

# Metoderapport (AGREE II, 2010-utgaven)

## OMFANG OG FORMÅL

### 1. Fagprosedyrens overordnede mål er:

☑☑ Sikre en kunnskapsbasert og enhetlig fremgangsmåte med minst mulig smitterisiko for helsepersonell som skal utføre prøvetakning av ekspektorat ved mistanke om og kontroll av aktiv og latent tuberkulose i spesialisthelsetjenesten.

- Fagprosedyren skal være mest mulig helsefremmende ved å redusere faren for potensielle komplikasjoner og minimere pasientens ubehag.

### 2. Helsepørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Hva er beste praksis ved prøvetaking av indusert sputum ved mistanke om og kontroll av aktiv og latent tuberkulose?

Hva er lovpålagt ved prøvetaking ved mistanke om og kontroll av tuberkulose?

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

Saltvannsindusert sputum er en nødvendig test i både utredning og kontroll av personer med mistanke om eller kjent tuberkulose i spesialisthelsetjenesten.

## INVOLVERING AV INTERESSER

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

#### 1. Avdelingsledelse:

Kathan Al-Azawy - Avdelingsdirektør, Lungeavdelingen, Helse Bergen HF

Sverre Lehmann – Seksjonsoverlege, Lungeavdelingen Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF

Heidi Øksnes Markussen – Ass. avdelingsdirektør, intensivsykepleier, Master of Health, Lungeavdelingen Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF

#### 2. Arbeidsgruppen:

Haldis Kollbotn – Tuberkulosekoordinator, Helsesøster, Tuberkulosepoliklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF

Bernt Bøgvald Aarli, Overlege, Spesialist i Lungesykdommer og Indremedisin,

Tuberkulosepoliklinikken Haukeland Universitetssykehus Helse Bergen HF Gunnar Reksten

Husebø, Konst.Overlege, Tuberkulosepoliklinikken Haukeland Universitetssjukehus Helse Bergen HF

Gerd Gran, Tuberkulosekoordinator, Lungesykepleier, Master filosofi i internasjonal helse – infeksjonssykdommer, Tuberkulosepoliklinikken Haukeland Universitetssjukehus Helse Bergen HF

Gyda Karin Smedsvik, Helsesøster Tuberkulosepoliklinikken, Haukeland Universitetssjukehus Helse Bergen HF

Ruth Elisabeth Hovden Hanstveit – Spesialsykepleier i Lunge, Tuberkulosepoliklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF

Sissel Frostad Oftedal, Master i kunnskapsbasert praksis for helsepersonell, Sykepleier, Lungeavdelingen, Helse Bergen HF

Sølvi Margrethe Flaten, Lungesykepleier, Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling-NKH, Helse Bergen HF

### **Arbeidsgruppe for oppdateringsarbeidet i mars-juni 2016:**

#### 1. Avdelingsledelse:

Kathan Al-Azawy - Avdelingsdirektør, Lungeavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen HF

Sverre Lehmann – Seksjonsoverlege, Lungeavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen HF

Dr. Øystein Fløtten - Lungeavdelingen Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF

#### 2. Arbeidsgruppen:

Gunnar Reksten Husebø, Konst.Overlege, Tuberkulosepoliklinikken Haukeland Universitetssjukehus Helse Bergen HF

Haldis Kollbotn – Tuberkulosekoordinator, Helsesøster, Tuberkulosepoliklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF

Ruth Elisabeth Hovden Hanstveit – Spesialsykepleier i Lunge, Tuberkulosepoliklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF

Sølvi Flaten, Spesialsykepleier i Lunge, Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling-NKH, Helse Bergen HF

Sissel Frostad Oftedal, Sissel Frostad Oftedal, Msc i kunnskapsbasert praksis for helsepersonell, Sykepleier , Rådgiver I Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet

Den oppdaterte prosedyren ble godkjent av avdelingsdirektør Kathan Al-Azawy 20.06.16.

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

Prosedyren er utarbeidet med tanke på å ivareta pasientens interesser ved at infeksjonsforebyggende og hygieniske tiltak vektlegges. Det er også fokusert på viktigheten av god informasjon og forberedelse av pasienten før prosedyren igangsettes. Det har ikke vært involvert brukere i oppdatering av denne prosedyren.

