

VEILEDER FOR UTVIKLING, KUNNSKAPSBASERING OG FORVALTNING AV VEILEDENE PLANER I SYKEPLEIE

MED
NANDA (SYKEPLEIEDIAGNOSER) OG NIC (SYKEPLEIEINTERVENSJONER)

Versjon 1.0 2020

Red. Sidsel Ragnhild Børmark
sidsel.ragnhild.bormark@helse-sorost.no

1.0 Innledning.....	3
1.1 Beskrivelser.....	3
1.2 Målgruppe.....	4
1.3 Kompetanse og hjelpemidler.....	4
2.0 Metode for å kunnskapsbasere VP	5
2.1 Krav og innhold metoderapport for VP	5
2.2 Sammenheng kunnskapsbasert praksis og metoderapport	7
2.3 Framgangsmåte	8
2.3.1 Kontekst og refleksjon	9
2.3.2 Spørsmålsformulering til PICO	9
2.3.3 Litteratursøk.....	10
2.3.4 Kritisk vurdering og utvelgelse litteratur.....	11
2.3.5 Gjennomgang og drøfting av resultat søk.....	11
3.0 Utforming.....	11
3.1 Sykepleiediagnose (NANDA).....	12
3.2 Mål/Resultat	12
3.3 Sykepleieintervensjoner/Tiltak (NIC).....	12
3.4 Forordninger.....	13
3.4.1 Elektronisk kurve og DIPS behandlingsplan	13
3.5 Anbefalinger.....	14
3.6 Ferdigstilling og godkjenning	15
4.0 Formatering og navnsetting i VP.....	16
Vedlegg 1	17
Vedlegg 2	19
Vedlegg 3	22

1.0 Innledning

Hensikten med veilederen er å sikre at veiledende planer (VP) eller veiledende behandlingsplaner (VBP) i Helse Sør- Øst (HSØ) utarbeides etter samme prinsipper. Det anbefales at en leser gjennom hele veilederen før arbeidet påbegynnes.

Veilederen ble første gang ferdigstilt i juni 2008 av regionalt KDS nettverk HSØ. Denne versjonen har blitt revidert i 2019 – 2020 av regional arbeidsgruppe i prosjekt Veiledende planer med ICNP (internasjonal klassifikasjon av sykepleiepraksis)) i EPJ. Da det er noe fram i tid at DIPS Arena behandlingsplan vil være tilgjengelig med ICNP er denne veilederen en revisjon med klassifikasjonene NANDA-International (North American Nursing Diagnosis Association) og NIC (Nursing Intervention Classification). Heretter omtalt som NN.

Ved videre utarbeidelse og revisjon av de kunnskapsbaserte veiledende planene med NN anbefales samtidig å sette inn ICNP begrepene og kodene parallelt. Dette vil lette arbeidet med overgangen til ICNP i DIPS Arena behandlingsplan og implementering av nytt kodeverk for sykepleiepraksis.

1.1 Beskrivelser

NANDA-I: Klassifikasjon av sykepleiediagnoser som *navngir, definerer og beskriver kjennetegn på erfaringer, reaksjoner og følgetilstander til sykdom og helsesvikt på en standardisert måte* ([Store medisinske leksikon](#)).

NIC: Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner er et klinisk verktøy som gir en fullstendig oversikt over alle sykepleieintervensjoner i generell og spesialisert praksis. Det er i den siste oversatte utgaven (2006) 514 forskningsbaserte sykepleieintervensjoner som beskriver handlingene sykepleiere utfører. Hver intervensjon inneholder en definisjon, en oversikt over aktiviteter sykepleiere utfører for å implementere intervensjonen og en litteraturliste ([Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner NIC](#)).

Veiledende Plan (VP): En preformulert oversikt over sannsynlige sykepleiediagnoser, mål, sykepleietiltak med forordninger for en gruppe pasienter med felles symptombilde/fenomen. VP er en av grunnstrukturene i klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS) i pasientjournalen, og er et hjelpemiddel for å kvalitetssikre sykepleien og forenkle dokumentasjonsarbeidet. En VP skal gjenspeile sykepleieprosessen som problemløsende metode, og den skal være kunnskapsbasert. Ved utarbeiding av pasientens egen plan hentes elementer fra den preformulerte listen i relevant VP.

En veiledende plan med vedlegg oppdateres og revideres i kvalitetssystemet.

