *IMAGINE – Impact Assessment of Guidelines Implementation and Education: the next frontier for harmonising urological practice across Europe by improving adherence to Guidelines*. Pan. European National Urological Society IMAGINE Collaborative. 2020. <https://uroweb.org/guidelines/about/eau-guidelines-office-committees/>
28. Brodersen RB. *Det kvalitative telefoninterview og andre interviewmetoder i sociolingvistikken*. I: Akselberg G (red). *Språkleg regionalisering*. Skrifter frå prosjektet Taelmålsending i Noreg Bergen, Nordisk Institut, Universitetet. 2000, nr. 4.
29. Kvale S. *Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag. 1997.
30. Mason J. *Qualitative Researching*. London: SAGE Publications Ltd. 2002.
31. Olsen H. *Analysestrategier og kvalitetssikring*. I: Olsen H (red.): *Kvalitative kvaler*. København: Akademisk Forlag; 2002, p. 134-142.

Bilag

Bilag 1. Rekrutteringsmail

Kære XX

Hvad og hvorfor?

I forlængelse af Kræftplan IV blev det besluttet, at iværksætte en intensiveret indsats for at højne kvaliteten af de kliniske retningslinjer på kræftområdet og understøtte harmonisering af retningslinjerne på tværs af kræftsygdomsområderne. Retningslinjer har dog ingen værdi i sig selv. Først når anbefalingerne efterleves i praksis kan de have effekt og komme patienterne til gavn.

For at understøtte en ensartet implementering af de landsdækkende DMCG-retningslinjer i hele landet, er der indledningsvist behov for, at opnå større kendskab til den aktuelle praksis. Dette som grundlag for, at frembringe og sprede viden om, hvordan implementering af retningslinjer kan understøttes lokalt.

Vi har brug for din hjælp

DMCG.dk og RKKP afdækker nu den eksisterende praksis for udbredelse og anvendelse af DMCG-retningslinjer.

I den forbindelse vil vi rigtig gerne høre dine erfaringer med implementering af DMCG-retningslinjer, og inviterer dig derfor til at deltage i et telefonisk interview af ca. en halv times varighed. Interviewet, som foretages af projektleder Ann-Katrine M. Andersen, vil i udgangspunktet ligge på hverdage fra omkring den 20/4-2020.

Lad os høre om du er interesseret ved at besvare denne mail. Hvis du svarer positivt, kontakter Ann-Katrine dig for at aftale en dag og et tidspunkt, der passer ind i din kalender.

Vi håber meget, at du – trods Corona epidemien – kan finde tid til at deltage, og hjælpe med at få styrket grundlaget for anvendelsen af DMCG-retningslinjerne i praksis. Vi glæder os til at høre fra dig.

Med venlig hilsen og god påske,

Michael Borre, formand DMCG.dk

Henriette Lipczak, sekretariatschef, Retningslinjesekretariatet

Ann-Katrine M. Andersen, sociolog, projektleder, DMCG.dk og RKKP

P.S. vedr. GDPR

Oplysninger fra interviewet vil blive behandlet fortroligt og anvendes kun i relation til DMCG.dk's retningslinjeindsats.

I afrapporteringen af undersøgelsen vil det ikke være muligt at genkende dig eller andre personer.

Interviewoplysningerne vil blive opbevaret indtil undersøgelsen er færdig, hvorefter de vil blive slettet.

Bilag 2. Interviewguide (RL forfatter)

Interviewguide – Implementering af kliniske retningslinjer på kræftområdet

Undersøgelses spørgsmål:

Hvad er den aktuelle implementeringspraksis for landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet? Og hvilke muligheder og udfordringer eksisterer i forhold til at understøtte retningslinjernes implementering (oplevede facilitatorer og barrierer).

Temata	Spørgsmål
Intro	<p>RKKP og DMCG.dk er i samarbejde gået i gang med at afdække den eksisterende praksis for udbredelse og anvendelse af de landsdækkende DMCG-retningslinjer. Og i den forbindelse vil vi som sagt rigtig gerne høre dine erfaringer med implementering af DMCG-retningslinjer i praksis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dels så vi kan understøtte videndeling mellem DMCG'erne om hvad man kan gøre for at implementere retningslinjerne og hvad der evt. virker/ikke virker Og dels for at få blik for, om der er noget der evt. kan gøres eller støttes fra Retningslinjeselementariet. <p>Interviewet tilstræbes en varighed på en ½ times tid. [evt. + ½ times buffer]</p> <p>Der er ikke nogle rigtige eller forkerte svar. Jeg er interesseret i at høre dine holdninger, tanker og oplevelser, så du siger bare, hvad der falder dig ind. Jeg skal nok sige til, hvis vi i løbet af samtalen bevæger os i en retning, som ligger uden for denne undersøgelse.</p> <p>Hvis der er noget, du ikke har lyst til at svare på, siger du selvfølgelig bare fra.</p> <p>Lad os starte.</p>
Baggrund	<p>Hvad hedder du? Hvor arbejder du? [region, hospital, afdeling] Er du speciallæge? Hvilket speciale? Hvor længe har du arbejdet i specialiet?</p> <p>Interviewperson (navn, stilling, anciennitet mv.)</p> <p>Kendskab til DMCG (De Multidisciplinære Cancer Grupper)</p> <p>Findes der en DMCG der dækker dit fagområde? - Er du aktivt involveret i DMCG-arbejdet, herunder i retningslinje-indsatsen? Hvis ja, Hvordan?</p>

