 Legges ved det dokumentet som er utarbeidet.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| For alle dokumenter fylles følgende ut: AGREE-krav 3, 4, 5, 6, 13 og 23 (Kortversjon)  For dokumenter som er utarbeidet kunnskapsbasert fylles følgende ut: Alle AGREE-kravene (langversjon) | | | |
| **AGREE-KRAVENE** | Se:   * [Veiledning for utfylling av metoderapport](http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx?documentId=38645) (alle dokumenter) * [Veileder for utfylling metoderapport Veiledende behandlingsplaner](file:///K:\Felles\DST\Delte\FPS\MHU_Ressurssiden%20KDS\1_Adm_Ressurside_KDS\Vedlegg_prosedyrer) | | |
| 1. Dokumentets overordnede mål er klart beskrevet(Hvorfor trengs dokumentet?) | I Program for forbedring av driften i OUS 2017-2020 var et av delprosjektene  Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift. Dokument Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet var resultatet av prosjektets arbeid, og det ble vedtatt for implementering i Ledermøtet den 9. mai 2017.  Kunnskapsgrunnlaget, utover det som er erfaringsbasert i OUS, er kartlagt i henhold til vedlagte PiCO- skjema. Dokumentet er revidert. | | |
| 2**.** Helsespørsmålet (ene) i dokumentet er klart beskrevet? | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt [PICO-skjema](http://ehandbok.ous-hf.no/document/59263))  Se PICO-skjema  For å sikre kontinuitet i diagnostikk og behandling er det viktig at pasienten innkalles til den tiden som er vurdert for kontakt. Med henblikk på den nasjonale indikatoren Passert planlagt tid, har HSØ har definert tentativ dato slik:  Pasienter som har fått tildelt tid etter planlagt tentativ dato avviker fra planlagt medisinsk  forsvarlig tid i pasientforløpet. | | |
| **3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv.) dokumentet gjelder for er klart beskrevet?** | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt [PICO-skjema](http://ehandbok.ous-hf.no/document/59263))  Se PICO-skjema  Dokumentet gjelder hovesakelig for roller i ledelse. | | |
| **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.** | Prosjektdeltagere 2016-2017  Bjørn Busund, Prosjektleder/klinikkleder Kvinneklinikken  Helén Blegen Ween, Spesialrådgiver , Direktørens stab  Bjørn Warhus, Avdelingsleder, Avdeling for LIS&Virksomhetsstyring  Omar Alvin Pettersen, Teknisk forvalter, Avdeling for LIS&Virksomhetsstyring  Ulla Kiberg, Rådgiver, Avdeling for kliniske systemer  Arild Holme, Økonomileder, klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi  Toril Selstad Waage, Økonomileder, Kvinneklinikken  Irene Grundvold, Seksjonsleder, Hjertemedisinsk poliklinikk  Anne Løfsgaard, Rådgiver, HR  Evy Nordvik Johansen, Avdeling for aktivitet og analyse  Veileder ved revidering av dokument:  Karin Borgen, Direktørens stab.  Dokumentet er revidert i henhold til kriterier for kunnskapsbasert praksis av dokumentansvarlig, Helén Blegen Ween, på bestilling fra Medisinsk direktør, Hilde Myhren. | | |
| **5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen** (pasienter, befolkningen, pasient-organisasjoner, brukerråd etc) **som dokumenter gjelder for er forsøkt inkludert.** | Dokumentet har vært på høring hos klinikkledere, i Direktørens stab (MHB og ØJI) , i Ventelisterådet og i Kontorfaglig nettverk. | | |
| **6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren?** | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt [PICO-skjema](http://ehandbok.ous-hf.no/document/59263))  Avdelingsleder har ansvar for at at det gjennom planer for drift av poliklinikk er tilrettelagt for god pasientbehandling (tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse). Det er vedtatt i Ledermøtet at seksjonsleder poliklinikk har hovedansvar for, og i samarbeid med seksjonsleder leger, å utarbeide plan for drift av poliklinikk slik at prosesser og aktivitetet styres med utgangspunkt i overordnde føringer og planer. | | |
| 7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskaps-grunnlaget til dokumentet? | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt søkehistorikk som er tilsendt fra medisinsk bibliotek)  Se vedlagt dokumentasjon av litteratursøk fra biblotekar.  Det foreligger søk i retningslinjer og kliniske oppslagsverk, systematiske oversikter og fra primærstudier. | | |