Den regionale arbeidsgruppen som har revidert veilederen har bestått av:

Navn	Foretak
Sidsel Ragnhild Børmark	Helse Sør-Øst RHF
Marte Rime Bø	Helse Sør-Øst RHF
Line Stad Støverud	Sykehuset Innlandet HF
Trine Lando	Sykehuset Østfold HF
Tor Johan Helgesen	Sykehuset Østfold HF
Mona Stidahl	Sykehuset Østfold HF
Anne Karine Grandås Rokstad	Sørlandet Sykehus HF
Trine Rognstad	Akershus Universitetssykehus HF
Heidi Ness Johansen	Akershus Universitetssykehus HF

Linn Grimestad Nordbø	Sykehuset i Vestfold HF
Lise Grette Strømmen	Sykehuset i Vestfold HF
Ellen-Anne Alvin	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Marie Furuholmen Raastad	Oslo universitetssykehus HF
Marianne Thorbjørnsen	Oslo universitetssykehus HF
Trine Stavseth	Oslo universitetssykehus HF
Karine Fjeld Johansen	Sykehuset i Telemark HF
Tove Anni Henneseid	Betanien Hospital Skien
Gunn May Eggereide	Vestre Viken HF
Sonja Irene Simonsen	Vestre Viken HF
Gro Marianne Eriksen	Sunnaas sykehus HF

1.2 Målgruppe

- Ledere og fagledere i sykepleie (fag- og forskningssykepleiere)
- Koordineringsansvarlig/forvaltning VP/KDS i det enkelte helseforetak
- Sykepleiere og ressurspersoner/nettverk KDS i det enkelte helseforetak
- Godkjennende instans medisin og helsefag/e-helse

1.3 Kompetanse og hjelpemidler

For å kunne utarbeide og revidere en VP, forutsettes kunnskaper om:

- Aktuelt fagområde
- Sykepleieprosessen som informasjonsmodell
- Gjeldende terminologi for sykepleiepraksis/klassifikasjonssystem
- Kunnskapsbasering etter AGREE metode
- Gjeldende oppsett og funksjonalitet for pasientplan/behandlingsplan i EPJ

2.0 Metode for å kunnskapsbasere VP

En VP brukes for å gi beslutning- og kunnskapsstøtte for den enkelte pasient i behandlingsforløpet. Det er derfor viktig at sykepleiediagnoser, resultatmål og intervensjoner/tiltak er kunnskapsbaserte. Det vil sikre kvalitet i sykepleie og behandling til den enkelte pasient. Kunnskapsbasert praksis kan defineres som:

Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon (Nortvedt et al, 2012).

Det kreves grunnleggende kunnskap om den trinnvise metoden for kunnskapsbasering. Det henvises til [Helsebiblioteket](#) for å lære mer om metoden og til video [Hva er kunnskapsbasert praksis?](#)

2.1 Krav og innhold metoderapport for VP

Hensikten med metoderapport er å beskrive prosessen og redegjøre for kunnskapsgrunnlaget rundt utarbeidelse av en VP. Dette er svært viktig ved revideringer og sikrer metodisk etterprøvbarehet. Metoderapporten brukes underveis for å beskrive metoden/prosessen og redegjøre for kunnskapsgrunnlaget rundt utarbeidelse av VP.

Metoderapporten som anbefales, er basert på [AGREE-instrumentet](#), som er en internasjonal retningslinje for forskning og evaluering. Selve [metoderapporten](#) består av 23 punkter i sin opprinnelige form beregnet for blant annet fagprosedyrer og retningslinjer. Ved utvikling og revisjon av en VP er dette redusert til 10 punkter. Alle 10 punkter skal fylles ut. Metoderapporten ser ut som følger med forklaringer i kursiv (se vedlegg 3: blank metoderapport):

AVGRENSNING OG FORMÅL	
1	Overordnede mål for VP: <i>Eksempel: Kunnskapsbasert sykepleie til pasienten som lever med fatigue.</i>
2	Hvem gjelder VP for (populasjon, pasient): <i>Eksempel: For voksne pasienter over 18 år.</i>
3	Navn, tittel og arbeidssted på medlemmer av arbeidsgruppen som har utarbeidet VP-en:
INVOLVERING AV INTERESSETER	
4	Synspunkter og preferanser fra målgruppen som VP-en gjelder for: <i>Det finnes flere offentlige nettsider som kan være aktuelle, som for eksempel: Folkehelseinstituttet. Pasientorganisasjonene er sentrale kontaktpunkter. Er denne planen aktuell for pasienter fra andre kulturer, så er det en del informasjon og kunnskap som kan være til nytte fra: National Health Service (NHS) nettside – Patients like me</i>
METODISK NØYAKTIGHET	

	Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget: <i>Eksempel:</i> <i>Litteratursøk utført sammen med eller av bibliotekar</i> <i>PICO-skjema utfyllt som grunnlag for litteratursøk</i>																
5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivå litteratursøk</th> <th>Handlingspunkter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anbefalt nivå</td> <td>Nasjonale veiledere og Lovverk Systematiske oversikter Eventuelt primærkilder hvis det ikke finnes relevante oppsummeringer eller systematiske oversikter. Disse må kvalitetssikres ved bruk av sjekklister.</td> </tr> <tr> <td>Minimum nivå</td> <td>Kliniske oppslagsverk Retningslinjer fra Norge, Sverige, Danmark</td> </tr> </tbody> </table>	Nivå litteratursøk	Handlingspunkter	Anbefalt nivå	Nasjonale veiledere og Lovverk Systematiske oversikter Eventuelt primærkilder hvis det ikke finnes relevante oppsummeringer eller systematiske oversikter. Disse må kvalitetssikres ved bruk av sjekklister.	Minimum nivå	Kliniske oppslagsverk Retningslinjer fra Norge, Sverige, Danmark										
Nivå litteratursøk	Handlingspunkter																
Anbefalt nivå	Nasjonale veiledere og Lovverk Systematiske oversikter Eventuelt primærkilder hvis det ikke finnes relevante oppsummeringer eller systematiske oversikter. Disse må kvalitetssikres ved bruk av sjekklister.																
Minimum nivå	Kliniske oppslagsverk Retningslinjer fra Norge, Sverige, Danmark																
6	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er: <i>Hva er gruppens inklusjon-/eksklusjonskriterier for valg av litteratur/kunnskap/erfaringer til denne VP-en. Synliggjøre hvilken prosess som er anvendt i utvelgelsen av kunnskapsgrunnlaget.</i>																
7	Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget: <i>Litteraturreferansen er angitt i tall bak NIC – intervensjonen hvis den gjelder for alle forordningene under. En kan også sette referanser etter forordningene hvis det bare spesifikt gjelder for denne forordningen.</i> <i>Eksempel:</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FO</th> <th>NIC</th> <th>Intervensjon</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>1850</td> <td>Fremme søvn (3,4,15)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>-Lage plan for aktiviteter og hvile (5)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>-Registrere søvnmønster (5,8)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>-Regulere stimuli fra omgivelser for å opprettholde normal dag-natt syklus (10)</td> </tr> </tbody> </table>		FO	NIC	Intervensjon	8	1850	Fremme søvn (3,4,15)			-Lage plan for aktiviteter og hvile (5)			-Registrere søvnmønster (5,8)			-Regulere stimuli fra omgivelser for å opprettholde normal dag-natt syklus (10)
FO	NIC	Intervensjon															
8	1850	Fremme søvn (3,4,15)															
		-Lage plan for aktiviteter og hvile (5)															
		-Registrere søvnmønster (5,8)															
		-Regulere stimuli fra omgivelser for å opprettholde normal dag-natt syklus (10)															
8	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget: <i>Oppsummert forskning på minimum og anbefalt nivå er kvalitetsvurdert i denne metoden for VP. Likevel kan det noen ganger være aktuelt å gi en vurdering av den erfaring/praksis som vi basere VP-en på.</i> <i>Et eksempel er at en ikke finner tilstrekkelig støtte (enkeltstudier) i litteraturen for en sykepleiediagnose eller intervensjon, men valget begrunnes ut fra den kliniske erfaringen/pasientpreferansene/annen fagkompetanse.</i>																
9	VP er blitt vurdert internt/eksternt av relevante fagressurser (tittel, navn, arbeidssted): <i>En fagvurdering fra andre fagmiljø/ressurser internt og eksternt er en god metode for å sikre kvalitet og relevans av innholdet i en VP.</i> <i>En kan også rent administrativt ha en sjekklister for kontroll av anvendte koder, lenker, struktur og oppsett for å luke ut feil kodeanvendelse og generelt oppsett. Dette kan ligge ved VP-en i kvalitetssystemet.</i>																
ANSVAR																	
10	Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av VP-en er:																

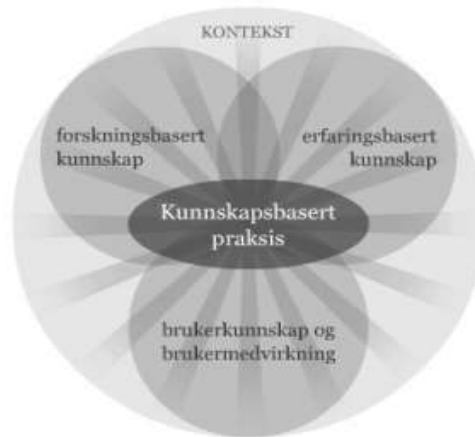


Fig.1 – [Kunnskapsbasert praksis](#)

2.2 Sammenheng kunnskapsbasert praksis og metoderapport

Forskningsbasert kunnskap – Metoderapport VP punktene 5 - 8

Dette er forskning som kan besvare et spørsmål vi vil finne mer ut av. Forskning blir bl.a. publisert i vitenskapelige artikler som finnes i ulike databaser.

