		Foretaksnivå		Generelt dokument	
SVK - stell, til- og frakobling voksne pasienter, metoderapport				Side 1 av 2	
Dokument ID:		Gyldig til:		Revisjon:	

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Dokumentstyring/Metoderapporter

Metoderapport SSHF

Metoderapporten skal være vedlegg til alle styrende kliniske dokumenter (kliniske retningslinjer, fagprosedyrer, behandlingslinjer og veiledende behandlingsplaner) utarbeidet ved SSHF.


De krav som ikke er oppfylt lar man stå tomme. Som et minimum bør man oppfylle krav 1-4, 6 og 13. Det bør videre være et mål at stadig flere krav i metoderapporten oppfylles etter hver revidering av dokumentet.

Kravene merket med mørkegrått (1-9, 12 og 13) må oppfylles for at det styrende kliniske dokumentet kan regnes som kunnskapsbasert ved SSHF. Hvis det styrende kliniske dokumentet skal deles i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, må *i tillegg* kravene merket med lysegrått (alle bortsett fra 17 og 21) oppfylles.

I malen står det *dokument*. Erstatt *dokument* med klinisk retningslinje, fagprosedyrer, behandlingslinje eller veiledende behandlingsplan alt etter hva slags type dokument metoderapporten hører til.

OMFANG OG FORMÅL	
1. Dokumentets overordnede mål er: <ul style="list-style-type: none"> Ivareta pasientens sikkerhet og forhindre komplikasjoner ved bruk av SVK Forebygge at pasienter får infeksjoner relatert til SVK Forebygge okklusjon i kateterlumen Sikre at SVK ligger på rett sted i hele behandlingsforløpet Sikre forsvarlig legemiddelhåndtering via SVK 	
2. Helse spørsmål(ene) i dokumentet er: Prosedyren omhandler hygieniske aspekter, stell, til- og frakobling og skylling av sentrale venekatetre (SVK) hos voksne pasienter	
3. Dokumentet gjelder for følgende pasienter/brukere: Pasienter som har fått innlagt SVK	
INVOLVERING AV INTERESSER	
4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet dokumentet har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel, arbeidssted noteres): <ul style="list-style-type: none"> Frode Kleveland, fagsykepleier intensiv, SSK Astrid Norevik Campbell, hygienesykepleier Ruth Gudrun Seland Thue, fagsykepleier kir 3A, SSK Espen Lauritsen (erstattet Ole Georg Vinorum), anestesilege, SSK 	
5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter/brukere) som dokumentet gjelder for (brukermedvirkning) er forsøkt inkludert: Ja	
6. Det fremgår klart hvem som skal bruke dokumentet: Prosedyren gjelder for sykepleiere og spesialsykepleiere på SSHF. Dokumentet gjelder ikke-akutte situasjoner .	
METODISK NØYAKTIGHET	
7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunlaget: Prosedyren bygger på prosedyre fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, se eksterne referanser. I den prosedyren er den systematiske metoden godt dokumentert.	

Utarbeidet av:	Fagansvarlig:		
----------------	---------------	--	--

 SØRLANDET SYKEHU	SVK - metoderapport - Stell, til- og frakobling på voksne pasienter -				Side: 2 Av: 2
					Revisjon: 0.01

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Dokumentstyring/Metoderapporter

<p>8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er: Prosedyren bygger på prosedyre fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, se eksterne referanser. I den prosedyren er kriteriene for utvelgelse godt dokumentert.</p>
<p>9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er: Dette er ikke beskrevet i metoderapporten fra den originale prosedyren. Nytt punkt i nåværende metoderapport.</p>
<p>10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene/forordningene er: Jfr. metoderapport for originalprosedyre.</p>
<p>11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene/forordningene: Ikke beskrevet i metoderapport fra originalprosedyre.</p>
<p>12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene/forordningene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget (henvisninger i teksten til referanseliste) Jfr. metoderapport for originalprosedyre.</p>
<p>13. Dokumentet er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt dokumentet på høring): Nei, men originalprosedyren har vært på omfattende høring.</p>
<p>14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av dokumentet er: Originalprosedyren har overskredet tidspunkt for revisjon (26.11.2013). Egen prosedyre har gyldighetsperiode 2 år, men bør revideres når originalprosedyre foreligger i ny versjon. Fagansvarlig: Espen Omar Lauritsen.</p>
KLARHET OG PRESENTASJON
<p>15. Anbefalingene/forordningene er spesifikke og tydelige: Ja</p>
<p>16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helse spørsmålet er klart presentert: Ja</p>
<p>17. De sentrale anbefalingene/forordningene er lette å identifisere: Ja</p>
<p>18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av dokumentet er klart beskrevet: Klart beskrevet ansvarsfordeling fremmer bruk av dokumentet.</p>
ANVENDBARHET
<p>19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er dokumentet støttet med: Instruksjonsvideoer, bilder</p>
<p>20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:</p>
<p>21. Dokumentets kriterier for etterlevelse og evaluering er:</p>
REDAKSJONELL UAVHENGIGHET
<p>22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvikning på innholdet i dokumentet:</p>
<p>23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak dokumentet er dokumentert og håndtert:</p>