Side 1 af 5

Personlige faktorer (interne faktorer)	I hvilket omfang anvender du selv de gældende landsdækkende DMCG-retningslinjer? Hvorfor/ Hvorfor ikke? [Hvordan kan det være – årsager til/mulighed for at afvige fra RL?]
Holdning	I hvor høj grad er du motiveret for selv at anvende DMCG-retningslinjerne?
Enighed	Anvender du andre retningslinjer end DMCG-retningslinjerne? - Hvis ja, hvilke og hvorfor? Indeholder de andre anbefalinger end dem i DMCG-retningslinjerne?
Forventninger	Hvad er din holdning til brugen af DMCG-retningslinjerne? - Hvad tænker du til nødvendigheden af at følge dem?
Motivation	- I hvor høj grad er du enig i de anbefalinger, der står i DMCG-retningslinjerne?
(Ansvarsfølelse)	Hvilke forventninger har du til anvendelsen af DMCG-retningslinjerne i praksis? [fx effekt – bidrager anvendelsen til høj og ensartet kvalitet i kræftbehandlingen, adfærd blandt klinikere og patienter, anvendelighed – let at gå til, forestilling om hvorvidt de følges ens i hele landet mv.]
Retningslinje relaterede faktorer	Hvordan vurderer du (overordnet set) anvendeligheden af DMCG-retningslinjerne?
Evidens (afsender)	I hvor høj grad synes du, at DMCG-retningslinjerne er... [Fokus på, hvilke udfordringer de oplever ift. det nye DMCG-format (vs. det gamle sygdomsspecifikke format), og gerne løsningsforslag (hvis det nye format ikke opleves overskueligt/anvendeligt). Hvordan kan det gøres bedre, når det samtidig er en præmis at RL skal harmoniseres på tværs af DMCG'erne?]
Kompleksitet (omfang, nemt at gå til?)	- Forståelige? [sprog og indhold] - Overskuelige? [layout, præsentation og omfang]
Layout (præsentation)	- Anvendelighed ift. co-morbiditet? - Tilgængelige? [adgang og support]
Tilgængelighed (support systems, nemt at finde?)	Hvor er DMCG-retningslinjerne tilgængelige for dig på nuværende tidspunkt? - Hvordan ser du helst/foretrækker du at de er tilgængelige for dig? [Hvilken præsentation understøtter bedst din brug af retningslinjerne? Fx papir, e-mail, app, internettet – dmog.dk's hjemmeside, regionalt dokumentstyringsystem, andet]
Anvendelighed	
Co-morbiditet/ ensidigt (taget højde for dette?)	I hvor høj grad har du tillid til evidensgrundlaget i DMCG-retningslinjerne? Hvorfor, hvorfor ikke? - Er udviklingsgruppen bag DMCG-retningslinjerne på dit område efter din vurdering fagligt kompetente til at udvikle retningslinjer? Hvorfor, hvorfor ikke? [f. liste med udviklingsgruppens navne]

