 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.):  |      Organisering og målsetting for strålevernsarbeidet ved OUS (id999) |
| 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 |   Anne Catrine T. Martinsen, avdelingsleder diagnostisk fysikk, KRN      | Nivå: | [ ]  Nivå 1 [ ]  Nivå 2 |
| 5. Annen leder, utvalg, råd som har anbefalt godkjenningen? |       |
| 6. Er dokumentet plassert i riktig mappe i eHåndboken? | Ja |
| 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? | Nei |
| **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?) | Dokumentet beskriver organisering og målsetting for strålevernsarbeidet ved OUS.OUS ønsker å mimimalisere risikoen fra stråling i medisinsk diagnostikk, behandling og forskning, og å skape tillit hos pasienter, ansatte, myndigheter og samfunnet for øvrig.Pasienter skal ikke undersøkes eller behandles med strålekilder uten at behovet er berettiget eller undersøkelsen/behandlingen er optimalisert. |
| 2**.** Helsespørsmålet (ene) i dokumentet er klart beskrevet? | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt 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)      |
| **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 er en videreføring av tidligere dokument «Målsetting for strålevernarbeidet ved OUS» av Hilde Olerud, tidligere strålevernkoordinator.Tanja Holter, strålevernkoordinator OUS |
| **5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen** (pasienter, befolkningen, pasient-organisasjoner, brukerråd etc) **som dokumenter gjelder for er forsøkt inkludert.** |       |
| 6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren? | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt PICO-skjema)      |
| 7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget til dokumentet? | (for kunnskapsbaserte dokumenter kan man her bare henvise til vedlagt søkehistorikk som er tilsendt fra medisinsk bibliotek)       |
| 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.** |  |
| X Ja [ ]  Nei, det var ingen tilbakemeldinger.  Anne Catrine T. Martinsen, avdelingsleder diagnostisk fysikk, KRN     Jill Jahrmann, avdelingsleder ARB, OSSSølvi Andersen, leder for pasientsikkerhet og kvalitet, DSTHilde K. Andersen, seksjonsleder RTG/CT, ADF, KRN |
| 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 implementeringsplan) |       |
| 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?** | X Stor enighet [ ]  Enighet hos de fleste [ ]  Middels enighet [ ]  Ingen enighetFaglig uenighet begrunnes og beskrives.       |
| Dokumentansvarliges navn og tittel:Tanja Ø. Holter, strålevernkoordinator OUS      | Telefonnr.:92090484 | Dato:Februar 2017 |