 Legges ved det dokumentet som er utarbeidet.

# AGREE metoderapport - om hvordan dokumentet er utarbeidet - informasjon til godkjenner og leser

|  |
| --- |
| For alle dokumenter fylles følgende ut: Spørsmål 1-10 og AGREE-krav 1, 3, 4, 5, 6, 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.):  | * Permanent kateter (KAD)- Voksne- Hoveddokument (1.0) ID 13880
* Permanent kateter (KAD)- Voksne- Indikasjoner, komplikasjoner og oppfølging (2.0) ID 130988
* Permanent kateter (KAD)- Voksne- Innleggelse, skifte, stell, observasjoner og seponering (3.0) ID 131092
* Permanent kateter (KAD)- Voksne- Blæreskylling- Kontinuerlig og intermitterende (4.0) ID 131107
* Permanent kateter (KAD)- Voksne- Pasientinformasjon (5.0) ID 131112
 |
| 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 |       | Nivå: | x[ ]  Nivå 1 [ ]  Nivå 2 |
| 5. Annen leder, utvalg, råd som har anbefalt godkjenningen? | Revisjon av allerede eksisterende dokumenter      |
| 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? |  x[ ]  Ja [ ]  Nei, ikke nødvendig        |
| 10. Er det andre opplysninger som er viktig for godkjenner og leser/bruker av dokumentet? | Nei |
| **AGREE-KRAVENE** | Se [AGREE - metoderapport. Veiledning for utfylling.](http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx?documentId=38645) |
| **1. Dokumentets overordnede mål er klart beskrevet** (Hvorfor trengs dokumentet?) | Sikre kunnskapsbasert praksis til pasienter som skal ha permanent urinkateter (KAD) i forbindelse med innleggelse, stell, skifte, skylling, urinprøvetaking og seponering av kateteret. Sikre at pasient forstår hvordan kateteret fungerer, hvordan det skal stelles og sikre at pasient, evt. pårørende tar kontakt dersom det ikke fungerer tilfredsstillende.  |
| 2**.** Helsespørsmålet (ene) i dokumentet er klart beskrevet? | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt PICO-skjema)Se PICO skjema      |
| **3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv.) dokumentet gjelder for er klart beskrevet?**  | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt PICO-skjema)Se PICO skjema      |
| **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.** | Revidering 2024:Martine Bengtsson, fagutviklingssykepleier, Urologisk sengepost OUS, Aker. mabeng@ous-hf.noThea Amundsen, fagutviklingssykepleier, Urologisk sengepost, OUS, Aker. thamun@ous-hf.no  |
| **5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen** (pasienter, befolkningen, pasient-organisasjoner, brukerråd etc) **som dokumenter gjelder for er forsøkt inkludert.** | Prosedyren har vært brukt siden 2011 og det har jevnlig kommet tilbakemeldinger fra pasienter med permanent kateter og deres pårørende. Vi har derfor bl.a. valgt å legge til en del om urinprøvetaking og bestilling av aktuelt utstyr i pasientinformasjonen. Det er samtidig vært fokus på å legge forskning som underbygger pasientenes erfaring med det å ha permanent kateter (KAD). I tillegg har det kommet en ny database som tar for seg sykepleie til disse pasientene.  |
| **6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren?** | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt PICO-skjema)Se PICO skjema      |
| 7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget til dokumentet? | Se dokumentasjon av søk fra bibliotekarSystematisk litteratursøk fra medisinsk bibliotek ved Rikshospitalet 13.08.2024. Treff er gjennomgått av flere sykepleiere og er kontrollert ved hjelp av sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Nasjonalt Nettverk for fagprosedyrer. I tillegg til treff fra det systematiske litteratursøket har man gått gjennom litteraturlistene til bl.a. prosedyre for permanent kateter på VAR og Nasjonalt Nettverk for fagprosedyrer (utgitt av Bergen kommune). Dette er gjort for å se om det er noe vi har oversett i vårt systematiske litteratursøk, evt. noe som må suppleres til det som allerede er. Fra tidligere har vi både nasjonale og internasjonale guidelines som retter fokuset spesielt mot å forebygge sykehusinfeksjoner og kateterassosierte urinveisinfeksjoner. Vi har fjernet noen enkeltstudier benyttet som kunnskapsgrunnlag i tidligere søk da flere systematiske oversikter og guidelines også belyser temaene.       |
| 8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Fokus på å søke etter nye og oppdaterte guidelines, systematiske oversikter og annen oppsummert kunnskap. Se vedlegg dokumentasjon av søk 2024. Vi har først og fremst gått nøye gjennom kilder høyt oppe i Brian Haynes`kunnskapspyramide. Det er ikke gjort store endringer i prosedyren, men etter tilbakemeldinger fra brukere av prosedyren og egen klinisk erfaring har vi valgt å legge til og tydeliggjøre noen punkter:1. Klinisk erfaring fra urologisk avdeling er at kateterballong blåses opp i urinrøret og pasienten henvises til urologisk avdeling med hematuri fordi det har skjedd en skade i urinrøret. Vi har derfor tydeliggjort flere punkter i prosedyren for innleggelse av kateter for å forebygge at dette skjer.