Side 2 af 5

	<p>Har du forslag til forbedringer? [Fokus på konstruktive og konkrete input til hvad der kan gøres anderledes/bedre]</p>
Eksterne faktorer	<p>[Hvis mere konkret, "...afdelingen" eller "specialet" - ikke kun af dig selv men generelt]</p> <p>I hvilket omfang anvendes DMCG-retningslinjerne i dag?</p> <p>På hvilke områder kan de eksisterende arbejds gange og rutiner vanskeliggøre brugen af DMCG-retningslinjerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kunne man gøre noget så de eksisterende arbejds gange og rutiner i højere grad understøtter brugen af retningslinjerne? <p>Resourcer (tid, udstyr, bemanning, arbejdsbelastning, økonomi, klar rollefordeling)</p> <p>Howdan vil du vurdere følgende faktorer betydning for den generelle anvendelse af DMCG-retningslinjerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> - arbejdsbelastning [tid og opgaver – fokus på implementering og input til dette, frem for tiden anvendt på at udvikle] - de ugentlige MDT-konferencer [indflydelse ift. brug/afvigelse fra retningslinjerne, herunder kollegial konsensus?] <p>Samarbejde (team/afdeling/afsnit, ledelse)</p> <p>Sociale og kliniske normer (udtalt viden, arbejds gang, læringskultur, modtagelighed)</p> <p>Er der nogle særlige faktorer, der efter din umiddelbare oplevelse, har stor betydning for anvendelsen af konkrete anbefalinger i DMCG-retningslinjerne?</p> <p>[Spørg evt. ind til hhv.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - udstyr (teknik, apparater mm) - kapacitet (senge, normeringer, rum, operationer, undersøgelser) - bemanning (antal, sammensætning, kompetencer) - økonomi] <p>Er der noget i de kollegiale samarbejdsrelationer, som efter din vurdering er med til at fremme eller hæmme anvendelsen af DMCG-retningslinjerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan vurderer du dine kollegers indstilling til brugen af DMCG-retningslinjerne? [Hvor mange er brugere, måske brugere, ikke brugere, slet ikke brugere] <p>I det tilfælde, at nogle af dine kolleger (eller dig selv), fungerer som lokale meningsdannere, læner de sig i så fald op på DMCG-retningslinjerne? Hvilken betydning har det for brugen af dem?</p> <p>Howdan er interessen for DMCG-retningslinjerne internt og eksternt? [overordnet set]</p>

Side 3 af 5

	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er ledelsens opbakning til udviklingen og brugen af DMCG-retningslinjerne? [fx tidsmæssigt – fokus på implementering og input til dette, frem for tiden anvendt på at udvikle!] - Er der særlige forhold omkring ledelsen, som efter din vurdering er med til at fremme eller hæmme anvendelsen af DMCG-retningslinjerne?
Den aktuelle implementeringspraksis	<p>[Hvis mere konkret, "...afdelingen" eller "specialet" - ikke kun af dig selv men generelt]</p> <p>Howdan forløber implementeringen* af DMCG-retningslinjerne? [praksis]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad har været de største udfordringer i forbindelse med implementeringen* af DMCG-retningslinjerne? - Hvad gør man for at udbrede kendskabet til retningslinjerne fra DMCG's ens side? Og hvad fra DMCG.dk's side? [den normale procedure] - Har du nogle gode råd til, hvordan man kan gøre det bedre/anderledes? <p>Er det din fornemmelse at dine kolleger...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kender til indholdet i de DMCG-retningslinjer, der findes på dit område? Hvorfor, hvorfor ikke? - Føler sig fortrolige med indholdet i DMCG-retningslinjerne? Hvorfor, hvorfor ikke? - Har nok viden, erfaring og færdigheder til at anvende DMCG-retningslinjerne? Hvorfor, hvorfor ikke? <p>Howdan foregår kommunikationen omkring implementeringen* af DMCG-retningslinjerne?</p> <p>[Timing, anvendte medier, eksponering, mængde mm]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er formålet med at anvende DMCG-retningslinjerne blevet tydeligt kommunikeret ud til alle? Howdan? - Hvem har ansvaret for dette? <p>Har anvendelsen af DMCG-retningslinjerne påvirket dine arbejds gange? [fx tidsmæssigt]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, Howdan er det anderledes end førhen? [fordele/ulempen] <p>Hvilke gevinster og resultater har du oplevet i forbindelse med anvendelsen af DMCG-retningslinjerne?</p> <p>[Er det noget i fx kan se i jeres kliniske kvalitetsdatabaser? på anden vis?]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved du om RL-anbefalingerne bliver monitoreret i den kliniske DMCG-database? [kan måles i hhv. proces- eller resultatmål – gør man det man har sagt, eller opnår man de ønskede resultater] - Og ser du resultaterne heraf i dit lokale BI-system/LIS-system [løbende], eller måske i DMCG-årsrapporten [fx kp.dk/sundhed.dk]? - Hvilken virkning eller effekt har anvendelsen af DMCG-retningslinjerne for patienterne?
Afrunding	<p>Vi er ved at være færdige. Er der noget du synes, at vi mangler at komme ind på?</p>

Side 4 af 5

	<ul style="list-style-type: none"> - Har interviewet sat nogle tanker i gang hos dig? <p>Resultaterne fra denne undersøgelse vil som sagt blive brugt til at lave et mindre notat om den eksisterende praksis og til at lave en vejledning til understøttelse af DMCG-retningslinjerne. Alle anvendte udtalelser anonymiseres.</p> <p>Det var det. TUSIND TAK FOR HJÆLPEN og din tid! Fortsat god dag.</p>
Hjælpeteknikker	<p>Kan du sætte flere ord på?</p> <p>Gentage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så det du siger er, at... • Så hvis jeg forstår dig ret... <p>Kontraster:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så på den ene side... og på den anden side...
Generelt OBS!	<p>Omformuler på stedet, hvis ikke kendskab eller anvender DMCG-retningslinjerne!</p>