## **6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:**

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som skal utføre ekspektoratprøvetaking ved mistanke om eller kontroll av aktiv og latent tuberkulose.

## **METODISK NØYAKTIGHET**

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

Avdelingsledelsen har besluttet å oppdatere og kunnskapsbasere sine kliniske fagprosedyrer før de legges i elektronisk kvalitetshåndbok (EK) ved sykehuset som en følge av nasjonale strategier vedrørende kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Saltvannsindusert sputumtest er en prosedyre som daglig gjennomføres ved avdelingens tuberkulosepoliklinikk og som også utføres på andre avdelinger ved sykehuset.

Lungeavdelingen har hatt prosedyre for indusert sputum i mange år. Den har vært oppdatert flere ganger, sist i august 2006, men den har verken blitt laget eller oppdatert etter en kunnskapsbasert metode. Avdelingens eksisterende prosedyre, med allerede påbegynte oppdateringer om prøvetakning ved hjelp av indusert sputum, ble benyttet som utgangspunkt for en kunnskapsbasering. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer sine verktøy og metode er brukt så langt det lot seg gjøre med de ressurser og tid som var tilgjengelig i avdelingen for dette arbeidet. Systematiske litteratursøk er basert på PICO skjema. Søkene er gjort i anerkjente og anbefalte medisinske og sykepleiefaglige databaser, aktuelle kliniske oppslagsverk samt styrende dokumentasjon nasjonalt og på Haukeland Universitetssykehus.

Det ble utført systematiske litteratursøk i Folkehelseinstituttet etter veiledere, BMJ Best Practice, Hygienehåndboken HUS, Lungeavdelingens sykepleieprosedyrer, Metodebok akutt indremedisin, 2012, HUS, Cochrane Library, NICE pathways, Svenske Vårshåndboken og Elektronisk Kvalitetshåndbok (EK) HUS av prosjektleder. Søkene ble senere kvalitetssikret av bibliotekarer på Universitetet i Bergen (UIB).

I tillegg ble nyeste utgaver av relevante lærebøker benyttet. Eksisterende aktuelle prosedyrer i Elektronisk kvalitetshåndbok ved sykehuset (EK), ble besluttet å linkes til vår egen prosedyre via hyperlink. Disse linkene måtte imidlertid fjernes som følge av godkjenningsprosessen i NOKC.

Ved godkjenning av prosedyren i NOKC ble arbeidsgruppen også anmodet om å gjøre et tilleggssøk i Cochrane Library etter systematiske oversiktsartikler ved hjelp av bibliotekar på NOKC.

Arbeidsgruppen konkluderte med at det ble ikke funnet ny kunnskap som ville endre på anbefalinger eller skulle inkluderes i prosedyren på dette søket.

### **Oppdateringsarbeidet mars-juni 2016:**

I et forberedende møte med avdelingsledelse ble det besluttet å bruke samme pico og søkestrategi som da fagprosedyren ble kunnskapsbasert i 2013. Dette ble begrunnet med at man antok det ikke hadde skjedd mye forskningsmessig nytt innen dette tema.

Man besluttet også å ha de samme inklusjons- og eksklusjonskriterier. Og tanker fra 2013 om å utvide prosedyren til å også inkludere gastrisk lavage og bronchoscopi som alternative testmetoder ble lagt på is til neste oppdatering.

Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk i alle obligatoriske databaser i henhold til metodekrav for Fagprosedyrer.no. Søket ble gjort av bibliotekar Hilde Wedvich, Universitetsbiblioteket i Bergen og Sissel Frostad Oftedal fra arbeidsgruppen. Se vedlagt søkestrategi og treffliste.

### **8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:**

Det ble besluttet å forankre prosedyren i norsk lov, sykehusets relevante styrende dokumenter, erfaringskompetanse innad i avdelingen og forskning plassert høyest mulig i kunnskapshierarkiet/Brian Haynes kunnskapspyramide.

