

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

SKABELON OG MANUAL TIL UDFORMNING AF KLINISKE RETNINGSLINJER

Skabelonen er udarbejdet af:

Center for Kliniske retningslinjer

Anbefalet af Centerets Videnskabelige Råd, den 18. juni 2009

Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, den 26. juni 2009.

Revideret og anbefalet den 29. februar 2012 af Centerets Videnskabelige Råd.

Revideringer godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer den 29.marts 2012

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Forord

Center for Kliniske Retningslinjer har udarbejdet Skabelon og Manual for Udformning af Kliniske Retningslinjer. Manualen skal være en hjælp og en inspiration for udvikling af kliniske retningslinjer i praksis.

Skabelonen er en ramme for hvordan kliniske retningslinjer i Danmark udformes. Formålet er, at de kliniske retningslinjer fremtræder ens, og man hurtigt kan finde de oplysninger, man har brug for. Men skabelonen fungerer også som en ramme, der er med til at sikre, at den kliniske retningslinje lever op til internationale kvalitetskrav til kliniske retningslinjer.

Center for Kliniske Retningslinjer vurderer alle kliniske retningslinjer ud fra AGREE-Instrumentet. AGREE-Instrumentet er en ramme for bedømmelse af kvaliteten af kliniske retningslinjer i praksis. Herved kan man som kliniker have tillid til, at eventuelle modsætninger i udviklingen af den kliniske retningslinje er blevet drøftet fyldestgørende. Ligeledes kan klinikerne have fuld tillid til at anbefalingerne er valideret både internt og eksternt, samt at den kliniske retningslinje er anvendelig i praksis. Derfor er det nødvendigt, at de områder, der vurderes i AGREE-Instrumentet også er indarbejdet i skabelonen for kliniske retningslinjer. Det er de i den udformning, som skabelonen har nu.

Sammen med skabelonen for udformning af kliniske retningslinjer er der udarbejdet en manual. Denne beskriver og eksemplificerer, hvad der står i de forskellige dele af skabelonen. Manualen er baseret på officielle danske vejledninger og anbefalinger, som alle kan findes på centrets hjemmeside www.kliniskeretningslinjer.dk. I manualen bringes der en del eksempler hentet fra danske kliniske retningslinjer.

Siden Centrets åbning i 2008 er der godkendt en lang række kliniske retningslinjer og flere er på vej. Mange spørgsmål er stillet og mange erfaringer er blevet høstet siden da. Disse er nu blevet indarbejdet i den foreliggende reviderede udgave af Skabelon og Manual for Udformning af Kliniske Retningslinjer.

Stor tak til Centrets Videnskabelige Råd for deres mange relevante input og også tak til videnskabelig medarbejder Sasja Jul Håkonsen for god styring af revisionsprocessen.

Vi håber at denne udgave af Skabelon og Manual for Udformning af Kliniske Retningslinjer, fortsat vil være en hjælp og virke inspirerende i udarbejdelse af kliniske retningslinjer af høj faglig kvalitet.

Helen Bernt Andersen
Formand for Rådet for
Center for Kliniske Retningslinjer

Preben Ulrich Pedersen
Daglig leder af
Center for Kliniske Retningslinjer

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Skabelon - Kliniske retningslinjer

Titel	Der skal fremgå af titlen, hvilken klinisk problemstilling og patientgruppe den kliniske retningslinje vedrører.
Indeksering	Hovedsøgeord (ét og kun ét af følgende hovedområder skal vælges): Aktivitet; Ernæring; Hud og slimhinder; Kommunikation; Psykosociale forhold; Respiration og cirkulation; Seksualitet; Smerter og sanseindtryk; Søvn og hvile; Viden og udvikling; Udskillelse af affaldsstoffer; Observation af virkning og bivirkning af given behandling; Indeks søgeord: (skriv hvilke)
Forfattergruppe	Navn, stilling, akademiske titler, tilhørsforhold på forfattergruppens medlemmer og evt. vejleder/konsulenter angives. Vejlederens / konsulenternes specifikke bidrag til den kliniske retningslinje skal beskrives. Kontaktperson samt pågældendes e-mail og telefonnummer skal angives.
Godkendelse	<i>Denne tekst skrives altid ind i den kliniske retningslinje:</i> Godkendt af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer, efter intern og ekstern bedømmelse. Den kliniske retningslinje er kvalitetsvurderet i henhold til retningslinjer fastlagt af centrets Videnskabelige Råd og vedtaget af Rådet for Center for Kliniske Retningslinjer. (www.kliniskeretningslinjer.dk/godkendelsesprocedurer)
Dato	<i>Dette udfyldes af Center for kliniske Retningslinjer – men teksten skrives ind:</i> Godkendt dato: Revisionsdato: Udløbsdato:
Bedømmelse	<i>Denne tekst skrives altid ind i den kliniske retningslinje:</i> Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring. Bedømmelsesprocessen er beskrevet på: www.kliniskeretningslinjer.dk

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Lægmandsresume	1 side lægmandsresume indeholdende baggrund, formål, anbefalinger og indikatorer.
Målgruppe	Det skal fremgå, hvem den kliniske retningslinje henvender sig til, hvilket omfatter angivelse af faggruppe og speciale.
Baggrund	Beskrivelse af: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemstilling, ▪ Patientgruppen ▪ Patientens perspektiv Definition af anvendte begreber og termer
Formål	Beskrivelse af formål og den forventede effekt ved at anvende den kliniske retningslinje.
Metode	Beskrivelse af anvendte strategi for indsamling, udvælgelse og sammenfatning af litteratur: <ul style="list-style-type: none"> • Fokuserede spørgsmål • Strategi for systematisk litteratursøgning (<i>detaljeret søgestrategi skal vedlægges som bilag</i>) • Udvalgelse og vurdering af litteratur (<i>evidenstabel og checklister til kritisk vurdering skal vedlægges som bilag</i>) • Beskrivelse af løsning ved uenighed af bedømmelser
Litteratur gennemgang	Hovedkonklusioner fra den litteratur anbefalingerne baseres på gengives kort. Der skal angives <i>evidensniveau</i> i forhold til de citerede artikler (se tabel 1). Henvises der i anbefalinger til brug af måleredskaber, skal validiteten fremgå af litteraturgennemgangen.
Anbefalinger	Ud fra den vurderede litteratur opstilles punktformet, logisk opbyggede anbefalinger for klinisk praksis. Anbefalingerne skal være specifikke og entydige og forsynet med <i>evidensstyrke og evidensniveau</i> . De enkelte anbefalinger skal tillige forsynes med referencer. (Tabel 1)
Monitorering	Udarbejdede indikatorer og standarder på basis af de centrale anbefalinger samt forslag til plan for monitorering.
Referencer	Referenceliste for anvendt litteratur. Angives efter Vancouver systemet

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Bilag	Bilagsfortegnelse over relevante vedlagte bilag.
Formkrav	Skal følge opsætning og overskifter angivet i denne skabelon og manual.
Redaktionel uafhængighed	Skal beskrives
Interessekonflikt	Skal beskrives

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Manual

Udformning af en klinisk retningslinje

Det er et stort og tidskrævende arbejde at udarbejde en klinisk retningslinje, derfor er der en række forhold, det kan være værd at overveje, inden man går i gang.

