

AGREE metoderapport - om hvordan dokumentet er utarbeidet - informasjon til leser

| | | | |
|--|--|--|---|
| For alle dokumenter fylles følgende ut: Spørsmål 1-10 og AGREE-krav 1, 4, 5, 13, 20 og 23 (Kortversjon) | | | |
| For dokumenter som er utarbeidet kunnskapsbasert fylles følgende ut: Spørsmål 1-10 og alle AGREE-kravene (langversjon) | | | |
| 1. Dokumenttittel (og id nr.): | Øyedråper – administrering | | |
| 2. Er dokumentet relevant for mer enn en klinikk? | Ja | | |
| 3. Kan dokumentet bringe bedre kunnskap til andre avdelinger om det blir gjeldende på nivå 1? | Ja | | |
| 4. Ansvarlig direktør, klinikkleder eller avdelingsleder | Se godkjenningsansvarlig. Utenom: Avdelingsleder: Morten C Moe | Nivå: | <input type="checkbox"/> Nivå 1 <input type="checkbox"/> Nivå 2 |
| 5. Annen leder, utvalg, råd som har anbefalt godkjenningen? | <p>Prosedyren har vært på høring hos:</p> <p>Ledende operasjonssykepleier Nina Tangen, Operasjonsenheten, Øyeavdelingen, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi OUS</p> <p>Øyesykepleier Marlene Adelaide, Øyepoliklinikk, Øyeavdelingen, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi OUS</p> <p>Fagutviklings sykepleier Ana Carla Schippert, Øyeavdelingen, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi OUS</p> <p>Enhetsleder, Øyesengeposten, Anne-Marit Hafstad, Øyeavdelingen, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi OUS</p> <p>Ledende Øyesykepleier Anita Beate Bernsen, Øyepoliklinikk, Øyeavdelingen, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi OUS</p> <p>Avdelingssykepleier Elisabeth Eik- Nes, Dagkirurgisk enhet og postoperativ enhet øye, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi OUS</p> <p>Avdelingsoverlege Ketil Eriksen, Øyeavdeling, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi, OUS</p> <p>Fagutviklingssykepleier Elma Jelin, Øyeavdelingen, Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi OUS</p> <p>Vestre Viken: Ola M Rygh, overlege øyeavdeling, Vestre Viken.</p> <p>Folkehelseinstituttet: Karin Borgen, Senior rådgiver Kunnskapssenter for helsetjenester.</p> <p>Avdeling for smittevern:</p> <p>Avdelingsoverlege /seksjonsleder, Torgunn Nygård, Avdeling for Smittevern, OUS-Ullevål</p> <p>Hygienesykepleier, Kjersti Hochlin, Avdeling for Smittevern, OUS-Ullevål</p> <p>Legemiddelhåndteringsutvalget:</p> <p>Cand pharm/spes i sykehusfarmasi Laila Bruun, Seksjon for Legemiddelkomité og - sikkerhet Avdeling for farmakologi, Oslo universitetssykehus HF</p> | | |
| Metoderapport+adm+av+Øyedråper+06.10.doc | | Org.enhet: Stab medisin, helsefag og utvikling | |
| Version: 2 | Dokumentansvarlig: Karin Borgen | Dato: 28.10.16 | Nivå: 1 Side 1 av 4 |

| | |
|---|---|
| | Med flere. |
| 6. Er dokumentet plassert i riktig mappe i eHåndboken? | Ja |
| 7. Er teksten korrekturlest og stemmer innholdet? | Ja |
| 8. Er relevant lovverk og nasjonale retningslinjer inkludert? | Ja |
| 9. Er andre relaterte dokumenter og referanser lagt inn og lenket opp? | Ja |
| 10. Er det andre opplysninger som er viktig for godkjenner og leser/bruker av dokumentet? | Uten kommentar |
| AGREE-KRAVENE | Se AGREE - metoderapport. Veiledning for utfylling. |
| 1. Dokumentets overordnede mål er klart beskrevet (Hvorfor trengs dokumentet?) | Kvalitetssikre prosessen og sikre lik gjennomføring. Overholde det hygieniske aspekt og forhindre smitte. Prosedyren omhandler: Administrering av øyedråper, administrering av øyesalver og opplæring til pasient / pårørende i administrering av øyemedikamenter. |
| 2. Helse spørsmålet (ene) i dokumentet er klart beskrevet? | Hvordan administrere legemidler i øyet? |
| 3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv.) dokumentet gjelder for er klart beskrevet? | Pasienter med øyesykdommer. |
| 4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet dokumentet har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel, og arbeidssted på alle): Noter også ned de råd, utvalg, kompetansesentra etc. som har deltatt. | Oppdatering og kunnskapsbasering av prosedyren har bestått av: Fagutviklingssykepleier Elma Jelin, Øyeavdelingen, Klinikk for kirurgi og nevrofag, OUS Fagutviklingssykepleier Torgun Næss, Øyeavdeling, Klinikk for Hode hals og rekonstruktiv kirurgi. |
| 5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, befolkningen, pasient-organisasjoner, brukerråd etc) som dokumenter gjelder for er forsøkt inkludert. | Nei |
| 6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren? | Ja, sykepleiere og annet autorisert helsepersonell. Også egne retningslinjer for pasienter og pårørende. |
| 7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget til dokumentet? | Bibliotekar Toril Marie Hestnes foretok systematisk litteratursøk i samråd med fagutviklingssykepleierne Elma Jelin og Torgun Næss den 10.05.16. Følgende søkestrategi ble benyttet: Se vedlegg. |