Å bruke forskningskunnskap fra kunnskapsbaserte retningslinjer, kliniske oppslagsverk, systematiske oversiktsartikler fremfor primærstudier, er vesentlig for å sikre gode beslutninger. Det ble derfor besluttet at litteratursøkene skulle gjøres høyest mulig i kunnskapshierarkiet. Dette sikrer at kunnskapsgrunnlaget som oftest også allerede er fagfelle vurdert.

Kunnskapsgrunnlaget skulle være av nyere dato, helst ikke eldre enn 5 år. Kunnskap på norsk, engelsk og skandinavisk kunne inkluderes. Forskning som fokuserer på utstyrvalg, praktisk administrering og dokumentering av forstøver behandling samt forskning med hovedfokus på lovpålagt hygienetiltak ved bruk av forstøverutstyr på smittepasienter skulle inkluderes.

Forskning om forstøverbehandling med spesielle medikament for andre sykdommer enn tuberkulose ble ekskludert.

Studier funnet etter litteratursøkene ble kritisk vurdert ved hjelp av Kunnskapssenterets sjekklister for dette formål. Det valgte kunnskapsgrunnlaget ble ut fra dette vurdert å være valid, oppdatert og av god kvalitet både med hensyn til metode innhold og mulighet for å overføre kunnskapsgrunnlaget til vår kontekst.

### **Oppdateringsarbeidet mars-juni 2016:**

Samme PICO og samme inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble brukt da fagprosedyren ble produsert, ble brukt ved gjennomgang av trefflistene etter det systematiske oppdateringssøket. Gjennomgang ble gjort av 1 lege og 2 spl i arbeidsgruppen.

### **9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:**

Fagprosedyren er hovedsakelig basert på Folkehelseinstituttets Tuberkuloseveileder, Smittevernloven samt konsensus innad på Tuberkulosepoliklinikken Haukeland Universitetssykehus.

Dokumentene regulerer norsk Tuberkulosediagnostisering, -behandling og -kontroll og er lovpålagt å følge fordi et effektivt smittevern mot Tuberkulose innebærer flere vidtrekkende tiltak som må reguleres særskilt.

Konsensusanbefalinger er utarbeidet for å tilpasse kunnskapsgrunnlaget de ressursene vi har til rådighet i vår helsesetting så fremt det er medisinsk forsvarlig og følger norsk lov for tuberkuloseomsorgen.

### **Oppdateringsarbeidet mars-juni 2016:**

Alle treff etter det systematiske oppdateringssøket ble til slutt gjennomgått av to stk i arbeidsgruppen fellesskap.

I tillegg til å finne igjen oppdaterte versjoner av Tuberkuloseveileder og Smittevernloven som ble inkludert i kunnskapsgrunnlaget da fagprosedyren ble utarbeidet, fant man den nye håndhygieneveilederen med relevant kunnskap, 2 systematiske oversiktsartikler, 1 relevant retningslinje fra NICE som også ble funnet i BMJ best practice, og tre oppdaterte kunnskapsoppsummeringer fra UpToDate.

De fleste funnene styrket allerede kjent kunnskap og tilhørende anbefalinger i prosedyren. Men man fant også kunnskap om at hypertont NaCl synes som foretrukket forstøvingsvæske når man skal fremprovosere slimproduserende hoste. Dette ble tatt opp til diskusjon i arbeidsgruppen da man allerede før søket ble gjort hadde etterlyst en mer differensiert beskrivelse av anbefalingen vedr dette. Kunnskapsoppsummering vedr tuberkulose og barn viste at man også på små barn kan bruke forstøving til industert sputumtest.

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

Ett av arbeidsgruppens medlemmer gikk gjennom alle funn gjort etter litteratursøkene for å finne de relevante. Relevante funn ble lagt inn i den eksisterende prosedyren med tilhørende referanseliste.

Dette forslaget ble så presentert for resten av arbeidsgruppen.

Videre bearbeiding av anbefalingene i prosedyren ble gjort i 3 møter i arbeidsgruppen. Det ble ingen store endringer i den opprinnelige fagprosedyren utover noen nye formuleringer samt at referansene ble lagt til allerede utarbeidete anbefalinger.

