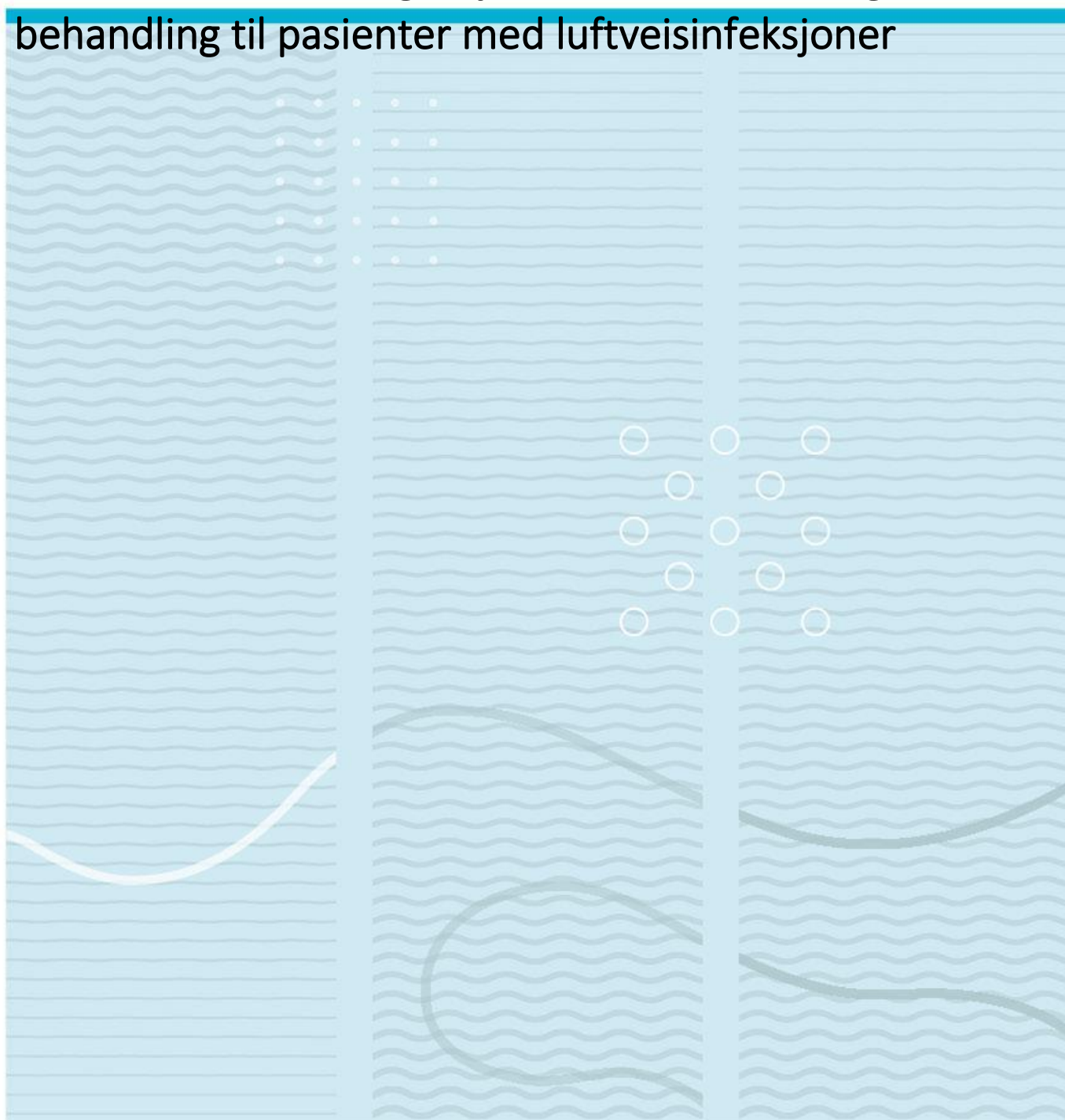


Gerd Synnøve Ralle Gran

En kvalitativ utforskning av hvordan leger i legevakt bruker norske retningslinjer for å vurdere riktig behandling til pasienter med luftveisinfeksjoner



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institutt for sykepleiere- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Gerd Synnøve Ralle Gran

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Antibiotikaresistens er et alvorlig folkehelseproblem. I tillegg til de allerede eksisterende retningslinjene, som blir fortløpende oppdatert, iverksatte regjeringen en handlingsplan i 2015 hvor flere tiltak for å redusere antibiotika forskrivning ved luftveisinfeksjoner i primærhelsetjenesten ble iverksatt. Intensjonen med intervensjonene fra handlingsplanene ble oppfylt. Det gjør at det er interessant å se hvordan antibiotikaforskrivende leger erfarer sin forskrivningssituasjon og bruk av retningslinjene.

Hensikt: Utforske og beskrive hvordan leger i legevakt bruker norske retningslinjer for å vurdere riktig behandling til pasienter med luftveisinfeksjoner.

Metode: Kvalitativt studie ble utført ved bruk av semistrukturerte intervjuer av åtte legevaktsleger. Tematisk analyse ble benyttet i bearbeidingen av data.

Resultater: Retningslinjene er et nyttig verktøy leger i legevakt bruker i tillegg til sine kliniske vurderinger for å gi riktig behandling ved luftveisinfeksjoner. En diagnose er forutsetning for å ta i bruk retningslinjene. I kasus med et komplekst sykdomsbilde må derfor den kliniske vurderingen avgjøre behandlingsform.

Konklusjon: Leger finner støtte og trygghet i det de mener er godt utarbeidede retningslinjer. Støtte fra ulike hold er av stor betydning for å lette legers vurdering av forskrivning. Det er viktig å legge til rette for god dialog og opprette forskjellige forum for både utveksling av erfaringer og formidling av erfaring. Retningslinjene har visse mangler der forskjellige sykdomskasus ikke har anbefalte føringer for behandling. Samtidig kan sykdom være svært komplekst, og det kan ikke forventes at alle tilfeller kan komme med anbefalte retningslinjer. Kjennskap til disse situasjonene kan bidra til å lage tilleggsverktøy til retningslinjene. AKS kan overta ukompliserte LVI slik at legene får mer tid til å håndtere komplekse kasus.

Nøkkelord: Antibiotikaforskrivning, legevakt, erfaringer, luftveisinfeksjoner.

Abstract

Background: Antibiotic resistance is a serious public health problem. In Addition to the already existing guidelines, which are continuously updated, the government implemented an action plan in 2015 with several measures to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract infections in the primary healthcare service were implemented. The intention of the interventions from the action plans was fulfilled. This makes it interesting to see how antibiotic prescribing doctors experience their prescribing situation and use of the guidelines.

Purpose: To explore and describe how emergency room doctors use Norwegian guidelines to assess the correct treatment for patients with respiratory infections.

Method: Qualitative study was carried out using semi-structured interviews of eight emergency room doctors. Thematic analysis was used in the processing of data.

Results: The guidelines are a useful tool that emergency room doctors use in addition to their clinical assessments to provide the correct treatment for respiratory infections. A diagnosis is a prerequisite for adopting the guidelines. In cases with a complex disease picture, the clinical assessment must therefore determine the form of treatment.

Conclusion: Doctors find support and security in wat they believe to be well-prepared guidelines. Support from various quarters is of great importance to facilitate doctors' assessment of prescriptions. It is important to facilitate good dialogue and create different forums of both the exchange of experiences and the dissemination of experience. The guidelines have certain gaps where different disease cases do not have recommended guidelines for treatment. At the same time, disease can be very complex, and it cannot be expected that all cases can come up with recommended guidelines. Knowledge of these situations can help create additional tools for the guidelines. Nurse practitioner can take over uncomplicated respiratory tract infections so that the doctors have more time to deal with complex cases.

Key words: Antibiotic prescription, emergency room, experiences, respiratory infections.

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag	3
2. Abstract.....	4
3. Innholdsfortegnelse	5
4. 1 Innledning.....	8
5. 2.....	Bakgrunn 10
2.1 Studiens kontekst	10
2.2 Bakgrunn	10
2.3 Retningslinjene	11
2.1 Legevakt som vurderingsarena.....	12
2.2 Mange ulike faktorer påvirker	12
2.2.1 Er retningslinjene tatt i bruk?.....	13
2.2.2 Tvil eller frykt.....	13
2.2.3 Spenninger i kommunikasjonen	13
2.2.4 Støttende for beslutninger	14
2.3 Hensikten med studien.....	17
2.4 Problemstilling.....	17
6. 3.....	Metode 18
3.1 Design.....	18
3.1.1 Forforståelse.....	18
3.2 Utvalg	19
3.2.1 Rekruteringsprosedyre	19
3.3 Datasamling.....	19
3.3.1 Forberedelse	20
3.3.2 Gjennomføring	20
3.3.3 Etterarbeid	21
3.4 Dataanalyse	22
3.4.1 Tematisk analyse	22
3.4.2 Forberedelse	23
3.4.3 Koding.....	23
3.4.4 Kategorisering	24
3.4.5 Rapportering	24

3.5	Forskingsetiske vurderinger	24
7. 4	Resultater 26	
4.1	Kliniske vurderinger og forskrivninger i situasjoner som dekkes av retningslinjene	26
4.1.1	Retningslinjene gir støtte og trygghet	26
4.1.2	Rekkefølgen på antibiotikaanbefalingene	28
4.1.3	Andre oppslagsverk supplerer eller erstatter	28
4.2	Kliniske vurderinger og forskrivning i situasjoner som ikke er beskrevet i retningslinjene	29
4.2.1	Retningslinjene kommer til kort	29
4.2.2	Pasientens og legens påvirkning på forskrivning	31
4.2.3	Vurderinger i tvilssituasjoner	32
8. 5	Diskusjon 35	
5.1	Bruk av retningslinjene ved forskrivning av antibiotika	35
5.1.1	Strategier anbefalt av retningslinjene	36
5.1.2	Erfaringens betydning for bruk av retningslinjene	38
5.1.3	Rekkefølgen på antibiotika anbefalingene	39
5.2	Andre forhold som påvirker hvordan legene bruker retningslinjene	39
5.2.1	Forhold på legevakten	39
5.2.2	Legers påvirkning på forskrivning	41
5.2.3	Pasientenes påvirkning	43
5.3	Metode diskusjon	44
5.3.1	Studiens validitet, troverdighet og overførbarhet	44
5.4	Konklusjon	45
5.5	Forslag til videre forskning	46
9. 6	Vedlegg 51	
6.1	Vedlegg 1: Forespørsel og informasjonsskriv om deltagelse	51
6.2	Vedlegg 2: Intervjuguide	53
6.3	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	54

Forord

Jeg arbeidet som helsesekretær i 9 år før jeg i 2008 startet min utdannelse som sykepleier. Etter endt studium begynte jeg å jobbe i hjemmesykepleien, før jeg startet på legevakten i 2018 hvor jeg arbeider i dag. Legevakten er flott sted å arbeide her har jeg fått muligheten og motivasjon til å ta en master i Avansert klinisk sykepleie. Både ledere og kolleger ved legevakten har vært utrolig støttende gjennom studietiden som har vært en reise med varierende vær.

Det er derfor helt nødvendig å takke mine viktigste støttespillere som selvfølgelig er min mann Jon Thoresen og våre to barn Nicholai og Hedda. Dere har virkelig vært rause, varme kjærlige og ikke minst tålmodige. Tusen takk, uten dere ville jeg ikke ha greid motvinden så godt og seierne ville heller ikke ha smakt så godt uten dere. Videre må jeg takke min kjære svigermor Anne Opsal som har hjulpet meg og støttet meg både med kunnskap og rettskrivning. Jeg har erfart at det å skrive en masteroppgave var mer krevende enn jeg hadde sett for meg. Mine medstudenter og kollegene Mirjam og Siw-Cathrine, dere er rå og fine. Det har vært så fint å stå i uvær og sol med dere. To kloke damer som også har vært delaktige i min utvikling som AKS er min kusine Andrine Gran og min svigerinne Tonje Opsal. Dere har bidratt med refleksjoner og støtte. Dere har redusert vindstyrken når jeg har mistet motet. Til slutt Pappa, min bror Magnus og resten av familien takk for at dere har heiet på meg hele veien og at dere har gitt meg tid.

I arbeidet med oppgaven har min veileder Linn Hege Førstund bidratt med refleksjoner og innspill som til dels har tatt pusten fra meg, men også pekt ut målet og retningen. Takk for tålmodigheten.

1 Innledning

Verdens helseorganisasjon (WHO) ser på antibiotikaresistens som en av verdens største helseutfordringer (World Health Organization, 2020). Ved økt antibiotikaforbruk vil bakterienes forsvarsverk føre til resistensutvikling og dermed manglende effekt. For at antibiotika også i fremtiden skal være effektiv mot alvorlige infeksjonssykdommer må antibiotikabruken være både riktig og restriktiv. Den globale faren for utvikling av antibiotikaresistens er også noe norsk helsetjeneste må ta hensyn til. I Norge benyttes halvparten av all antibiotikabruk i allmennpraksis til behandling av luftveisinfeksjoner (LVI) (Meld. St. 11, 2020-2021). Ved LVI gis antibiotika i hovedsak for å forkorte og lindre symptomer (Lindbæk et al., 2016). Bakterielle LVI kan behandles med antibiotika, men mange LVI skyldes virus. I disse tilfellene har ikke antibiotika effekt, men brukes i mange tilfeller likevel (Meld. St. 11, 2020-2021). Det er derfor potensiale for å redusere antibiotikabruken betraktelig, dersom man bruker det riktig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I 2015 satte norske myndigheter derfor et mål om å redusere bruken av antibiotika i befolkningen med 30 % innen 2020 sammenlignet med 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette målet ble nådd (Jensen & Høye, 2022) fordi det ble satt i gang en rekke tiltak rettet mot befolkningen (informasjonsarbeid, justering av pakkestørrelser for antibiotika og gyldighetstid for antibiotika resepter) og mot legene (oppdatering av kunnskap, gjennomgang av egen antibiotikaforskrivning, innføring av diagnosekoder på alle resepter) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I 2000 ble den første antibiotikaveilederen for allmennpraksis distribuert til allmennleger og medisinstudenter. Retningslinjene har siden blitt fortløpende oppdatert. I 2015 ble et tilknyttet kurs «Riktigere antibiotika bruk i kommunene» (RAK) ble utarbeidet av antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) for leger i primærhelsetjenesten. Kurset fikk god oppslutning i alle landets fylker (Jensen & Høye, 2022). Hensikten var å gjøre legene best mulig rustet til å etterleve nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten (etter dette omtalt som retningslinjene) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette skulle oppnås ved å gjennomføre kurs for å øke klinisk kunnskap, bedre oversikten over egen antibiotikaforskrivning og øke kvaliteten i egen praksis. Kurset var pasientnært og fokuserte blant annet på de vanligste luftveisinfeksjonene (Antibiotikasenteret for Primærmedisin, u.å.-a). Retningslinjene er utarbeidet av ASP på initiativ fra Folkehelseinstituttet og er finansiert av Helsedirektoratet (**Antibiotikasenteret for Primærmedisin,**

u.å) . Formålet med de fortløpende oppdaterte retningslinjene og intervensjonene er å hindre uønsket variasjon i forskrivningen og sikre god kvalitet (Helsedirektoratet, 2020). Økt kunnskap hos forskrivere, optimalisering av forskrivningspraksis og bedre infeksjonskontroll er tiltak som er rettet mot legevaktsleger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Da det finnes lite forskning som beskriver legevaktslegers erfaringer med forskrivning av antibiotika til pasienter med luftveisinfeksjon i legevakt i Norge, ble denne studien utført for å utforske dette.