Erfaringsbasert kunnskap – Metoderapport VP punktene 3,9

Dette er kunnskap fra utdanning, praksis, kurs i tillegg til rutiner, taus kunnskap, skjønn og klinisk blikk. Den kliniske erfaring anvendes også til å finne, vurdere og bruke forskningen.

Pasientpreferanser/Brukerkunnskap – Metoderapport VP punkt 4

Dette er pasientgruppens synspunkter, erfaringer og opplevelser. En kan finne brukerkunnskap i kvalitativ forskning og hos sine lokale brukerutvalg.

Kontekst – Metoderapport VP punktene 1-2

Kunnskap om kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold, politikk, økonomi, prioriteringer o.l.

2.3 Framgangsmåte

Det å kunnskapsbasere en Veiledende plan kan fremstilles slik:

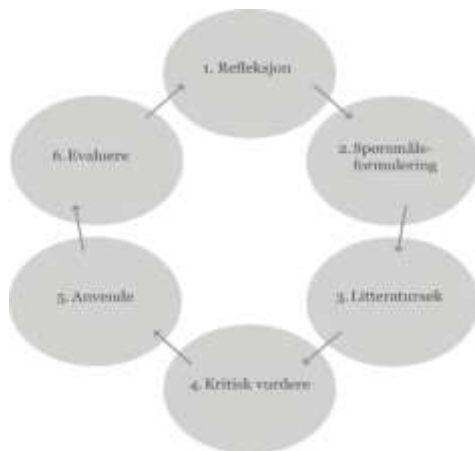


Fig. 2 Prosess for kunnskapsbasering

Arbeidsflyten ved å utvikle/revidere en VP som er kunnskapsbasert kan eksempelvis framstilles slik:

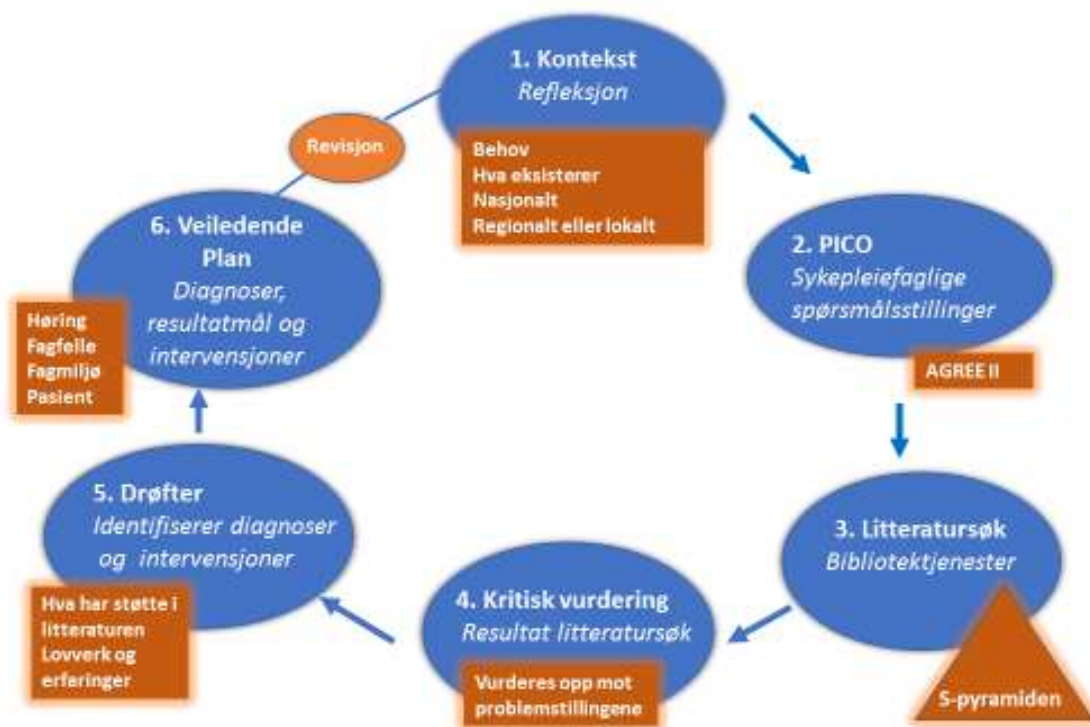


Fig 3 - Sidsel R. Børmark 2020

2.3.1 Kontekst og refleksjon

- Hva har vi behov for?
- Hva eksisterer?
- Hva skal vi søke mer kunnskap om?
- Stille spørsmål rundt diagnose, mål og spesielt intervensjoner/tiltak.
- Er vi sikre på at dette stemmer, eller er det bare noe vi alltid har gjort?
- Anvende egne erfaringer i arbeidet fra klinikken.
- Sette opp antatte problemstillinger/risiko/intervensjoner.
- Sammenlign med eksisterende VP.
- Utforme problemstillinger før utfylling Pico og søk.

2.3.2 Spørsmålsformulering til PICO

Det kan søkes bredt som for eksempel til kontekst for VP KOLS:

- Hva er beste sykepleie til pasienter med KOLS? Da kan vi få svar på mange elementer i VP-en.
- Det kan søkes mer spesifikt (forgrunnsspørsmål): Hvordan opplever KOLS-pasienter å være avhengig av oksygen store deler av døgnet?

Spørsmålene i PICO-skjema kan bygges opp på følgende måte:

Patient/Problem Pasientgruppe/Problemområde	Intervention Intervensjon/Tiltak	Comparison Sammenlikning	Outcome Resultat
KOLS-pasienter	Lungerehabilitering	Standardbehandling (ikke vektlagt for søk VP)	Lungekapasitet Livskvalitet Tungpust

Det meste av litteraturen er publisert på engelsk og en må derfor oversette søkeordene til engelsk. For å finne engelske søkeord kan databasen SveMed+ brukes, trykte eller elektroniske ordbøker, Google oversetter, Wikipedia og lignende. For ideer til formuleringer kan den engelske versjonen i iCNP browser være et hjelpemiddel.

Spørsmålsformuleringene kan deles inn i type spørsmål, dette for å vite hvilke type forskning (design/metode) man skal søke etter:

Kjernes spørsmål	Kunnskap om	Foretrukket design
Hvordan oppleves det...?	Erfaringer og holdninger	Kvalitative metoder
Hvor mange...?	Forekomst(prevalens)	Tverrsnittsstudier
Hvordan kan vi avgjøre om...?	Diagnose	Tverrsnittsstudier med referansetest
Hvordan går det...?	Prognose	Kohortstudie
Hvorfor får noen...?	Årsak (etiologi)	Kohortstudie Kasus-kontrollstudie
Hva kan vi gjøre...?	Effekt av tiltak (behandling, forebygging, rehabilitering)	Randomisert kontrollert studie

Hvilke følger/konsekvenser en gitt sykdom/tilstand (sykepleiediagnose) har for pasienten, effekt av intervensjoner/tiltak eller erfaringer og holdninger, er essensielle spørsmål ved utarbeidelse/revisjon av VP.

[Regional standard KDS PICO-skjema](#)

2.3.3 Litteratursøk

En foretar et kvalifisert søk med klare sykepleiefaglige problemstillinger. Det anbefales å anvende bibliotek tjenestene ved sykehus og universitet. Det er også relevant å anvende fag- og forskningskompetanse i eget foretak/avdeling. Helsepersonell har tilgang til viktige kilder til forskningsbasert kunnskap og retningslinjer via [Helsebiblioteket](#) og følgende illustrasjon på s-pyramiden er hentet derfra:



Ved søk etter forskningsbasert kunnskap starter en alltid øverst i s-pyramiden. Dersom søk i de øverste nivåene på s-pyramiden ikke gir svar, kan det søkes lenger ned i pyramiden. Enkeltstudier kan anvendes, men hvis det kun er én studie som understøtter problemstillingen eller intervensjonen, kreves kritisk vurdering.

Søket må dokumenteres og bibliotekene dokumenterer på [Mal for dokumentasjon av søk](#) (Helsebiblioteket). Resultat av dette søket vedlegges VP i kvalitetshåndboken og anvendes ved revisjon.

2.3.4 Kritisk vurdering og utvelgelse litteratur

Forskning høyt oppe i s-pyramiden er kvalitetsvurdert og det er derfor ikke nødvendig med kritisk vurdering. Forskning lenger ned i s-pyramiden (fra og med systematiske oversikter) må kvalitetsvurderes ved hjelp av [sjekklister](#).