Folkehelseinstituttets Tuberkuloseveileder skal være grunnleggende kunnskapsleverandør når det gjelder Tuberkulosearbeidet i Norge. Folkehelseinstituttet har på visse områder ansvar for– og myndighet til – å lage nasjonale retningslinjer og veiledere. Dette gjelder smittevernområdet generelt, og helt spesielt for tuberkulose og for vaksinasjon. Dette er regulert i forskrift om tuberkulosekontroll, forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram og smittevernloven. De fleste og mest sentrale anbefalingene i prosedyren er derfor hentet direkte herfra. Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget ble gjort med kunnskapscenterets sjekklister til dette formål.

Lungeavdelingen har blitt enige om at fagprosedyrene ved avdelingen skal følge tilnærmet samme mal. Det ble i den forbindelse først jobbet med formuleringer om indikasjon og kontraindikasjon fordi dette manglet i den allerede eksisterende prosedyren. Anbefalinger om pasientinformasjon, hygiene ved prøvetaking og håndtering av prøvemateriale ble av samme årsak strukturert annerledes enn i det de var i den tidligere utgaven av prosedyren.

### **Oppdateringsarbeidet mars-juni 2016:**

De fleste funnene etter det oppdaterende systematiske litteratursøket styrket allerede kjent kunnskap og tilhørende anbefalinger i prosedyren. Men man fant også kunnskap om at hypertont NaCl synes som foretrukket forstøvingsvæske når man skal fremprovosere slimproduserende hoste. Dette ble tatt opp til diskusjon i arbeidsgruppen da man allerede før oppdateringsarbeidet startet hadde etterlyst en mer differensiert beskrivelse av anbefalingen vedr dette.

Kunnskapsoppsummering vedr tuberkulose og barn viste at man også på små barn kan bruke forstøving til induert sputumtest. Dette har til nå i stor grad vært gjort via gastrisk lavage på de minste barna hos oss. Kunnskapen ønsket man å diskutere med barnelege før man evt formulerte nye anbefalinger i prosedyren. Man ble enige om å lage en anbefaling om at induert sputum kan benyttes som prosedyre også på barn som et alternativ til gastrisk aspirat.

Det ble også funnet kunnskap i UpToDate oppsummeringen vedr anbefalt antall sputumtester som skal tas. Ny anbefaling ble laget om anbefalt antall sputumtester.

I tillegg så man behovet for å gjøre prosedyren mer brukervennlig ved å slå sammen anbefalinger som omhandlet det samme.

Ny og oppdatert forskningskunnskap er føyet til fagprosedyren både i referanseliste og i Vancouver-stil bak hver anbefaling.

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

Fagprosedyren er ønsket å bidra til kvalitetssatsing og pasienttrygghet ved å redusere risiko for utilsiktede hendelser gjennom systematisk fagutvikling og opplæring av personalet ved avdelingen til en enhetlig og kunnskapsbasert fremgangsmåte ved prøvetaking av ekspektorat ved mistanke om og kontroll av Tuberkulose.

Fagprosedyren har som viktigste formål å hindre smitteoverføring ved en nødvendig prosedyre som utføres daglig i diagnostisering og kontroll av TBC.

Man håper også at fagprosedyren kan bidra til en mer aktiv deltagelse/ empowerment av personer med tuberkulose gjennom styrket informasjon og kommunikasjon i forkant av og fortløpende gjennom testen/prosedyren.

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

Hver anbefaling dokumenteres med referanser i Vancouver-stil.

Der det ikke finnes forskning av høy kvalitet, blir det gjennom diskusjon utformet erfaringsbaserte anbefalinger basert på tilgjengelige ressurser, norsk tuberkuloselovgivning og en avveining av nytte og ulempe.

Referanselisten foreligger i fagprosedyren.

### **Oppdateringsarbeidet 2016:**

NB Ved oppdateringsarbeidet ble det oppdaget at prosedyren var blitt endret som følge av redesign av nettsiden i Helsebiblioteket. Dette hadde medført at deler av prosedyren var repetert

flere ganger og at noen overskrifter var endret og fjernet. Arbeidsgruppen rettet opp disse feilene og vil sjekke etter republisering om prosedyren da er riktig. Beskjed ble også gitt til publiseringsansvarlige i Helsebiblioteket.