2 Bakgrunn

Retningslinjene er et av mange tiltak som er iverksatt for å redusere antibiotika forskrivningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Følgende kapittel presenterer konteksten og hva tidligere forskning hevder påvirker forskrivning av antibiotika.

2.1 Studiens kontekst

I 2020 nådde man målet om 30 % reduksjon av antibiotika. Selv om målet ble nådd er det fremdeles overforskrivning av antibiotika til øvre luftveisinfeksjoner (LVI) (Meld. St. 11, 2020-2021). Derfor syntes jeg det er spesielt interessant å utforske legers erfaringer med forskrivning i dag, særlig i legevakt da det er i denne tjenesten jeg selv jobber. Det er opprettet flere satsningsområder for å få ned forskrivningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Saliba-Gustafsson et al. (2021) sier at ved å avdekke legers erfaringer kan det legges til rette for å skreddersy intervensjoner på alle nivåer. I takt med intervensjonene som gjøres er det nødvendig å se hvordan forskrivere erfarer sin forskrivnings situasjon. Dette er det forsket lite på. For å danne et så helhetlig bilde som mulig av forskningsfeltet som omhandler legers forskrivning av antibiotika har jeg innhentet internasjonal forskningslitteratur fra land som har tilbud som samsvarer med norsk legevakt. Noen studier beskriver erfaringer fra fastleger og avanserte kliniske sykepleiere (AKS) med forskrivningsrett. Fem studier omhandler legevakt og fem tar for seg hva som påvirker forskrivning. I engelskspråklig litteratur brukes out-of-hours-service (OOH) om legevakt. I denne oppgaven forholder jeg meg kun til betegnelsen legevakt. Helsepersonell med forskrivningsrett omtales i litteraturen som: forskrivere, leger og fastleger. Jeg har valgt å omtale disse som leger. Dette gjør jeg fordi det kun er leger som har forskrivningsrett i Norge.

2.2 Bakgrunn

I Norge er legevakt en del av primærhelsetjenesten og driftet av kommunene (Hansen & Hunskaar, 2020, s. 33). Tilbudet er nedfelt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og sikrer nødvendig helsehjelp til alle som befinner seg i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Legevakten er i drift hele døgnet. Tilbudet er et tillegg til fastlegens øyeblikkelig hjelp tilbud (Johansen et al., u.å-b). De fleste legevakter, inklusiv legevakten i denne studien, har en sentral for

mottak av telefonhenvendelser der sykepleiere avgjør hvilke pasienter som trenger bistand før fastlegen åpner neste dag (Lindberg et al., 2017). Dette betyr at pasientene som kommer til legevakt potensielt er sykere enn de som oppsøker fastlege (Williams et al., 2018). For å arbeide selvstendig i legevakt må legen enten være spesialist i allmenntilstand, eller ha gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen. Leger i spesialisering (LIS1-leger) skal ha bakvakt tilgjengelig for veiledning. Fastleger er ifølge fastlegeforskriften forpliktet til å delta i legevakt, men kan gi bort vakter til andre (Johansen et al., u.å-a). Helfo forvalter behandlingsrefusjon gitt gjennom folketrygdloven. Ordningen gir legene et fast tilskudd per konsultasjon uavhengig av legens tidsbruk. Et høyt antall konsultasjoner per vakt gir dermed mer inntekter.

2.3 Retningslinjene

Retningslinjene oppdateres fortløpende og skal *bistå* legene i avgjørelsen om antibiotika bør benyttes eller ikke. I retningslinjene finnes systematisk utarbeidede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging som er utviklet fra kunnskapsbasert praksis. De tar for seg situasjoner hvor man ser at det er behov for nasjonal normering og hvor det er stor faglig uenighet og/eller stor variasjon i praksis. Hensikten er å hindre uønsket variasjon, sikre god kvalitet med riktige prioriteringer og løse samhandlingsutfordringer slik at helhetlig pasientforløp sikres. Retningslinjene er ikke rettslig bindende, men beskriver helsemyndighetenes oppfatning av god praksis (Helsedirektoratet, 2020). Når legene skal gjøre sine vurderinger og ta beslutninger bør de forholde seg til retningslinjene i *tillegg* til pasientens kliniske funn og symptompresentasjon. Imidlertid er utformingen av retningslinjene rettet mot enkeltsymptomer noe som er utfordrende i et sammensatt sykdomsbilde (Sunde et al., 2019). For at retningslinjene skal være et godt grunnlag for gode vurderinger må de også være meningsfulle og anvendelige (Sunde et al., 2019). Dette fordrer at legen har tilstrekkelig klinisk erfaring til å forstå det kliniske sykdomsbildet, og kan gjøre en helhetlig vurdering opp mot anbefalingene i retningslinjene. Retningslinjene henstiller til at; forløpet ved luftveisinfeksjoner oftest er selvbegrensende. Det anbefales som regel å avvente antibiotikabehandling så lenge pasienten har god allmenntilstand og ikke har feber.

2.1 Legevakt som vurderingsarena

Norske legevaksleger forskriver mer antibiotika til akutte luftveisinfeksjoner på travle vakter (Lindberg et al., 2017). Det samme ble beskrevet i en britisk studie, som påpekte at antibiotikaforskrivningen blir påvirket av et urealistisk arbeidsvolum (Williams et al., 2018). Dette kan skyldes at arbeidsrammen i legevakten påvirker kliniske beslutninger (Lindberg et al., 2017). Innenfor arbeidsrammen inngår pasientpågang og ressurser i form av et varierende antall leger. Andre faktorer i legevakt som kan påvirke forskrivningen er at pasientene oftest er ukjente for legen (Lindberg et al., 2017; Sunde et al., 2019). Dette betyr at legene kan trenge mer tid på pasientene. Legene har kun tilgang til tidligere reseptforskrivninger og uthentede medisiner. De har ingen tilgang til journaler (Williams et al., 2018). I tillegg har de sjelden oppfølgingsmulighet (Lindberg et al., 2017), da legevakslegene oftest har enkeltvakter. Arbeidsmengden kan også variere markant. Som vist tidligere er kompensasjons ordningene til HELFO slik at leger som behandler mange pasienter på kort tid vil kunne tjene bedre enn andre. Dette øker risikoen for forskrivning. Legene er selvstendig næringsdrivende. Dette betyr at frykten for å måtte svare ut eventuelle klager, som koster dem tid og bekymring, kan også føre til at de forskriver antibiotika (Sunde et al., 2019). Det kan også være andre forhold ved arbeidsrammen i legevakt som gjør det vanskelig å bruke retningslinjene, eller som legene opplever innvirker på deres vurdering og beslutning. Leger fra Island og Malta belyste at begrensede ressurser i forhold til tester og diagnostiserings verktøy påvirket forskrivningen (Petursson, 2005; Saliba-Gustafsson et al., 2021), men studiene viste ikke til legevakt spesielt.

2.2 Mange ulike faktorer påvirker

En studie viser at beslutningen om forskrivning påvirkes av komplekse faktorer (Saliba-Gustafsson et al., 2021). Eksempler på faktorer som påvirker legen er egen kunnskap, forståelse, synspunkter, oppfatninger, oppmerksomhet, jobbererfaring og forskrivningsatferd. Videre kan pasienten påvirke ønsker og krav om forskrivning, gjennom egen erfaring om tidligere effekt og bruk (Saliba-Gustafsson et al., 2021). Det kan også være organisatoriske forhold som diagnostisk testing, arbeidsbetingelser, arbeidsforhold, tilgang til diagnostiseringsutstyr, klinikkfasiliteter, oppfølgingsmuligheter samt at kollegastøtte også kan påvirke forskrivning (Saliba-Gustafsson et al., 2021).

2.2.1 Er retningslinjene tatt i bruk?

I to studier fra Malta og Irland vises det til at retningslinjer ikke er implementert (O'Doherty et al., 2019; Saliba-Gustafsson et al., 2021), i motsetning til i Norge (Sunde et al., 2019). I den irske studien blir retningslinjene de der anvender beskrevet som mindre brukbare i kliniske situasjoner. Årsaken er at de ikke er omfattende nok, og er ikke tilpasset det irske resistensmønsteret (O'Doherty et al., 2019). Det samme så man i Malta. Der trodde ikke legene på viktigheten av å følge retningslinjer for å støtte diagnose og behandling. Eldre leger mente klinisk erfaring har større verdi (Saliba-Gustafsson et al., 2021). Den norske studien viste til at retningslinjene kunne være for liberale, men viste samtidig til faren for underbehandling dersom de ble strengere (Sunde et al., 2019).

2.2.2 Tvil eller frykt

Leger anser majoriteten (70-90 %) av øvre LVI til å være virale, men finner det likevel vanskelig å fastslå sykdomsårsaken basert på klinisk presentasjon (Saliba-Gustafsson et al., 2021). I studier fra Malta og Norge beskriver leger at antibiotika er et verdifullt verktøy som må ivaretas, ved å redusere unødvendig bruk kraftig (Saliba-Gustafsson et al., 2021; Sunde et al., 2019). Likevel erkjenner leger i Malta og Island at de av og til beskytter seg selv og pasienten ved at de forskriver antibiotika uten infeksjonsfokus hvis de er i tvil, eller mistenker at pasienten kan forverres (Petursson, 2005; Saliba-Gustafsson et al., 2021). Dette begrunnes med at de frykter pasienten skal bli alvorlig syk, og for å unngå og få klager for ikke å ha forskrevet i rett tid (Saliba-Gustafsson et al., 2021). Andre studier viser at usikkerhet kan handle om pasientens kunnskap og evne til å ivare egen helse (Sunde et al., 2019; Williams et al., 2018) eller evne til å komme på kontroll (Williams et al., 2018), men også egen usikkerhet (Petursson, 2005; Sunde et al., 2019). Frykt for klager kan også føre til overforskrivning ved legene heller forskriver for å slippe ubehageligheter og tap av tid (Sunde et al., 2019).

2.2.3 Spenninger i kommunikasjonen

En annen årsak til overforskrivning er at optimalisering av forskrivning skaper spenninger i kommunikasjonen mellom lege og pasient (Van der Zande et al., 2019). Leger oppgir ansvar for å

balansere pasientenes og egen beslutningstaking (Brabers et al., 2017; Hart & Phillips, 2020; Lindberg et al., 2017; O'Doherty et al., 2019; Saliba-Gustafsson et al., 2021; Sunde et al., 2019; Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Relasjonelle faktorer kan innvirke, som legens iver etter å imøtekomme pasientens ønsker (Petursson, 2005; Williams et al., 2018) og legens erfaring (Williams et al., 2018) kan bidra til overforskrivning eller restriktiv antibiotika bruk. Flere leger har kjent på forskrivningspress ved at pasienter ønsker (pasientpreferanser) antibiotika uten medisinsk indikasjon (O'Doherty et al., 2019; Saliba-Gustafsson et al., 2021; Sunde et al., 2019; Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Forskning viser at leger ofte overvurderer eller har en opplevd forventning om pasienters ønsker (Brabers et al., 2017; Lindberg et al., 2017; O'Doherty et al., 2019; Petursson, 2005; Van der Zande et al., 2019) og dermed har en sterkere innflytelse på forskrivning enn pasientens faktiske ønske (Lindberg et al., 2017). Det kan se ut som legene kan trenge ytterligere veiledning om hvordan de kan møte pasientens bekymringer uten å tolke spørsmålene som et behov for antibiotika (Sunde et al., 2019). Van der Zande et al. (2019) viser derimot at pasienten og forskrivers forventninger har en like viktig rolle når det skal formes en felles beslutning. Brabers et al. (2017) sier at pasientenes ønsker om behandling kun har en betydning på forskrivning når retningslinjene sier at dette skal vektlegges. Det vil si i situasjoner hvor legen ifølge retningslinjene *kan* vurdere antibiotika, og det samtidig ikke finnes noe absolutt beste behandlingsalternativ. Det blir også vist til at tidspress (Sunde et al., 2019) og stress (Hart & Phillips, 2020; Lindberg et al., 2017; Petursson, 2005; Williams et al., 2018) kan føre til at informasjonen som gis, eller undersøkelsene som gjøres blir mangelfulle. Denne prosessen intensiveres ved at pasienter som oppsøker legevakt anser seg selv som mer dårlige, og dermed blir mer utålmodige og krevende (Williams et al., 2018). Dette kan være en årsak til å forskrive antibiotika som en tidsbesparende strategi (Hart & Phillips, 2020).

2.2.4 Støttende for beslutninger

I situasjoner hvor legene opplever at retningslinjene ikke kan gi svar, kan det være interessant å forstå hvilke erfaringer legene beskriver som støttende for beslutningen. Å involvere pasienten i beslutningstaking er nyttig for å fremme hensiktsmessig antibiotikabruk (Sunde et al., 2019; Williams et al., 2018). Van der Zande et al. (2019) viser til at det kan legges mer vekt på å gi råd til pasienter. Antibiotikafri resept kan benyttes når legen mistenker at kroppen klarer å bekjempe infeksjonene selv. For å støtte denne ordningen er det laget informasjonsskriv som kan printes ut

på åtte ulike språk. Ifølge Williams et al. (2018) er pasientopplæringsbrosjyrer et støtteverktøy for å forklare når et antibiotikum ikke ble forskrevet.

Vente-og-se-resept er inkludert i retningslinjene og strategien er spesielt egnet ved tilstander hvor symptomvarigheten er avgjørende for om antibiotika er indisert eller ikke (Høye, 2013). Det er litt uklart hva som inngår i definisjonen av vente-og-se-resept. Antibiotikasenteret for Primærmedisin (u.å.-b) viser til at benyttelse betyr at legen gir en resept og avtaler betingelser for en eventuell oppstart. Strategien kan også omfatte å be pasienten komme tilbake for resept, dersom symptomene vedvarer eller forverres (Høye et al., 2010). Kontrolltimer kan benyttes for å avvente behandling og for å redusere sannsynligheten for komplikasjoner (Williams et al., 2018). Tidligere forskning har vist at vente-og-se-strategien gir leger en naturlig inngangsport for delt beslutningstaging (DBT) og pasientopplæring (O'Doherty et al., 2019; Sunde et al., 2019; Williams et al., 2018) sammen med pedagogiske brosjyrer (O'Doherty et al., 2019), ved at legen presenterer alternative behandlingsfordeler og ulemper (Brabers et al., 2017). Informerte pasienter foretrekker mer konservative behandlingsstrategier som antibiotikafri resept (Brabers et al., 2017). Tre studier viser til at vente-og-se-resept brukes for å forebygge unødig bruk av antibiotika i milde tilfeller hvor de var ganske sikre på at kroppen ville håndtere inflammasjonen selv (O'Doherty et al., 2019; Sunde et al., 2019; Williams et al., 2018). Tre studier viser til at den reduserer forskrivningen ved at mange ikke henter ut reseptene (Brabers et al., 2017; Høye et al., 2010; Saliba-Gustafsson et al., 2021). Det er ikke funnet ulikheter i komplikasjoner mellom vente-og-se-resept og resept gitt umiddelbart (Høye et al., 2010). Van der Zande et al. (2019) viser imidlertid til flere studier hvor vente-og-se-resept kan føre til antibiotikabruk.