Side 5 af 5

Bilag 3. Interviewguide (Ikke-forfatter)

Interviewguide – Implementering af kliniske retningslinjer på kræftområdet	
<p>Undersøgelsesopgsmål: Hvad er den aktuelle implementeringspraksis for landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet? Og hvilke muligheder og udfordringer eksisterer i forhold til at understøtte retningslinjernes implementering (oplevede facilitatorer og barrierer).</p>	
Tema	Spørgsmål
Intro	<p>RKKP og DMCG.dk er i samarbejde gået i gang med at afdække den eksisterende praksis for udbredelse og anvendelse af de landsdækkende DMCG-retningslinjer. Og i den forbindelse vil vi som sagt rigtig gerne høre dine erfaringer med implementering af DMCG-retningslinjer i praksis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dels så vi kan understøtte videndeling mellem DMCG'erne om hvad man kan gøre for at implementere retningslinjerne og hvad der evt. virker/ikke virker Og dels for at få bilk for, om der er noget der evt. kan gøres eller stttes fra Retningslinjesekretariatet. <p>Interviewet tilstræbes en varighed på en ½ times tid. [evt. + ½ times buffer]</p> <p>Der er ikke nogle rigtige eller forkerte svar. Jeg er interesseret i at høre dine holdninger, tanker og oplevelser, så du siger bare, hvad der falder dig ind. Jeg skal nok sige til, hvis vi i løbet af samtalen bevæger os i en retning, som ligger uden for denne undersøgelse.</p> <p>Hvis der er noget, du ikke har lyst til at svare på, siger du selvfølgelig bare fra.</p> <p>Lad os starte.</p>
<p>Baggrund</p> <p>Interviewperson (navn, stilling, anciennitet mv.)</p> <p>Kendskab til DMCG (De Multidisciplinære Cancer Grupper)</p>	<p>Hvad hedder du? Hvor arbejder du? [region, hospital, afdeling] Er du speciallæge? Hvilket speciale? Hvor længe har du arbejdet i specialt?</p> <p>Findes der en DMCG der dækker dit fagområde? - Er du aktivt involveret i DMCG-arbejdet, herunder i retningslinje-indsatsen? Hvis ja: Hvordan? [OBS! fortsæt med 'UDVIKLER'-interviewguide] Hvis nej: Hvorfor ikke involveret?</p>

Side 1 af 5

Personlige faktorer (interne faktorer)	<p>Er du opmærksom på de gældende landsdækkende DMCG-retningslinjer, der findes på dit fagområde?</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvis ja: Hvornår og hvordan blev du gjort opmærksom på DMCG-retningslinjerne? Uddyb hvis ja: Er det fast procedure/almindelig praksis? Hvis nej: Hvordan bliver det normalt gjort?
Viden (kendskab)	<p>Kender du til indholdet i de DMCG-retningslinjer, der findes på dit fagområde? Hvis nej [Opmærksom, men kender ikke indholdet! Videre herfra, hvis anvender andre RL]; Hvordan kan det være? Hvis ja [Kender];</p>
Holdning	<ul style="list-style-type: none"> Hvor fortrolig føler du dig med indholdet i disse retningslinjer? Hvorfor, hvorfor ikke? I hvor høj grad er du enig i de anbefalinger, der står i DMCG-retningslinjerne? Hvorfor, hvorfor ikke? Har du efter egen vurdering nok viden, erfaring og færdigheder til at anvende DMCG-retningslinjerne? Hvorfor, hvorfor ikke?
Opmærksomhed	
Fortrolighed	
Enighed	<p>[Evt. + kender ikke] I hvilket omfang anvender du selv DMCG-retningslinjerne? Hvorfor/hvorfor ikke? [Hvordan kan det være – årsager til/mulighed for at afvige fra RL?]</p>
Kvalifikationer	<p>[Evt. + kender ikke] I hvor høj grad er du motivert for selv at anvende DMCG-retningslinjerne?</p>
Forventninger	<p>Anvender du andre retningslinjer end DMCG-retningslinjerne? - Hvis ja: Hvilke og hvorfor? [Evt. + kender ikke] Indeholder de andre anbefalinger end dem i DMCG-retningslinjerne?</p>
Motivation	
(Ansvarsfølelse)	<p>[+ Anvender andre RL; fortsæt men undlad DMCG foran 'RL']</p> <p>Hvad er din holdning til brugen af DMCG-retningslinjerne? [Hvad tænker du ift. nødvendigheden af at følge dem?]</p> <p>Hvilke forventninger har du til anvendelsen af DMCG-retningslinjerne i praksis? [fx effekt – bidrager anvendelsen til høj og ensartet kvalitet i kræftbehandlingen, afdækket blandt klinikere og patienter, anvendelighed – let at gå til, forestilling om hvorvidt de følges ens i hele landet mv.]</p>
Retningslinje relaterede faktorer	<p>[+ Anvender andre RL; fortsæt men undlad DMCG foran 'RL']</p>