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

Sputum prosedyren er foruten innad blant tuberkulose koordinatorer, overlege, helsesøster og spesialsykepleier på tuberkulosepoliklinikken ved lungeavdelingen Haukeland Universitetssykehus, sendt på høring til sykehus og avdelinger som vi vet utfører mange induerte sputumtester:  
Tuberkulosekoordinator Hilde Elise Andersen Spesialavdeling Helse Stavanger  
Tuberkulosekoordinator Tone Louise Skorge Helse Stavanger  
Overlege Oddveig Karin Garpestad Helse Stavanger  
Tuberkulosekoordinator Stine Sannes Oslo Universitetssykehus  
Overlege Ingvild Nesthus Lungeavdeling Oslo Universitetssykehus  
Tuberkulosekoordinator Ane-Helene Stang Oslo Universitetssykehus  
Tuberkulosekoordinator Eline Storvig St. Olav

Høringssvar ble tatt opp til diskusjon med medlemmer i prosjektgruppen. Noen av kommentarene gikk på at lokale rutiner vedrørende merking og sending av prøvemateriale på lungeavdelingen HUS ikke ble benyttet på andre sykehus. Disse anbefalingene er imidlertid hentet direkte fra Tuberkuloseveilederen, så de ble ikke endret. Man må selvfølgelig tilpasse kunnskapsbaserte anbefalinger til lokale forhold og ressurser. Men samtidig sørge for at man holder seg så tett til det anbefalte som mulig.

Det var ønsket av flere høringsinstanser å inkludere alternative anbefalinger for desinfisering etter prøvetakning for dem som ikke har UVC stråling av rommet som mulighet. Det finnes konsensus- og erfaringsbaserte rutiner om desinfisering med 70 % sprit av alle flater i 1 meters radius rundt pasient etter induert sputum prosedyre ved påvist eller mistanke om luftsmitte ved flere av høringsinstansene. Avdeling for pasientsikkerhet og smittevern ved HUS ble kontaktet med forespørsel om forskning som kunne verifisere disse rutinene. I den alltid oppdaterte nettbaserte utgaven av Tuberkuloseveilederen finnes det ikke forskning som bekrefter bruk av alkohol til overflatedesinfisering. Hygienespl på avd for pasientsikkerhet bekreftet dette. Arbeidsgruppen besluttet å gå for anbefalingen foreslått av avdeling for pasientsikkerhet om at Perasafe skal benyttes til overflatedesinfisering hvis det ikke finnes UVC-lys til dette formål.

Det er en klar anbefaling i Tuberkuloseveilederen å bruke morgenprøver, men prosedyren kan selvfølgelig også utføres utpå dagen hvis dette er det som er praktisk mulig for pasient og avdeling.

### **Oppdateringsarbeidet mars-juni 2016:**

Hvis det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget ikke medfører vesentlige endringer i den eksisterende fagprosedyren, men kun styrker allerede eksisterende anbefalinger, blir det ikke nødvendig med ny høringsrunde ifølge metodekrav fra Fagprosedyrer.no. Etter vurdering og kvalitetsvurdering av oppdateringsarbeidet gjennomført av Fagprosedyrer.no, ble det besluttet at ny høringsrunde ikke var nødvendig.

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

Fagprosedyren planlegges oppdatert/evaluert om 3 år. Eventuelt tidligere hvis ny kunnskap endrer vesentlig på anbefalinger som vil få betydning for vår fagprosedyre.

## **KLARHET OG PRESENTASJON**

#### **15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:**

Anbefalinger i fagprosedyren er konsekvent skrevet som kulepunkt. Anbefalingene er delt inn i tema med egne overskrifter tilknyttet en innholdsfortegnelse. Unntak fra hovedregelen er klart beskrevet. Anbefalingene er basert på norsk lovgivning om tuberkuloseomsorgen, oppdatert forskning og praktisk erfaring.