Forskning viser at kollegadiskusjon og opplæring spiller en viktig rolle i behandlingsbeslutninger (Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Disse studiene viste til at det å ikke forskrive krever mer tillit og erfaring fra legen, mer ressurser i praksisen, samt mer støtte fra det brede helsevesenet. Noen leger finner det krevende at pasienter kan være umulige å overtale til å avstå fra antibiotikabruk. Men de fleste er upåvirket av dette. Erfarne leger står lettere imot pasientenes ønsker om antibiotika (Saliba-Gustafsson et al., 2021). Hurtigtester kan gi legene forhandlingsmakt og en innfallsvinkel for informasjon når pasienter insisterer på å få forskrevet antibiotika (Saliba-Gustafsson et al., 2021).

Forskrivere må være mer mottakelige for endringer av egen antibiotikaforskrivning. De må være innstilt på å investere tid og krefter på å forklare beslutningen for pasienten (Williams et al., 2018). Van der Zande et al. (2019) viste til at legens erfaring og tillit til egen klinisk beslutningstagning er like viktig og at de finner støtte i intraprofesjonell diskusjon fra ledernivå. Felles håndtering av pasientforventinger i legevakt, bidrar til at fastleger skriver mindre. Legene får også trygghet ved at de får tilbakemelding på sin forskrivning. Dette kan for eksempel være diskusjonsfora med kolleger eller statistikk (Lindberg et al., 2017; O'Doherty et al., 2019; Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Andre tiltak som bidrar til trygghet er støttende praksispolitikk (Van der Zande et al., 2019), klinisk erfaring (Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018) og kunnskap (O'Doherty et al., 2019; Williams et al., 2018).

I Malta anså man at leger ofte antok at fravær av respons på behandlingen kan være forårsaket av antibiotika-resistente bakterier eller som en videreutvikling fra en virusinfeksjon til sekundær bakteriell infeksjon. Få leger bemerket at manglende respons også kunne skyldes at antibiotika var forskrevet unødvendig for en virusinfeksjon (Saliba-Gustafsson et al., 2021). Studien belyser ikke hvorfor leger ikke har tenkt at tilstanden kan være forårsaket av en virusinfeksjon. Saliba-Gustafsson et al. (2021) beskrev det som bekymringsfullt at fastleger sjelden trodde manglende respons på behandling kunne skyldes unødvendig antibiotikaresept for en virusinfeksjon, når øvre LVI typisk er virale og selvbegrensende.

En litteraturstudie søkte å finne hva som bidrar til antibiotikaresistens i europeiske legevakter og konkluderte med at det er behov for mer forskning som beskriver hvorvidt klinikere følger retningslinjene (Hart & Phillips, 2020). Samtidig finnes det lite forskning som beskriver forhold som påvirker forskrivning¹.

¹ Bent Håkan Lindberg, overlege ved Hedmarken interkommunale legevakt i Hamar og stipendiat ved avdeling for allmenmedisin, antibiotikasenteret for primærmedisin. 26. juni 21.

2.3 Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å «Utforske og beskrive hvordan leger i legevakt bruker norske retningslinjer for å vurdere riktig behandling til pasienter med luftveisinfeksjoner». Funnene kan bidra til en økt forståelse for hvordan leger vurderer forskrivning og påpeke områder der retningslinjene ikke tilfredstiller behovene. Tiltak som kan tilrettelegge for forskrivning til denne målgruppen i legevakt.

2.4 Problemstilling

Hvordan erfarer leger i legevakt å bruke norske retningslinjer ved vurdering av forskrivning av antibiotika til pasienter med luftveisinfeksjoner?

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere studiens design og begrunne metodiske valg jeg har tatt underveis i prosjektet. Her beskrives forberedelse, gjennomføring og etterarbeid ved datainnsamling og analysen samt min forforståelse og forskningsetiske vurderinger.

3.1 Design

Lever inn:

Jeg valgte å benytte et utforskende og beskrivende kvalitativt design. Kvalitative metoder omfatter strategier for å beskrive, analysere og fortolke erfaringer ved fenomener som skal undersøkes (Malterud, 2017, s. 30). Semistrukturerte individuelle intervjuer er intervjuer hvor man som forsker har utarbeidet hovedtemaer som skal dekkes fremfor å stille spesifikke spørsmål (Polit & Beck, 2021, s. 803). Jeg ville benytte denne metoden som datainnsamlingsmetode fordi den legger opp til å gå i dybden av legenes uttalelser da jeg hadde få intervjuobjekter. Nærhet til feltet og direkte kontakt med deltagerne kjennetegner også denne metoden. Kunnskap som blir skapt mellom forsker og intervjudeltaker bidrar til å gi en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2018, s. 11). Metoden innebar at jeg hadde en klar plan med tema jeg ønsket belyst, samtidig som legene fikk spørsmål som gav et åpent og fleksibelt spillerom til å fortelle om egne erfaringer. Metoden egnert seg godt til spontant å følge opp og utforske erfaringer (Polit & Beck, 2021, s. 514). På denne måten bidro metoden til å gi et rikt og helhetlig bilde av legenes erfaringer ved vurdering av forskrivning. Denne fleksibiliteten var spesielt hensiktsmessig fordi det fantes lite forskning på området fra tidligere. Studien er som mange andre semistrukturerte studier innen helsefag og medisin ikke knyttet til noen spesifikk metodetradisjon (Malterud, 2017, s. 37, 38).

3.1.1 Forforståelse

I følge Malterud (2017, s. 44) har vi alle med oss en bevisst eller ubevisst forforståelse som vil påvirke oss i hvordan vi samler, leser og tolker dataene våre. Forforståelsen har sitt utspring i våre erfaringer, verdier og holdninger. Kunnskap om tema utviklet jeg gjennom praktiske erfaring som sykepleier og AKS-student, som kollega til leger i forskrivningssituasjon og arbeidet med prosjektbeskrivelsen. Forforståelsen til tematikken bidro til at jeg lettere kunne sette meg inn

legenes beskrivelser. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål for å utdype og å få en bekreftelse på at vi hadde en felles forståelse for erfaringene som ble beskrevet.

3.2 Utvalg

Kvalitative studier baser seg på få intervjudeltagere og har ikke som formål å være allmenngyldige, men søker isteden å besvare spørsmålet som stilles (Polit & Beck, 2021, s. 497). Jeg ønsket deltagere som med sin kunnskap og interesse for temaet var villige til å reflektere med meg. I følge Thagaard (2018, s. 59) er det å utvikle dybdekunnskap og forståelse om et fenomen tid og ressurskrevende. Dette legger føringer for antall intervjuobjekter. Utvalget var strategisk. Strategisk utvalg av intervjudeltagere kan gi en rik beskrivelse av tematikken (Johannessen et al., 2015, s. 106). Det endelige utvalget bestod av 8 deltagere, hvorav 4 var menn og 4 var kvinner, med et aldersspenn fra 25 - 40 år. Ansienniteten varierte fra to år til mindre enn 10 år.

3.2.1 Rekruteringsprosedyre

Selve rekrutteringen foregikk ved at leder for legene, ved den utvalgte legevakten, ble forespurt om å bistå. Hun formidlet informasjonsskriv via legevaktens nettside med informasjon om prosjektet og forespørsel om deltagelse (se vedlegg 1). I tillegg formidlet hun en forespørsel via e-post til alle legene som var registrert ved legevakten. Tre meldte sin interesse. Etter en uke, ble det sendt ut en ny forespørsel på e-post. Ingen responderte. Dette medførte at jeg selv gjennomførte direkte forespørsler. To takket nei, en mann og en dame. Fem takket ja.

3.3 Datasamling

Her beskrives prosessen med innsamling av datamaterialet fra utarbeidelse av intervju spørsmål til og med utførelsen av transkriberingen.

3.3.1 Forberedelse

Som datainnsamlingsmetode benyttet jeg semistrukturert intervju. På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide. På grunn av manglende erfaring og usikkerhet rundt intervjusituasjonen utarbeidet jeg fullstendige spørsmål. Stikkordene ble uthevet, slik at jeg lettere fikk oversikt over temaene jeg ønsket belyst. På denne måten forsikret jeg meg ved å ha ferdige formulerte spørsmål, å støtte meg til ved behov. Dette bidro til å gi meg oversikt og en friere flyt mellom temaene (Malterud, 2017, s. 133-134). Ved utarbeidelsen støttet jeg meg til litteratur handlingsplaner og tidligere forskning på området. Veileder, gruppeseminarer og medelever var viktige støttespillere i prosessen med å utarbeide gode spørsmål som kunne gi svar på min problemstilling. Utviklingen og formuleringen av disse gjorde meg bevisst på å stille nøytrale spørsmål. Dette sikrer at erfaringene som ble beskrevet ikke ble oppmuntret eller styrt mot et gitt utfall. Ifølge Kvale og Brinkmann (2021, s. 46) skal tema som ønskes belyst sikles inn. På bakgrunn av dette utarbeidet jeg åtte spørsmål. (Vedlegg 2). Kvale og Brinkmann (2021, s. 84) vektlegger at kvaliteten på data som produseres under et intervju avhenger av intervjuerens ferdigheter og kunnskap om temaet. Thagaard (2018, s. 94) mener imidlertid at den beste måten å trene på er gjennom egen øvelse. Jeg gjennomførte et pilot-intervju med en lege som tidligere var ansatt ved legevakt. Denne erfaringen lot meg kjenne på intervjusituasjonen, samt innarbeide en flytende og lett tone ved å øve på de formulerte spørsmålene. Øvelsen viste meg også at nonverbal kommunikasjon som smil, nikk osv. gav rikere og friere besvarelser.

3.3.2 Gjennomføring

Intervjuene ble avviklet i løpet av mars 2022. For å redusere ulemper ble legene tilbudt at intervjuene kunne foregå i arbeidstiden på et tidspunkt som passet dem. Det ble avsatt en time til hvert intervju for å ha rikelig med tid til å ha en fri og åpen samtale. Dette viste seg å være tilstrekkelig, da intervjuene i snitt hadde en varighet mellom 35-40 minutter. For å skape trygghet rundt intervjusituasjonen var jeg tydelig på at det ikke fantes noen fasit, og at det var deres erfaringer jeg var ute etter. Slik Malterud (2017, s. 133) anbefaler ble de informert om at erfaringer og sitater ville bli anonymisert. Møterommet var også booket, slik at vi kunne sitte uforstyrret. Alle intervjuene ble tatt opp med nettskjema diktafon (Universitetet i Oslo, u.å). Det var ingen tekniske problemer underveis. Stikkordsnotater med observasjoner ble gjort underveis, da lydopptak kun er

nyttig for å samle muntlig data, men ikke favner nonverbal kommunikasjon (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 205). Notatene bidro også til at jeg sjelden avbrøt resonnementer.

Temaene ble oftest besvart ettersom vi naturlig kom inn på dem. Den løse rammen som semistrukturerte intervjuene la opp til bidro til en avslappet samtale hvor jeg hadde min konkrete plan for å få belyst sentrale tema. Rammene gav legene god mulighet til å utdype erfaringer de mente hadde betydning for sine vurderinger ved ulike forskrivningssituasjoner. Som Thagaard (2018, s. 96) belyser, oppdaget jeg at en avventende positiv holdning med korte responser («ja», «hm» eller nikk) ofte gav rikere beskrivelser. Videre bidro denne avventende og oppmuntrende tilnærmingen til å gi ro og tid til å reflektere.

Thagaard (2018, s. 95) viser til at det kreves en balanse mellom spørsmålene som stilles og det å gå i dybden, mens Malterud (2017, s. 193) viser til at oppfølgingsspørsmål kan bidra til å kompensere for ulikheter i hvordan intervjudeltagerne uttrykker sine beskrivelser. Jeg forsøkte å ivareta denne balansen ved å bruke stikkordsnotater for å følge opp temaene legene streifet innom, uten å miste fokus på det som ble sagt. Det viste seg at oppfølgingsspørsmålene ofte gav en mer nyansert og utfyllende beskrivelse. Jeg benyttet formuleringer som; «når du sa.. mener du..» eller «kan du utdype..». På denne måten gav intervjuene meg tilgang på et rikere mangfold og nyanser.

Alle intervjuene ble avsluttet med å spørre legene om de syntes vi hadde snakket om tema som var relevant for problemstillingen. Dette gav meg bekreftelse på at legene oppfattet spørsmålene som dekkende for problemstillingen. De gjorde meg imidlertid også oppmerksom på andre momenter de mente hadde innvirkning, f.eks «dårlig tid». Denne informasjonen tok jeg med meg i de neste intervjuene. I etterkant av intervjuene ble erfaringene jeg tilegnet meg notert fortløpende. Notatene benyttet jeg som forberedelse til neste intervju, og også som et sammendrag av helhetsinntrykket jeg hadde fått av hvert enkelt.

3.3.3 Etterarbeid

Det muntlige datamaterialet ble overført til skriftspråk gjennom transkribering slik Kvale og Brinkmann (2021, s. 205) anbefaler. Selve transkripsjonen ble gjennomført raskt etter intervjuet fant sted for å sikre korrekt forståelse mens erfaringen var fersk. Det var en tid- og -

ressurskrevende prosess, hvor jeg la stor vekt på å gjengi budskapet i skriftlig form. Lydopptaket var tilfredsstillende. Deltakerne snakket tydelig og var veltalende og trygge i sine budskap.

Transkriberingen ble derfor nærmest ordrett, med unntak av setninger som ble påbegynt flere ganger uten å komme i gang, samt latter, pauser, kremt og tonefall. Videre ble dialekter og formuleringer som kan avsløre deltakerens identitet redigert til østlands-dialekt. Ved å lytte til lydfilene flere ganger forsikret jeg meg om at det skriftlige materialet ikke medførte tap av detaljer eller mening. Transformerings av et og ett intervju til skriftlig arbeide gjorde datamaterialet ble overkommelig. Prosessen bidro til at jeg ble bedre kjent med datamaterialet. Detaljer jeg ikke hadde absorbert under de ulike intervjuene kom tydeligere frem. Det ble lettere å se hva som var fellestrekk og hva som var særegent ved de ulike intervjuene. Det totale transkriberte materialet ble på 47 sider der mine spørsmål og kommentarer ble skilt fra øvrig tekst med blå farge.

3.4 Dataanalyse

For å analysere datamaterialet har jeg anvendt tematisk analyse inspirert av Johannessen et al. (2018).