En klinisk retningslinje er defineret som: "Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer." (1)

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

1. Den skal være relevant for patienterne
2. Den skal være relevant for en fagprofessionel og falde inden for dennes kompetenceområde
3. Emnet skal have en karakter, som er egnet til at blive behandlet i en klinisk retningslinje. Det vil sige en meget specifik klinisk problemstilling.
4. En klinisk retningslinje baseres på en syntese af den eksisterende evidens på området – foreligger der ikke evidens, kan der ikke udarbejdes en klinisk retningslinje.

Inden man begynder udarbejdelsen af en klinisk retningslinje, er det nødvendigt at afdække om der foreligger videnskabelig litteratur om emnet og om de fornødne akademiske og praktiske kompetencer samlet set er dækket af de personer, der skal udarbejde den kliniske retningslinje. Hvis man er i tvivl herom, er man velkomme til at kontakte sekretariatet i Center for Kliniske Retningslinjer, for at få et indblik i krav til kompetencer og den samlede arbejdsproces. (2, 3). Endelig skal det naturligvis også undersøges, om der allerede er ved at blive bedømt eller udviklet en klinisk retningslinje indenfor området, eller om der allerede foreligger en godkendt retningslinje. Dette tjekkes dels på centrets hjemmeside på www.kliniskeretningslinjer.dk samt i andre nationale (Sundhedsstyrelse, Statens Serum Institut, Dansk Standard m.m.) og internationale databaser (se senere i manualen).

TITEL

Der skal fremgå af titlen, hvilken klinisk problemstilling og patientgruppe den kliniske retningslinje vedrører.

INDEKSERING

Ét af nedenstående hovedsøgeord skal vælges.

Hovedsøgeordene er valgt ud fra "Vejledning om Sygeplejefaglige Optegnelser" (4), udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og omfatter følgende:

Aktivitet; Ernæring; Hud og slimhinder; Kommunikation; Psykosociale forhold; Respiration og cirkulation; Seksualitet; Smarter og sanseindtryk; Søvn og hvile; Viden og udvikling; Udskillelse af affaldsstoffer; Observation af virkning og bivirkning af given

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

behandling;

Endvidere skal andre relevante indeks søgeord angives (der er ikke et maksimum herfor). Søgeordene benyttes fremover til at gemme og genfinde den kliniske retningslinje i centrets database. Derfor skal søgeordene dække den kliniske retningslinjes problemstilling bredt og specifikt og være logiske for personalet i klinisk praksis.

FORFATTERGRUPPE

Der skal foreligge en beskrivelse af forfattergruppen, som har udarbejdet den kliniske retningslinje. Dette punkt refererer til de fagpersoner, der har været involveret i processen. Gruppen skal bestå af personer med relevant ekspertise.

Navn, stilling og akademiske titler skal angives på alle personer. Hvis nogle i gruppen har deltaget begrænset i forhold til opgave eller tid, kan dette evt. beskrives. Har der været anvendt konsulenter, kan dette angives særskilt. Vejlederes og konsulents konkrete bidrag til den kliniske retningslinje skal angives.

OBS: Afklar inden publicering af den kliniske retningslinje om forfatternes og konsulents titler m.v. er angivet korrekt. Vi foreslår I fremsender dokumentet til alle implicerede parter inden publicering.

Eksempel:

Forfattergruppe:

- *Anne Jensen, Klinisk sygeplejespecialist, X afdeling, X hospital, cand.scient.san.*
- *Lotte Hansen, sygeplejerske, X afdeling, X hospital*
- *Nanna Jensen, afdelingssygeplejerske, X afdeling, X hospital, MKS*

Konsulenter:

- *Lene Hansen, bibliotekar, x bibliotek. Har assisteret med den systematiske litteratursøgning.*
- *Hanne Jensen, forskningskonsulent, ph.d., X hospital. Har kritisk gennemlæst reference 2 + 7 vha. checklister.*
- *Dansk Karkirurgisk Selskab. Har gennemlæst og godkendt det færdige dokument inden indsendelse til Centeret.*

Kontaktperson:

- *Anne Jensen, Klinisk sygeplejespecialist, X afdeling, X hospital, cand.scient.san., mail: anne.jensen@jensen.dk, telefonnr: 01020304*

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

MEDFORFATTERSKAB OG COPY RIGHT

Rækkefølgen af navnene i forfattergruppen skal stå med angivelse af første- og de efterfølgende forfattere. Førsteforfatteren er den, der er hovedansvarlig for udarbejdelsen af den kliniske retningslinje, de øvrige forfattere er de personer, som har ydet det største stykke arbejde i forhold til den kliniske retningslinje. Hvis der har været vejledere inddraget i udarbejdelse af den kliniske retningslinje, bør deres navne, stillingsbetegnelser og tilhørsforhold fremgå. Forfattergruppen og den arbejdsgruppe, der har arbejdet med den kliniske retningslinje kan være identisk, men man kan også vælge at arbejdet foregår i flere undergrupper, som ikke nødvendigvis er med til at skrive den endelige retningslinje. Det er en god idé på forhånd at aftale, hvem der er forfattere, og især hvem der er hovedforfatter.

En kontaktperson skal angives (som oftest førsteforfatteren – med angivelse af E-mail og telefonnummer).

I øvrigt følges reglerne for medforfatterskab som beskrevet i "Vejledning i god videnskabelig praksis" udarbejdet af Udvalgene Vedrørende Videnskabelig Uredelighed (kapitel 5) (5).

Krav til medforfatterskab:

Vedrørende forfatterskab henholder Center for Kliniske Retningslinjer, sig til de regler, der er gældende for publicering af videnskabelige arbejder. Disse regler er nærmere beskrevet af Udvalg Vedrørende Videnskabelig Uredelighed.

For at der kan opnås ret til forfatterskab, skal følgende tre krav alle være opfyldt:

- a) Forfatteren skal have ydet væsentligt bidrag til den skabende proces, sædvanligvis inden for mere end et af følgende elementer: Idé, planlægning, eksperimentelt arbejde, indsamling af kliniske eller epidemiologiske data, dataanalyse og fortolkning.
- b) Forfatteren skal have ydet bidrag til udarbejdelse af det endelige manuskript ved deltagelse i udfærdigelse af manuskriptudkast og/eller gennem kritisk revision, der har betydning for artiklens fremtræden.
- c) Forfatteren skal skriftligt have godkendt den endelige version af manuskriptet(5).