Side 2 af 5

Evidens (afsender)	<p>Hvordan vurderer du (overordnet set) anvendeligheden af DMCG-retningslinjerne?</p>
Kompleksitet (omfang, nemt at gå til?)	<p>I hvor høj grad synes du, at DMCG-retningslinjerne er...</p> <p>[fokus på, hvilke udfordringer de oplever (ifl. det nye DMCG-format (vs. det gamle sygdomspecifikke format), og gerne løsningsforslag (hvis det nye format ikke opleves overskueligt/anvendeligt): Hvordan kan det gøres bedre, når det samtidig er en præmis at RL skal harmoniseres på tværs af DMCG'erne?]</p> <ul style="list-style-type: none"> Forståelige? [sprog og indhold] Overskuelige? [layout, præsentation og omfang] Anvendelighed ift. co-morbiditet? Tilgængelige? [adgang og support]
Layout (præsentation)	
Tilgængelighed (support systems, nemt at finde?)	
Anvendelighed	<p>Hvor er DMCG-retningslinjerne tilgængelige for dig på nuværende tidspunkt? - Hvordan ser du helst/foretrækker du at de er tilgængelige for dig? [Hvilken præsentation understøtter bedst din brug af retningslinjerne? Fx papir, e-mail, app, internettet – dmccg.dk's hjemmeside, regionalt dokumentstyringsystem, andet]</p>
Co-morbiditet/ ensidigt (taget højde for dette?)	<p>I hvor høj grad har du tillid til evidensgrundlaget i DMCG-retningslinjerne? Hvorfor, hvorfor ikke? - [+ Anvender andre RL] Er udviklingsgruppen bag DMCG-retningslinjerne på dit område efter din vurdering fagligt kompetente til at udvikle retningslinjer? Hvorfor, hvorfor ikke? [If. liste med udviklingsgruppens navne!] - [+ Anvender andre RL] Er du bekendt med at indholdet i RL løbende justeres svarende til den nyeste viden på området?</p>
Eksterne faktorer	<p>Har du forslag til forbedringer? [fokus på konstruktive og konkrete input til hvad der kan gøres anderledes/bedre]</p> <p>[+ Anvender andre RL; fortsæt men undlad DMCG foran 'RL'] [Hvis mere konkret; "...afdelingen" eller "specialet" - ikke kun af dig selv men generelt]</p>
Organisatoriske begrænsninger (kommunikation, ledelsen mv)	<p>[+ Anvender andre RL] I hvilket omfang anvendes DMCG-retningslinjerne i dag?</p>
Ressourcer (tid, udstyr, bemanning)	<p>På hvilke områder kan de eksisterende arbejdsgange og rutiner være vanskelige at bruge af DMCG-retningslinjerne? - Kunne man gøre noget så de eksisterende arbejdsgange og rutiner i højere grad understøtter brugen af retningslinjerne?</p>