3.4.1 Tematisk analyse

Det er mange måter å analysere intervjuer på. Tematisk analyse ble valgt fordi den sies å være den mest grunnleggende og studentvennlige (Johannessen et al., 2018, s. 278-279). Tematisk analyse presenterer en trinnsvis oppskrift for identifisering, analyse og rapportering av mønster i det innsamlede datamaterialet (Johannessen et al., 2018, s. 278-312). Analysen deles inn i fire faser hvor overgangene er glidende; det vil si at man ikke tegner et klart skille for hvor den ene fasen slutter og hvor den andre begynner (Johannessen et al., 2018, s. 283). Tematisk analyse kan brukes for seg eller sammen med ulike teorier og perspektiver (Johannessen et al., 2018, s. 278, 279). I denne analysen benyttes den alene. Problemstillingen jeg ønsket å finne svaret på var konkret. Utfordringen ved analysen var for meg knyttet til hvordan jeg kunne presentere en logisk fremstilling med gjensidig utelukkende kategorier da kategoriene hadde så nær og kompleks tilknytning til hverandre. Sakte åpenbarte det seg en naturlig måte å fremstille funnene på.

3.4.2 Forberedelse

Denne fasen innebærer å utarbeide en oversikt over materialet uten å gå i dybden (Johannessen et al., 2018, s. 283, 284). Med dette i tankene leste jeg igjennom hvert intervju fortløpende.

Transkripsjonene ble lest igjennom flere ganger. Underveis gjorde jeg notater slik Johannessen et al. (2018, s. 284) anbefaler. Notatene og oversikten hvert intervju gav bidro til at jeg fikk en overordnet forståelse for de ulike intervjuene. Da alle intervjuene var utført gikk jeg igjennom materialet som helhet (Johannessen et al., 2018, s. 284). Dette bidro til ytterligere oversikt og helhetsinntrykk og dannet et godt fundament for de neste fasene.

3.4.3 Koding

Hoved fokuset i denne fasen var å bygge videre på oversikten, og utvikle en dypere innsikt i dataene for å legge til rette for kategoriseringen (Johannessen et al., 2018, s. 184). Dette ble gjort ved å markere viktige koder i dataene med en farge. Jeg benyttet skjema med to kolonner. Venstre kolonne inneholdt transkripsjon og høyre inneholdt datanære stikkord (koder) som viste viktige og potensielt viktige poenger. Disse kodene ble markert med farger utfra hva de omhandlet.

Materialet som ikke berørte min problemstilling, ble utelatt. På denne måten ble datamaterialet komprimert. Struktureringen bidro til å gi meg en oversikt. Samtidig som jeg kodet leste jeg tidligere notater og gjorde meg nye refleksjoner underveis. Dette bidro til en bevisstgjøring rundt egne refleksjoner og hvordan jeg benyttet meg selv som verktøy i analysen. I fenomenologien kalles dette for «braceting», ved at man bevisst ser hvordan forkunnskapen fungerer som «briller» og innvirker på hva man legger merke til i datamaterialet (Polit & Beck, 2021, s. 478). En kode var først at legene mente retningslinjene var «mangelfulle» og derfor ikke kunne brukes i en del situasjoner. En annen kode var at retningslinjene «kommer til kort» men likevel ikke var mangelfulle. Det var pasientens symptompresentasjon som var for kompleks. Kodingen viste meg at det jeg først trodde var en motsetning kunne tolkes som sammenfallende uttalelser. Dette førte til et nytt spørsmål; «hva oppgir legene som årsak» og en ny kode «komplekse pasientpresentasjoner». Jeg utviklet min forståelseshorisont ved å arbeide meg gjennom dataene. Dette gav meg en stadig dypere forståelse og innsikt i legenes uttalelser, hvor mønstre og sammenhenger kom tydeligere frem. Jeg lot meg inspirere av den hermeneutiske sirkelens glidende overganger. Innhold ble tolket og gitt mening ved å se på sammenhengen mellom helhetsinntrykket og de ulike uttalelsene og konteksten det var hentet fra (Polit & Beck, 2021, s. 479).

3.4.4 Kategorisering

I denne fasen ble kodene sortert og satt sammen til en større helhet (kategori). Hver kode ble analysert og deretter samlet i kategorier hvor innholdet var gjensidig utelukkende. Jeg oppdaget at kodene «komme til kort», «komplekse», «bruke hodet» og «senke terskelen» omhandlet det som ble kategorien «områder retningslinjene ikke håndterer». Underveis stilte jeg spørsmålet: «hører de virkelig hjemme her»? «hvilke fellesnevner finner jeg ved kodene?» Dette var en lang prosess hvor jeg vektet og grublet skriftlig til jeg fant riktig «kurv» til de forskjellige kodene. Noen kodegrupper ble slått sammen, mens andre koder ble flyttet fra en kategori til en annen. En kode kunne passe med flere kategorier, hvilket bidro til at denne prosessen var levende, og stadig i endring etter hvert som analysen utviklet seg. Hele veien arbeidet jeg systematisk med en og en kode opp mot en og en kategori. Jeg befant meg i en prosess med glidende overganger mellom helhet og del. Alt hadde en sammenheng med hverandre. Når alt materialet var gjennomgått og systematisert i gjensidig utelukkende kategorier som ikke overlappet i for stor grad, var jeg klar for neste fase.

3.4.5 Rapportering

Denne fasen omfatter skrivingen av resultatdelen. Skrivingen startet parallelt med de andre fasene, men utviklet seg hele tiden etter som min helhetsforståelse og innsikt økte. Selv når dataene var kategorisert, ble det flere ganger gjort justeringer. Enkelte tema ble utelatt fordi de ikke hadde noen relasjon til problemstillingen. Nye tema fikk mer fokus enn de hadde hatt og noen ble slått sammen eller flyttet (Johannessen et al., 2018). Til slutt representerte hver kategori et analytisk sammendrag av hovedtemaene som ble presentert av legene under intervjuene. Eksempler på dette var «bruker retningslinjene» og «områder retningslinjene ikke håndterer».

3.5 Forskingsetiske vurderinger

Forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannessen et al., 2015). Når intervju benyttes som datainnsamlingsmetode må personopplysninger om intervjuobjektet innhentes. Det ble derfor søkt om dette via norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD godkjente prosjektet før datasamlingen ble iverksatt (vedlegg 3). Studien behandlet ikke helse

opplysninger og var derfor ikke meldepliktig til regional etisk komite (REK). Personopplysningsloven stiller krav om informert samtykke (Johannessen et al., 2015, s. 96). Dette oppnås ved at deltakerne må være tilstrekkelig kjent med hva de samtykker til (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 104). For å tilstrebe dette benyttet jeg NSD s mal for informasjonsskriv (vedlegg 1). Der legene ble informert om at intervjuene ble tatt opp, men at personopplysninger ble behandlet konfidensielt og om hvem som vil ha tilgang til dem. De ble også informert om at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Hvert intervju startet med en gjennomgang av informasjonsskrivet. Deretter ble samtykket signert. Alle personopplysninger ble behandlet konfidensielt. Transkripsjonene inneholdt ikke gjenkjennbare formuleringer. Underveis i rekrutteringsprosessen ble det gjort flere tiltak for å legge til rette for deltagelse. Virksomhetsleder ved legevakt godkjente at intervju at intervjuene kunne gjennomføres i legenes arbeidstid på et egnet rom.

Når man gjennomfører en intervjuundersøkelse bør man ifølge Kvale og Brinkmann (2021, s. 97, 103) tenke igjennom en del forhold. Blant annet hvorvidt deltagelsen kan få konsekvenser for deltagerne. Tematikken som ble tatt opp lå nært opp til legenes arbeidshverdag. Det ble derfor i forkant av intervjuene presisert at legene ikke skulle gjengi konkrete pasienter. Det fulgte ingen spesiell risiko med å delta da det ikke ble tatt opp sensitive temaer under i intervjuene. Dette var en av årsakene til at jeg valgte å intervju leger på egen legevakt, da verken tematikken eller min rolle som sykepleier (uten personalansvar eller lederverv) ville ha betydning for legenes beskrivelser eller konsekvenser for vår samhandling i etterkant. Studien var ikke sponset eller påvirket av andre interessenter. Da jeg intervjuet mine arbeidskolleger, kan egen innvirkning på resultatene i studien ha vært av betydning. Det er mulig at intervjuobjektene snakket fortrolig og ærlig. Samtidig kan et ønske om å fremstille seg selv i et fordelaktig lys for en person de møter i et arbeidsforhold innvirke på svarene. Intervjuobjektene kan vinkle svarene mot hva de anser at de bør gjøre fremfor hva de faktisk gjør. Jeg sitter igjen med en følelse av at legene var oppriktige i sine svar og at min rolle ikke påvirket deres uttalelser.

4 Resultater

Resultatene fra denne studien deles inn i to hovedkategorier. Den første omhandler hvordan legene forskriver antibiotika når det kliniske bildet samsvarer med angitt informasjon i retningslinjene. Den andre kategorien beskriver hvordan legene gjør vurderinger når den kliniske presentasjonen ikke er beskrevet i retningslinjene. I begge kategorier defineres legenes utfordringer for å stille riktig diagnose og hvordan legene håndterer disse. For å vise til transparens og troverdighet presenteres deltagerens sitater fra intervjuene fortløpende. Sitater utgjør eksempler på beskrivelser som helhet samt utdyper enkelterfaringer (Johannessen et al., 2018, s. 311).

4.1 Kliniske vurderinger og forskrivninger i situasjoner som dekkes av retningslinjene

Analysen avdekket at alle legene var enige i at retningslinjen var et nyttig verktøy. Her beskrives legenes erfaringer ved bruk av retningslinjene, hvilke forutsetninger legene trenger for å benytte dem, og hva de supplerer dem med.

4.1.1 Retningslinjene gir støtte og trygghet

Samtlige leger beskrev retningslinjene som et sikkerhetsnett eller støtte-verktøy de kunne bruke *i tillegg* til sin kliniske vurdering for å sikre effekt og riktig behandling. Uavhengig av erfaring ble «støtte» og «trygghet» brukt for å beskrive retningslinjene. Alle beskrev retningslinjene som et godt og ryddig verktøy med klare føringer der det var lett å finne frem. Legene viste tillit til at retningslinjene og behandlingsoalternativene som anbefales stort sett ville ha effekt dersom riktig diagnose ble stilt. For å stille riktig diagnose måtte de ha kunnskap om symptomene de så. Legene viste til at retningslinjene var et godt verktøy som anbefaler undersøkelser, beskriver symptomer og kliniske funn. Videre beskrives differensialdiagnoser og behandlingsoalternativer før eventuelt antibiotika anbefales.

“Det står mye fin informasjon. Jeg bruker retningslinjene veldig hyppig for jeg husker jo ikke alle doseringer, og alt sånn i hodet. Det står litt for forskjellige infeksjoner, hva som er vanlig behandling og hva man skal gi ved allergi. Det hjelper meg å sikre at pasienten får riktig antibiotika” Lege 5.

Alle legene oppgav å bruke retningslinjene aktivt. Noen av legene beskrev at de føler seg uerfarne og støttet seg til retningslinjene i sin forberedelse til konsultasjon eller som en sikkerhetsjekk i etterkant. Flere av legene oppgav at de ikke «slo opp» like hyppig som da de var nyutdannede. De gav uttrykk for at de etter hvert kjente til retningslinjene ganske godt ved en del tilstander. Likevel «slo de ofte opp» for å dobbeltsjekke seg selv, eller for å konstatere om det er kommet noen nye oppdateringer fra helsedirektoratet.

«Forbereder meg ved å oppdatere meg på retningslinjer. Jeg kartlegger litt hva som står før pasienten hentes inn. Ser etter hva slags tegn som indikerer behov for antibiotika, eventuelt hva slags antibiotika og når det holder med Prednisolonkur» Lege 3».

Flere oppgav at de som nyutdannet av og til manglet den erfaringen som skulle til for å nyttiggjøre seg retningslinjene ved at det for eksempel står at kriteriene for å gi antibiotika er belegg på tonsillene, eller at lymfeknutene er forstørret. De oppgav at dette kan føre til usikkerhet om hvorvidt lymfeknutene er store nok, eller om er det nok belegg til at pasienten fyller kriteriene for forskrivning av antibiotika.

“Ved mistanke om streptokokkinfeksjon henviser retningslinjene til centor-kriteriene. Men jeg syntes de kan være litt ullene. Når er lymfeknutene forstørret nok til at til at du skal gi et poeng for det? I kriteriene står det også om belegg, men ved en viral halsbetennelse har man jo gjerne også litt belegg. Med mindre man har sett 10.000 streptokokkhals, så synes jeg ikke det har vært så fryktelig lett. Spesielt ikke med covid hvor antall strep-hals har vært minimale” Lege 1.

Legenes beskrivelser viser at retningslinjene og øvrige oppslagsverk har hatt en viktig rolle sammen med mengdetrening. Det blir beskrevet som en utvikling av egen kunnskapsbank, ved å se samme tilstand med ulike fremstillinger gjentatte ganger i kombinasjon med veiledning i retningslinjene. På denne måten oppgir flere at deres kliniske blikk ble øvet. De ser mer, og gjenkjenner raskere hovedtrekk, og mønstrene ved ulike sykdommer. Flere uttrykte at den kliniske erfaringen bidrar til at de raskere, mer presist og mer selektert velger hvilke undersøkelser de trenger for å stille eller utelukke en diagnose. Noen viste til at erfaring fører til at de under en konsultasjon kan gå mer rett på sak og trenger færre tester for å bekrefte en diagnose. Flere beskrev at tryggheten de etter hvert har fått, gjør at de har mer «is magen» og tør avvente antibiotikabehandling. En sier at hen bruker

sin kliniske erfaring til å justere ned antibiotika dosen, hvis hen ser at pasienten kan greie å snu sykdomsbildet uten å benytte den høyeste antibiotikadosen.

“Hvor raskt får man et helhetsbilde (undret legen)? Det tok veldig mye tid i starten. Det kom med erfaringen og gjorde det lettere å tørre og avvente. Det er alltid variasjoner ved de forskjellige sykdommene eller tilstandene. Etter hvert ser man mønster som peker på hvilken diagnose det kan være. Hva du har av erfaring, hva du har sett og hva du legger i disse symptomene påvirker vurderingen” Lege 7.

4.1.2 Rekkefølgen på antibiotikaanbefalingene

De fleste legene nevnte at det har en avgjørende betydning å følge den anbefalte rekkefølgen på anbefalingene av antibiotika.. Det preparatet som gir minst resistens er det som anbefales først for å imøtekomme målet med å redusere resistensutvikling. Flere av legene oppgav det som støttende at retningslinjene presenterer flere alternative antibiotikabehandlinger. Slik kan legene i situasjoner hvor pasienten ikke kan benytte anbefalt preparat bytte til alternativer. Legene oppgav at kjent resistens, nyoppdaget manglende effekt og allergier som grunner til de avviker fra første anbefalte preparat på listen.

“Det er fint å ha retningslinjer som sier hva som er det beste alternativet når det for eksempel er allergier ute og går. De gir klare føringer for hva som er første, andre og tredjevalg” Lege 8.