Underskrevet medforfattererklæring vedlægges som bilag 1 og indsendes med post til centret. Kan downloades fra: <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/skabeloner.php>

Center for klinisk Retningslinjer har Copy Right til kliniske retningslinjer, der bedømmes og offentliggøres på centrets hjemmeside. Kliniske retningslinjer kan, mod angivelse af kilde, frit citeres helt eller delvis i ikke kommercielle sammenhænge. Indgår de i kommercielle sammenhænge skal der indgås specifik aftale. Forfatterne kan ikke indsende den kliniske retningslinje til bedømmelse andet sted uden forudgående aftale

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

med centret. Forfatterne kan selvfølgelig frit publicere deres arbejde, processen ved udarbejdelsen og lignende uden forudgående aftaler.

Ved angivelse af reference skrives:

Alle forfatterne (efternavn og initialer), titlen på den kliniske retningslinje, Center for Kliniske Retningslinjer (står som udgiver), årstal for godkendelse og <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/alle.php>

GODKENDELSE OG DATO

I skabelonen fremgår hvilken tekst, der skal stå i den kliniske retningslinje. Center for Kliniske Retningslinjer angiver de respektive datoer, når den kliniske retningslinje offentliggøres.

BEDØMT AF

Her skal stå følgende tekst:

”Den kliniske retningslinje lever op til kvalitetsniveauet for kliniske retningslinjer, som er beskrevet af Center for Kliniske Retningslinjer. Bedømmelsen er foretaget både internt og eksternt og ved en offentlig høring.”

Bedømmelsesprocessen må maksimalt vare 9 måneder fra indsendelse af den kliniske retningslinje til endelig godkendelse og publicering. Overskrides denne frist, skal litteratursøgningen opdateres.

MÅLGRUPPE

Det skal fremgå, hvem den kliniske retningslinje henvender sig til, hvilket omfatter angivelse af faggruppe/r og speciale/r.

BAGGRUND

Indledning:

Baggrunden skal indeholde en indledning hvor det beskrives, hvorfor det er relevant at udarbejde en klinisk retningslinje inden for dette område. Problemstillingens forekomst i forhold til den konkrete patientgruppe skal beskrives så præcist som muligt.

Baggrundsafsnittet skal endvidere føre logisk frem til den litteratursøgning, der senere beskrives, der skal derfor fokuseres på det, man ønsker at arbejde videre med i den kliniske retningslinje og ikke nævnes en række forhold som muligvis kan have betydning, men som ikke undersøges i dette konkrete tilfælde. De begreber og områder der fokuseres på i den senere litteratursøgning skal til gengæld alle omtales, således læserne kan forstå, hvorfor det netop er disse begreber eller områder, der søges på og ikke andre. Et godt check er at undersøge om de begreber, der indgår i baggrundsafsnittet kan genfindes i de fokuserede spørgsmål og i søgeordene og om de begreber der står i de fokuserede spørgsmål rent faktisk også er omtalt i baggrundsafsnittet.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Eksempel:

Prævalensen af leddegigt i Danmark andrager 0.5-1% af den samlede befolkning. Incidensen af leddegigt i Danmark er 30/100.000/ pr. år.

Desuden beskrives, hvilke konsekvenser det har for patienterne og samfundet, hvis man ikke gør noget (hvis der er oplysninger om dette, ellers angiv, at disse oplysninger ikke foreligger).

Rækkefølgen af de overstående punkter kan variere afhængigt af problemområdet. Det vigtigste er, at baggrundsafsnittet er opbygget logisk og sammenhængende. Baggrundsafsnittet skal lede frem til formålet.

En måde at strukturere indledningen på kunne være:

1. *Hvad er problemet?*

Beskrivelse af problemet ud fra

- a. erkendelse af dårlig eller tvivlsom kvalitet
- b. uforklarede variationer
- c. muligt forbedringspotentiale

2. *Hvor stort er problemet?*

Beskrivelse af problemets hyppighed/ forekomst

3. *Hvorfor er det et problem?*

Beskrivelse af årsager til problemet

4. *Hvilke konsekvenser har problemet?*

Beskrivelse af problemets alvorlighed og konsekvenser
Hvad mener patienter om problemet.

Besvarelsene af spørgsmålene skal, hvor det er muligt og relevant, være underbygget af videnskabelig dokumentation.

Eksempel på en indledning:

Postoperativ kvalme og opkastning

Post Operativ Nausea and Vomiting (PONV) er en af de almindeligste bivirkninger i forbindelse med anæstesi og kirurgi (1,2,3). Forekomsten af PONV angives at være 20-30 % af alle patienter, som har været i general anæstesi (4,5).

PONV er forbundet med subjektive gener og kan forårsage en række komplikationer for patienten samt forlænge indlæggelsestiden i opvågningsafsnit (3,4,6,7).

(6)

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Patientgruppen:

Der skal være en præcis angivelse af patientgruppen i forhold til eksempelvis patientforløb (fx akut, postoperativ, terminalt osv.) og alder (unge, gamle, børn voksne).

Eksempel:

Patientgruppe:

Patienter over 18 år, der er daglige rygere, som indlægges på kirurgisk afdeling, og som skal gennemgå enten elektivt eller akut kirurgisk indgreb.

(7)

Begrebsafklaring:

Centrale begreber og fagudtryk skal ligeledes defineres i baggrundsafsnittet, så man ikke er i tvivl om, hvordan de benyttes i denne sammenhæng.

Eksempel:

Begrebsafklaring:

- *Fald: En utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på jorden/gulvet/et andet lavere niveau (1).*
- *Faldudredning: Omfatter identificering af risikofaktorer for fald, og herunder udredning af eventuelle medicinske lidelser (5).*
- *Enkeltstående intervention: En enkelt intervention består af et tiltag som bliver implementeret alene, dvs. ikke flere interventioner samtidig (6).*
- *Multifaktoriel intervention: Multifaktoriel intervention består af minimum to forskellige tiltag, f.eks. alarmsystem*

(8)

Patientperspektivet:

Det skal fremgå tydeligt, at forfatterne har forsøgt at få patientperspektiver belyst. Hvis der ikke foreligger forskning på dette område, angiv da. "Der foreligger ingen dokumentation om patienternes oplevelse af problemstillingen".

Definition;

Patientperspektivet angiver, hvad patienten eller dennes pårørende ønsker, forventer og prioriterer i relation til sundhedsydelsen, samt hvad patienten og/eller de pårørende har oplevet eller erfaret.(1)

Hvis der anvendes kvalitative studier til belysning af patientperspektivet i den kliniske problemstilling bør man anvende CASP instrumentet til bedømmelse af studiets kvalitet.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

CASP-instrumentet (Critical Appraisal Skills Programme) består af 10 spørgsmål, som hjælper dig med at få forståelse for det kvalitative studie, studiets kvalitet og om du kan anvende studiet til belysning af patientperspektivet.

CASP-instrumentet kan downloades under manualer og skabeloner på www.kliniskeretningslinjer.dk.