Side 3 af 5

<p>arbejdsbelastning, økonomi, klar rollefordeling)</p> <p>Samarbejde (team/afdeling/afsnit, ledelse)</p> <p>Sociale og kliniske normer (udtalt viden, arbejdsgang, læringskultur, modtagelighed)</p> <p>Patienterne</p>	<p>Howdan vil du vurdere følgende faktors betydning for den generelle anvendelse af DMCG-retningslinjerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> - arbejdsbelastning (tid og opgaver) - de ugentlige MDT-konferencer [indfyldelse ift. brug/afvigelse fra retningslinjerne, herunder kollegial konsensus?] <p>Er der nogle særlige faktorer, der efter din umiddelbare oplevelse, har stor betydning for anvendelsen af konkrete anbefalinger i DMCG-retningslinjerne? [spørg evt. ind til hhv.]</p> <ul style="list-style-type: none"> - udstyr (teknik, apparater mm) - kapacitet (senge, normeringer, rum, operationer, undersøgelser) - bemanning (antal, sammensætning, kompetencer) - økonomi <p>Er der noget i de kollegiale samarbejdsrelationer, som efter din vurdering er med til at fremme eller hæmme anvendelsen af DMCG-retningslinjerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan vurderer du dine kollegers indstilling til brugen af DMCG-retningslinjerne? [Hvor mange er brugere, måske brugere, ikke brugere, slet ikke brugere] <p>I det tilfælde, at nogle af dine kolleger (eller dig selv), fungerer som lokale meningsdannere, læner de sig i så fald op ad DMCG-retningslinjerne? Hvilken betydning har det for brugen af dem?</p> <p>Howdan er ledelsens opbakning til brugen af DMCG-retningslinjerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er der særlige forhold omkring ledelsen, som efter din vurdering er med til at fremme eller hæmme anvendelsen af DMCG-retningslinjerne?
<p>Den aktuelle implementeringspraksis</p> <p>[*Implementeringen: Hvordan introduceres/udbredes kendskabet til DMCG-RL og hvordan sikres anvendelsen?]</p> <p>Opsamlende vurdering</p>	<p>[* Anvender andre RL]</p> <p>[Hvis mere konkret: "...afdelingen" eller "specialt" - ikke kun af dig selv men generelt]</p> <p>Howdan forløber implementeringen* af DMCG-retningslinjerne? [praksis]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad har været de største udfordringer i forbindelse med implementeringen* af DMCG-retningslinjerne? - Har du nogle gode råd til, hvordan man kan gøre det bedre/anderledes? <p>Howdan foregår kommunikationen omkring implementeringen* af DMCG-retningslinjerne? [tilning, anvendte medier, eksponering, mængde mm]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er formålet med at anvende DMCG-retningslinjerne blevet tydeligt kommunikeret ud til alle? Howdan? - Hvem har ansvaret for dette?

Side 4 af 5

	<p>Har anvendelsen af DMCG-retningslinjerne påvirket dine arbejdsopgaver? [fx tidsmæssigt]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja; Howdan er det anderledes end førhen? [fordele/ulempes] <p>Hvilke gevinster og resultater har du oplevet i forbindelse med anvendelsen af DMCG-retningslinjerne? [Er det noget I fx kan se i jeres kliniske kvalitetsdatabaser? På anden vis?]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved du om RL-anbefalingerne bliver monitoreret i den kliniske DMCG-database? [kan måles i hhv. proces- eller resultatmåltal - gør man det man har sagt, eller opnår man de ønskede resultater] - Og ser du resultaterne heraf i dit lokale BI-system/LIS-system [løbende], eller måske i DMCG-årsrapporten [rikp.dk/sundhed.dk]? - Hvilken virkning eller effekt har anvendelsen af DMCG-retningslinjerne for patienterne?
<p>Afrunding</p>	<p>Vi er ved at være færdige. Er der noget du synes, at vi mangler at komme ind på?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har interviewet sat nogle tanker i gang hos dig? <p>Resultaterne fra denne undersøgelse vil som sagt blive brugt til at lave et mindre notat om den eksisterende praksis og til at lave en vejledning til understøttelse af DMCG-retningslinjerne. Alle anvendte udtalelser anonymiseres.</p> <p>Det var det. TUSIND TAK FOR HJÆLPEN og din tid! Fortsat god dag.</p>
<p>Hjælpeteknikker</p>	<p>Kan du sætte flere ord på?</p> <p>Gentage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så det du siger er, at... • Så hvis jeg forstår dig ret... <p>Kontraster:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så på den ene side... og på den anden side...
<p>Generelt OBS!</p>	<p>Omformuler på pt det, hvis ikke kendskab eller ikke anvender DMCG-retningslinjerne!</p>

Side 5 af 5

Bilag 4. Interviewguide (Administrativt personale)

Interviewguide – Implementering af kliniske retningslinjer på kræftområdet

Undersøgelsesopgave:
 Hvad er den aktuelle implementeringspraksis for landsdækkende kliniske retningslinjer på kræftområdet? Og hvilke muligheder og udfordringer eksisterer i forhold til at understøtte retningslinjernes implementering (oplevede facilitatorer og barrierer).

Tema	Spørgsmål
Intro	<p>Som du er bekendt med, er RKKP og DMCG.dk i samarbejde gået i gang med at afvikle den eksisterende praksis for udbredelse og anvendelse af de landsdækkende DMCG-retningslinjer. Og i den forbindelse vil vi som sagt rigtig gerne høre dine erfaringer med implementering af DMCG-retningslinjer i praksis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dels så vi kan understøtte videndeling mellem DMCG'erne om hvad man kan gøre for at implementere retningslinjerne og hvad der evt. virker/ikke virker Og dels for at få blik for, om der er noget der evt. kan gøres eller støttes fra Retningslinjesekretariatet. <p>Interviewet tilstræbes varighed på en ½ times tid.</p> <p>Der er ikke nogle rigtige eller forkerte svar. Jeg er interesseret i at høre dine holdninger, tanker og oplevelser, så du sig bare, hvad der falder dig ind. Jeg skal nok sige til, hvis vi i løbet af samtalen bevæger os i en retning, som ligger uden for denne undersøgelse.</p> <p>Lad os starte.</p>
Baggrund	<p>Hvad hedder du?</p> <p>Hvor arbejder du og med hvad?</p> <p>Er du aktivt involveret i DMCG-arbejdet, herunder i retningslinje-indsatsen? Hvis ja: Hvordan?</p>
Personlige faktorer (interne faktorer)	<p>Julie [Overordnet set]</p> <p>Anne [Overordnet set]</p>

