 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?) |  | | |
| 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)) | | |
| **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))  Roller definert under avsnitt 2. Ansvar. | | |
| **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.** | Cecilie Langvik, Spesialkonsulent, MTA SA  Per Arnesen, Rådgiver, MTA NOM  Line Greve, Spesialrådgiver, TIK Stab  Per-Arne Jørgensen, Seksjonsleder MTA NOM  Mubashar Shafi, Seksjonsleder, MTA Service  Trond Strømme, Spesialrådgiver, MTA Stab  Andre involverte:  Fagråd for MTU IKT og Informasjonssikkerhet  MTA LM | | |
| **5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen** (pasienter, befolkningen, pasient-organisasjoner, brukerråd etc) **som dokumenter gjelder for er forsøkt inkludert.** | Regional samhandlingsmodell for MTU-IKT ble godkjent og vedtatt i HSØ 24. juni 2021. TIK fikk i oppdrag å definere hvordan denne skal implementeres i OUS. Dokumentet beskriver prosessflyt og prosedyre. | | |
| **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)) | | |
| 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)  Sak beskrevet i dokument datert 07.10.2021 med referanse 14/00393-17 fra HSØ. | | |
| 8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? |  | | |
| 9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? |  | | |
| 10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene i dokumentet er tydelige? |  | | |
| 11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene? |  | | |
| 12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget? |  | | |
| **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.** | Sak forankring i TIK-ledermøte i desember 2021, ble lagt frem og behandlet i OUS-ledermøte 24. mai 2022 (sak 159/22): "Vedtak: Ledergruppen tar saken til orientering."  2022 05 24 Godkjent referat fra ledermøte.pdf (ous-hf.no) | | |
| Ja  Nei, det var ingen tilbakemeldinger. | | |
| 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? |  | | |
| 16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller helsespørsmålene er klart beskrevet? |  | | |
| 17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere? |  | | |
| 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) |  | | |
| 19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er dokumentet støttet av? |  | | |
| 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? |  | | |
| 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. | | |
| Dokumentansvarliges navn og tittel:  Cecilie Langvik, Spesialkonsulent | | Telefonnr.:  952 10 404 | Dato:  13.9.22 |