Inddragelse af kvalitativ litteratur i kliniske retningslinjer:

Kvalitative metoder anvendes i stigende omfang som dokumentationsform vedrørende problemstillinger, som omhandler hvordan mennesker oplever sygdomme og sygdommes forskellige aspekter. Forskning, som bygger på studier med kvalitative metoder, kan komplettere og uddybe den viden, som opnås ved hjælp af randomiserede, klinisk kontrollerede undersøgelser (9).

Eksempelvis undersøges patienters oplevelse ved at få kemoterapi bedst ved hjælp af kvalitative metoder, i modsætning til en undersøgelse af infektionshyppigheden hos patienter med centrale venekatetre, som kræver et kvantitativt undersøgelsesdesign (6).

De kvalitative studier koncentrerer sig således om processer, og formålet er at beskrive, fortolke og forstå de fænomener, der undersøges, i modsætning til den kvantitative forskning, som koncentrerer sig om effekten af plejen og behandlingen (9).

Kvalitative studier er efterhånden ved at blive inddraget i systematiske litteraturstudier, men der er en række metodologiske problemer forbundet med at bedømme og graduere de enkelte studier. At anbringe kvalitative studier i en model, der er udviklet til kvantitativ evidens, vil være malplaceret, og en hierarkisk graduering af evidens fra kvalitative studier vil være yderst problematisk (9).

Internationalt arbejdes der med udvikling af såkaldte meta-synteser, der modsvarer meta-analyser, hvis man ønsker at sammenfatte evidens i forhold til, om en intervention er praktisk gennemførlig (feasibility), om en intervention er etisk eller kulturelt passende (appropriateness) eller om interventionen er meningsfuld (meaningfulness). Ved meningsfuld forstås evidensen for personlige opfattelser, erfaringer, værdier, holdninger eller tolkninger hos patienter eller deres pårørende (10).

Det er på nuværende ikke muligt at inddrage kvalitative studier i kliniske retningslinjer andet end i baggrundsafsnittet under patientperspektivet, da der ikke er enighed om hvorledes de skal integreres i anbefalinger, gradueres osv. Det Videnskabelige Råd i Center for Kliniske Retningslinjer arbejder dog på at løse denne problemstilling, således kvalitative studier med tiden kan blive en større del af de kliniske retningslinjer end de er for nuværende.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Inddragelse af nationale og internationale kliniske retningslinjer:

Inden påbegyndelse af det store arbejde, som det kræver at udarbejde en klinisk retningslinje, bør man undersøge hvorvidt der allerede findes en klinisk retningslinje indenfor området nationalt og internationalt. Findes der en nationalt, skal der således ikke udarbejdes en ny klinisk retningslinje medmindre denne er forældet (dog bør det undersøges om den er under revidering). Findes der en internationalt bør man overveje i hvilken grad den kan inkorporeres i den kliniske retningslinje (man kan danne sig et overblik over internationale kliniske retningslinjer på www.tripdatabase.com).

Det Videnskabelige Råd i Center for Kliniske Retningslinjer er på nuværende ved, at undersøge, hvilke præmisser, der skal være til stede for evt. at oversætte internationale kliniske retningslinjer til dansk. Hvilke kriterier der skal være opfyldt.

Da der endnu ikke er opnået konsensus om dette i det Videnskabelige Råd, skal de internationale kliniske retningslinjer p.t. anvendes på følgende måde:

- Resultater fra de internationale kliniske retningslinjer beskrives i baggrundsafsnittet og diskuteres op mod egne resultater i litteraturgennemgangen.
- Inspiration fra den internationale kliniske retningslinjes søgehistorie til udarbejdelsen af en søgeprotokol og søgestrategi i metodeafsnittet (der skal foretages en helt ny systematisk søgning)
- Diskutere den internationale kliniske retningslinje i litteraturgennemgangen, evt. om man er kommet frem til de samme anbefalinger? Er primærlitteraturen vurderet ens? Hvilke forskelle er der og hvorfor?

Eksempel:

Litteraturgennemgang:

Et randomiseret kontrolleret klinisk studie har sammenlignet brugen af steril teknik med brugen af aseptisk teknik ("non-touch" teknik). Det fremgår at der ikke er belæg for brugen af steril teknik frem for "nontouch" teknik i forhold til forekomsten af kateterrelaterede infektioner (Ib) (7). At der ikke er forskel på steril teknik og "non-touch" teknik understøttes i en systematisk oversigtsartikel (Ia) (24) og to kliniske retningslinjer (IV) (8, 39).

(11)

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

FORMÅL

Det overordnede formål med retningslinjen bør præcist beskrives. Det bør af formålet fremgå, hvilken effekt man forventer at opnå ved at anvende den kliniske retningslinje.

Findes ved at spørge: *Hvorfor udarbejder vi den kliniske retningslinje?*

Svar: *For at/således at.....* .

Ordlyden i formålet kan fx være: *Formålet med den kliniske retningslinje er at...for patienter med ..., således at...*

METODE

Metoden for valg af evidens skal være beskrevet, således at processen bliver gennemskuelig for læseren. Der skal være en tydelig sammenhæng mellem formålet med den kliniske retningslinje og de fokuserede spørgsmål, som danner udgangspunkt for litteratursøgningen og anbefalinger.

Fokuserede spørgsmål

En af de vigtigste opgaver ved udarbejdelse af en klinisk retningslinje er at afgrænse, hvilke specifikke områder, man vil belyse. Til det formål formuleres en række problemstillinger i "fokuserede spørgsmål". Spørgsmålene skal være til gavn for patienten og klinikerens, således at de både er rettet mod et væsentligt problem relateret til patienten, og formuleret på en sådan måde, at søgningen kan rettes mod et relevant og præcist svar. Generelt består et godt konstrueret spørgsmål af fire elementer, som er knyttet til:

- 1) *Populationen* eller det problem som undersøges,
- 2) *Interventionen* (behandlingen, den diagnostiske test m.m.), der skal vurderes,
- 3) *Alternativet* til interventionen
- 4) Det målte *resultat*.

De fokuserede spørgsmål danner basis for udarbejdelse af en søgestrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur samt formulering af anbefalinger (6).

I en klinisk retningslinje er der sædvanligvis 1-3 fokuserede spørgsmål. Det vil være afhængigt af det enkelte formål, hvor mange spørgsmål, det er relevante at formulere. For hvert fokuseret spørgsmål udføres der en systematisk litteratursøgning, litteraturen gennemgås i litteraturgennemgangen, og der formuleres en anbefaling som svar på spørgsmålet.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Eksempler på fokuserede spørgsmål:

- *Hvilken evidens er der for, at anvendelsen af kompressionsstrømper i op til 6 måneder sammenlignet med 24 måneder reducerer risikoen for PTS hos patienter med nydiagnosticeret symptomgivende DVT i underekstremiteterne og/eller bækkenet?*

(12)

- *Hvilken effekt har kompressionsstrømper sammenlignet med venepumpeøvelser i forhold til reduktion af ødem i underekstremiteter efter THA?*
- *Er der evidens for at helingsprocessen er kortere ved fugtig sårheling sammenlignet med tør sårheling ved venøse bensår?*

Før man påbegynder litteratursøgningen bør man overveje, hvor snæver ens kliniske retningslinje skal være. Skal den udelukkende omfatte en meget afgrænset patientgruppe, eller kunne man med fordel inddrage flere patientgrupper, således at retningslinjen dækkede bredere.