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

Arbeidsgruppen besluttet at man kun skulle gi en detaljert beskrivelse av hvordan indusert sputumtest skal gjennomføres. Man diskuterte muligheten av å foreslå ta med andre prøvetakningsmåter hvis man mislykkes med denne prosedyren. Det ble besluttet at vi ikke ville ha med beskrivelse av lavage gjort ved broncoscopi eller gastrisk lavage da man var redd for at fagprosedyren da ville bli for lang.

Dessuten vurderes det at de alternative metodene kan kreve egne prosedyrer. De kan også innlemmes i andre prosedyrer som for eksempel en bronchoscopipro prosedyre. Dette er en diskusjon man må ta igjen ved oppdatering av denne fagprosedyren.

#### **17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:**

Prosedyren er inndelt i tema med egne overskrifter. Alle anbefalinger er markert med kulepunkt. Fokus på brukervennlighet er gjort ved å gjøre teksten kortest mulig, benytte Vancouver referansestil, gjøre prosedyren web.basert og ha en god lay-out med forklarende bilder.

#### **Oppdateringsarbeidet mars-juni 2016:**

Gjennom de tre årene prosedyren har vært i bruk har man sett at ordlyden i anbefalinger noen steder var tung og lang. To av arbeidsgruppens medlemmer gjorde et redigeringsarbeid som ble tatt tilbake til den større arbeidsgruppen for diskusjon og godkjenning.



## **18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:**

Den store smittefrykten som rår både i befolkningen og blant helsepersonell, må møtes med økt kunnskap og klare råd om hvordan et effektivt smittevern mot tuberkulose skal drives. Vi tror derfor at fagprosedyren vil bli tatt vel i mot av helsepersonell som tilbyr helsetjenester innen tuberkulosekontroll.

Etter høringsrunde er noen anbefalinger endret slik at prosedyren ikke blir for lokalt tilpasset lungeavdelingen HUS, men er blitt en generell fagprosedyre bygget på norsk lovgivning og oppdatert forskning i tuberkuloseomsorgen i Norge.

## **ANVENDBARHET**

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

Fagprosedyren er web.basert slik at man via innholdsfortegnelsen kan velge ønsket tema og via hyperlink komme direkte til ønsket sted i prosedyren. Dette gjør den forhåpentligvis lettere tilgjengelig i en praktisk hverdag.

Det er inkludert et eget punkt i prosedyren om hva man bør informere pasientene om ved denne prosedyren. Fagprosedyrer.no skriver i sin metode at det er ønskelig med egen utarbeidet pasientinformasjon/brosjyre. Dette er ikke utarbeidet, men anbefales laget ved oppdatering av fagprosedyren.

### **20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:**

Kunnskapsbaseringen og oppdateringen av den tidligere utgaven av prosedyren har ikke medført behov for flere ressurser knyttet til utstyr eller personell.

Den nye Fagprosedyren er mer konkret i sine beskrivelser av hvordan prosedyren skal gjennomføres. Den vektlegger pasientinformasjon og hygiene mye mer enn den forrige og kan muligens derfor medføre noe økt tidsbruk i den praktiske hverdag. Men vi mener at den derfor også bidrar til bedre kvalitet i behandlingstilbudet og større pasient- og helsepersonellsikkerhet med tanke på smitterisiko. I tillegg medfører implementering av fagprosedyren at det må legges ned ressurser i forbindelse med opplæring av personalet ved avdelingen.

### **21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering:**

Selv om man lager god prosedyrer og retningslinjer, betyr ikke dette at de nødvendigvis vil bli fulgt. Det blir derfor svært viktig at det avsettes god tid og ressurser som sikrer en best mulig implementering av fagprosedyren i daglig praksis.

Fagprosedyren blir satt som tema på kurs for lis-leger, sykepleiere og hjelpepleiere samt for nyansatte. Man oppfordrer også til kollega veiledet opplæring. Man vil i tillegg repetere undervisningen for aktuelt helsepersonell via internundervisning for å være sikker på at man når alle med informasjonen.

Som evaluering kan man tenke seg å lage et spørreskjema til leger, sykepleiere og hjelpepleiere som gjennomfører prosedyren i avdelingen for å se om prosedyren fungerer i forkant av neste oppdatering.

## **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:**

Det var ingen rapporterte interessekonflikter i arbeidsgruppen.