4.1.3 Andre oppslagsverk supplerer eller erstatter

Flere av legene beskrev at de i tillegg eller istedenfor retningslinjene benytter Legevaktshåndboken² og Norsk Elektronisk Legehåndbok³. Legene oppgav at behandlingsforslagene stort sett samsvarer med retningslinjene, men at detaljnivået i innholdet varierer og er grunnen til at de søker støtte i ulike oppslagsverk. Noen oppgav at curb 65⁴ og centor⁵ score blir benyttet for å underbygge

² Legevaktshåndboken er et praktisk verktøy som kan støtte legene i det daglige arbeidet og ved vurderingene som gjøres på legevakt. Distribuert gratis til alle av Helsebiblioteket.

³ Norsk Elektronisk Legehåndbok er et medisinsk oppslagsverk for leger og annet helsepersonell som oppdateres fortløpende av mange fagpersoner.

⁴ CURB 65 er et akronym og klinisk skåringsverktøy som skalerer risikofaktorer for dødelighet ved lungebetennelse.

⁵ Centor Score et akronym og klinisk skåringsverktøy som skalerer sannsynligheten for en bakteriell halsinfeksjon.

sannsynligheten for at riktig diagnose er satt. Flere av legene bemerket at legevaktshåndboken er spesielt godt egnet til problemstillingene som presenteres i legevakt. De viser til at fremstillingen er kortfattet og passer det til tider hektiske arbeidsmiljøet i legevakten.

“Jeg bruker NEL og antibiotikaveilederen. Også bruker jeg bruker skåringsverktøyene CURB 65 og Centor Score for å underbygge vurderingen min, ved å vise at det er en sannsynlighet for at det er det eller det. Objektive bevis gjør da at mine subjektive funn blir klassifisert i et skåringssystem” Lege 4.

4.2 Kliniske vurderinger og forskrivning i situasjoner som ikke er beskrevet i retningslinjene

I denne del beskrives vurderinger og forskrivning som utføres når det kliniske bildet ikke er beskrevet i retningslinjene. Dette kan skje når den kliniske presentasjonen er kompleks og variert. Til slutt presenteres legenes beskrivelser av hva som påvirker vurderingene og hvordan de løser disse situasjonene.

4.2.1 Retningslinjene kommer til kort

Alle legene uttrykte at vurderinger og behandling ved LVI stort sett er ukomplisert og at det sjelden er behov for antibiotika. I enkelte tilfeller derimot kan sykdomsbildet være vanskelig å vurdere for å angi en diagnose. En diagnose er en forutsetning for å anvende retningslinjene. Det er også andre situasjoner hvor legenes vurderinger gjør at de må sette retningslinjene til side. I diagnostisk vanskelige situasjoner oppgir legene at de må sette klinikk over retningslinjene. Legene viste til situasjoner hvor de var usikre på om infeksjoner var forårsaket av bakterier eller virus. Flere leger viste til problemstillinger hvor pasienten ved konsultasjons tidspunktet var for tidlig i sykdomsforløpet til at legen ved hjelp av klinisk undersøkelse eller diagnostiske tester kan skille en diagnose fra den andre.

«Det hender at det kommer pasienter med tydelige symptomer på streptokokkinfeksjon, men hvor man ikke finner utslag på streptest eller mye utslag på CRP. Det kan være streptokokkinfeksjon, men det kan også være mononukleose. Denne kan imidlertid ikke påvises før minst en uke etter debut.

Hva skal jeg gjøre da? Skal det brukes antibiotika siden den oppfyller noen kriterier, eller skal jeg vente til det har gått 5-6 dager for å ta en mononukleasetest? Det kan bety at pasienten blir skikkelig dårlig mens vi venter. Hvis pasienten oppfyller mer enn 2 av 4 kriterier så gir jeg ofte antibiotika. Hvis pasienten ikke blir bedre, bes han komme tilbake for å ta en mononukleasetest. I disse tilfellene er ikke retningslinjene godt veiledende, kan du si» (Lege 2).

Andre diagnostisk vanskelige situasjoner omhandlet symptompresentasjonen som pekte mot flere- eller- ukjent fokus, og i situasjoner hvor pasienter hadde fått en behandling, og ikke respondert som forventet. Noen pasienter kan av ulike grunner ikke ha mulighet for å komme til kontroll innen 12-24 timer. I disse diagnostisk usikre situasjonene oppgav legene at retningslinjene ikke er til hjelp for å stille en diagnose.

«Klassisk problemstilling for en skrøpelig eldre kan være: utslag på urin-stix, litt krepitasjoner på lungene, kanskje en liten grad kols i bunnen, kanskje litt hjertesvikt. Da vet man ikke helt ikke helt hva som er hva. Men, så har man lyst til å behandle både en urinveisinfeksjon og en luftveisinfeksjon samtidig. Det finnes ikke noe godt verktøy for å finne den beste kombinasjonen av antibiotika» Lege 1.

Legene oppgav at de senket terskelen for å skrive antibiotika, utover anbefalingene gitt i retningslinjene, når de mente at potensialet for en rask forverring var overhengende. Flere oppgav at personer med redusert reservekapasitet og spesielt pasienter med underliggende problematikk kan komplisere sykdomsbildet. Kronisk syke, men også eldre og barn, spesielt små barn under ett år, har større risiko for å bli raskere alvorlig syke.

«Jeg forskriver antibiotika hvis det er forhold i det kliniske bildet som indikerer at det er potensiale for at det kan gå veldig fort eller at faren er overhengende. Det har noe med hvilke reserver pasienten har. Friske folk kan tåle en lungebetennelse relativt greit. Hos folk som har noe underliggende kan forskjellen på 24 timer, med eller uten antibiotika, bety om de overlever eller ikke» Lege 1.

4.2.2 Pasientens og legens påvirkning på forskrivning

Det kom frem at pasientens kultur, oppfatninger, holdninger og personlighet kan komplisere kommunikasjonen. Flere av legene oppgav at enkelte kulturer ser på antibiotika som det eneste behandlingsalternativet. Legene hadde delte meninger om å henvise til retningslinjene under en konsultasjon. Enkelte pasienter trygges ved at legen begrunner sitt behandlingsvalg ved å vise til retningslinjene, mens andre leger følte at pasientene ikke var mottagelige for denne informasjonen. Samtlige leger påpekte at pasientens ønske om antibiotika var underordnet, med mindre de mente pasienten kom med opplysninger som gjorde det nødvendig å vurdere situasjonen annerledes.

«Det finnes en del ukultur i forskjellige land, hvor de skal ha antibiotika for alt, til og med for en viral halsbetennelse. De skjønner ikke at antibiotika ikke tar virus, selv om jeg prøver å forklare. Lite problem blant etnisk norske, men hos en del fra øst-europa. Det hjelper noe å vise til retningslinjene, men det endrer sjelden deres mening. Vi står på vårt og det går stort sett greit om man ordlegger seg riktig» Lege 2.

Legene opplevde å bruke mye tid på kommunikasjon i et forsøk på å få pasienten til å forstå hvorfor antibiotika ikke kan kurere dem. Allikevel ble verken pasienten eller pårørende nødvendigvis overbevist om at legens vurdering var riktig. Noen av legene oppgav at de savnet informasjonsbrosjyrer på pasientens morsmål om ulike infeksjoner og tilhørende behandling. Flere av legene sa at norske pasienter er godt opplyste og at dette lettet legenes arbeid. Flere gav også uttrykk for at alle pasienter bør få mer informasjon om de negative konsekvensene ved bruk av antibiotika. Denne informasjonen burde da omhandle langtidskonsekvensene i tillegg til bi-effektens umiddelbare symptomer og plager.

«I absolutt beste tilfelle så forkorter du forløpet ditt med kanskje en dag. Du er allerede litt sent ute, så du vil kanskje ikke oppnå den ene dagen med forbedring. Samtidig så forklarer jeg dem de potensielle bivirkningene antibiotika har. At antibiotika ikke er noen vidunderkur og at det har negative konsekvenser. Det har ikke noe å si om pasienten er fornøyd eller ikke, for de får det jo ikke av meg hvis ikke de skal ha det. De fleste blir veldig fornøyde når de hører det svaret». Lege 3

Legene var enige i at de aller fleste leger gjør grundige vurderinger, men at enkelte dessverre prioriterer flest konsultasjoner på kortest mulig tid. Dette kan føre til forskrivning av antibiotika uten indikasjon, først og fremst for å tjene penger. Legene gav uttrykk for dette gjennom følgende utsagn: «det er åpenbart» (Lege 1), «Jeg får inntrykk av» (Lege 2), «jeg ser for meg» (Lege 3), «noen velger» (Lege 7), «det er en kjensgjerning» (Lege 8). De oppga det som svært sannsynlig at denne praksisen kan føre til overforskrivning av antibiotika ved LVI. De reagerte på kort konsultasjonstid, og journalnotater som ikke gjenspeilet en grundig vurdering. Flere av legene oppgav tidspress som en utfordring for å gjøre en grundig jobb og ønsket kommunale vakter fordi disse er på dagtid hvor det ikke er så stort tidspress.

«Foretrekker kommunalt. Så slipper jeg å tenke på dette med inntjening. Jeg liker ikke å skynde meg, da jeg synes det blir dårlig legearbeid. Jeg vil gjøre en grundig og ordentlig jobb med god samvittighet. Jeg orker ikke dette jaget» (Lege 5).

4.2.3 Vurderinger i tvilssituasjoner

Det varierer hvordan legene løser situasjoner der det er tvil om det er indikasjon for antibiotika eller ikke. De fleste svarte at de avtaler time til kontroll, spesielt når det gjelder barn og eldre pasienter. De fleste oppgav å bruke vente-og-se-resept en sjelden gang, spesielt når pasienten ikke har mulighet for å komme til kontroll. Dette gjelder også voksne som har kjent tilbakevendende problematikk, eller moderat klinikk hvor pasienten fyller nesten alle kriteriene og man ser for seg at situasjonen kan forverre seg. Noen ser vente-og-se-resept som et uegnet alternativ til barn og eldre som trenger bistand for å ivare ta egen helse, eller i andre kasus der man er usikker på pasientens evne til å følge opp behandlingen. Dette begrunnes med at ansvaret for vurdering av oppstart overføres til omsorgspersonen, eller at man frykter manglende evne til å følge instruksene og at det dermed lett kan by på mer usikkerhet. Flere oppgav at de anså vente-og-se resept som en tillitsforskrivning som de kunne anvendt hyppigere, men uttrykte usikkerhet vedrørende oppnådd formål med anvendelsen av denne ordningen. Utover dette hadde de midlertid ingen forklaring på hvorfor de ikke benyttet denne strategien.

Tilfeller med diffus klinikk på syke pasienter som ikke innlegges på sykehus ble angitt som utfordrende. I disse tilfellene ønsket ikke legene å avvende behandling, men resonnererte seg frem til

den mest sannsynlige diagnosen og behandlet i forhold til dette. Legene viste til at retningslinjene ikke gir alternativer i situasjoner hvor de mistenker fokus fra flere organsystemer som for eksempel både urinveier og eller lunger. Legene må enten vite fra tidligere erfaring hvilken antibiotika de skal bruke, eller finne en antibiotikabehandling som dekker mistenkte fokus. Ved klinisk usikkerhet og medfølgende usikkerhet om hvilke antibiotika de skal velge oppgav legene, spesielt de nyutdannede, støtte ved at en kollega bistår med sin vurdering. Flesteparten av legene oppga at de oftest konfererer med overleger eller spesialister på sykehuset fremfor kollegaer på legevakten. Tilgjengelighet og spisskompetanse ble angitt som årsaken til prioriteringen.

Legene oppga at behandlingsvalg i diagnostisk vanskelige situasjoner ofte bygger på et helhetlig bilde hvor kunnskap, risiko, erfaring og magefølelse spiller inn. Flere uttrykte at kjennskap til pasienten kan ha større betydning for forskrivningen i legevakt fremfor hos fastlege eller sykehus ved at legevaktsleger ikke har kjennskap til pasientene. Sykehuslegene har tilgang på utvidede prøver og undersøkelser, noe legevaktsleger ikke har. Dette er spesielt viktig når pasientene er skrøpelige fra før, eller har vansker med å uttrykke seg (barn eldre, personer med utviklingshemming, psykisk syke, fremmedspråklige). I slike situasjoner oppga de at legevaktsarbeid var utfordrende. Videre beskrev de at de i ordinært legevakts-arbeide sjelden ser pasientene igjen og at de derfor ikke vet om behandlingen hadde effekt. En lege hevdet at kjennskap til pasienten hadde lite betydning ved behandling av LVI.

Flere av legene sa at de hadde både gitt og holdt tilbake antibiotika som de i ettertid har erfart var feil. Samtlige leger var imidlertid enige om at diagnostisk usikkerhet er og vil være en del av deres hverdag som leger. De viser til flere eksempler hvor de har gjort grundige vurderinger og behandlingsvalg, men hvor de i ettertid har sett at behandlingen ikke førte frem slik de hadde håpet. Alle legene beskrev utfordringen i balansen mellom det å ha en restriktiv antibiotikaforskrivning og plikten til å behandle. De viste til kompleksiteten i avgjørelsene de står overfor ved å dele ulike scenarioer. Legene påpekte at det å arbeide med mennesker og deres komplekse biologi sjelden fører til at en avgjørelse er 100% sikker.

«Mennesker er forskjellige. Klinikken er forskjellig. CRP er forskjellig og kan indikere både virus og bakterier. Situasjonene er forskjellige. Man kan være like slått ut av bakterier og virus. I tillegg vil din

respons på behandling kunne være ulik fra min. Sånne ting har jeg begynt å tenke litt over etter hvert. Mennesker er mennesker med sine ulikheter. Det må man ikke glemme» (Lege 7).

5 Diskusjon

Retningslinjene er et nyttig verktøy leger i legevakt bruker i tillegg til sin kliniske vurdering for å gi riktig behandling ved luftveisinfeksjoner. Legene peker også på tillitt til de anbefalte anbefalingene og at dette er presentert på en måte som gjør det lett å finne informasjonen man trenger. Samtidig påpekes det at i kasus med komplekst sykdomsbilde må den kliniske vurderingen bestemme hvordan pasienten skal behandles. Første del av dette kapittelet diskuterer hvordan leger bruker retningslinjene ved forskrivning av antibiotika til LVI. Andre del beskriver implikasjoner for praksis. Del tre består av metode diskusjon og del fire beskriver implikasjoner for videre forskning.