Litteratursøgning og -strategi:

Den systematiske litteratursøgning skal beskrives så detaljeret, at det er muligt for andre at gentage søgningen. Detaljeret beskrivelse af litteratursøgningen skal fremgå af et bilag.

Beskrivelse af søgestrategi skal indeholde:

- Søgeord og MESH-termer
- Anvendte søgedatabaser
- Afgrænsninger (limits) – almindeligvis foretages en afgrænsning i forhold til alder, sprog, intervention og/eller studiedesign.
- Tidspunkt for litteratursøgning

Udvælgelse og vurdering af litteratur

Der gøres rede for, ud fra hvilke kriterier den anvendte litteratur er valgt. Der skal derfor beskrives kriterier for at inkludere og ekskludere abstrakts/ litteratur. Disse kriterier bør være omtalt i baggrundsafsnittet, således det forekommer naturligt at kriterierne anvendes.

Når artiklerne er udvalgt, skal kvaliteten vurderes på baggrund af checklister. Der skal anvendes checklister udarbejdet af Sekretariatet for Referenceprogrammer, disse kan findes på (<http://www.kliniskeretningslinjer.dk/check.php>).

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Alle checklister og evidenstabeller over inkluderede studier *skal* vedlægges som bilag.

Enhver vurderingsproces involverer uundgåeligt et element af subjektiv bedømmelse. Det kan være et tidskrævende proces at skulle læse og vurdere de undersøgelser, der skal danne baggrund for den kliniske retningslinje. Arbejdet kan med fordel fordeles mellem arbejdsgruppens medlemmer. For at styrke troværdigheden af vurderingen af de enkelte undersøgelser, skal mindst 2 af gruppens medlemmer uafhængigt af hinanden gennemlæse og vurdere de respektive undersøgelser. Derefter sammenligner man de enkelte vurderinger. Eventuelle forskelle i vurderinger kan diskuteres af hele gruppen eller man kan benytte sig af konsulent i vurderingen(9). I metodeafsnittet skal det angives, hvordan man er nået frem til den endelige vurdering.

Eksempel:

Litteratursøgning og strategi

Søgeord

Søgeord er afgrænset og udvalgt i forhold til det fokuserede spørgsmål. Ordene er valgt med udgangspunkt i MESH-termer fra PubMed databasen. Søgning i øvrige baser er sket med størst mulig overensstemmelse med MESH-termerne. Detaljeret beskrivelse af litteratursøgning fremgår af BILAG x.

MESH-termer

Nutrition, brain injury, cerebrovascular disease, deglutition disorders (dysphagia) og i enkelte tilfælde er rehabilitation anvendt til yderligere afgrænsning af søgningen.

Søgedatabaser

Der er blevet foretaget systematisk søgning i følgende databaser:

PubMed, EMBASE, PsycInfo, COCHRANE, CINAHL, AMED (CATS), Scopus, SveMed+ og Web of Science.

Der blev desuden forsøgt foretaget systematiske søgninger i:

UpToDate, Omni og HTA (Medicinsk Teknologi Vurdering), hvilket ikke har været muligt.

Afgrænsninger (limits)

Limits: humans AND language=english OR danish OR german OR norwegian OR swedish.

Tidspunkt for litteratursøgning

Litteratursøgningen er foretaget den 11.december 2011.

Udvælgelse af litteratur

Efter søgeprocessen blev de enkelte databasers søgelister med abstrakts udskrevet.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Udvælgelsen af fuldtekst artikler blev foretaget på baggrund af gennemlæsning af abstrakts med afsæt i det fokuserede spørgsmål. Udvælgelsen er foretaget af to personer fra arbejdsgruppen. Ved uenighed blev tredjepart inddraget indtil opnåelse af konsensus.

Kriterier for inklusion:

Der er primært udvalgt randomiserede undersøgelser og metaanalyser, men da området er sparsomt beskrevet i forhold til diagnosegruppen svær erhvervet hjerneskade (brain injury), er undersøgelser med lavere evidensniveau inkluderet.

Kriterier for eksklusion:

Case-rapporter, editorial articles, mindre undersøgelser og undersøgelser af ringe kvalitet er ekskluderet. Med undtagelse af få grundartikler, er artikler udgivet før 1990 blevet ekskluderet.

Vurdering af litteratur

Den udvalgte litteratur er vurderet ved hjælp af Sekretariatet for Referenceprogrammets (SfR) checklister (kilde angivelse). Alle artikler er kritisk kvalitetsvurderet af mindst to medlemmer af arbejdsgruppen med forskningsmæssig kompetence. Ved uenighed blev tredjepart inddraget indtil opnåelse af konsensus. Efter gennemlæsningen af ca. halvdelen af artiklerne blev det konstateret, at der er forskel i den kliniske tilgang til ernæring til patienter med erhvervet svær hjerneskade og patienter med apopleksi (stroke). Derfor valgte arbejdsgruppen at udelukke artikler med MESH-terminen Cerebrovascular Disease.

Formulering af anbefalingerne

*Alle anbefalinger er formuleret efter opnåelse af konsensus i arbejdsgruppen. For at tydeliggøre hierarkiet i anbefalingerne er anvendt følgende taxonomi:
Evidensniveau A: Anbefalingen **skal** og **bør** følges
Evidensniveau B, C & D: Anbefalingen **kan** følges (kilde angivelse).*

(13)

LITTERATURGENNEMGANG

Formålet med litteraturgennemgangen er kort at angive hovedkonklusioner fra litteratur om, hvad man ved og lige så vigtigt, hvad man ikke ved inden for det pågældende område. Det er i dette afsnit, der skal angives evidensniveau i forhold til de citerede artikler (se Tabel 1). Den tilgrundliggende dokumentation for anbefalingerne skal være omtalt i litteraturgennemgangen. Henvises der i anbefalinger til brug af måleredskaber, skal validitet fremgå af litteraturgennemgangen, og om muligt skal instrumentets prædiktive værdi og mål for sensitivitet og specificitet fremgå. Evidensen er ikke altid klar, og der kan være usikkerhed mht. grundlaget for anbefalingen. I sådanne tilfælde skal usikkerheden beskrives.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Valg af forskningsdesign afhænger af, hvilken type spørgsmål forskeren ønsker at få besvaret. Traditionelt anses randomiserede, klinisk kontrollerede undersøgelser for at være den bedste videnskabelige dokumentation, når man ønsker at få besvaret spørgsmål vedrørende effektiviteten af forskellige behandlings- og plejeformer. Det er denne type studier, hvor evidensniveauet kan angives som beskrevet i tabel 1. Andre undersøgelsesdesigns kan besvare spørgsmål om prædiktion, styrke af diagnostiske test m.m (9)