2. I prosedyren Permanent kateter (KAD) - voksne - blæreskylling - kontinuerlig og intermitterende (4): Vi har valgt og tydeliggjøre at det ikke anbefales rutinemessig skylling av kateter dersom det er god drenasje. Vi har valgt å legge til et punkt om at det finnes ulike type oppløsninger til bruk ved blæreskylling for å forebygge/behandle tett kateter og forebygge urinveisinfeksjon. Dette er fordi vi erfarer at det er mange spørsmål om bruk av dette. Vi har gjennomgått litteraturen og kan ikke konkludere med at slike produkter reduserer forekomst av kateterassosiert urinveisinfeksjon eller forebygger tett kateter.
3. I prosedyren Permanent kateter (KAD) - voksne - innleggelse, skifte, stell, observasjoner og seponering (3):

Det har vært flere tilbakemeldinger fra brukere av prosedyren at man ønsker en mer spesifisert og tydelig retningslinje om hva man skal gjøre for å følge opp kontroll av blæretømming og resturin etter seponering av kateter. Tidligere har det vært vedlegg til prosedyren i form av kontrollskjemaer, men opplever at disse fungerer dårlig nå som man er over i mer elektronisk pasientjournal. Vi har derfor fjernet kontrollskjemaene og spesifisert en anbefaling rundt oppfølging av spontan vannlating og måling av resturin i prosedyren basert på kontrollskjemaene, det vi har funnet i litteraturen (UpToDate og EAUN) og klinisk erfaring. Vi har også lagt til et punkt om at man kan fylle blæren før seponering av kateter for å redusere ventetiden det tar før pasienten oppnår vannlatingstrang, og man kan kontrollere blæretømming. Vi har funnet noen guidelines der dette kan være aktuelt, spesielt poliklinisk og ved noen dagkirurgiske prosedyrer (UpToDate, kilde 14). EAUN (kilde 8) beskriver også dette som alternativ metode fordi man reduserer ventetiden før pasienten oppnår vannlatingstrang, men kommer ikke med konkret anbefaling om dette til alle pasienter med kateter i sykehus. Vi har derfor valgt poliklinisk indikasjon også i prosedyren. Dette er fordi man ofte har bedre tid til naturlig fylling av blæren hos en inneliggende pasient i sykehus.  |
| 9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Mye av litteraturen bygger på tidligere studier og forskning. Det kommer stadig nye produkter på markedet som skal forebygge eller behandle forekomst av kateterassosierte urinveisinfeksjoner. Det er i systematiske oversikter og retningslinjer beskrevet at det er behov for mer forskning før man kan konkludere om de ulike produktene har effekt og komme med nye anbefalinger. Dette er også spesifisert i prosedyren. Retningslinjene som er benyttet fra databasen UpToDate er jevnlig oppdatert, det har ikke tilkommet noen endringer som er aktuelle å ha med i prosedyren. Ved oppdatering av prosedyren i 2017 valgte vi å referere til den sykepleiefaglige databasen Nursing Reference Center som fokuserer på sykepleieprosedyrer. EAUN har i 2024 oppdatert sine guidelines for urinkateter, vi har derfor nøye gjennomgått denne. Vi har forøkt på mange måter å forsikre oss om at det ikke finnes noen nye/oppdaterte guidelines ved å se i gjennom litteratursøket til andre prosedyrer fra f.eks. fagprosedyrer.no og VAR. Eventuelle endringer er diskutert med fagpersoner i avdelingen før prosedyren er sendt på høring.       |