5.1 Bruk av retningslinjene ved forskrivning av antibiotika

Retningslinjene er et supplement for å lette legens vurdering. Av den grunn er det kun denne yrkesgruppen som kan svare på hvordan retningslinjer kan benyttes for å vurdere riktig behandling. Min studie viste at legene var utelukkende positive og tilfredse og brukte retningslinjene som et supplement til sin kliniske vurdering. De mente retningslinjene ga dem trygghet i arbeidshverdagen. Jeg fant en artikkel som beskrev norske legevakts legers bruk av retningslinjene. De viste til at det å følge retningslinjene kan føre til overbehandling, men påpeker samtidig at det å stramme inn retningslinjene kan føre til underbehandling (Sunde et al., 2019). Utfra disse uttalelsene er det vanskelig å si hvorvidt legene i denne studien opplever retningslinjene som et nyttig verktøy. Det finnes lite forskning som beskriver dette. En litteratur studie viser til at land som for eksempel Sudan, Peru og Kongo i mindre grad bruker retningslinjene. Mens leger i Spania satt pris på anbefalinger i kliniske retningslinjer. Det vises også til at 98% av respondentene i en amerikansk studie vurderte retningslinjene som nyttig informasjonskilde. Det ble imidlertid presisert at det som var mest nyttig var lommebasert oppslagsverk (Rezal et al., 2015). Jeg har manglende kjennskap til om disse landenes helsevesen samsvarer med norsk standard. I tillegg har jeg kun kjennskap til Spanias utvikling av resistente bakterier som er mangedoblet norsk forbruk (Johansen, 2021). Jeg er derfor skeptisk til å sammenligne norske legers erfaringer med bruk av retningslinjene med disse landene.

Ingen av legene som deltok i min studie erfarte at retningslinjene i selv bidro til overbehandling. Det de imidlertid vektla var at det i ulike kliniske situasjoner kan være vanskelig å vurdere «riktig». Intervjuobjektene viste til at de i ettertid hadde sett at selv grundige vurderinger kunne vise seg å

være feil. De påpekte videre at dette førte til over- eller under- behandling, men utgangspunktet var en diagnostisk usikker situasjon. Dette er situasjoner der retningslinjene ikke kan legges til grunn uansett. Det samme beskrives av Debets et al. (2017) i en Nederlandsk studie ved at overforskrivning blir definert som andelen av reseptene som ikke var angitt i retningslinjene. Min oppfatning er at studiene antyder at det er situasjoner der andre hensyn også må vurderes, noe som gjør at retningslinjene ikke kan være det eneste vurderingsverktøyet som legges til grunn. Det forundrer meg derfor at to tidligere studier fra Irland og Malta viser at landene ikke har implementert retningslinjene for antibiotikabehandling fordi de anser dem som mangelfulle (O'Doherty et al., 2019; Saliba-Gustafsson et al., 2021). På en annen side vil motstridende oppfatninger føre til nye refleksjoner og utvikling av intervensjoner som retningslinjene og at disse tilpasses de ulike arenaene de brukes i. Forskjellene mellom ulike land kan bero på at intervensjonene varierer eller ikke samsvarer med det lokale behovet. I Norge ser man at oppfølgingsprosjektet RAK førte til økt bruk av retningslinjene og en betydelig reduksjon av forskrivningen. Hvorvidt det finnes lignende tiltak i andre land, er ukjent.

5.1.1 Strategier anbefalt av retningslinjene

Antibiotikafri resept ble benyttet ofte av legene, da legene jeg intervjuet oppgav at de fleste konsultasjoner med LVI sjelden førte til forskrivning. Det viser at retningslinjene er restriktive i forhold til antibiotika. De gir gode anbefalinger og benyttes i den hensikt de er ment.

ASP som utgir retningslinjene skriver dette på sin nettside: «Definisjonen på vente-og-se-resept er en antibiotika resept som leveres pasienten sammen med en muntlig og /eller skriftlig oppfølging» (Antibiotikasenteret for Primærmedisin, u.å.-a, u.å.-b). Høye, som er leder for ASP beskrev i sin artikkel at strategien både omfatter: at man faktisk gir en resept som pasienten kan ta dersom plagene ikke forsvinner innen forventet tid, eller at pasienten bes komme til kontroll for å få resept dersom symptomene vedvarer eller forverres (Høye et al., 2010). I den videre drøftingen tas det utgangspunkt ASPs definisjon på strategien, som så ut til å være samsvarende med legene jeg intervjuet.

Strategien ble lite benyttet av legene i min studie, uten at de kunne oppgi noen klar årsak til dette. Noen oppgav som Høye et al. (2010); Williams et al. (2018) at usikkerhet rundt pasientens manglende motivasjon og kunnskap var en av grunnene til å avvente behandling. Noen av legene jeg intervjuet oppgav at problematikken ble ytterligere forsterket når pasientene hadde behov for en tredje person til å ta behandlingsvalg for dem. Forskning har vist at vente-og-se-resept legger til rette for nettopp DBT og

pasientopplæring (O'Doherty et al., 2019; Sunde et al., 2019; Williams et al., 2018). I tillegg er ordningen anbefalt av retningslinjene fordi den også reduserer forskrivning. Det er derfor overraskende at dette ble lite brukt av legene jeg intervjuet, da de har utvist tillitt til retningslinjene som helhet. En årsak kan være legenes usikkerhet om hvorvidt pasientene faktisk følger anbefalingene eller om de henter ut resepten umiddelbart. Dette støttes også i tidligere forskning (Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Denne usikkerheten kan ha hatt en innvirkning på legenes lave bruk av vente-og-se-resept. I tillegg kan de opplyste utfordringene rundt kommunikasjon også påvirke til redusert bruk av strategien. Legene beskrev at de av og til kjente på avmakt når de på tross av å gi rikelig med informasjon ikke lyktes med å få pasienten til å anerkjenne foreslåtte behandlingsstrategi. Samtidig uttrykte legene jeg intervjuet at de som leger bør bli enda bedre på å gi informasjon til pasientene for å sikre felles forståelse om betydningen av å unngå bruk av antibiotika i situasjoner der det ikke er nødvendig. Vi vet at det i legevakt kan være stor pågang og et ønske om og raskt avklare pasienten. Mangel på tid til kommunikasjon kan derfor også være en faktor som påvirker bruk av strategien.

Williams et al. (2018) oppgav manglende tilbakemelding på uthenting og bruk av vente-og-se-resepter som en faktor som gjør det vanskeligere å benytte denne strategien. Om og eventuelt hvordan denne usikkerheten påvirker legenes ønske om å benytte denne strategien bør forskes mer på. Jeg tror at det å gi legene tilgang og oversikt over pasientenes uthenting av resept ville bidratt til økt bruk.

O'Doherty et al. (2019) funn støtter beskrivelsene som ble gitt av legene jeg intervjuet ved at de fant at redusert evne til egenomsorg kan føre til forskrivning av vente-og-se-resept. Jeg tror man fremover bør se på hvordan man i legevakt kan bidra til å støtte DBT og deling av informasjons/kunnskap for å styrke bruk av strategien og om dette bidrar til redusert forskrivning. Van der Zande et al. (2019) viser til at det å ikke forskrive er mer effektivt og løfter spørsmålet om det å bruke andre strategier, som støtter legenes evne til å ta beslutninger, kan være mer effektive reduserende tiltak. Dette er et stort spørsmål og bør behandles av de som lager retningslinjene. Så lenge vente-og-se-resept er nevnt i retningslinjene er min oppfatning at det er fordi man har evidens på at det er en effektiv strategi for å redusere bruk av antibiotika. Derfor mener jeg det er viktig med økt informasjon til legene om dette. Samtidig bør det forskes mer om og hva som eventuelt er årsaken til at det benyttes lite. Slik at flere tar i bruk løsningen.

Uansett strategi oppgir legene at de sjelden får vite om vurderingene som blir tatt under en legevaktskonsultasjon bidrar til bedring. Dette har trolig også en innvirkning på vurderingene som gjøres, men jeg har vansker med å se hvordan dette kan løses.

5.1.2 Erfaringens betydning for bruk av retningslinjene

Resultatene i min studie antyder at legers erfaring kan ha en betydning for bruk av retningslinjene. Intervjuobjektene i min undersøkelse mente at manglende erfaring kan hindre god utnyttelse av retningslinjene. Legene sa at de som nyutdannede hadde kjent på at lite erfaring gjorde det vanskelig å skille symptompresentasjon ved ulike kliniske funn i halsen. Samtidig beskrev flere leger at retningslinjene bidro til faglig utvikling når de var nyutdannede, og at retningslinjene sammen med mengdetrening bidro til at de ble raskere og mer presise i sine vurderinger. Med nyutdannede forstår jeg LIS1-leger. Jeg har ingen grunn til å tvile på legenes erfaring med dette. Van der Zande et al. (2019) viste også til lignende funn ved at mange leger sa at de reduserte forskrivning over tid etter som de ble mer selvsikre og erfarne. Men jeg anser det som et nytt funn at retningslinjene blir sett på som en kilde til utvikling av egen kunnskapsbank. Fremtidige studier bør undersøke dette videre. Det trengs også mer forskning for å se hva LIS1-leger trenger for å nyttiggjøre seg retningslinjene. Det kan være at nyutdannede leger kan trenge mer informasjon, som for eksempel bilder, og at det kan være funksjoner i retningslinjene som tar høyde for dette. Dette kan være aktuelt fordi LIS1-leger har kommunal tjeneste i et halvt år og mange tar vakter i legevaktstjeneste. Uansett erfaringsbakgrunn vil kliniske funn være basert på subjektive vurderinger av objektive tegn. Det er derfor rimelig å anta at vurderingene kan føre til ulik forskrivning av ulike leger. Det er likevel ingenting i min undersøkelse som tyder på at retningslinjene bidrar til overforskriving. Retningslinjene bidrar til at leger føler seg tryggere i beslutning om å ikke forskrive antibiotika.

To studier viser til at vanlige utdanningsaktiviteter bør inkludere tverrfaglig samarbeid på alle nivåer for å skape de beste læringssystemene for faglig utvikling (Bennett et al., 2000; Grol, 2005) og at dette vil forbedre kunnskapen, ferdighetene eller holdningene (Grol, 2005). Videre ble det vist til ulikt syn på hva som skulle til fra å endre den sosiale interaksjonen og samarbeid i team til selvmotivasjon eller ytre stimuli som press eller kontroll. Det kan se ut til at intervensjoner i Norge har siktet så bredt som artiklene viser til. Jeg tror dette er mye av årsaken til at legene jeg intervjuet opplever norske retningslinjer nyttige og som et godt verktøy. Jeg kjenner ikke til om legene ved min studie deltar på jevnlig fagmøter hvor antibiotika forskrivning står på dagsorden, men jeg ser for meg at slike lokale møter kunne vært nyttig. Samtidig syntes jeg at det lokalt bør fokuseres på å styrke klinisk erfaring ytterligere i daglig praksis.

5.1.3 Rekkefølgen på antibiotika anbefalingene

Et funn i min studie viste at de fleste legene beskrev viktigheten av det å følge rekkefølgen på antibiotika-anbefalingene i retningslinjen. Flere mente at en slik systematisk tilnærming ville bidra til å redusere resistensutviklingen. I den tidligere undersøkelsen som er gjennomført i Norge er dette fokuset ikke blitt beskrevet spesifikt, men viser til uttalelser hvor leger uttaler at det er viktig å gi ifra seg noe av «friheten» ble funnet i Sunde et al. (2019): «*Som alle mine kolleger verdsetter jeg min uavhengighet som allmennlege, men visse tilfeller (som problemet med bakteriell resistens) er for viktige til ikke å administreres sentralt*». Jeg syntes dette viser en lignende holdning som jeg syntes jeg så hos deltakerne jeg intervjuet, ved at de var bevisst sine valg og var villige til å følge anbefalingene. På den andre siden viser legene jeg intervjuet til situasjoner hvor de, på bakgrunn av opplysninger fra pasienten, så seg nødt til å avstå fra rekkefølgen for å ivareta pasientens helse. En av årsakene til at legene avstår fra rekkefølgen var manglende effekt av antibiotika. Saliba-Gustafsson et al. (2021) fant det bekymringsfullt at manglende effekt av antibiotika blir tolket som en bakteriell infeksjon. Når man vet at de fleste LVI er forårsaket av et selvbegrensende virus. De så at tankegangen noen ganger resulterte dette i forskrivning av flere antibiotika kurer. Siden det er legene som har siste ordet og retningslinjene kun er en anbefaling. Kan man ikke si at dette er funn som tyder på at det er noe galt med retningslinjene. Men kan hende det er et tegn på at retningslinjene bør komme med et varsel til legene. Og at disse situasjonene bør få økt oppmerksomhet for eksempel på RAK kurs? Videre forskning bør se på om lignende funn som Saliba-Gustafsson eksisterer hos leger i norsk legevakt.

5.2 Andre forhold som påvirker hvordan legene bruker retningslinjene

Selv om legene i min studie oppgir at retningslinjene har stor betydning for deres vurdering av forskrivning er det likevel andre forhold som påvirker vurderingene.

5.2.1 Forhold på legevakten

Lindberg et al. (2017) viser til at legevaksarbeid er anerkjent som faglig krevende. Dette samsvarer med mine funn, ved at flesteparten av legene beskrev fastlegenes og sykehuslegenes fortrinn ved

at de enten har tilgang på utvidede prøver og undersøkelser eller kjenner pasienten. Hvorvidt legene mente legevaktens repertoar av prøver og undersøkelser ville for å kunne redusere forskrivningene ble ikke beskrevet. En lege mente derimot at kjennskap til pasientene ikke hadde betydning for behandling av LVI. Dette kan ha handlet om at han følt seg trygg i sine vurderinger og at han anså de fleste LVI som ukompliserte. Williams et al. (2018) fant også delte meninger blant legene om hvorvidt kjennskap til pasienten ville endre forskrivningsatferden. Petursson (2005) viste til at kjennskap til pasienten gjør legen bedre rustet til å motstå pasientpress og unngå behovet for å bruke resept som mestringsstrategi. De viste til at årsakene til forskrivning, i situasjoner med lave indikasjoner, er svært varierte og at relasjonelle faktorer mellom legen og pasienten ofte er nøkkelfaktorer. Lignende uttalelser ble ikke beskrevet av legene jeg intervjuet, men legene oppgav at legevaktsarbeidet ble spesielt utfordrende når pasientene hadde redusert reservekapasitet fra før, eller hadde vansker med å uttrykke seg. De viste til at det var ekstra krevende når pårørende i tillegg var ansvarlige for ivaretagelse av den som var syk. Sunde et al. (2019) og Williams et al. (2018) påpeker lignende problematikk ved å vise til usikkerheten om fortsatt egenomsorg eller evne til å oppsøke OOH ved behov.

Jeg ser for meg at AKS kan avlaste legevakts leger i fremtiden ved å konsultere alle ukompliserte LVI i legevakt alene. På denne måten får legene mer tid til mer krevende kasus. En studie fra Nederland viste til at leger observerte at det var mer sannsynlig at AKS ville følge retningslinjene enn legene (Williams et al., 2018). Resultatene i denne studien konkluderer med en oppfatning om at AKS har større ansvarlighet for forskrivningen sammenlignet med fastleger og rapporterte at de hadde mer tid til rådighet der de diskuterte beslutninger med pasientene (Williams et al., 2018). På en annen side er det viktig å være klar over at slike løsninger også har ulemper. Dersom AKS håndterer flesteparten av alle LVI i legevakt, får legene kun de mer sammensatte tilfellene. Det kan antageligvis bety at uerfarne leger kan bli fratatt verdifull mengdetrening. Det er viktig at dette blir tatt hensyn til. For å gjøre plass til en ny profesjon i legevakt må AKS implementeres på alle arenaer. Utfordringen er trolig hvordan bygge tillitt og samarbeid mellom profesjonene når lege kun shopper løse vakter. Legevakten bør imidlertid pålegges å jevnlig ha lokale tema møter hvor leger og sykepleiere deler kunnskap og holdninger om antibiotikabruk og fordeling av ansvarsområder.