Tabel 1. Evidensniveau og -styrke

Publikationstype	Evidensniveau	Evidensstyrke
Metaanalyse, systematisk oversigt Randomiseret kontrolleret studie	Ia Ib	A
Kontrolleret, ikke-randomiseret studie Kohorteundersøgelse Diagnostiske test (direkte diagnostisk metode)	IIa IIb IIb	B
Case-control undersøgelse Diagnostiske test (indirekte nosografisk metode) Beslutningsanalyse Deskriptiv undersøgelse	III III III III	C
Mindre serier, oversigtsartikel Ekspertvurdering, ledende artikel	IV IV	D

Kilde: Sekretariatet for Referenceprogrammer: Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer, SfR 2004 (9)

Evidensniveau angives efter hver kilde i afsnittet, hvor litteraturen gennemgås.

Eksempel:

Aktiv inddragelse af ældre ortopædkirurgiske patienter i deres egen kostforplejning har vist, at patienternes indtagelse af protein øges med 49% og deres indtagelse af energi øges med 25% dagligt i de 20 første dage postoperativt. (X) (IIa)

Evidensstyrke angives **kun** ved anbefalingerne, og der angives kun **en** styrke ved hver anbefaling.

Konsensusmetoder:

Skulle man mod forventning først efter den systematiske litteratursøgning opdage, at der ikke foreligger evidens indenfor en given problemstilling, er det vedtaget i det Videnskabelige Råd, at man som udgangspunkt ikke kan udarbejde en anbefaling baseret på konsensus. Foreligger der ingen evidens indenfor et område, kan der ikke

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

udarbejdes en klinisk retningslinje. Derimod kan det give anledning til, at iværksætte forskning indenfor området.

Der kan dog være situationer hvor det at udarbejde kliniske retningslinjer baseret på konsensusmetoder synes rimeligt. Det forudsætter dog at der eksistere materiale, der kan benyttes om evidens og som man kan opnå konsensus om. Se konsensusrapporten på www.kliniskeretningslinjer.dk på forslåede metoder til konsensus og overvej dette. Hvis der ikke foreligger evidens inden for området bør der udarbejdes en protokol, således at der kan skabes evidens.

Tag gerne kontakt til Centret ved tvivl om hvorvidt det at udarbejde konsensusanbefalinger er rimeligt.

Hvis der allerede foreligger en konsensusanbefaling udarbejdet på en struktureret måde fra eksempelvis en international klinisk retningslinje eller et fagligt selskab, kan denne dog danne baggrund for en anbefaling svarende til evidensniveau IV, evidensstyrke D.

ANBEFALINGER

Ud fra den vurderede forskningslitteratur opstilles punktformet, logisk opbyggede anbefalinger. Der bør være en nøje sammenhæng mellem anbefalingerne og den litteratur, der ligger til grund for disse.

Anbefalinger i en klinisk retningslinje gradueres A-D, tabel 1, for at skelne mellem de anbefalinger, der bygger på stærk evidens, og de anbefalinger, der bygger på svag evidens. Det skal understreges, at gradueringen ikke relaterer sig til vigtigheden af anbefalingen, men til styrken af den tilgrundliggende evidens, specielt styrken af undersøgelsesdesignet (9).

Den graduering, en anbefaling er tillagt, indikerer sandsynligheden for, at det formodede resultat vil blive opnået, såfremt anbefalingen følges. I selve formuleringen af anbefalingen anvendes ordene *bør* eller *skal* alene ved anbefalinger med evidensstyrke A. Ved lavere evidens bør begge ord så vidt muligt undgås (9).

Anbefalingerne skal være specifikke og entydige. Ligeledes skal anbefalingerne være handlingsanvisende.

Det skal være let at finde de mest centrale anbefalinger. Sådanne anbefalinger besvarer de vigtigste problemstillinger.

Alle anbefalinger skal være forsynet med både hovedkilde, *evidensstyrke* og *evidensniveau*.

Eksempel:

- *Ernæringsbehandling skal påbegyndes indenfor 72 timer efter tilskadekomst;(34)(1a)*
A.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

- *Ernæringsbehandling kan udføres efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger (33)(IV) **D**.*

(13)

Graduering af evidens:

Evidensniveauet er altid "statisk" og nedgraderes ikke selvom et studie er behæftet med systematiske fejl (bias).

Evidensniveauet er en indikator for studiedesignet og et randomiseret klinisk kontrolleret studie vil altid være evidensniveau 1b, Systematisk oversigtsartikel/review 1a, kohortestudie 2b osv.

Hvis man under den kritisk vurdering vha. checklister vurderer at der er nogle bias behæftet med eksempelvis et randomiseret klinisk kontrolleret studie (som dog ikke menes at påvirke undersøgelsens resultat) og man kun tildeler studiet et +, bibeholder den evidensniveauet (Ib), hvorimod styrken af anbefalingen, som bygger på studiet, tildeles en lavere styrke, altså B.

Når et studie nedgraderes markeres evidensstyrken med *, hvorfor det vil se ud som følgende:

Eksempel:

- Patienter med KOI kan med fordel tilbydes små frem for store portionsstørrelser ONS (45, Ib), (46,IIa). **B***

(14)

Checklister og evidenstabeller skal som førnævnt vedlægges som bilag, således det er gennemskueligt hvorfor der f.eks. er foretaget nedgraduering af et studie.

At udarbejde generiske anbefalinger:

Ofte vil man under udarbejdelsen af de kliniske retningslinjer støde på studier, som kun har undersøgt en given problemstilling indenfor en given patientgruppe.

Man kan derfor ikke uden en argumentation udlede, hvorfor man evt. vælger at antage, at eksempelvis den selvsamme intervention gør sig gældende hos andre patientgrupper.

Man skal derfor i litteraturgennemgangen diskutere, hvorfor man antager, at eksempelvis rygestop forud for operationer målt på forekomsten af postoperative komplikationer undersøgt på abdominalkirurgiske og knæ-og hoftealloplastiske patienter, også har en gavnlige effekt på andre typer af patientgrupper. Altså at man anbefaler rygestop til alle kirurgiske patienter. Her skal argumentationen gå på enten

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

biologiske, anatomiske, fysiologiske eller kliniske antagelser om, at rygestop har den samme effekt uanset om man skal opereres i skulderen eller i galdeblæren. Der vil dog være en forskel i hvilken evidensniveau- og styrke man kan tildele anbefalingerne.

Eksempel:

Litteraturgennemgang:

De undersøgte patientgrupper i disse artikler omtales som generel kirurgi. Mere præcist omfatter dette ortopædkirurgi, hernieoperationer og laparoskopiske operationer.