2.3.5 Gjennomgang og drøfting av resultat søk

- Gå igjennom listen i fellesskap i arbeidsgruppen og ta bort ikke-relevant litteratur ut fra heading/overskrift.
- Sett resterende inn i en liste med abstrakt/konklusjon/resultat.
- Fordel videre utvelgelse i gruppen og prioriter ut fra kjente problemstillinger og ev. om ny bør legges til.
- Behold sykepleiefaglig fokus.
- Relater til hva litteraturen underbygger i forhold til sykepleiediagnoser og intervensjoner.
- Den forskning som er funnet, vurderes opp mot egen klinisk erfaring og pasientpreferanser.
- Dette brukes som grunnlag for sykepleiediagnoser, mål og tiltak m/forordninger i ny eller revidert VP.

Metoderapporten brukes som et hjelpemiddel gjennom hele prosessen og fylles ut etter hvert. I tillegg kan man bruke lokale ressurspersoner/rådgivere som veiledere.

3.0 Utforming

Bruk [regional mal i Word](#) for veiledende plan med Nanda og NIC eller eksisterende mal i helseforetaket, eller hent opp den VP som skal revideres i kvalitetshåndboken i eget HF.

Utarbeidende enhet/arbeidsgruppe har ansvar for:

- å innhente relevante, overordnede prosedyrer fra sykehusets kvalitetssystem
- å involvere og sørge for høring/fagfellevurdering til aktuelle samarbeidspartnere (leger, fysioterapeuter, spesialister, brukerrepresentanter og liknende poster/spesialenheter)
- å fylle ut metoderapporten
- å sette opp VP-en i henhold til regional standard

En veiledende plan (VP) består av elementene:

- Sykepleiediagnoser (NANDA)
- Mål/Resultat (fritekst)
- Sykepleietiltak (NIC) og forordninger knyttet til disse

3.1 Sykepleiediagnose (NANDA)

En sykepleiediagnose er et aktuelt pasientproblem/behov/ressurs/risiko som sykepleietjenesten har et ansvar for å iverksette tiltak i forhold til. Den skal formuleres kortfattet, nøyaktig og presis. Sykepleiediagnoser som er definert i en terminologi/kodeverk er standardformuleringer som ikke kan endres da den har en unik kode.

Ved utarbeidelse anbefales følgende:

- Finn en NANDA-diagnose som passer med problemstillingen og les definisjon.
- Sykepleiediagnoser med tilhørende kode, samt nummer på funksjonsområde settes inn i malen.
- Noen NANDA-diagnoser har generelle formuleringer og kan presiseres ved å relatere til den aktuelle problemstillingen.

3.2 Mål/Resultat

Mål/Resultat skal beskrive pasientens situasjon når målet er nådd. De knyttes til aktuelt funksjonsområde. De utarbeides på bakgrunn av innhentet forskningsgrunnlag, erfaringer med aktuell problemstilling og brukerpreferanser.

Resultatmålene skal gi retning for handling, gi mulighet for evaluering og være en motivasjonsfaktor for både pasienten og sykepleieren. Det er ønskelig med mål/forventet resultat for alle sykepleiediagnoser i en VP. Det er nødvendig å presisere ønsket resultat for å kunne velge aktuelle tiltak/intervensjoner.

Målene skrives i fritext og formuleres i presens/nåtid. Formuler målene slik at de er mest mulig målbare (objektivt/subjektivt ved å spørre pasienten selv). Eksempler:

- Har kroppsvekt på: (spesifiser) kilo.
- Er selvhjelpen og oppegående med hjelpemidler innen: Dato: (spesifiser).
- Har hel hud.

3.3 Sykepleieintervensjoner/Tiltak (NIC)

Forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning skal ligge til grunn for utvelgelse av intervensjon/tiltak. Et tiltak kan være relevant i forhold til flere av sykepleiediagnosene, men skal kun registreres én gang i VP.

For å velge relevante NIC ved hjelp av «NIC-boka», anbefales følgende fremgangsmåte:

- Start med den første valgte NANDA.
- Benytt NIC-boka del 4, som viser NANDA med kobling til foreslåtte NIC.
- Listen «Foreslåtte sykepleieintervensjoner ved problemløsning» viser relevante NIC og de med grå utheving er ofte de mest aktuelle.
- Valgte NIC gjenfinnes i NIC-boka del 3 med tilknyttede aktiviteter.
- Enkelte NIC kan se like ut, les derfor definisjonen.

