 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.): | Planlegging og gjennomføring av operasjonsoversikt (id:51245) | | | | |
| 2. Er dokumentet relevant for mer enn en klinikk? | Ja, relevant for alle klinikker med operasjonsdrift | | | | |
| 3. Kan dokumentet bringe bedre kunnskap til andre avdelinger om det blir gjeldende på nivå 1? | Ja, lik praksis for alle klinikker med operasjonsdrift, vil gi bedre ressursutnyttelse | | | | |
| 4. Ansvarlig direktør, klinikkleder eller avdelingsleder | Klinikkleder Øyvind Skraastad | | Nivå: | Nivå 1  Nivå 2 | |
| 5. Annen leder, utvalg, råd som har anbefalt godkjenningen? | Ledermøtet i Akuttklinikken | | | | |
| 6. Er dokumentet plassert i riktig mappe i eHåndboken? | Ja, Fellesdokumenter – nivå 1 – OUS > Pasientrettet > Pasientjournal – EPJ | | | | |
| 7. Er teksten korrekturlest og stemmer innholdet? | Ja | | | | |
| 8. Er relevant lovverk og nasjonale retningslinjer inkludert? | Ikke aktuelt | | | | |
| 9. Er andre relaterte dokumenter og referanser lagt inn og lenket opp? | Ja  Nei  Ingen referanser, men lenket til aktuelle eHåndboksdokumenter. | | | | |
| 10. Er det andre opplysninger som er viktig for godkjenner og leser/bruker av dokumentet? | Ikke kjent | | | | |
| **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?) | Prosedyren skal sikre planlegging og gjennomføring av operasjonsoversikt og optimal utnyttelse av ressursene. Videre sikres en helhetlig oversikt over operasjonsvirksomheten. Den skal bidra til en felles forståelse og bruk av begrepene i planleggingen. | | | | |
| 2**.** Helsespørsmålet (ene) i dokumentet er klart beskrevet? | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt PICO-skjema)  Ikke aktuelt | | | | |
| **3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv.) dokumentet gjelder for er klart beskrevet?** | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt PICO-skjema)  Ikke aktuelt | | | | |
| **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.** | Dokumentet ble opprettet av Guri Galtung Kjæserud mars 2014, godkjent av Cathrine Marie Lofthus august 2014. Dokumentansvaret overført til Marit Aakvik Sønstebø spesialrådgiver Akuttklinikken, i november 2015, ny revisjon og godkjenning januar 2016. Revidert mars 2019 og november 2022. Øystein Fahre spesialrådgiver Akuttklinikken, overtok dokumentansvaret juni 2023. Det foreligger ikke historie på høringer for dokumentet fra tidligere i eHåndboken.  Dokumentansvaret overført Cathrine Heen til fagutviklingssykepleier Operasjonsavdelingen Akuttklinikken september 2024.  Arbeidsgruppen for siste revisjon har vært avdelingsleder Anne Kari A. Bø, fagutviklingssykepleiere Kathrine Brooker og Cathrine Heen, Operasjonsavdelingen Akuttklinikken.  Revidert prosedyre har vært sak i Akuttklinikkens ledermøte, Fokusområdet Perioperativ virksomhet. | | | | |
| **5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen** (pasienter, befolkningen, pasient-organisasjoner, brukerråd etc) **som dokumenter gjelder for er forsøkt inkludert.** | Ikke aktuelt | | | | |
| **6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren?** | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt PICO-skjema)  Alle klinikker med operasjonsdrift | | | | |
| 7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget til dokumentet? | For konsensusbaserte og kunnskapsbaserte dokumenter gjelder at evt førende dokumenter (normering) fra lovverk og helseforvaltningen må legges ved som referanse.  (For kunnskapsbaserte dokumenter kan man her henvise til vedlagt søkehistorikk som er tilsendt fra medisinsk bibliotek og skrive «Se søkehistorikk vedlagt»)  Ikke aktuelt | | | | |
| 8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Ikke aktuelt | | | | |
| 9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget i dokumentet er klart beskrevet? | Ikke aktuelt | | | | |