Umiddelbart er der ikke noget, der taler imod relevansen af resultaterne fra disse studier for andre kirurgiske patientgrupper – jævnfør afsnit om Patienternes Perspektiv samt Patofysiologisk effekt af rygning.

Derfor betragtes anbefaling 1 og 2 i denne kliniske retningslinje som relevante indenfor andre kirurgiske regi og bør derfor anses som værende generiske.

(7)

For at være tro mod den evidens som foreligger, skal eks. det randomiserede klinisk kontrolleret studie, som har undersøgt effekten af rygestop hos patienter med knæ- og hoftalloplastikker tildeles det evidensniveau og styrke som studiet er kritisk vurderet til (eks. 1b, A). Dvs man har en separat anbefaling for det, som er undersøgt, og som der er evidens for.

Hvis man vælger at gøre det mere generisk, ud fra betragtninger hvor man må formode det rimeligt, at sammenligne med andre patientgrupper – eks. at alle kirurgiske patienter bør tilbyde rygestop – kan denne anbefaling kun tildeles evidensniveau IV og evidensstyrke D, da dette er foretaget på "konsensus /ekspertvurderingsniveau".

Man skal altså differentiere mellem anbefalingerne alt efter hvilken evidens der findes. Da det ikke forventes at der vil blive forsket i alle interventioner hos alle patientgrupper af både etiske og ressourcemæssige grunde, kan ovenstående være en metode til at gøre det mere generisk ud fra en allerede foreliggende evidens på andre patientgrupper.

MONITORERING

Hensigten med monitorering er en systematisk, vedvarende måling, dokumentation og/eller vurdering af kvaliteten.(1)

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Monitorering af kvaliteten foregår på et givet grundlag, f.eks. på baggrund af en systematisk observation eller et datagrundlag. Der bør beskrives en procedure for fremtidig monitorering. Monitorering kan enten foretages kontinuerligt ved f.eks. rapportering til databaser eller som stikprøve på det pågældende sted.

For at monitorere kvaliteten af pleje og behandling ved brug af den kliniske retningslinje udarbejdes standarder (her forstået som grænseværdi) og indikatorer.

Standard: Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet (1).

Standarder formuleret kvantitativt er almindeligt accepterede værdiangivelser af kvalitetsmål. De kvantitativt formulerede standarder angiver graden af målopfyldelse (fx. i form af ønskede eller forventede værdier, normalværdier eller grænseværdier) baseret på ekspertkonsensus, forskningsresultater og dokumentation i den videnskabelige litteratur. Anvendes typisk i forbindelse med indikatorovervågning af kvalitet. Vurdering af målopfyldelsen af de kvantitativt formulerede standarder sker ved statistisk-epidemiologisk metode (1).

Indikator: En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten. Indikatoren kan beskrives som en værdiangivet markør, der afspejler kvalitetsniveauet og kan anvendes som et advarselssignal (1).

Eksempel.

Anbefaling: Alle patienter ernæringscreens indenfor 24 timer efter indlæggelse.

Standard: At 90% af alle patienter ernæringscreens indenfor 24 timer efter indlæggelse.

Indikator: Andelen af patienter der ernæringscreens indenfor 24 timer efter indlæggelse i forhold til det totale antal patienter.

Kilde: Line Møller Frederiksen, m. fl., Evidensbaseret klinisk retningslinie for ernæringsbehandling til voksne patienter med erhvervet svær hjerneskade.

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

REFERENCER

Referenceliste for anvendt litteratur. Angives efter Vancouversystemet. Hver kilde angives med et nummer og kilderne nummereres fortløbende. Første kilde angives med nummer (1) næste kilde med nummer (2) osv. I referencelisten opstilles kilderne i nummer-orden. Angives der flere kilder sammen, skives som følger: (1,2) eller 1-3,5).

I referencelisten angives kilderne på følgende måde: Efternavn efterfulgt af initial(er) uden komma eller punktummer derefter komma inden den næste forfatters efternavn efterfulgt af vedkommendes initial(er). Alle forfattere nævnes: *eksempel*, Pedersen PU, Hørדם B.

Efter den sidste forfatters initialer og før titlen sættes punktum.

Titlen skrives med stort begyndelsesbogstav, men alle øvrige ord er med småt. Der skrives generelt også med småt efter kolon. Der medtages ikke undertitel.

Tidsskriftets navn skrives med almindelig skrift (ikke kursiv) forkortet som angivet af tidsskriftet f. eks. JAN (Journal of Advanced Nursing) eller J Clin Nurs (Journal of Clinical Nursing). Den officielle forkortelse af tidsskriftets navn vil fremgå af fundene ved litteratursøgningen, hvis der ikke er en officiel forkortelse skrives titlen fuld ud f.eks. Vård i Norden. Der sættes ikke punktummer mellem de enkelte dele i forkortelsen eller mellem tidsskriftsnavnet og årstallet.

Herefter angives årstal, volumenummer, og sidetal skrives uden mellemrum. Der sættes semikolon mellem årstallet og volumenummeret, og kolon mellem volumenummeret og sidetallet: J Clin Nurs 2005;17:1233-6.

Eksempler på korrekt opstillede referencer:

Rothenhausler HB, Grieser B, Nollert G, Reichart B, Schelling G, Kapfhammer HP. Psychiatric and psychosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow-up study. Gen Hosp Psychiatry 2005;27:18-28.

Genter P, Sonne T. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge med udgangspunkt i skolebaserede programmer. Ugeskr Læger 2004;166:3702-6.

Internetreference

www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/28. 23. marts 2009

Datoen for søgningen skal anføres.

Kapitel i en bog

Pedersen PU. Humanernæring i praksis. København: Samfundslitteratur; 2004: 157-78

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

For uddybelse af Vancouver Referencesystem se:

http://www.bma.org.uk/library_medline/electronic_resources/factsheets/LIBReferenceStyles.jsp#Vancouver

BILAG

Relevante bilag vedlægges. Der udarbejdes en bilagsfortegnelse ved flere bilag.

Som minimum skal der vedlægges:

Detaljeret litteratursøgning

Præsentation og vurdering af både inkluderede artikler i skema (evidenstabel)

Checklister til kritisk vurdering

Der kan f.eks. vedlægges

Instrumenter eller skalaer til dataindsamling

Billeder eller illustrationer hvis relevant (husk at checke om disse må offentliggøres og indhent eventuelle tilladelser)

FORMKRAV

Dokumenttitel: Klinisk retningslinje for....

Angivelse af sidenummer ud af antal sider i alt

Angivelse af søgeord til dokumenthåndtering

Skrifttype Verdana, skriftstørrelse 11.

REDAKTIONEL UAFHÆNGIGHED

Kan der svares ja til dette, skal denne tekst fremgå, ellers skal det beskrives hvorfra, der er ydet støtte, og på hvilke måde organisationens synspunkter har influeret anbefalingerne(15).

Standard-sætning:

"Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte, og den bidragydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger."