| 10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene i dokumentet er tydelige? | Gjennomgått prosedyren og kunnskapsgrunnlaget og tilbakemeldinger på tidligere versjoner for å bedre prosedyren, konkretisere anbefalingene og se etter ny relevant litteratur som bør inn i prosedyren. Vi har fått flere tilbakemeldinger fra fagpersoner i sykehus og fra pasienter med permanent kateter, siden prosedyren allerede har vært brukt i mange år. Kunnskapsbasert praksis som metode i utarbeidelsen av anbefalingene.  |
| 11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene? | Fra tidligere er det lagt vekt på å forebygge kateterassosierte urinveisinfeksjoner som følge av å ha et permanent kateter. Det er også vektlagt det å forebygge komplikasjoner som blødning, tett kateter, lekkasje langs kateteret og hindre at det faller ut. Det er viktig at det oppnås fri urindrenasje og en god blæretømming. Samtidig er det viktig å unngå overstrekk av urinblæren noe som er forsøkt synliggjort mye tydeligere enn tidligere i denne prosedyren. Arbeid med å forebygge overfylte urinblærer har vært et forbedringsprosjekt hvor tiltak må være synlige i akkurat en slik prosedyre.  |
| 12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget? | Referanseliste er vedlagt i prosedyren: Permanent kateter (KAD)- Voksne- Hoveddokument (1.0). Vi har valgt å ikke ha referanseliste i prosedyren pasientinformasjon da det regnes med at dette skal skrives ut på papir og derfor blir veldig lange. Kunnskapsgrunnlaget for utarbeidelsen av denne er det samme som ved de andre prosedyrene, men språket er forenklet slik at det blir mer forståelig for pasient og pårørende. Oppsettet på prosedyren er forandret fra tidligere versjoner. Dette fordi det tidligere er erfart at prosedyren blir for lang og komplisert å finne frem i. Den består derfor nå av ulike dokumenter hvor man enkelt kan manøvrere frem til aktuell del i hoveddokumentet (1.0).  |
| **13. Fagprosedyrene er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering** (høring): navn, tittel, og arbeidssted på alle)?**Er evt. tilbakemeldinger gjennomgått?****Her svares det også for om sentrale råd, utvalg, regionale eller nasjonale kompetanse-sentra, fagekspertgrupper, pasientorganisasjoner etc. har hatt dokumentet på høring.** |  Monica Skoglund Bratlie, fagsykepleier, urologisk poliklinikk, OUS Aker Bodil Øfsaas Svendsen, uroterapeut, urologisk poliklinikk, OUS Aker Silje Åsly, assisterende enhetsleder, urologisk sengepost, OUS Aker Lene Marie Jacobsen, fagsykepleier, urologisk sengepost, OUS Aker Kristin Rennesund, avdelingsleder, urologisk avdeling, OUS Aydin Dadfar, seksjonsleder, urologisk avdeling, OUS Aker Evy Camilla Nilsen, fagsykepleier, kirurgisk sengepost, OUS RAD Mona Løvbak, fagsykepleier, sengepost gastro- og urologi, OUS RH Silje Hermanrud, fagsykepleier, avdeling for gynekologisk kreft, OUS RAD Stine-Lise Skogbakken, fagsykepleier, gastrokirugisk avdeling, OUS UL Sissel Paulsen, undervisningssykepleier, Transplantasjonskirurgisk sengepost, OUS RHKarina Walderhaug Egge, fagsykepleier, urologisk avdeling, AHUSKathrine Ure Lie, fagsykepleier, kirurgisk klinikk urologi/bryst-endokirurgi, Haukeland universitetssykehusAnette Therese Nyvold, fagsykepleier, sengepost for urologisk kirurgi, ST. OLAVS Hospital |
| x[ ]  Ja [ ]  Nei, det var ingen tilbakemeldinger. Små rettelser som ordfeil og setningsoppbygging.       |
