

Metoderapport (AGREE II, 2010-utgaven)

OMFANG OG FORMÅL

1. Fagprosedyrens overordnede mål er:

Formålet med prosedyren er å sikre at non-invasivt blodtrykk(NIBP) blir målt etter gjeldende anbefalinger og retningslinjer. Et riktig måleresultat er en forutsetning for å unngå feilbehandling og for å kunne forebygge unødvige komplikasjoner.

2. Helsepørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Hvordan kan helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten kvalitetssikre at blodtrykksmåling utføres etter gjeldende retningslinjer for å avspeile pasientens faktiske blodtryksverdi?

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

Pasienter i primær- og spesialisthelsetjenesten der blodtrykket måles manuelt eller automatisk på overarm.

Prosedyren omhandler ikke 24-timers blodtrykksmåling, hjemmeblodtrykksmåling og spedbarn.

INVOLVERING AV INTERESSER

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel og arbeidssted noteres):

Samtlige i arbeidsgruppen er i klinisk arbeid ved LHL klinikkene Feiring:

Anne Birgitte Dahlum, spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, kirurgisk klinikk, kirurgisk sengepost

Irene Ottosen, spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, master i klinisk sykepleie, klinikk for invasiv kardiologi, kardiologisk overvåkning

Rasmus Moer, overlege dr.med., spesialist i kardiologi og indremedisin, klinikk for invasiv kardiologi, kardiologisk laboratorium

Heidi Lunde Elstad, fag- og forskningssykepleier, klinikk for invasiv kardiologi har vært veileder for arbeidsgruppen.

Bibliotekar (litteratursøk): Marie Isachsen, UiO, Medisinsk bibliotek Ullevål sykehus

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

Ingen

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Helsepersonell med relevant opplæring i å måle non-invasivt blodtrykk (manuelt eller automatisk) på pasientens overarm.

METODISK NØYAKTIGHET

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

Det er utarbeidet PICO skjema (se vedlegg).

Litteratursøk i ulike databaser er gjort i samarbeid med bibliotekar ved Oslo

Universitetssykehus (OUS) (se vedlegg). Retningslinjer, artikler og relevant faglitteratur er kritisk vurdert av arbeidsgruppen.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunlaget er:

Anbefalingene i prosedyren bygger på europeiske og amerikanske retningslinjer publisert i 2003-2005. Mye av litteraturen henviser til en artikkel som er publisert i 1993. Siden denne fremstår som sentral for utarbeidelsen av de retningslinjene som gjelder per dags dato, er den tatt med i kunnskapsgrunlaget. Automatisk blodtrykksmåling er lite omtalt i retningslinjene, derfor er det tatt med noen enkeltstudier og oversiktsartikler som omhandler dette.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunlaget er:

Europeiske retningslinjer ligger til grunn for utarbeidelse av prosedyren. Disse er hovedsakelig fra 2003-2005 og er fortsatt gjeldende. Vi vurderer disse som gode når det gjelder manuell blodtrykksmåling. Guidelines fra ESH/ESC publisert i 2013 bygger på tidligere guidelines når det gjelder målemetode. Det er gjort en del studier som sammenligner manuell og automatisk blodtrykksmåling og måleresultat. Disse omhandler i liten grad målemetode. Kunnskapsgrunlaget når det gjelder automatisk blodtrykksmåling er noe mer begrenset og lite omtalt i Guidelines.

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

Det har vært enighet i arbeidsgruppen om fremgangsmåte for å arbeide kunnskapsbasert med fagprosedyren. Litteraturgjennomgang og diskusjoner har vært viktigste arbeidsmetode. Anne Birgitte Dahlum har tidligere skrevet fordypningsoppgave om temaet i kardiologisk videreutdanning (2008) og holdt mange foredrag om temaet. I tillegg har erfaringer fra hospitering og kurs gitt viktige bidrag i utarbeidelsen av prosedyren. Prosedyren er utarbeidet etter AGREE kravene.

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

Ikke relevant.

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

Anbefalingene bygger i hovedsak på internasjonale retningslinjer, erfaringer og egen praksis.

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

Prosedyren ble sendt til høring til følgende fagpersoner:

Eksterne høringsinstanser:

Sverre Kjeldsen, Prof. dr. med. Hjertemedisinsk avd. UIO og Norsk Hypertensjonsforening.

Aud Stenhjem, Nyremedisinsk avd. UIO

Aud Høieggen, Nyremedisinsk avd. UIO

Nanna v.d. Lippe, Nyremedisinsk avd. UIO

Fadl El Mula M. Fadl El Mula, Gen. Indremedisinsk avd. UIO

Anne Cecilie Larstorp, Avd. for Biokjemi. UIO

Vibeke Kjær, Indremedisinsk Forskningslab. UIO

Marit Solbu, dr.med./nefrolog UNN

Håvard Kalvøy, Avdelingsleder, Phd Forskning og utvikling | Medisinsk teknologi | Oslo sykehuservice Oslo universitetssykehus HF

Ola M. Rygh, Seniorrådgiver Kunnskapssenteret for helsetjenesten | Folkehelseinstituttet

Marianne Jørgensen, fagutv.spl. intensiv kardiologi SUS

Interne høringsinstanser i LHL-klinikkene:

Heidi Lunde Elstad, fag- og forskningssykepleier, klinikk for invasiv kardiologi

Anne Edvardsen, PhD LHL-klinikkene Glittre

Mona Seljevoll Tjordan, fagsykepleier i klinikk for invasiv kardiologi, kardiologisk overvåkning

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

Oppstart 01.10.15 – stipulert ferdigstilling juni 2016

Kunnskapsgrunnlaget har vært uendret fra 2003-2013 og det er neppe endringer de neste 5-10 år. Arbeidsgruppen v/ leder vil få varsel om oppdatering fra sekretariatet i Nettverk for Fagprosedyrer.

Internt i LHL- klinikkene, EK-systemet: Oppdatering av fagprosedyre foregår annen hvert år. For nye fagprosedyrer godkjent i Nettverk for Fagprosedyrer, jobbes det med synkronisering av EK, slik at tidspunktet blir det samme. Ansvarlig for utarbeidelse av prosedyre/ leder av arbeidsgruppen får varsel om oppdatering i EK-systemet.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:

Ja, de er i overenstemmelse med gjeldende retningslinjer.

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

Prosedyren begrenses til manuelt og automatisk blodtrykk målt på overarm.

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:

Det er link til film som viser fremgangsmåte for anbefalt blodtrykksmåling. Anbefalingene presenteres punktvis i den rekkefølgen prosedyren skal utføres. Punktene er laget som hurtigkoblinger for å kunne klikke seg lett frem til det aktuelle innholdet i prosedyren.

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:

Fremgangsmåten for å måle et så nøyaktig blodtrykk som mulig er klart fremstilt. Mulige faktorer som påvirker målingene er fremstilt og beskrevet i egen tabell.

Fagprosedyrer

Tilstrekkelig opplæring for helsepersonell samt validert og kalibrert utstyr er en forutsetning for å kunne måle et nøyaktig blodtrykk som beskrevet i prosedyren.

ANVENDBARHET

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

Link til film med engelsk tale fra BMJ som beskriver manuelt måleutstyr og blodtrykksmåling.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Det å følge prosedyren vil være en god investering som kan spare store ressurser på sikt.

21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering:

Det anbefales jevnlig trening av helsepersonell som skal måle blodtrykk.

Validert og kalibrert utstyr må være tilgjengelig.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

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

Nei.

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

Nei, ikke aktuelt.