| 10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene i dokumentet er tydelige? | Ikke aktuelt | | | | |
| 11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene? | Ikke aktuelt | | | | |
| 12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget? | Ikke aktuelt | | | | |
| **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.** | **Første høring** internt i Akuttklinikken:  Klinikkleder Øyvind Skraastad  Avdelingsleder adm Pär Fredrik Fällman  Controller DST STR Avdeling for virksomhetsstøtte Lill Kristin Stark Andersen  Spesialrådgiver adm Per Bertil Mårten Olin  Avdelingsleder Avdeling for anestesisykepleie Marie Hylen Klippenberg  Avdelingsleder Operasjonsavdelingen Anne Kari Amundsen Bø  Overlege Sören Erik Pischke  Avdelingsleder AIO RA Dag Andreas Foldvik  Prosjektleder Odd Arild Lehne  Avdelingsleder Avdeling for anestesi og intensivmedisin Kristin Sem Thagaard  Seksjonsleder Seksjon for anestesi og intensivmedisin UL Anne Gjerde Bøen  Seksjonsleder Seksjon for anestesi og intensivmedisin RH Håkon Haugaa  Assisterende seksjonsleder Seksjon for anestesi og intensivmedisin UL Anders Nordby  Seksjonsleder Seksjon for anestesi og intensivmedisin AK Arne Thormod Myklebust  Spesialrådgiver adm Øystein Fahre  Seksjonsleder Operasjon AIO RA Tina Bødtker Fjærli  Seksjonsleder AIO Overleger RA Bjørn Löwhagen  Seksjonsleder Anestesi AIO RA Syver Olav Langbråten | | | | |
| **Resultat: 18 høringspersoner, 9 anbefalt, 2 nøytral.**  **2 kommentarer**:   * Klippenberg: Anbefales, men det må gjøres en revisjon av retningslinje «Innmelding av operasjonsaktivitet» ID84836. Der står det at uke 43 er uten nedtrekk.  **Svar**: Ingen endring. Henviser til en annen prosedyre enn den som var på høring. * Nordby: Stryk når endringer tilkommer etter kl 1600 henger ikke helt sammen for meg, hva er årsaken til det? Særlig det med låsing av første pasient, både ø-hjelp og elektiv mener jeg er svært viktig at strammes inn, her har vi mye å vinne mht tidsbruk og sløsing med ressurser. Fint det fremkommer tydelig. **Svar**: Ingen endring. Antall strykninger av planlagte operasjoner er en indikator. Registreres når det skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger (HOD 2008).   **Andre høring** til klinikkledere, avdelingsledere, kvalitetsledere og -rådgivere i klinikk. Enkelte har videresendt høringen.  Klinikkleder Akuttklinikken (AKU) Øyvind Skraastad  Spesialrådgiver adm AKU Øystein Fahre  Avdelingsleder Avdeling for anestesi og intensivmedisin AKU Kristin Sem Thagaard  Seksjonsleder Seksjon for anestesi og intensivmedisin UL AKU Anne Gjerde Bøen  Seksjonsleder Seksjon for anestesi og intensivmedisin RH AKU Håkon Haugaa  Klinikkleder Hjerte-, Lunge- og Karklinikken (HLK) Bjørn Bendz  Rådgiver adm HLK Hilde Tamburplass  Avdelingsleder Kar avdelingen HLK Jon Otto Sundhagen  Avdelingsleder Thoraxkirurgisk avdeling HLK Arnt Eltvedt Fiane  Avdelingsleder Kardiologisk avdeling HLK Lars Aaberge  Klinikksjef Klinikk for kirurgi og spesialisert medisin (KSM) Kim Alexander Tønseth  Rådgiver adm KSM Marianne Hægh Martinussen  Avdelingsleder Avdeling for plastikk og rekonstruksjonskirurgi KSM Pernille Lindholm  Avdelingsleder Avdeling for gastro- og barnekirurgi KSM Elin Henriksen  Avdelingsleder Avdeling for transplantasjonsmedisin KSM Janne Marlene Gripheim  Overlege Transplantasjonskirurgisk seksjon KSM Morten Heier Skauby  Overlege Transplantasjonskirurgisk seksjon KSM Bjørn Helge Lien  Seksjonsleder transplantasjonsmedisin KSM Inger Helene Bolin Arctander  Avdelingsleder Avdeling for urologi KSM Kristin Rennesund  Avdelingsleder Kirurgisk avdeling for barn KSM Kjersti Langmoen  Avdelingsleder Kjeve- og ansiktkirurgisk avdeling KSM Lars Peder Huse  Avdelingsleder Øre-, nese- og halsavdeling RH KSM Per Erling Aspelien  Avdelingsleder Øyeavdelingen KSM Morten Carstens Moe  Klinikksjef Kreftklinikken (KRE) Sigbjørn Smeland  Rådgiver adm KRE Eli Gunhild By  Avdelingsleder