

Metoderapport: Kirurgisk telling (AGREE II, 2010-utgaven)

OMFANG OG FORMÅL

1. Fagprosedyrens overordnede mål er:

Forebygge gjenglemt utstyr i pasienten etter kirurgisk inngrep.

2. Helsepørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Hvordan bør operasjonssykepleiere gjennomføre kirurgisk telling for å unngå gjenglemt utstyr under kirurgiske inngrep?

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

Operasjonssykepleiere.

INVOLVERING AV INTERESSER

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

I forbindelse med masteroppgaven har vi som masterstudenter vært ledere av en prosjektgruppe og utført det meste av arbeidet.

Maren A. Tande, Masterstudent i operasjonssykepleie ved Stavanger Universitetssykehus

Elisabeth Tiberg, Masterstudent i operasjonssykepleie ved Stavanger Universitetssykehus

Liv Anny Danielsen, fagansvarlig operasjonssykepleier gynekologisk seksjon ved Stavanger Universitetssykehus

Ingjerd Helleland, fagutviklingssykepleier ved Stavanger Universitetssykehus

Marit Halonen Christiansen, gynekolog ved Stavanger Universitetssykehus

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

Å forebygge unødig skade på pasienten etter kirurgisk inngrep er fokus for denne prosedyren. Bruerkunnskap og brukervedvirkning vil ikke være relevant utover det at alle pasienter ønsker sikre tjenester. Ivaretagelse av pasientperspektivet gjøres ved å anta hva pasienten selv ville valgt dersom kunnskapsgrunnlaget var tilstrekkelig.

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Alle operasjonssykepleiere som deltar under kirurgiske prosedyrer.

METODISK NØYAKTIGHET

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

Systematisk litteratursøk ble utført fra august 2016 til mars 2017 i samarbeid med bibliotekar. Dette ble gjort med bakgrunn i PICO-skjema og inklusjonskriterier. Søk ble utført i databaser etter krav fra Kunnskapssenteret. Fullstendig søkehistorikk ligger vedlagt, sammen med PICO-skjema. Søket ble kvalitetssikret av samme bibliotekar i etterkant.

1. Det ble søkt etter både nasjonale og internasjonale retningslinjer i relevante databaser. Databaser benyttet var BMJ Best Practice, BMJ Clinical Evidence og UpToDate med mer.
2. Det ble søkt etter systematiske litteraturoversikter i blant annet The Cochrane Library.
3. Utførte systematisk søk etter primærstudier i Embase, Ovid Medline og Cinahl med flere.
4. Vi har kontaktet fire Universitetssykehus i Norge, to i Danmark og to i Sverige for å avdekke eventuelle lokale prosedyrer, samt for å se forskjeller i de ulike prosedyrene.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:

Studienes relevans for problemstilling har stått sentralt:

- Inklusjonskriterier er kontrollrutiner av alle ulike kirurgiske gjenstander som brukes under et kirurgisk inngrep, inkludert akutsituasjoner. Studier mellom 2006-2017 er inkludert.
- Eksklusjonskriterier ble ikke bestemt på forhånd, dette for å unngå at noe ble utelatt. Vi skaffet oss en oversikt over eksisterende forskning på området og var deretter kritiske i seleksjonsprosessen, hvor vi valgte bort studier som ikke var relevante for vårt forskningsspørsmål.
- S- pyramiden ble brukt som utgangspunkt både ved søk og utvelgelse. En forskningsbasert retningslinje og flere systematiske oversikter er kunnskapsgrunnlag for anbefalinger i fagprosedyren. I tillegg er en kvalitativ studie og en audit inkludert.
- Det er innhentet flere prosedyrer samt en retningslinje fra sykehus i Norge, Sverige og Danmark. Retningslinjen er vurdert i samsvar med sjekklister fra Kunnskapscenteret og ble forkastet på bakgrunn av manglende metodisk kvalitet.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:

Styrker: Internasjonal retningslinje, systematiske oversikter og andre oversikter danner et godt forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for fagprosedyren. To primærstudier er inkludert fordi begge var av god kvalitet og gav en bredde i kunnskapsgrunnlaget.