- Ved en intervensjon hvor det er utarbeidet en relevant VP, kan det henvises til denne. F.eks. 5820: Redusere angst – se VP Angst
- Se NIC del 5, «Kjerneintervensjoner for spesialområder innenfor sykepleie»
- Se NIC del 2, «Taksonomi for sykepleieintervensjoner»

3.4 Forordninger

En NIC spesifiseres og konkretiseres med forordninger i fritekst. Dersom det finnes en egen NIC, skal den brukes framfor forordning.

Disse skal angi:

- Hva som skal gjøres
- Hvordan det skal gjøres
- Når det skal gjøres

Forordningene kan være en lenke til sykehusets egne prosedyrer eller VAR (praktiske prosedyrer i sykepleie).

3.4.1 Elektronisk kurve og DIPS behandlingsplan

Ved implementert elektronisk kurve anbefales følgende prinsipper for dokumentasjon i DIPS Classic behandlingsplan ([OUS nivå 1 Prosedyre](#)):

Behandlingsplanen er hoved-dokumentasjonsverktøyet for sykepleie- og miljøtjenesten. All relevant og nødvendig sykepleie- og miljøterapi skal framgå i behandlingsplanen. Det henvises fra behandlingsplanen til kurve for å unngå at informasjon glipper. Behandlingsplanen sier noe om *Hva og Hvordan*.

E-kurven er et elektronisk verktøy for dokumentasjon av målinger, resultat observasjoner, type utstyr og legemidler. En elektronisk kurve gir frekvensvarsel ved alle typer dren, kateter, sonder og stomier. En kurve sier altså noe om *Har fått - Har- skal Ha* (se prosedyre OUS).

Hvordan henvise fra behandlingsplan til kurve for å sikre optimal og samkjørt dokumentasjonspraksis

Det som *forordnes* i behandlingsplanen under en intervensjon kan settes opp som et manuelt varsel i Metavision som for eksempel:

1. Blodsukkermåling er en forordning i behandlingsplanen, mens resultatet av målingen dokumenteres i kurven.
2. NEWS-skår med hvor ofte det skal utføres til den enkelte pasient er en forordning i behandlingsplanen, mens resultatet av skåringen dokumenteres i kurven. Metavision gir deg automatisk varsel om anbefalt neste skåringstidspunkt.

3.5 Anbefalinger

- Bruk et kortfattet og lett forståelig språk.
- Bruk godkjente forkortelser og se til Norsk Språkråd og eventuell lokal prosedyre for medisinske forkortelser.
- Forordningen skal starte med et verb.
 - Motivere, gi, observere, kontrollere, mobilisere.
- Ordet «pasient» kan utelates da dette er pasientens plan.
 - «Hjelpe pasienten med påkledning» skrives heller «Hjelpe med påkledning»
- Dersom det er behov for forklaringer eller beskrivelser, skrives dette i stikkord i parentes.
 - «Observere symptomer på infeksjon» (rødme, hevelse, sekresjon, temperaturstigning).
- Ved henvisning til prosedyrer følges foretakets retningslinjer.
- Det skal ikke skrives «Hvis aktuelt» eller «eventuelt» i selve forordningen.
 - «Leieendring hvis aktuelt» skrives heller «Hjelpe med leieendring» og velges fra VP kun hvis det er aktuelt for pasienten.
- «V behov» kan benyttes i rubrikken for frekvens/situasjon når forordningen for eksempel kun skal gjøres når pasienten uttrykker behov for det.
- Hvis mange forordninger har «Alltid» i rubrikken for frekvens/situasjon bør en vurdere om innholdet går mer i retning av prosedyre eller lærebok, enn VP. Er dette forventet kunnskap hos helsepersonell, eller må det stå i VP for å sikre kvalitet?
- Hvis forordninger er delegert fra andre faggrupper så skriv: «Som forordn» i frekvens/situasjons-rubrikken.
- Forordninger kan konkretiseres ved bruk av kolon/spesifiser:
 - Informere om væskerestriksjoner: (spesifiser)
 - Støtte ved gange. Hjelpemiddel: (spesifiser)
- Ved lange planer, bør en vurdere muligheten for å spesifisere i stedet for mange forordninger, slik som i eksempel 2:
 - **Eksempel 1: NIC 1800 Egenomsorgsassistanse:**
 - Tilrettelegge for hygiene
 - Hjelpe med fotvask
 - Hjelpe med intimhygiene
 - Motivere til egeninnsats ut fra tidligere funksjonsnivå
 - **Eksempel 2: NIC 1800 Egenomsorgsassistanse:**
 - Hjelpe med: (spesifiser)
 - Motivere til: (spesifiser)
- Forordninger som er selvfølgelig skal ikke med i planen.
 - Lufte på rommet hvis dårlig luft
 - Skifte sengetøy hvis sølt på
- Opplysninger/tiltak som er administrative/arbeidsrutiner skal ikke dokumenteres i pasientjournalen.
 - Informere laboratoriet v/blodsmitte
 - Ringe scopvakt hvis pasienten kobles midlertidig fra en telemetri

