

Metoderapport - fagprosedyrer SSHF - mal

Side 1 av 3

Dokument ID:
I.1.1.4.1-1Godkjent dato:
21.09.2020Gyldig til:
21.09.2022Revisjon:
3.01

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Ledelse og styring i SSHF\Dokumentstyring\Utarbeidelse av fagprosedyrer

Metoderapport SSHF

Metoderapporten skal være vedlegg til alle styrende kliniske dokumenter (kliniske retningslinjer, fagprosedyrer, behandlingslinjer og veiledende behandlingsplaner) utarbeidet ved SSHF.

De krav som ikke er oppfylt lar man stå tomme. Som et minimum bør man oppfylle krav 1-4, 6 og 13. Det bør videre være et mål at stadig flere krav i metoderapporten oppfylles etter hver revidering av dokumentet.

Kravene merket med mørkegrått (1-9, 12 og 13) må oppfylles for at det styrende kliniske dokumentet kan regnes som kunnskapsbasert ved SSHF. Hvis det styrende kliniske dokumentet skal deles på nettsiden www.fagprosedyrer.no, må i tillegg kravene merket med lysegrått (alle bortsett fra 17 og 21) oppfylles. I malen står det *dokument*. Erstatt *dokument* med klinisk retningslinje, fagprosedyrer, behandlingslinje eller veiledende behandlingsplan alt etter hva slags type dokument metoderapporten hører til.

OMFANG OG FORMÅL**1. Prosedyrens overordnede mål er:**

Sikre at merkantilt personell og helsepersonell som registrerer gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende har oversikt over:

- hvordan opplæringstiltak registreres i DIPS
- hvordan kvalitetssikre dokumentasjon av opplæringstiltak i DIPS

2. Helsepørsmål(ene) i prosedyren er:

Hvordan skal dokumentasjon av pasient- og pårørendeopplæring etter ISF 2022, punkt 6.13 registreres i DIPS?

3. Prosedyren gjelder for følgende pasienter/brukere:

Ledere og merkantilt personell.

INVOLVERING AV INTERESSER**4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet prosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel, arbeidssted noteres):**

Eline Heggernes Alvestad, konsulent KEPPPO
Ingun Benno Pettersen, rådgiver KEPPPO
Annette Dokkedal Venaas, konsulent KEPPPO

5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter/brukere) som prosedyren gjelder for (brukermedvirkning) er forsøkt inkludert:

Brukere i denne sammenheng er merkantilt personell som skal registrere gruppebasert opplæring. Prosedyren er sendt til høring til aktuelle fagpersoner som har gitt tilbakemelding. Tilbakemeldingene er tatt inn i arbeidet.

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Merkantilt personell som registrerer gruppebasert opplæring.

METODISK NØYAKTIGHET**7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:**

Det finnes ingen andre prosedyrer på koding og dokumentasjon for gruppebasert opplæring.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:

Gjelder gruppebasert opplæring for pasienter og pårørende som inngår i kriteriene i henhold ISF 2022, punkt 6.13.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:

Styrker: Det er tatt utgangspunkt i tilsvarende prosedyre ved OUS, [eHåndbok - Pasient- og pårørendeopplæring. Registrering og dokumentasjon av gruppebasert opplæring \(ous-hf.no\)](#).

Utarbeidet av:
AGREE-standard

Fagansvarlig:

Godkjent av:
Per Engstrand

Dokument-id:
I.1.1.4.1-1Utarbeidet av:
AGREE-standard

Fagansvarlig:

Godkjent dato:
21.09.2020Godkjent av:
Per EngstrandRevisjon:
3.01

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Ledelse og styring i SSHF\Dokumentstyring\Utarbeidelse av fagprosedyrer

Svakheter: Ellers mangelfullt kunnskapsgrunnlag. Flere av de som er bedt om innspill har ikke besvart forespørselen.

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene/forordningene er:

Det er tatt utgangspunkt i prosedyren «Pasient- og pårørendeopplæring. Registrering og dokumentasjon av gruppebasert opplæring» ved OUS.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene/forordningene:

Risikoen ved mangelfull registrering av gruppebasert opplæring er at det ikke er mulig å få en oversikt av hvor mange som mottar tilbud om dette.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene/forordningene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget (henvisninger i teksten til referanseliste)

Det er tydelig referert til referanseliste i teksten.

13. Prosedyren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt dokumentet på høring):

- Sekretær Kir. avd.
- Sekretær HABU
- Sekretær KPH, ikke gitt tilbakemelding
- Sekretær Øye, ikke gitt tilbakemelding
- Sekretær SFK, ikke gitt tilbakemelding
- Merkantil Med. SSA, ikke gitt tilbakemelding
- Atle Haugedal, enhet for virksomhetsdata
- Solgunn Berstad, enhetsleder for kompetanseenhet for medisinsk koding
- Else Kristin Reitan, seksjonsleder Kvalitet og pasientsikkerhet
- Per-Kristian Hyldmo, stedfortreder for Fagdirektør
- Avdeling for samhandling, helsekompetanse og likeverdige tjenester ved OUS, ikke gitt tilbakemelding

14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av prosedyren er:

Eline Heggernes Alvestad og Annette Dokkedal Venaas, konsulenter KEPPO

KLARHET OG PRESENTASJON**15. Anbefalingene/forordningene er spesifikke og tydelige:**

Prosedyren er spesifikk på hvordan gruppebasert opplæring skal registreres.

16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helse spørsmålet er klart presentert:

Det er ingen alternative anbefalinger for registrering.

17. De sentrale anbefalingene/forordningene er lette å identifisere:

Ja

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av prosedyren er klart beskrevet:

Hemmer: Mangelfull informasjon om at prosedyren finnes. Ikke er en del av opplæringsplan for ansatte. Konsulent ved KEPPO informerer ikke om den i samarbeid med avdelinger.

Fremmer: Publiseres i EK slik at alle har tilgang. Prosedyren bidrar til at det blir enklere å registrere gruppebasert opplæring riktig.

ANVENDBARHET**19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er prosedyren støttet med:**

Ingen.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Personell må bruke tid på å registrere oppmøte ved gruppebasert opplæring.

21. Prosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering er:

Dokument-id: I.1.1.4.1-1	Utarbeidet av: AGREE-standard	Fagansvarlig:	Godkjent dato: 21.09.2020	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 3.01
-----------------------------	----------------------------------	---------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------

Foretaksnivå\Virksomhetsgrunnlag, ledelse, administrasjon\Ledelse og styring i SSHF\Dokumentstyring\Utarbeidelse av fagprosedyrer

Må evalueres hvert 2. år.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i prosedyren:

Arbeidsgruppen er redaksjonelt uavhengig.
Prosedyren er laget uten ekstern finansiell støtte.

23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak prosedyren er dokumentert og håndtert:

Kryssreferanser

- [I.1.1.4.1-2](#) Metoderapport - fagprosedyrer SSHF - veileder
[I.1.1.4.1-3](#) Kliniske fagprosedyrer - utarbeidelse og revidering

Eksterne referanser