

Metoderapport

OMFANG OG FORMÅL

1. Fagprosedyrens overordnede mål er:

Retningslinje for å sikre korrekt innleggelse av ikke- tunnelert sentralt venekateter (SVK), akutte dialysekatetre og pulmonalarteriekatetre hos voksne.

2. Helsepørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Indikasjoner

Infeksjonsforebygging

Minimere blødningsrisiko

Valg av vene

Bruk av ultralydveiledet teknikk

Antall lumen

Impregnerte kateter

Sterilitet

- Påkledning
- Steril vask
- Bandašjering

Fiksering

Kateterlås

Røntgen thorax

Leie av kateterspiss

Antibiotikaproylakse

Skade av kateter/ bytte av kateter

Tiltak ved feilplassert kateter

Fagprosedyrer

Koblinger

Tromboser

3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv) fagprosedyren gjelder for er:

Fagprosedyren gjelder for alt helsepersonell som er involvert i innleggelse av sentrale venekatetre.

INVOLVERING AV INTERESSER

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper:

Egil Lingaas, avdelingsoverlege, avdeling for smittevern, Rikshospitalet, OUS

Håkon Haugaa, overlege, avdeling for anesthesiologi, Rikshospitalet, OUS.

Elizabeth Dorph, overlege, avdeling for anesthesiologi, Ullevål Universitetssykehus, OUS

Wenche Olin, intensivsykepleier, Generell Intensiv 1 Rikshospitalet, OUS

Synnøve Hvidevold Moe, intensivsykepleier, Generell Intensiv Ullevål, OUS

Karin Elisabeth Asplund, ledende anesthesisykepleier, Ullevål, OUS

5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, befolkning osv) som fagprosedyren gjelder for:

Prosedyren skal bidra til at innleggelse av SVK foregår på en trygg og forsvarlig måte.

Alle leger og sykepleiere som er involvert i innleggelse av SVK skal ha ferdigheter, kunnskaper og holdninger til å gjennomføre dette. Fagdirektør og avdelingsleder har ansvar for at klinisk styrende dokumentasjon er tilgjengelig og kjent i avdelingen.

Det har ikke vært involvert pasienter i utarbeidelse av prosedyren.

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Fagprosedyrer

Prosedyren retter seg mot helsepersonell som er involvert i innleggelse av sentrale venekatetre hos voksne pasienter.

METODISK NØYAKTIGHET

7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:

I samarbeid med helsebibliotekar fra medisinsk bibliotek på OUS er det gjort systematisk litteratursøk ved hjelp av PICO skjema i Cochraine og Medline, og anbefalingene i litteraturen er kontrollert opp mot nyere svenske (1), britiske (2) og amerikanske (3) retningslinjer som våre anbefalinger i stor grad bygger på. Hva gjelder bruk av bandasje med klorhexidin-pute er det lagt spesiell vekt på en større randomisert kontrollert studie (4)

Dokumentasjonsskjema for litteratursøk legges ved.

Eksisterende aktuelle prosedyrer i sykehusets e- håndbok, slik som stell og håndtering av SVK, dialysekateter er besluttet å linkes til denne prosedyren.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:

Medlemmene av arbeidsgruppen ble enige om søkeord i PICO-skjemaet.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:

Det er mer lagt vekt på anbefalinger i de nevnte svenske (1) og amerikanske (3) retningslinjene enn å evaluere all fremskaffet litteratur. Det er tatt hensyn til innarbeidet praksis og erfaringer ved de ulike avsnitt ved OUS. Det har ikke vært gruppens intensjon å vekte graden av anbefalinger.

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er:

Retningslinjene som prosedyren er basert på (se punkt 8) er lest av alle medlemmene i gruppen..

Utkast til fagprosedyren ble formelt sendt til høring 23.02.2015. Tilbakemeldingen av denne høringen ble gjennomgått av gruppen.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene:

Fagprosedyrer

Fokuset er på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til pasienter som skal få innlagt sentrale venekatetre. Komplikasjoner og mulighet for å påføre skade skal minimeres.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:

Det er mer lagt vekt på anbefalinger i de nevnte svenske (1) og amerikanske (3) retningslinjene enn å evaluere all fremskaffet litteratur. Det er tatt hensyn til innarbeidet praksis og erfaringer ved de ulike avsnitt ved OUS. Det har ikke vært gruppens intensjon å vekte graden av anbefalinger.

Referanselisten foreligger i fagprosedyren.

13. Fagprosedyren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (Tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt prosedyren til høring):

Nei

14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er:

Fagprosedyren skal oppdateres 3 år etter sist utførte litteratursøk.

Fagdirektør og avdelingsleder har ansvar for at klinisk styrende dokumentasjon er oppdatert.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:

Anbefalingene er spesifikke og entydige, basert på oppdatert forskning, praktisk erfaring og ekspertuttalelser.

Anbefalingene er delt inn i tema som har egne overskrifter. Knutepunkt er brukt for å gjøre prosedyren mer oversiktlig. Anbefalingene er formulert så kort og konkret som mulig for å unngå tolkningsfeil. Det er brukt norske ord og forklaringer.

Fagprosedyrer

16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helsespørsmålet er klart presentert:

Ja

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:

Arbeidsgruppen har forsøkt å gjøre prosedyren brukervennlig ved å gjøre tekst/anbefalinger kortest mulig, samt bruke klare overskrifter.

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:

Retningslinjene skiller seg ikke vesentlig fra innarbeidet praksis ved OUS. Prosedyren er tilgjengelig i e-håndboka. Det forutsettes at virksomheten sørger for at denne er tilgjengelig ved relevante lokalisasjoner som operasjons- og skiftestuer. Dagens antall ultralydapparat er ikke tilstrekkelig for at retningslinjene vil kunne etterleves til enhver tid. Likeså bør det legges opp til et system med klargjorte SVK pakker.

ANVENDBARHET

19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med:

Prosedyren er tilgjengelig i e-håndboka. Virksomheten har ansvar for å sørge at denne er tilgjengelig på relevante lokalisasjoner. Likeså er virksomheten ansvarlig for å sørge for at nødvendig utstyr som for eksempel ultralyd er tilgjengelig.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Retningslinjene er utarbeidet for bl.a. å unngå kateterrelaterte infeksjoner som kan medføre økt liggetid og ditto økte kostnader.

21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering:

Retningslinjene vil bli gjort kjent for alle som har med innleggelse av SVK å gjøre. I og med at både anestesilege og sykepleier har selvstendig ansvar for å sørge for at retningslinjene følges anses det ikke nødvendig med ekstern kontroll.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyren:

Finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i retningslinjene.

23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyren er dokumentert og håndtert:

Det var ingen rapporterte interessekonflikter i arbeidsgruppen.

Reference List

- (1) Frykholm P, Pikwer A, Hammarskjöld F, Larsson AT, Lindgren S, Lindwall R, et al. Clinical guidelines on central venous catheterisation. Swedish Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. Acta Anaesthesiol Scand 2014 May;58(5):508-24.
- (2) Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, Golsorkhi M, Tingle A, Bak A, et al. epic3: national evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. J Hosp Infect 2014 Jan;86 Suppl 1:S1-70.
- (3) O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Summary of recommendations: Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Clin Infect Dis 2011 May;52(9):1087-99.
- (4) Timsit JF, Mimoz O, Mourvillier B, Souweine B, Garrouste-Org, Alfandari S, et al. Randomized controlled trial of chlorhexidine dressing and highly adhesive dressing for preventing catheter-related infections in critically ill adults. Am J Respir Crit Care Med 2012 Dec 15;186(12):1272-8.