| 8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Det er tradisjon for at kunnskapsbaserte prosedyrer i hovedsak er rettet mot kliniske  fagprosedyrer, og i mindre grad pasientadministrative rutiner. OUS implementerte DIPS som klinisk- og pasientadministrativt system ultimo 2014. I forbindelse med overgang til nytt system ble alle henvisninger kvalitetssikret; gamle henvisninger ble lukket, og feil i forbindelse med konvertering ble rettet opp. Målet var å fremstille et riktig antall ventende på venteliste. I November 2015 ble det gjort endringer i pasient-og brukerrettighetsloven med henblikk på prioritering og rett til helsehjelp i Spesialisthelsetjenesten. Med henblikkk på Prioriteringsforskriften er derfor utvalg av litteratur avgrenset til arbeid utført fra og med 2015.  Søkekriteriene for kunnskapsgrunnlaget er dokumentert i PICO-skjema. Ved gjennomgang av 131 primærstudier, 22 systemastiske oversikter og 12 retningslinjer/kliniske oppslagsverk er det ingen spesifikke artikler som direkte omhandler effektiv drift av poliklinikk knyttet til tilgjengelighet og ressursplanlegging. De fleste artikler retter seg mot organisering og oppfølging av konkrete diagnosegrupper (diagnosestudier/kliniske studier). Men det fanges opp begreper og nøkkelord som indirekte omhandler pasientadministrative rutiner og som er overførbare til pasientens perspektiv når det gjelder ledelse, organisering og styring av flyt i pasientforløpet.  Nøkkelord fra systematiske oversikter:  Prognosetap  Behandlingsplan  MDT- møter  Nøkkelord fra primærstudier:  Brukerundersøkelse  Pasientens perspektiv  Slotter  Diagnosegruppe  Telefonkonsultasjon  Ambulant virksomhet  LEAN- redesign av pasientforløp  Avtaler basert på kontakttype  Behandlingsprotokoller- guidelines  Jobbglidning  Timebok  Hastegrad  Redusert livskvalitet  Arbeidplaner og timebok  Redusere "ikke- møtt"  Forebygge forsinket diagnostikk og behandling  Prioriteringsveileder (siste frist)  "Min journal"- Brukerstyrt timebestilling/avbestilling | | |
| 9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er styrket ved at de nøkkelordene som er brukt og begrunnet for ønsket kontinuitet i behandling, i kliniske studier, også kan knyttes til pasintadministrative rutiner. Resultat fra litteraturgjennomgangen kan settes inn i et systemperspektiv. Bruk av kvalitetssystemet, risikostyringssystemet, internkontrollsystemet, klinisk system, LIS, GAT, rapporteringsvariabler, økonomi og budsjett bidrar til det som er erfaringsbasert kunnskap i OUS. | | |
| 10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene i dokumentet er tydelige? | Se punkt 9. | | |
| 11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene? | Ja, pasientens perspektiv, rettigheter og interesser er vektlagt.  Helsegevinsten til pasienten ligger i vårt "sørge- for- ansvar" og i Forsvarlighetskravet. Grunnlaget for oppfølging gjøres i medisinskfaglige vurderinger for tid for kontakt. | | |
| 12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget? | Se punkt 8. | | |
| **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.** | Nei | | |
| Ja  Nei, det var ingen tilbakemeldinger.  Dokumentet ble vedtatt i ledermøtet i 2017, og var dengang på høring i Styringsgruppen, Ledermøtet og i Dialogmøtet. Se punkt 5. | | |
| 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  2 år  1 år Annen: | | |
| 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? | De er beskrevet i muligheten til å gi avslag på henvisning eller at det i faglige retningslinjer bør ligge føringer for hvor lenge OUS skal beholde behandlingsansvaret. | | |
| 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 implementerings-plan) | Se plan for implementering. | | |
| 19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er dokumentet støttet av? | Verktøy: LIS, DIPS, NIMES, GAT, LEAN, tavlemøter/Grønne korset, Achilles.  Råd: De referanser, vedlegg og eHåndboksdokumenter som er lenket til dokumentet. | | |
| 20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er tatt med i betraktning  (Settes det krav som kan få store konsekvenser? | Nei  Ja, se spesielt dette/disse punktene: | | |
| 21. Dokumentets kriterier for etterlevelse og evaluering er klart beskrevet? | Ja, i kapittel 1 om hensikt og omfang og i kapittel 5 om avvik eller dessens.  Resultater fra poliklinisk drift måles i fastsatte indikatorer og disse evalueres og rapporteres månedlig internt og eksternt. | | |
| 22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i dokumentet? |  | | |
| **23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak dokumentet er dokumentert og håndtert?** | Stor enighet  Enighet hos de fleste  Middels enighet  Ingen enighet  Faglig uenighet begrunnes og beskrives.  Innkomne innspill i forbindelse med høring:  PHA har sitt høringssvar gitt tilbakemelding på at klinikken ikke har noen kommentarer til oppdateringen av dokumentet.  Det kom inn en tilbakemelding fra BAR på beskrivelse av en definisjon, som er hensyntatt. | | |
| Dokumentansvarliges navn og tittel:    Helén Blegen Ween | | Telefonnr.:   48241383 | Dato:  mai 2020 |