Lindberg et al. (2017) viser til at antibiotikaforskrivning i legevakt har tilsvarende forskrivnings frekvens som fastlegepraksis. De antyder at dette kan skyldes at leger som jobber legevakt følger

retningslinjene mer enn leger som jobber vanlig allmennpraksis, selv om forskrivningshastigheten økte på travle vakter. En forklaring på dette kan være at leger i flere norske legevakter må sende rapport om diagnose og behandling til fastlegen i etterkant av konsultasjonene, slik som legene jeg intervjuet. Jeg undrer meg over at leger i min studie og tidligere forskning legger frem mange grunner til at vurderinger i legevakt er mer krevende enn fastlegens arena, samtidig som studier viser at det *ikke* blir skrevet ut mer antibiotika i legevaktskonsultasjon. Det hadde vært interessant om framtidig forskning søkte å finne svar på årsaken til dette. Dagens mediebilde sier at antibiotikaforskrivning igjen øker. Dette gjør at forskning er svært viktig.

5.2.2 Legers påvirkning på forskrivning

Både legene jeg intervjuet, og tidligere forskningsfunn gav uttrykk for at det er legens ansvar å balansere pasientenes og egen beslutningstagning. Dette innebærer at legen må være lydhør for pasientens interesse og sykdomsbeskrivelse, ivareta sin faglige restriktive plikt (som er i tråd med retningslinjene) og samtidig evne å dele av sin kunnskap slik at pasienten får tilstrekkelig informasjon til å forstå egen situasjon. Legene jeg intervjuet oppgav å benytte mye tid på kommunikasjon når de skulle være restriktive med antibiotika. Lignende funn beskriver at optimalisering av forskrivning skaper spenninger i kommunikasjonen mellom lege og pasient (Van der Zande et al., 2019). Likevel oppgav legene jeg intervjuet at innsatsen ikke nødvendigvis førte til felles behandlingsmål. Manglende enighet kan være et tegn på at pasientenes forståelse i forkant er for mangelfull. Mine og tidligere forskningsfunn viser at informasjon bør gis pasientene fra flere ledd slik at pasientene blir lettere å overbevise når legen deler informasjon om funn og behandling. Jeg ser for meg at legevakten som helhet bør utarbeide retningslinjer for informasjon fra og med første henvendelse. AKS kan bli et bindeledd mellom legene og øvrige sykepleiere for å opprettholde rutiner som tar sikte på å redusere antibiotika behandling. Dette er et tiltak som kan driftes uavhengig av hvilke leger som til enhver tid tar vakter i legevakten.

Legene jeg intervjuet oppgav at de ved usikkerhet rundt diagnosen fant stor nytte i støtte fra kolleger. De benyttet kollegastøtte både ved diagnostisk usikkerhet og ved usikkerhet på behandlingsvalg. Jeg fant ikke forskning som beskrev legenes erfaring med å bruk kollegastøtte, men to utenlandske studier viste at kollegastøtte bidrar til å redusere overforskrivning (Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Jeg syntes studiene gir en viss støtte til mine funn ved at

leger føler seg tryggere i avgjørelser og har lettere for å holde igjen på forskrivningen. Legene i min studie ble ikke spurt hvor tilgjengelig denne støtten er. Dette synes jeg kunne vært interessant å vite noe om, da tilgjengelighet på ressurser og økt arbeidsbelastning henger sammen. Jeg vet ikke hvor lenge legene må vente på bistand av kolleger på legevakten eller på å komme i kontakt med spesialist på sykehuset. Dette kan ha betydning for behandlingsvalg. Jeg anser tilgang på støttende ressurser i vanskelige situasjoner som svært nødvendig i en hektisk hverdag.

Noen av legene jeg intervjuet mente at noe av overforskrivningen kunne skyldes at enkelte legers vurderinger først å fremst var preget av å jobbe raskt for å tjene mest mulig. Dette betød at de kunne ha fem minutters konsultasjoner fremfor tjue som er anbefalt (og betalt for av Helfo). Williams et al. (2018) viser til samme funn ved at leger i legevakt gav etter for pasientforespørsler om antibiotika når de var under press og konsultasjonene gikk raskt. Stress og legens personlige karakter kan påvirke forskrivning (Petursson, 2005; Williams et al., 2018). Dette kan være en av flere årsaker til at forskrivningen til akutte LVI økte på travle vakter. En slik holdning fører til at legen bryter med øvrig informasjon om bruk av antibiotika. Dette bidrar til å skape mistillit til informasjon gitt av sykepleiere og andre leger. Praksisen kan føre til en misforstått oppfatning av at noen leger er effektive, snille og flinke, mens de andre blir beskrevet som vanskelige. Studier viser til at leger på tross av årsak erkjenner å gi etter for pasientens ønsker (O'Doherty et al., 2019; Sunde et al., 2019; Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Jeg ser på en slik holdning som svært uheldig. Disse funnene samsvarer på ingen måte med uttalelser gitt i min studie. Hvorvidt man kan si at legene jeg intervjuet er objektive i forhold til egen eller andres forskrivningsatferd tas det ikke stilling til.

Legene jeg intervjuet benyttet kommunikasjon og informasjon og bestrebet seg på at pasienten skulle føle seg sett og ivaretatt. I følge Saliba-Gustafsson et al. (2021) vil en forskrevet resept ikke garanterer tilfredshet. Noen studier viste at de forbedret pasienttilfredsheten, mens andre har indikert at riktig undersøkelse og informasjon (uten antibiotika) førte til tilfredshet og at kommunikasjon noen ganger blir verdsatt mer enn en resept. Noen av legene jeg intervjuet viste til at det kan være fordelaktig å introdusere pedagogiske verktøy for å støtte leger (Saliba-Gustafsson et al., 2021). Tidligere forskning viser derimot også til at leger ofte føler behov for å gi pasienten *noe* slik at de ikke går tomhendt (Van der Zande et al., 2019; Williams et al., 2018). Noen mente resepten symboliserte et slags bevis på at pasienten faktisk er syk (Williams et al., 2018). De viste til

at et informasjonsskriv kan erstatte følelsen en antibiotikaresept gir. Utfra tidligere forskning og funn i min studie viser legers erfaringer at kommunikasjon og informasjon er betydningsfullt for at leger holder fast ved anbefalingene gitt i retningslinjene. Ansvar for forbedring bør støtte forskriveren både fra lokalt og nasjonalt hold. Lokalt ser jeg ser for meg at sykepleiere ved legevakten kan ta større ansvar for informasjon til pasienter som tydelig gir uttrykk for ønske om antibiotika ved LVI. Det vil lette legens arbeide om sykepleieren ved mottak av pasienten delte ut et informasjonsskriv (på pasientens språk) alt i resepsjonen slik at legen slapp å bruke tid på dette. Samtidig ville pasienten selv få tid til å se litt på skrivet på venterommet.

5.2.3 Pasientenes påvirkning

I tidligere studier og min studie gav legene uttrykk for å ha kjent på forskrivningspress uten medisinsk indikasjon. Deltagerne jeg intervjuet viste til flere faktorer som bidro til at kommunikasjonen kunne bli krevende, spesielt når pasienten hadde forventninger som ikke samsvarte med kliniske funn.

Samtlige leger oppgav at pasientens ønsker var underordnet deres vurdering, med mindre de mente pasienten kom med opplysninger som gjorde det nødvendig å vurdere situasjonen annerledes. Med dette forstår jeg subjektive symptombeskrivelser som indikerer behov for antibiotika ifølge retningslinjene, men også multimorbiditet, alder og øvrige forhold som gjør enkeltsykdomsretningslinjene vanskelig å benytte. Situasjoner som legene oppgir at de selv ser eller er gjort oppmerksomme på indikerer behov for antibiotika. Slik jeg tolker pasientpreferanser dreier dette seg først og fremst om at pasientene har et ønske om antibiotikabehandling som ikke samsvarer med retningslinjenes anbefalinger. Legene jeg intervjuet beskriver faktiske opplysninger som gjør at de må vurdere pasientens risiko for akutt forverring dersom behandling ikke gis. Jeg opplever derfor at uttalelsene samsvarer med Brabers et al. (2017) som fant at pasientpreferanser kun har en rolle hvis retningslinjen gir rom for å ta hensyn til dem.

Tidligere forskning viser til at leger kan overvurdere pasientens ønsker. Dette ble ikke beskrevet i mine intervjuer, men flere gav uttrykk for at legene noen ganger oppdaget at vurderingen som hadde blitt tatt var feil. De viste da til at det i ettertid viste seg at de enten hadde over- eller underbehandlet. Det ble ikke sagt noe om dette hadde noe med legens vurdering av pasientens

preferanser ved bruk av retningslinjene eller ikke, eller om det kun handlet om en feil vurdering i en kompleks situasjon hvor enkeltsykdosmretningslinjen ikke kunne brukes. Van der Zande et al. (2019) sier at både pasienten og forskriveren har en like viktig rolle når det skal formes en felles beslutning. Legene jeg intervjuet kom med lignede beskrivelser, men viste samtidig til at kulturelle forskjeller av og til la premisser som vanskeliggjorde enighet. I disse tilfellene forekom det at det ikke ble enige, uten at legene gav etter av den grunn. I disse situasjonene tror jeg at legevakten som samlet enhet kan bidra til økt mulighet for enighet under konsultasjonen. Dersom pasienten (som beskrevet tidligere) tidlig blir forespurt om forventninger og samtidig blir møtt med generell informasjon om antibiotikabehandling ved LVI. En viktig forutsetning for enighet er å vite hva pasienten ser for seg.

5.3 Metode diskusjon

I dette kapittelet beskrives noen av valgene som ble foretatt under forskningsprosessen, og hvordan dette har påvirket studien.

5.3.1 Studiens validitet, troverdighet og overførbarhet

For å styrke studiens validitet og troverdighet har jeg vært grundig gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har benyttet meg av medstudenter, seminarer, venner og familie for å drøfte ulike utfordringer underveis og for å sikre at jeg har holdt stø kurs for å besvare problemstillingen. Etter hvert som jeg fikk større innsikt i legenes erfaringer, ble jeg bevisst nye sider av problematikken. Min for forståelse utviklet seg gjennom denne bevisstgjøringen. Som AKS uten egen erfaring med forskrivning har jeg brukt tid på å forstå og beskrive det teoretiske ståstedet (kapittel 2). Jeg har videre presentert en grundig beskrivelse av metode (kapittel 3). Her har jeg synliggjort veivalg og beskrevet hvordan jeg har benyttet meg selv som instrument. I diskusjonen (kapittel 5) har jeg presentert hovedfunn og drøftet disse i lys av tidligere forskning. Utarbeidelsen at materialet har i sin helhet bidratt til at jeg gjennom refleksjon har økt min forståelse. Funnene har enten bekreftet hverandre og dermed styrket troverdigheten til mine funn, eller vist til nye beskrivelser som tidligere ikke er beskrevet. Det er også presentert funn som ikke samsvarer med tidligere forskning. Uavhengig av om mine tolkninger av legers beskrivelser har forankring i tidligere forskning eller ikke, kan de kun tolkes som troverdige og gyldige for de legene jeg intervjuet. Videre

har jeg reflektert over hvordan krevende situasjoner kan løses i legevakt. Fortløpende har jeg belyst områder jeg gjerne skulle visst mer om.

En svakhet ved studien er at jeg som AKS-student, novise innenfor kvalitativ forskning- og som intervjuer manglet erfaring med problematikken og metoden. Dette medførte at jeg har savnet noen å diskutere med. Dette kan ha bidratt til at nyanser og funn har blitt oversett. En styrke som veide litt opp for min manglende erfaring var grundig forberedelse (kapittel 3, forberedelse, gjennomføring og etterarbeid) og videre hardt arbeid og bruk av ressurspersoner (beskrevet i forord) for å reflektere, sortere og diskutere for å få nye innspill. I tillegg meldte tre av deltagerne sin interesse for å delta, hvilket kan tyde på at de var spesielt dedikert og har en tilknytning til problemstillingen. Man må ta høyde for at leger med avslappet holdning til retningslinjene eller antibiotikabruk kanskje ville ha avstått fra deltagelse i studien og at dette kunne påvirket resultatene. Alle legene som deltok, var aktive og gav uttrykk for å synes at temaet var interessant. De delte mange av sine erfaringer spontant og ofte før jeg rakk å stille spørsmålene jeg hadde forberedt.

Studien ble utført på eget arbeidssted. Rollen som kollega og forsker kan ha påvirket informantene og dermed resultatene av studien. Dette var jeg oppmerksom på i forkant av intervjuene. Tiltak for å redusere denne påvirkningen ble beskrevet i oppgavens metodekapittel.

Deltagerne hadde ganske god variasjon i alder og kjønn og ingen hadde faste stillinger, det betyr at beskrivelse kan ha representert et generelt bilde av forskrivning i legevakt. Det er likevel stor sannsynlighet for at ytterligere erfaringer ville ha blitt beskrevet dersom aldersspennet var større og masteroppgavens størrelse gav rom for dette. Studien innhentet kun noen få legers erfaringer fra en legevakt. Dette er en svakhet ved at ulike arbeidsmiljøer har ulike kulturer eller strukturer som kan påvirke erfaringene. Jeg føler likevel at funnene viser en viss overførbarhet ved at de har en viss konsistens med tidligere forskning og forventede funn og at leger fra andre legevakter også vil kunne kjenne seg igjen i resultatene som presenteres.