INTERESSEKONFLIKT

Der kan opstå situationer, hvor et eller flere medlemmer af en arbejdsgruppe arbejder som konsulent for et firma, har eller deltager i forskning, der er støttet eller bliver støttet af et firma eller lignende, hvor den bidragydende organisations produkter eller lignende kan relateres til anbefalinger i den kliniske retningslinje. (8)

Hvis der er interessekonflikt skal det fremgå ellers skal følgende tekste indføres i den

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

kliniske retningslinje

Standard-sætning:

"Ingen af forfattergruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede klinisk retningslinje."

RESUME

For at man i klinisk praksis hurtigt kan danne sig et overblik over den kliniske retningslinjes indhold, anbefales det at lave et resume. Det kan evt. laves i skemaform og må ikke fylde mere end 1 side, skabelonen i bilag 1 kan evt. anvendes. Resumeet skal indeholde:

1. Titel
2. Forfattergruppe, dato for godkendelse og revision
3. Baggrund indeholdende problemstilling og patientgruppe
4. Formål med den kliniske retningslinje
5. Anbefalinger med evidensstyrke og litteraturhenvisninger.
6. Monitorering med angivelse af indikatorer og standarder
7. Referenceliste for anbefalingerne

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Referencer:

1. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og – definitioner. Dansk selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet. 2003. <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/skabeloner.php>. (dato 20. marts 2009)
2. Pedersen PU, Scheel J S. Overvejelser før udarbejdelse af en klinisk retningslinje. Nyhedsbrev Center for Kliniske Retningslinjer. 2008;1(2):1-4.
3. Thaysen HV, Mainz H, Bjørnshave B, Laustsen S, De Thurah A. Erfaringer med kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer. Sygeplejersken. 2008;24:56-60
4. Vejledning om Sygeplejefaglige Optegnelser <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/skabeloner.php> (dato 20. marts 2009)
5. Vejledning i god videnskabelig praksis. Udvalgte Vedrørende Videnskabelig Uredelighed. 2009. <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/skabeloner.php> (dato 20. marts 2009)
6. Vennegaard A, Larsen P, Madsen RB. Akupunktur til behandling af postoperativ kvalme og opkastning til patienter i opvågningsafsnit. Center for Kliniske retningslinjer. 2009 <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/alle.php>
7. Håkonsen SJ, Thomsen T, Villebro N. Klinisk retningslinje for rygestopinterventioner i relation til et kirurgisk indgreb hos patienter der er daglige rygere. Center for Kliniske Retningslinjer. 2011. [http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KR_endelig_udgave_310511\(1\).pdf](http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KR_endelig_udgave_310511(1).pdf)
8. Sehested P, Rimmer C, Holsko L, Ona OJ, Siig J, Moth-Poulsen M. Klinisk retningslinje for identificering af faldrisiko og faldforebyggende interventioner for geriatriske patienter indlagt i kirurgisk eller medicinsk hospitalsafdeling. Center for Kliniske Retningslinjer. 2012. http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/Faldforebyggelse_retningslinje_final_23_0112.pdf
9. Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer, Sekretariatet for Referenceprogrammer. 2004 <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/skabeloner.php>. (dato 20. marts 2009)
10. The JBI model of evidence-based healthcare, www.joannabriggs.edu.au (dato 20. marts 2009)
11. Frølund JC, Møller T. Klinisk retningslinje for pleje og håndtering af centralt venekateter og permanent central intravenøs port hos voksne (> 19 år) patienter.

Center for Kliniske Retningslinjer

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Center for Kliniske Retningslinjer. 2011.

[http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/CVK151011\(1\).pdf](http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/CVK151011(1).pdf)

12. Schjødt I, Kallestrup L, Søgaard T. Klinisk retningslinje for brug af graduerede elastiske kompressionsstrømper til forebyggelse af posttrombotisk syndrom, PTS, hos patienter med nydiagnosticeret symptomgivende dyb venetrombose i underekstremiteterne og/eller bækkenet. Center for Kliniske Retningslinjer. 2011.

http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KR_DVT_SLUT_121111.pdf

13. Line Møller Frederiksen, Annette Grøn, Marianne Strøh Hansen, Annette Kjærsgaard, Ingrid Poulsen, Lene Rindom, Anne Ørskov. Klinisk retningslinje for ernæringsbehandling til voksne patienter med erhvervet svær hjerneskade. Center for Kliniske retningslinjer. 2009 (Upubliceret)

14. Wodskou PM, Ersgaard KB, Lynge T, Nielsen M, Strømstad G, Sølvkjær BM, Trosborg I . Klinisk retningslinje for ernæring til patienter indlagt med KOL i exacerbation. Center for Kliniske Retningslinjer. 2011.

http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/file/KOLern%C3%A6ring_final_070111%5B1%5D.pdf

15. Vurdering af kliniske vejledninger AGREE*-instrumentet. The AGREE Collaboration September 2001. <http://www.kliniskeretningslinjer.dk/images/AGREE-Instrumentet.pdf> (dato 20. marts 2009)

BILAG

Medforfattererklæring

Skabelon til resume

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

MEDFORFATTERERKLÆRING

Bilag 1

Titel på klinisk retningslinje:

Hermed erklæres,

* at der ikke med arbejdet er forbundet kommercielle egeninteresser eller andre forhold, der kan medføre interessekonflikt.

* at der ikke foreligger ophavsretlige problemer i forbindelse med offentliggørelse af den kliniske retningslinje, f.eks. tilladelse til at benytte illustrationer etc.

* at personer og institutioner, der er nævnt, har accepteret det.

* at alle forfattere opfylder kriterierne for forfatterskab, jf. Vancouver-reglerne.

Manuskriptets forfattere:

Hovedforfatteren nævnes først, fulgt af de øvrige forfattere i indbyrdes aftalt orden, hvis der er flere forfattere.

Alle andre, der har bidraget til arbejdet, men som ikke er medforfattere, nævnes under vejledning/konsulenter.

Dato:

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Navn: _____ Underskrift _____

Center for **Kliniske Retningslinjer**

- Nationalt Clearinghouse for Sygepleje

Bilag 2

SKABELON TIL LÆGMANDSRESUME			
Titel (klinisk problemstilling og patientgruppe)			
Forfatter-gruppe	Navn, stilling og tilhørsforhold på forfattergruppens medlemmer. Herunder angivelse af kontaktperson		
Godkendt af	Godkendt af Center for Kliniske retningslinjer, den	Dato for revision:	Ophørs dato:
Baggrund	Kort beskrivelse af problemstillingen (uden litteraturhenvisninger) Kort beskrivelse af patientgruppen		
Formål	Formål og forventet effekt		
Anbefalinger	Anbefalinger med evidensstyrke, evidensniveau og referencer		
Monitorering	Indikatorer og standarder (%)		
Referencer	Referenceliste for anbefalingerne		
Link	Link til en mere omfattende udgave af den kliniske retningslinje		