| | |
|---|---|
| 8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Det ble søkt både oppsummert forskning og enkeltstudier, i både internasjonale og skandinaviske databaser. Kriterier for utvelgelse var knyttet til øyesykepleie / drypping av øyet/ stell av øyet. |
| 9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Der det i forskningsartiklene er evidens for en anbefaling, er dette fulgt. Der forskningen ikke kommer med konkrete praktiske anbefalinger har arbeidsgruppen basert anbefalingene i prosedyren på konsensus og klinisk erfaring. Lite relevant forskning på området. |
| 10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene i dokumentet er tydelige? | Basert på forskning som ble funnet, dagens praksis og diskusjoner i gruppene. PPS har også en prosedyre for administrering av øyedråper som er sammenlignet og er i overensstemmelse med disse anbefalingene. |
| 11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene? | Ja. Ingen bivirkninger. |
| 12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget? | Ja. Det er brukt Vancouver referansestil. |
| <p>13. Fagprosedyrene er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (navn, tittel, og arbeidssted på alle)?</p> <p>Er evt. tilbakemeldinger gjennomgått?</p> <p>Her svares det også for om sentrale råd, utvalg, regionale eller nasjonale kompetansesentra, fagekspertgrupper, pasientorganisasjoner etc. har hatt dokumentet på høring.</p> | <p>Avdeling for smittevern:</p> <p>Avdelingsoverlege /sykehushygieniker, Prof. dr. med. Bjørg Marit Andersen, Avdeling for Smittevern, OUS-Ullevål</p> <p>Hygienesykepleier, Birgithe Teige, Avdeling for Smittevern, OUS-Ullevål</p> <p>Hygienesykepleier, Kjersti Hochlin, Avdeling for Smittevern, OUS-Ullevål</p> <p>Legemiddelhåndteringsutvalget:</p> <p>Cand pharm/spes i sykehusfarmasi Laila Bruun, Seksjon for Legemiddelkomité og - sikkerhet Avdeling for farmakologi, Oslo universitetssykehus HF</p> <p>Med flere.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, det var ingen tilbakemeldinger.</p> |

| | | | |
|---|---|------------------------------|---------------------------|
| <p>14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av dokumentet er klart beskrevet.</p> <p>Her kommer det frem om oppdatering inngår i århjul eller faste planer for avdelingen.</p> <p>Vil du som dokumentansvarlig følge opp i denne perioden?</p> | <p><input type="checkbox"/> 3 år <input type="checkbox"/> 2 år <input type="checkbox"/> 1 år Annen: Når det er endringer ellers etter 3 år</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, jeg foreslår at en annen overtar ansvaret: Fagutviklingssykepleier på øyeavdelingen.</p> | | |
| <p>15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige?</p> | <p>Ja</p> | | |
| <p>16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller helsespørsmålene er klart beskrevet?</p> | <p>Ja</p> | | |
| <p>17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere?</p> | <p>Ja</p> | | |
| <p>18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av dokumentet er klart beskrevet? (En liste med hemmende faktorer kan brukes til å lage en implementeringsplan)</p> | <p>U.a</p> | | |
| <p>19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er dokumentet støttet av?</p> | <p>PPS</p> | | |
| <p>20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er tatt med i betraktning (Settes det krav som kan få store konsekvenser?)</p> | <p><input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, se spesielt dette/disse punktene:</p> | | |
| <p>21. Dokumentets kriterier for etterlevelse og evaluering er klart beskrevet?</p> | <p>Nei</p> | | |
| <p>22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i dokumentet?</p> | <p>Nei</p> | | |
| <p>23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak dokumentet er dokumentert og håndtert?</p> | <p><input type="checkbox"/> Stor enighet <input type="checkbox"/> Enighet hos de fleste <input type="checkbox"/> Middels enighet <input type="checkbox"/> Ingen enighet Faglig uenighet begrunnes og beskrives.</p> | | |
| <p>Dokumentansvarliges navn og tittel: Elma Jelin og Torgunn Næss</p> | | <p>Telefonnr.: 15162</p> | <p>Dato: 12.08.15</p> |