 Legges ved det dokumentet som er utarbeidet.

# 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.): | Alkoholdelir - forebygging og behandling | | | | |
| 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 | Fagdirektør Kjell Magne Tveit | | Nivå: | x Nivå 1  Nivå 2 | |
| 5. Annen leder, utvalg, råd som har anbefalt godkjenningen? | Utvalg for koordinering av pasientforløp, fagprosedyrer og pasientinformasjon tok initiativet til arbeidet fordi det var rapportert et sterkt behov for en slik prosedyre | | | | |
| 6. Er dokumentet plassert i riktig mappe i eHåndboken? | Ja, under fagprosedyrer | | | | |
| 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? | Prosedyren fører til sentrale endringer i rutinene vedrørende forebygging og behandling av delir. Hva som kan tas av blodprøver er revidert og det blir tatt i bruk en ny biomarkør. Validerte verktøy som CIWA og Audit C er inkludert i prosedyren, men er ikke i kategori «nye metoder». Metodene er bare brukt i tilfeldig grad frem til nå i oslo universitetssykehus.  Innføring av sykepleiesamtale kan kreve noe kompetanseheving blant sykepleiere og vil ta noe mer tid enn før.  Pasientene blir med denne prosedyren også informert om farene for alkoholdelir. Dette har ikke vært rutinen før.  I seg selv kan denne prosedyren i større grad føre til at ordinær behandling av pasienten kan bli utsatt.  Pga overnevnte forhold er det derfor avholdt et eget møte med fagdirektør Kjell Magne Tveit før prosedyren ble sendt på høring.  Se ellers hele AGREE - metoderapport | | | | |
| **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?) | Se PICO-skjema | | | | |
| 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.** | **Leder av gruppen:**  Overlege, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og psykiater Rune Tore Strøm, Avd rus- og avhengighetsbehandling  **Gruppemedlemmer:**  Spesialrådgiver og intensivsykepleier Sasa Katadzic Medisinsk klinikk  Undervisningssykepleier Silje Just Clark, Avd. for gastrokirurgi og urologi, RH (OUS)  Fagsykepleier Renate Birkeli, Akuttmedisinsk Avdeling, Observasjonspost, Ullevål (OUS)  Prosjektleder Pernille Næss, Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Klinikk for Rus- og avhengighetsbehandling (OUS)  Forskningsleder Stig Tore Bogstrand, Klinikk for laboratoriemedisin, Seksjon for rusmiddelforskning  **Veileder:**  Spesialrådgiver Karin Borgen, Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling | | | | |
| **5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen** (pasienter, befolkningen, pasient-organisasjoner, brukerråd etc) **som dokumenter gjelder for er forsøkt inkludert.** | Pasientorganisasjoner som bør ha disse på høring? Klinikkens brukerråd? | | | | |
| 6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren? | Leger, sykepleiere og annet helsepersonell. | | | | |
| 7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget til dokumentet? | Se søkehistorikk | | | | |
| 8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Utvelgelsen av artiklene ble gjort av ut fra abstraktlister. To og to i gruppen så gjennom abstraktlistene.  Artiklene ble så kritisk vurdert og lagt inn i Endnote.  Til slutt ble artikler av god kvalitet brukt i prosedyrene og lagt inn i referanselisten.  Høring: Se krav 5 og 13. | | | | |
| 9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Det er gjort oppsummeringsnotat til prosedyre. Det fremkommer der vurderinger av kunnskapsgrunnlaget og referanser til anbefalinger. Det kommer også frem hva som er basert på kliniske erfaringer. | | | | |
| 10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene i dokumentet er tydelige? | Ja. Høring ga oss bekreftelse på det. | | | | |
| 11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene? | Det er klart helsemessige fordeler. Det er ikke fremkommet risiko for alvorlige bivirkninger av behandlingstiltakene. | | | | |
| 12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget? | Dette er dokumentert i oppsummeringsnotatet, og referanser er knyttet til anbefalingene. | | | | |
| **13. Fagprosedyrene er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering** (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.** | Formell høring i hele Oslo universitetssykehus  Overlege, intensivavdelingen Trine Gundem, Avdeling for anestesiologi, OUS  Avdeling for anestesiologi, Helse Bergen  Avdeling for Rus og avhengighet, Helse Bergen  Brukerrådet ved medisinsk klinikk og avdeling Rus- og avhengighetsbehandling. OUS | | | | |
|  | | | | |
| 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? | 3 år x 2 år  1 år Annen:  Oppdatering i henhold til eHåndbokens oppdateringsintervall. Oppdatering 3 år siden siste søkedato blir i 2019 | | | | |
| x Ja  Nei, jeg foreslår at en annen overtar ansvaret: | | | | |
| 15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige? | Ja | | | | |
| 16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller helsespørsmålene er klart beskrevet? | Ja | | | | |
| 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) | Ja. Vi har utarbeidet egen implementeringsplan og har egne ansatte som systematisk skal foreta implementeringen.  Fordi tiltakene i prosedyren er mer omfattende enn før hadde leder for gruppen og fagdirektøren et møte for å diskutere dette før prosedyren ble sendt på høring. | | | | |
| 19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er dokumentet støttet av? | Fremkommer i implementeringsplan. | | | | |
| **20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er tatt med i betraktning**  **(Settes det krav som kan få store konsekvenser?** | Nei x Ja, se spesielt dette/disse punktene:  De ressursmessige sider ved implementering er drøftet med Fagdirektør Kjell Magne Tveit. | | | | |
| 21. Dokumentets kriterier for etterlevelse og evaluering er klart beskrevet? | Det er lagt til rette for dokumentering av etterlevelse i journalsystemet, DIPS. | | | | |
| 22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i dokumentet? | Nei | | | | |
| **23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak dokumentet er dokumentert og håndtert?** | X Stor enighet  Enighet hos de fleste  Middels enighet  Ingen enighet  Ingen faglig uenighet | | | | |
| Dokumentansvarliges navn og tittel: Rune Tore Strøm | | Telefonnr.:  94146369 | | | Dato:  1.10.12 |