Side 1 af 5

Holdning	Hvad er din holdning til brugen af de landsdækkende DMCG-retningslinjer? [Hvad tænker du ift. nødvendigheden af at følge dem?]	Kender du DMCG-retningslinjerne?
Forventninger	Hvilke forventninger har du til anvendelsen af DMCG-retningslinjerne i praksis? [fx effekt – bidrager anvendelsen til høj og ensartet kvalitet i kræftbehandlingen, adfærd blandt klinikere og patienter, anvendelighed – let at gå til, forestilling om hvorvidt de følges ens i hele landet mv.]	[OBS! Hvis ikke kendskab til DMCG-retningslinjer specifikt =en mere generel snak om retningslinjer udarbejdet af SST (NRK), faglige selskaber etc. => omtal da som 'retningslinjer fra de faglige selskaber' ItemEter]
Retningslinje relaterede faktorer	Julie [Overordnet set: Tilbagemeldinger mm.]	Anne [Overordnet set: Tilbagemeldinger mm.]
Kompleksitet (omfang, nemt at gå til?)	Hvordan vurderer du anvendeligheden af DMCG-retningslinjerne?	Hvordan vurderer du anvendeligheden af DMCG-retningslinjerne?
Layout (præsentation)	Hvad er der lagt særligt vægt på i udviklingen af DMCG-retningslinjerne?	Hvordan er DMCG-retningslinjerne oftest tilgængelige på nuværende tidspunkt? - Fordele/ Ulemper ved denne præsentation ift. brugen af retningslinjerne?
Tilgængelighed (support systems, nemt at finde?)	[Spørg evt. uddybende ind. OBS ift. at forfatterne med undtagelse af 'tilgængelighed' har stor frihed]	
Anvendelighed	Hvad er der lagt vægt på ift. Niv.: - Forståelighed? [sprog og indhold] - Overskuelighed? [layout, præsentation og omfang] - Anvendelighed ift. co-morbiditet? - Tilgængelighed? [adgang og support]	Er du bekendt med at indholdet i DMCG-retningslinjerne løbende justeres svarende til den nyeste viden på området?
Co-morbiditet/ ensidigt taget højde for dette?		Har du forslag til forbedringer?

Side 2 af 5

	<p>Hvor er DMCG-retningslinjerne oftest tilgængelige på nuværende tidspunkt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan ser du helst/foretrækker du at de er tilgængelige? <p>[Hvilken præsentation understøtter efter din mening bedst brugen af retningslinjerne? Fx papir, e-mail, app, internettet – dmcg.dk's hjemmeside, regionalt dokumentstyringsystem, andet]</p>	
Eksterne faktorer	[Overordnet set: Tilbagemeldinger mm.]	
Organisatoriske begrænsninger (kommunikation, ledelse mv)	Har du en fornemmelse af i hvilket omfang DMCG-retningslinjerne anvendes i dag? [Umiddelbare fornemmelse, Hvordan kan det være – årsager til/mulighed for at afvige fra RL?]	
Ressourcer (tid, udstyr, bemanning, arbejdsbelastning, økonomi, klar rollefordeling)	På hvilke områder kan de eksisterende arbejds gange og rutiner vanskeliggøre brugen af DMCG-retningslinjerne? - Kunne man gøre noget så de eksisterende arbejds gange og rutiner i højere grad understøtter brugen af retningslinjerne?	
Samarbejde (team/afdeling/afsnit, ledelse)	Hvordan vil du vurdere følgende faktorer betydning for den generelle anvendelse af DMCG-retningslinjerne? - arbejdsbelastning (tid og opgaver) - de kollegiale samarbejdsrelationer (indstilling, tilslutning, ansvarsfordeling af roller mm.) - lokale meningsdannere (jobbækning og anvendelse) - de ugentlige MDT-konferencer (indflydelse ift. brug/afvigelse fra retningslinjerne, herunder kollegial konsensus?)	
Sociale og kliniske normer (udtalt viden, arbejds gang, lærings kultur, modtagelighed)	Er der nogle særlige faktorer, der efter din umiddelbare oplevelse, har stor betydning for anvendelsen af konkrete anbefalinger i DMCG-retningslinjerne? [Spørg evt. ind til hhv.: - udstyr (teknik, apparater mm) - kapacitet (senge, normeringer, rum, operationer, undersøgelser) - bemanning (antal, sammensætning, kompetencer) - økonomi]	
	Er der særlige forhold omkring ledelsen, som efter din vurdering er med til at fremme eller hæmme anvendelsen af DMCG-retningslinjerne? [jobbækning og anvendelse]	