Kvaliteten på studier er av middels- og høy kvalitet, vurdert ut fra GRADE sine kategorier. Retningslinjen er gradert ved hjelp av AGREE II Rating Scale.

Svakheter: Kunnskapsgrunnlaget inneholder ingen RCT studier. Dermed er det ingen studier som ser direkte på effekt av tiltak. GRADE egner seg best på RCT studier og observasjonsstudier, noe som gjorde det vanskelig å følge graderingen nøyaktig. Graderingen baseres derfor på mye av våre subjektive vurderinger.

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

Anbefalingene er gitt på bakgrunn av inkluderte studier. Der hvor anbefalingene var uklare eller at de ikke er gjennomførbare for dagens praksis i Norge, er det konsensus i prosjektgruppen som ligger til grunn.

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

Helsemessige fordeler for pasienten er å forebygge komplikasjoner knyttet til et kirurgisk inngrep. Konsekvenser som reoperasjon, infeksjoner, økt liggetid i sykehus, smerter og økte sykehuskostnader kan forhindres. Å følge anbefalingene i fagprosedyren reduserer risikoen for uheldig hendelse for pasienten.

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

Anbefalingene med tilhørende referanser viser hvordan det henger sammen med kunnskapsgrunnlaget. Referanser er merket i Vancouver-stil, konsensus er merket med «K».

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

Anne-Kate Esbjug, Operasjonssykepleier, Can. Sykepleievitenskap, Fagutviklingssykepleier N3, Operasjonsavdelingen, Akuttklinikken Oslo universitetssykehus.

Agnieszka Kosowska, Led.spes.spl. fag, Operasjon Aker, Operasjonsavdelingen, Akuttklinikken Oslo universitetssykehus.

Cecilie Bergva Norstrøm, Operasjonssykepleier og masterstudent sykepleievitenskap UIO, Operasjon Aker, Operasjonsavdelingen, Akuttklinikken Oslo universitetssykehus.

Vera Vik-Hansen, Operasjonssykepleier og master student sykepleievitenskap UIO.

Irene Øien, Fagutviklingssykepleier/operasjonssykepleier, Kirurgisk operasjon, St.Olavs Hospital.

Frøydis Jøssund, Fagutviklingssykepleier/operasjonssykepleier, Kirurgisk Operasjon, St.Olavs Hospital.

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

I samarbeid med Stavanger Universitetssykehus er vi ansvarlige for oppdatering av fagprosedyren. Oppdatering anbefales utført innen mars 2020.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:

To algoritmer gir en god oversikt over hovedpunktene i anbefalingene. Selve fagprosedyren har en innledning med overordnede anbefalinger. I tillegg deles den inn i undertema for praktisk gjennomføring. Den gir både konkrete punktvisse anbefalinger av gjennomføring, deretter beskrivende anbefalinger.

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

Ja, det blir beskrevet at man ved noen tilfeller må benytte skjønn og noen anbefalinger er situasjonsbetinget.

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:

Ja. Synliggjort både i algoritme og i punktvisse anbefalinger.

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:

Faktorer som hemmer bruk av fagprosedyren kan være akuttssituasjoner. Faktorer som fremmer anbefalingene er at de kan brukes på alle pasienter som gjennomgår elektive kirurgiske inngrep.

ANVENDBARHET

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

Konkrete anbefalinger for kirurgisk telling er oppgitt i prosedyreteksten. Algoritmer ligger vedlagt til fagprosedyren.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Det er ingen ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene av verken personalet eller utstyr. Ved å følge anbefalingene kan det medføre noe mer tid til gjennomføring av kirurgisk telling.

21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering:

Fagprosedyrens anbefalinger er mulig å kunne etterleve. Pasientsikkerheten er ivaretatt og det foreligger klare fordeler ved gjennomføring av kirurgisk telling fremfor inkonsekvent telling.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

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

Ingen.

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

Ingen interessekonflikter.