Kreftkirurgisk avdeling KRE Erik Rokkones  Klinikkleder Kvinneklinikken (KVI) Marit Lieng  Rådgiver adm KVI Anne Lid Øvre  Avdelingsleder Fødeavdelingen KVI Miriam Kim Nyberg  Avdelingsleder Gynekologisk avdeling KVI Kirsten Hald  Overlege Obstetrikk UL KVI Nina Kittelsen Harsem  Seksjonsleder Generell gyn KVI Sissel Hegdahl Oversand  Klinikksjef Nevroklinikken (NVR) Eva Bjørstad  Rådgiver adm NVR Sanna Maria Henriksson  Avdelingsleder Nevrokirurgisk avdeling NVR Frode Kolstad  Klinikkleder Ortopedisk klinikk (OPK) Paul Wender Figved  Spesialrådgiver adm OPK Elisabeth Andréen  Avdelingsleder Ortopedisk avdeling Aker OPK Endre Søreide  Avdelingsleder Ortopedisk avdeling Rikshospitalet OPK Thale Mørch  Avdelingsleder Ortopedisk avdeling Skadelegevakten OPK Knut Reidar Sanness Melhuus  Avdelingsleder Ortopedisk avdeling Ullevål OPK Marianne Westberg  Klinikkleder Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK)Jan Olav Høgetveit  Avdelingsleder MED Kristin Thomassen  **Resultat: 43 høringspersoner hvorav 28 har lest (enkelte fikk høringen to ganger), 11 anbefalt, 5 nøytralt, 1 ikke anbefalt.**  **4 Kommentarer**:   * Kolstad: Det bør stå at avdelingene er pliktige til å opprette en kortliste av pasienter som kan kalles inn på kort varsel dersom pasienter blir strøket. Det bør også stå at koordinatorer sikres legestøtte. (Avdelingsleder, eller en overlege som har fått delegert oppgaven.) **Svar**: Tillegg under 2. Hensikt og omfang: “Sykehusets samlede operasjonskapasitet skal benyttes”. Tillegg: Lenke til Operasjon-Venteliste operasjon BV. Tillegg under 4.1: Kirurgiske fagområder har operasjonsplanleggere/koordinatorer som bidrar til planlegging av operasjoner med støtte av ansvarlig kirurg. * Fiane: TKA har endel nattlig øhj som strekker seg inn på morgenen, første pasient kan ikke være låst. TKA vil starte flere operasjoner i uken kl.0745 (helst 0730). **Svar**: En prosedyre er en ønsket praksis og kan fravikes med begrunnelse. Tillegg under 4.5: Enkelte operasjonsområder kan ha avtale om tidligere oppstart. * Tønseth: gjennomgang dokument må tas opp med jevne mellomrom (eks. hver 2. mnd) på morgenmøte/personalmøte for en utsjekk om du ulike punktene etterleves. **Svar**: Ingen endring. Klinikk-/avdelings-/seksjonsleders ansvar. * Haugaa: Enig i kommentarene til Kolstad. Å sikre at det er pasienter som kan ta inn på kort varsel er viktig. Alternativt kan vi gi føringer på at det forventes en viss "overbookning" av operasjonsprogrammet gitt at pasientene er informert om at de er på "reserveliste" Hva gjelder legestøtte til koordinatorene (drifterne?) kan vi vurdere å formalisere dette i lederfunksjon (Operativ leder), men inntil evt. på plass synes jeg kommentaren til Kolstad er dekkende. **Svar**: Se endring, se svar Kolstad.   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? | 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) | Prosedyren har eksistert i mange år og er implementert i de fleste grupper. | | | | |
| 19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er dokumentet støttet av? | Altoportalen, eHåndbok | | | | |
| **20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er tatt med i betraktning**  **(Settes det krav som kan få store konsekvenser?)** | Nei  Ja | | | | |
| 21. Dokumentets kriterier for etterlevelse og evaluering er klart beskrevet? | Ikke aktuelt | | | | |
| 22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i dokumentet? | Ikke aktuelt | | | | |
| **23. Interessekonflikter (og faglige konflikter) i arbeidsgruppen bak dokumentet er dokumentert og håndtert?** | Stor enighet  Faglig uenighet begrunnes og beskrives.  En høringsperson fra TKA, anbefalte ikke prosedyren. Se svar og endringer pkt. 13. | | | | |
| Dokumentansvarliges navn og tittel:  Cathrine Heen Fagutviklingssykepleier Operasjonsavdelingen Akuttklikken | | Telefonnr.:  47089646 | | | Dato:  05.06.2025 |