Side 3 af 5

	Hvordan er interessen for DMCG-retningslinjerne internt og eksternt?	
Den aktuelle implementeringspraksis	<p>Julie [Overordnet set: Tilbagemeldinger mm.]</p> <p>Med dit kendskab til DMCG-retningslinjerne indsatsen – Hvad bliver der gjort for at retningslinjerne bliver kendt og anvendt i praksis? Hvordan forløber implementeringen* af DMCG-retningslinjerne typisk? [Prøv at tænke processen igennem fra ende til anden: RL bliver godkendt, hvad sker der så? Hvordan kommer den ud og virke i praksis? Hvem gør hvad i processen for at retningslinjen bliver kendt og anvendt?]</p> <p>Hvad er de største udfordringer i forbindelse med implementeringen* af DMCG-retningslinjerne? - Hvad gør man for at udvide kendskabet til retningslinjerne fra den enkelte DMCG's side? Og hvad fra DMCG.dk's/Retningslinjesekskretariatets side? [den normale procedure] - Har du nogle gode råd til, hvordan man kan gøre det bedre/anderledes?</p> <p>Hvordan foregår kommunikationen omkring implementeringen* af DMCG-retningslinjerne typisk? [Timing, anvendte medier, eksponering, mængde mm] - Hvem har oftest ansvaret for dette?</p> <p>Får du tilbagemeldinger om gevinster og resultater i forbindelse med anvendelsen af DMCG-retningslinjerne? [Kliniske kvalitetsdatabaser? På anden vis?] - Hvis ja; Hvilke? - Og hvordan ift. virkning eller effekt for patienterne ved anvendelse af DMCG-retningslinjerne?</p>	<p>Anne [Overordnet set: Tilbagemeldinger mm.]</p> <p>Med dit kendskab til DMCG-retningslinjerne indsatsen – Hvad bliver der gjort for at retningslinjerne blive kendt og anvendt i praksis? [Prøv at tænke processen igennem fra ende til anden: RL bliver godkendt, hvad sker der så? Hvordan kommer den ud og virke i praksis? Hvem gør hvad i processen for at retningslinjen bliver kendt og anvendt? – Hvordan er 'vejen gennem det regionale system til slutbruger, trin for trin' for en DMCG-retningslinje? Hvor mange led skal den igennem?]</p> <p>- Bliver den konverteret til andet format og/eller omsat til lokale forhold? - Hvordan er adgangen til pc'ere/dokumentstyrings systemer i frontlinjen/på MDT-konferencen? - Anbefaler man særlige apps fra centralt/regionalt hold? - Hvad er de største udfordringer i forbindelse med implementeringen* af DMCG-retningslinjerne? - Hvad gør man for at udvide kendskabet til retningslinjerne fra det regionale niveau side? [den normale procedure] - Har du nogle gode råd til, hvordan man kan gøre det bedre/anderledes?</p> <p>Hvordan foregår kommunikationen omkring implementeringen* af DMCG-retningslinjerne typisk? [Timing, anvendte medier, eksponering, mængde mm] - Hvem har oftest ansvaret for dette?</p>

Side 4 af 5

		<p>Får du tilbagemeldinger om gevinster og resultater i forbindelse med anvendelsen af DMCG-retningslinjerne? [Kliniske kvalitetsdatabaser? På anden vis?] - Hvis ja; Hvilke? - Og hvordan ift. virkning eller effekt for patienterne ved anvendelse af DMCG-retningslinjerne?</p>
Afslutning	<p>Vi er ved at være færdige. Er der noget du synes, at vi mangler at komme ind på? - Har interviewet sat nogle tanker i gang hos dig?</p> <p>Resultaterne fra denne undersøgelse vil som sagt blive brugt til at lave et mindre notat om den eksisterende praksis og til at lave en vejledning til understøttelse af DMCG-retningslinjerne. Alle anvendte udtalelser anonymiseres.</p> <p>Det var det. TUSIND TAK FOR HJÆLPEN og din tid! Fortsat god dag.</p>	
Hjælpeteknikker	<p>Kan du sætte flere ord på?</p> <p>Gentage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så det du siger er, at... • Så hvis jeg forstår dig ret... <p>Kontraster:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Så på den ene side... og på den anden side... 	
Generelt OBS!	Omformuler på stedet, hvis ikke kendskab eller ikke anvender DMCG-retningslinjerne!	

Side 5 af 5