| 14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av dokumentet er klart beskrevet.Her kommer det frem om oppdatering inngår i århjul eller faste planer for avdelingen.Vil du som dokumentansvarlig følge opp i denne perioden? |  x[ ]  3 år [ ]  2 år [ ]  1 år Annen: Litteratursøket skal oppdateres hvert 3 år med hjelp av bibliotekar. Det skal abonneres på litteratursøket slik at ansvarlige personer får tilbakemeldinger dersom det fremkommer ny forskningslitteratur. Fristen legges automatisk inn i eHåndboken ved Oslo universitetssykehus HF slik at dokumenteiere vil få påminnelse om frist i god tid før denne foreligger. Dersom dokumentansvarlig slutter skal ansvaret for prosedyren overføres til en ny person av avdelingens fagråd. Det skal settes av tid til å gjennomgå litteratursøket når det er tid for revidering. Ansvarlige for oppdatering av fagprosedyren er per dags dato: Thea AmundsenMartine Bengtsson |
|  [ ]  Ja x[ ]  Nei, jeg foreslår at en annen overtar ansvaret: Lene Marie jacobsen, lemjac@ous-hf.no  |
| 15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige? |  Ja |
| 16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller helsespørsmålene er klart beskrevet? | Ja. Det er utarbeidet anbefalinger for hele pasientforløpet fra innleggelse til hjemreise.  |
| 17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere? | Ja |
| 18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av dokumentet er klart beskrevet? (En liste med hemmende faktorer kan brukes til å lage en implementeringsplan) | Hemmende: * Manglende opplæring i hvor å finne prosedyren. Det være seg eHåndboka eller i Nasjonalt Nettverk for fagprosedyrer.
* Manglende undervisning og opplæring i prosedyren
* Manglende plan for implementering av prosedyren
* Manglende nettverkstilgang. Eksempelvis tilgang til [www.fagprosedyrer.no](http://www.fagprosedyrer.no) i arbeidstiden

Fremmende: * Stort nettverk av ressurspersoner som kan ta del i undervisning, opplæring og implementering av prosedyren
* Engasjement hos helsepersonell, med et arbeidsmiljø som fremmer og åpner for endringer. Et arbeidsmiljø som er åpent for konstruktiv kritikk og tilbakemeldinger
* Godt miljø for undervisning og opplæring blant ansatte og nyansatte
* Dette gjelder en stor pasientgruppe, som er inne i ulike deler av helsetjenesten (primær/spesialist). Derfor behov for å benytte seg av prosedyren
 |
| 19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er dokumentet støttet av? | * eHåndboken
* Fagprosedyrer.no
* Illustrasjoner
* Råd og anbefalinger som nå er inkludert i selve hoveddokumentet (1.0)
 |
| **20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er tatt med i betraktning** **(Settes det krav som kan få store konsekvenser?)** | x[ ]  Nei [ ]  Ja, se spesielt dette/disse punktene:       |
| 21. Dokumentets kriterier for etterlevelse og evaluering er klart beskrevet? | At ansatte og nyansatte får opplæring av en erfaren sykepleier før prosedyren utføresAt prosedyren leses og gjennomgås i helhet før utførelseAt ansatte informeres om tilbakemeldingsknappen i eHåndbok eller til fagprosedyrer.no dersom det er spørsmål eller usikkerhetAt man har et system for å registrere tilbakemeldinger fra pasienter med permanent kateter og deres pårørende |
| 22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i dokumentet? | Nei |
| **23. Interessekonflikter (og faglige konflikter) i arbeidsgruppen bak dokumentet er dokumentert og håndtert?** | x[ ]  Stor enighet [ ]  Enighet hos de fleste [ ]  Middels enighet [ ]  Ingen enighetFaglig uenighet begrunnes og beskrives.       |
| Dokumentansvarliges navn og tittel:Lene Marie Jacobsen | Telefonnr.:230 34 620 | Dato:24/9-24 |