5.4 Konklusjon

Denne studien viser at leger erfarer retningslinjene som nyttig verktøy når de skal vurdere antibiotikaforskrivning til pasienter med luftveisinfeksjon i legevakt. I tillegg til retningslinjen bruker

legene sin kliniske vurdering for å gi riktig behandling, og funnene viser også at det er situasjoner der retningslinjene kommer til kort. På denne måten viser man at det er svært mange elementer som kan påvirke legers vurdering av forskrivning, og at selve forskrivningssituasjonen kan oppleves som vanskelig. Kanskje blir dette ekstra synlig i en legevaktskontekst der de fleste legene kun er «gjestearbeidere» og ikke har kjennskap til pasientene fra før. De har heller ikke kjennskap til fastlegens journaler. Støtte fra ulike hold er derfor av stor betydning for å lette legenes forskrivnings situasjon. Det er derfor sannsynligvis viktig å legge til rette for at leger har god dialog med pasienter, og at det opprettes forskjellige faglig fora for erfaringsutveksling. Både tidligere forskning og legene jeg intervjuet viste til at intervensjoner som informasjonskampanjer til pasienter så vel som leger har betydning for å lykkes med å redusere antibiotikaforbruk. Det er mulig at en forsterket innsats på dette området kan stimulere til enda større oppslutning rundt retningslinjene. Samtidig tyder studien på at det er visse mangler i retningslinjene der forskjellige sykdomskasus ikke har anbefalte føringer for behandling. Det kan vurderes om det er mulig å utvikle retningslinjene til å omfavne noen av disse tilfellene. Samtidig kan sykdom være svært komplekst, og det kan ikke forventes at alle tilfeller kan komme med anbefalte retningslinjer. Det anbefales at man fortsetter å forske videre på legers erfaringer med hva som påvirker deres forskrivning. På denne måten blir man bedre kjent med alle forhold som kan gjøre at leger tyr til forskrivning. Ved å kjenne til dette blir det kanskje lettere å utvikle retningslinjene ytterligere, eller kanskje lage tilleggsverktøy der retningslinjene ikke strekker til. I fremtiden bør man også se på om AKS kan være en ressurs i legevakt ved at de kan overta alle pasienter med et ukomplisert forløp som ikke trenger antibiotika for LVI i legevakt. På denne måten vil legenes kompetanse brukes til mer komplekse vurderinger hvor enkeltsykdomsretningslinjene ikke kan benyttes.

5.5 Forslag til videre forskning

Det er lite tidligere forskning som beskriver legers erfaringer med forskrivning og bruk av retningslinjer i legevakt. Det anbefales at man fortsetter å forske videre på legers erfaringer med hva som påvirker deres forskrivning. På denne måten blir man bedre kjent med alle forhold som kan gjøre at leger tyr til forskrivning. Ved å kjenne til dette blir det kanskje lettere å utvikle retningslinjene ytterligere, eller kanskje lage tilleggsverktøy der retningslinjene ikke strekker til. I fremtiden bør man også se på om andre spesialiserte profesjoner kan bidra i vurdering av

antibiotikaforskrivning til pasienter med luftveisinfeksjon. Her kan for eksempel AKS være en ressurs i legevakt for vurdering av pasienter med et ukomplisert forløp, og der retningslinjene er klare. På denne måten kan legenes kompetanse brukes til mer komplekse vurderinger i situasjoner retningslinjene ikke kan benyttes. I land der AKS rolle og funksjon er mer implementert i helsetjenesten enn i Norge ivaretas i mange tilfeller antibiotikaforskrivning til pasienter med luftveisinfeksjon. Imidlertid må det utforsket hvordan dette vil se ut i en norsk kontekst, både i form av nødvendige lovendringer, men også gjennom studier som ser på effekter.

Referanser

- Antibiotikaseret for Primærmedisin. (u.å, u.d.). *Antibiotikaseret for Primærmedisin*. Antibiotikaseret for Primærmedisin. <https://www.antibiotika.no/antibiotikaseret-for-primærmedisin-asp/>
- Antibiotikaseret for Primærmedisin. (u.å.-a, u.d.). *Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene (RAK)*. Antibiotikaseret for primærmedisin. Hentet u.d. fra <https://www.antibiotika.no/rak-riktigere-antibiotikabruk-i-kommunene/>
- Antibiotikaseret for Primærmedisin. (u.å.-b, u.d.). *Vent-og-se-resept*. Antibiotikaseret for primærmedisin. <https://www.antibiotika.no/vent-og-se-resept/>
- Bennett, N., Davis, D., Easterling, W. E. J., Friedmann, P., Green, J. S., Koeppen, B. M., Mazmanian, P. E. & Waxman, H. S. (2000). Continuing Medical Education, A New Vision of the Professional Development of Physicians. *Academic Medicine*, 75(12), 1167-1172. https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2000/12000/Continuing_Medical_Education_A_New_Vision_of_the.7.aspx
- Brabers, A. E., Van Esch, T. E., Groenewegen, P. P., Hek, K., Mullenders, P., Van Dijk, L. & De Jong, J. D. (2017). Is there a conflict between general practitioners applying guidelines for antibiotic prescribing and including their patients' preferences? *Patient preference and adherence*, 12, 9-19. <https://doi.org/10.2147/PPA.S147616>
- Debets, V. E., Verheij, T. J. & van der Velden, A. W. (2017). Antibiotic prescribing during office hours and out-of-hours: a comparison of quality and quantity in primary care in the Netherlands. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(656), e178-e186. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X689641>
- Grol, R. (2005). Changing physicians' competence and performance: Finding the balance between the individual and the organization. *Wiley Online Library*, 22(4), 244-251. <https://doi.org/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/chp.1340220409>
- Hansen, E. H. & Hunskaar, S. (2020). *Legevaktarbeid : en innføringsbok for leger og sykepleiere* (2. utgave. utg.). Gyldendal.
- Hart, J. & Phillips, P. (2020). What out-of-hours antibiotic prescribing practices are contributing to antibiotic resistance: a literature review. *Br Paramed J*, 4(4), 25-33. <https://doi.org/10.29045/14784726.2020.12.4.4.25>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <file:///C:/Users/ralle/Documents/AKS/MAKS%2010%20prosjektbeskrivelse/Nasjonal%20handlingsplan-antibiotikaresistens.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp* (3-5). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Helsedirektoratet. (2020, 03.03.). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Høye, S. (2013, 4. februar). *Gode erfaringer med vente og se*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening. <https://tidsskriftet.no/2011/02/nyheter/gode-erfaringer-med-vente-og-se#:~:text=Vent-og-se-resept%20inneb%C3%A6rer%20at%20legen%20forskriver%20en%20vanlig%20resept,i%20kliniske%20retningslinjer%20i%20flere%20land%2C%20inkludert%20Norge.>
- Høye, S., Frich, J., Lindboek, M., Høye, S., Frich, J. & Lindbæk, M. (2010). Delayed prescribing for upper respiratory tract infections: a qualitative study of GPs' views and experiences. *British Journal of General Practice*, 60(581), 907-912. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X544087>

- Jensen, S. & Høye, S. (2022). *Årsrapport 2021. Antibiotikasenteret for Primærmedisin (ASP)*. <https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2022/05/ASP-A%CC%8Ar rapport-2021 til nett.pdf>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (u.å-a). *Hem er legevaktleger?* Legevakthåndboken. https://lvh.no/administrative_forhold/legevakt_generelt/legevaktorganisering/hvem_er_legevaktleger
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (u.å-b). *Hva er legevakt?* Legevakthåndboken. https://lvh.no/administrative_forhold/legevakt_generelt/hva_er_legevakt
- Johansen, L. B. (2021). Antibiotikaresistens i Europa. *Sykepleien*, 02(5), 106.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.
- Lindberg, B. H., Gjelstad, S., Foshaug, M. & Høye, S. (2017). Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in Norwegian primary care out-of-hours service. *Scandinavian journal of primary health care*, 35(2), 178-185. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333301>
- Lindbæk, M., Blix, H. S., Høye, S., Simonsen, G. S., Langaas, H. C., Espnes, K. A. & Dyrkorn, R. (2016, <https://legemidler.no/wp-content/uploads/2019/08/RELIS-KUPP-BROSJYRE-ANTIBIOTIKA-2016-oppdatert.pdf>). *Riktigere bruk av antibiotika*. ST. Olavs Hospital, avdeling for klinisk farmakologi, RELIS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Meld. St. 11. (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdf/s/stm202020210011000dddpdfs.pdf>
- O'Doherty, J., Leader, L. F. W., O'Regan, A., Dunne, C., Puthooppambal, S. J. & O'Connor, R. (2019). Over prescribing of antibiotics for acute respiratory tract infections; a qualitative study to explore Irish general practitioners' perspectives. *BMC Family Practice*, 20(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0917-8>
- Petursson, P. (2005). GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics A phenomenological study. *Scand J Prim Health Care*, 23(2), 120-125. <https://doi.org/10.1080/02813430510018491>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research* (11. utg.). Wolters Kluver.
- Rezal, R. S. M., Hassali, M. A., Alrasheedy, A. A., Saleem, F., Yusof, F. A. M. & Godman, B. (2015). Physicians' knowledge, perceptions and behaviour towards antibiotic prescribing: a systematic review of the literature. *Expert review of anti-infective therapy*, 13(5), 665. <https://doi.org/10.1586/14787210.2015.1025057>
- Saliba-Gustafsson, E. A., Nyberg, A., Borg, M. A., Rosales-Klintz, S. & Stålsby Lundborg, C. (2021). Barriers and facilitators to prudent antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections: A qualitative study with general practitioners in Malta. *PloS one*, 16(2), e0246782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246782>
- Sunde, M., Nygaard, M. M. & Høye, S. (2019). General Practitioners' Attitudes toward Municipal Initiatives to Improve Antibiotic Prescribing-A Mixed-Methods Study. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*, 8(3). <https://doi.org/10.3390/antibiotics8030120>

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl. Universitetet i Oslo. (u.å, Hentet 19. oktober). *Nettskjema*. <https://nettskjema.no/user>
- Van der Zande, M. M., Dembinsky, M., Aresi, G. & van Staa, T. P. (2019). General practitioners' accounts of negotiating antibiotic prescribing decisions with patients: a qualitative study on what influences antibiotic prescribing in low, medium and high prescribing practices. *BMC family practice*, 20(1), 1-11.
- Williams, S. J., Halls, A. V., Tonkin-Crine, S., Moore, M. V., Latter, S. E., Little, P., Eyles, C., Postle, K. & Leydon, G. M. (2018). General practitioner and nurse prescriber experiences of prescribing antibiotics for respiratory tract infections in UK primary care out-of-hours services (the UNITE study). *The Journal of antimicrobial chemotherapy*, 73(3), 795-803. <https://doi.org/10.1093/jac/dkx429>
- World Health Organization. (2020, 31. juli). *Antibiotic resistance*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

6 Vedlegg

6.1 Vedlegg 1: Forespørsel og informasjonsskriv om deltagelse

Vil du delta i forskningsprosjektet

«En kvalitativ utforskning av legevaktslegers erfaringer med bruk av retningslinjer ved antibiotikaforskrivning i legevakt»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske og beskrive legers erfaringer ved bruk av norske retningslinjene ved forskrivning av antibiotika til pasienter med luftveisinfeksjoner i legevakt. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Ifølge WHO er antibiotikaresistens en av verdens største helseutfordringer. I Norge antar man at legevaktene står for 20 prosent av antibiotikabruken til pasienter med luftveisinfeksjoner. Helsedirektoratets retningslinjer for antibiotikaforskrivning er utarbeidet for å støtte leger forskrivningspraksis. Hensikten med denne studien er å utforske hvordan leger erfarer å bruke retningslinjene, når de skriver ut antibiotika til pasienter med luftveisinfeksjoner i legevakt. Erfaringene kan bidra til en økt forståelse for legers erfaringer med bruk av retningslinjer ved forskrivning til pasienter med luftveisinfeksjoner i legevakt.

Dette prosjektet er en masteroppgave som utføres som en del av masterutdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge USN, og utføres av masterstudent Gerd Synnøve Ralle Gran. Resultatene i prosjektet skal publiseres i form av en masteroppgave, og kan også brukes i vitenskapelig publikasjon/artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge ved Linn Hege Førstund (førsteamanuensis og programkoordinator) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi du, i kraft av din profesjon og ditt arbeid, har kunnskap om temaet. Alle leger ansatt ved Drammen legevakt får forespørsel om deltagelse. Det behøves mellom 6-8 deltakere.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse innebærer at du vil bli intervjuet av masterstudenten. Intervjuet vil foregå på legevakten, i din arbeidstid, og vil vare 20-40 minutter og bli tatt opp på lydbånd.

Du bes snakke om dine erfaringer med forskrivning av antibiotika til pasienter med luftveisinfeksjoner i legevakt. Snakk gjerne om konkrete hendelser, men ikke bruk pasientnavn eller andre detaljer som gjør det mulig å gjenkjenne tredje person.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket

tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Masterstudenten vil utelukkende bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Masterstudenten vil behandle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Gjennom prosjektet vil kun studenten ha tilgang til personopplysningene dine. Veileder, Linn Hege Førstund ved Universitetet i Sørøst-Norge, vil ha tilgang til prosjektet, men ikke ha tilgang på navn og kontaktopplysninger om deltagerne. Etter hvert intervju vil lydbandet bli transkribert, og intervjuene anonymisert. Transkripsjonene vil bli oppbevart kryptert på privat PC, mens samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel vil bli oppbevart adskilt. Lydfilen lagres og oppbevares i trå med Universitetet Sørøst-Norges retningslinjer på nettskjema diktafon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydfilen og transkriberingen slettes når masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen vil skje senest 16.06.23.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Å få slettet personopplysninger om deg, og
- Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Før oppstart av intervju vil Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) kontaktes av Universitetet Sørøst-Norge for vurdering av om studiens behandling av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Har du spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved Gerd Synnøve Ralle Gran (masterstudent) på e-post: ralle.gran@gmail.com eller Linn Hege Førstund (veileder): linn.hege.forsund@usn.no
- Personvernombud Paal Are Solberg: personvernombud@usn.no

Har du spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD epost: personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Gerd Synnøve Ralle Gran/Linn Hege Førstund

(Masterstudent/veileder)

6.2 Vedlegg 2: Intervjuguide

- Alder
- Ansiennitet
- Erfaring fra legevakt

Problemstillingen min er;

Hvilke erfaringer har leger ved bruk av norske retningslinjer ved forskrivning av antibiotika til pasienter med luftveisinfeksjoner i legevakt.

Hensikt;

Utforske og beskrive legers erfaringer ved bruk av norske retningslinjer ved forskrivning av antibiotika til pasienter med luftveisinfeksjoner i legevakt.

Snakk gjerne om konkrete hendelser, men ikke bruk pasientnavn eller andre detaljer som gjør det mulig å gjenkjenne tredje person.

1. Kan du fortelle om en situasjon (siste) hvor du foreskrev antibiotika til en pasient med luftveisinfeksjon.
2. Hvordan bruker du retningslinjene i forskrivningen?
3. Hvordan opplever du at retningslinjene er til hjelp i en forskrivningssituasjon?
4. Kan du fortelle om en situasjon hvor retningslinjene ikke var til hjelp?
5. Hvilke muligheter ser du ved bruk av retningslinjene?
6. Hvilke begrensninger ser du ved bruk av retningslinjene?
7. Kan du fortelle om en situasjon hvor du forskrev antibiotika til en pasient med luftveisinfeksjon, og hvor det etter retningslinjene ikke var indisert?
8. Hva er det som gjør at du noen ganger velger å forskrive antibiotika selv om retningslinjene ikke anbefaler det?

Jeg har ikke flere spørsmål.

Har du noe å tilføye som ikke er belyst?

6.3 Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 09.02.2022

Referansenummer
808480

Vurderingstype
Standard

Dato
09.02.2022

Prosjekttittel

En kvalitativ utforskning av legevaktselegers erfaringer med bruk av retningslinjer ved antibiotikaforskriving i legevakt

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Linn Hege Førsum

Student

Gerd Synnøve Ralle Gran

Prosjektperiode

03.01.2022 - 16.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 16.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, og eventuelt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!