3.6 Ferdigstilling og godkjenning

Det er ulikt hvordan Klinisk Dokumentasjon Sykepleie (KDS) er organisert i sykehusene. I følge [regional forvaltnings av KDS](#) anbefales følgende:

- Ansvar for dokumentasjon av helsehjelp i helseforetaket er i linjen.
- Ansvar for innføring av veiledende planer i helseforetaket og organisatorisk tilrettelegging ligger til helseforetakenes ledelse.
- Ansvar for revisjon av regionale VP-er og oppdatering av retningslinjen er i Teknologi og e helse Klinisk IKT forvaltning ved regionalt nettverk KDS.

Retningslinjen anbefaler at det bør være en koordineringsansvarlig/fagansvarlig KDS i HF-et, knyttet opp mot Medisin og helsefag, som har oversikt over VP-arbeid i eget helseforetak.

Koordineringsansvarlig skal sikre en kontinuerlig kontroll over hvilke VP som finnes, hvilke som er under utarbeidelse eller revidering. Dette hindrer at det utarbeides flere VP-er innenfor samme diagnose/problemstilling både lokalt og regionalt. Koordineringsansvarlig har særskilt ansvar for å sikre at VP-er utarbeides etter regional standard.

Det er svært viktig at det eksisterer et sykepleiefaglig nettverk/KDS nettverk i HF-et. På denne måten vil både implementering og forankring i det kliniske miljø være en effektiv utnyttelse av eksisterende ressurser.

Koordineringsansvarlig/fagansvarlig KDS i et HF er gjerne representert i regional KDS nettverk og ellers i arbeidsgrupper/prosjekter. Her er det praksis at en kan ta inn flere representanter ved behov.

Revidere eksisterende VP

- Ønske om revidering meldes til koordineringsansvarlig.
- Vanlig revisjon (hvert 3. år eller lokal variasjon) sendes til dokumentansvarlig.
- Koordineringsansvarlig vurderer begrunnelsene på bakgrunn av denne brukerveilederen og avgjør om det er grunnlag for revidering før det er gått 3 år.

Godkjenning av VP

- Når VP er utarbeidet i arbeidsgruppen etter regional metode, sendes den til koordineringsansvarlig for gjennomgang og godkjenning.
- Dokumentansvarlig VP (kan også være koordineringsansvarlig) legger inn VP med vedlegg og den godkjennes av fagdirektør for innleggelse i kvalitetssystemet, eller den som er utpekt i organisasjonen som godkjenner.
- Koordineringsansvarlig har ansvar for at VP blir lagt inn i DIPS av IKT forvaltningen lokalt eller regionalt (sykehuspartner).

4.0 Formatering og navnsetting i VP

Font, fontstørrelse og skriftstil skal være den samme for alle VP-er som skal legges inn i EK. Viser til regional mal i Word.

Ved navnsetting av VP følges denne retningslinjen både i oppsett i Word og ved innleggelse i DIPS.

Som hovedregel benyttes norsk språk i hoved betegnelsen, og forkortelser anvendes ikke. Hvis betegnelsen peker mot en pasientgruppe som vanligvis benytter det latinske begrepet, som for eksempel Diabetes, kan det latinske anvendes. Forkortelser kan inngå i det kliniske språket dersom det blir vanskelig å gjenfinne VP-en uten å bruke det. Dette gjelder for eksempel KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Betegnelsen skal skrives helt ut i Word-versjonen, men ikke i DIPS.

Hoved betegnelse	Hvor i forløpet-Type VP	Aldersgruppe
• Substantiv • Diagnose • Fenomen • Symptom • Pasientgruppe	Akutt Kronisk Pre- eller postoperativ Rehabilitering Utredning Behandling Tidsavgrenset: 2. trimester	Definer aldersgruppe dersom planen omhandler kun en gruppe, f. eks. barn, eldre.

En VP betegnes da på følgende måte:

Hovedbetegnelse *bindestrek* **liten bokstav** *komma* alder (hvis relevant)

Eksempler:

KOLS – akutt, barn Selvmord – risiko for Forvirring – akutt

Vedlegg 1

Funksjonsområder somatikk

Funksjonsområder er kategorier som refererer til pasientenes funksjon på de ulike områdene som har betydning for livsbetingelser, helse og dagligliv. Hensikten med å bruke funksjonsområder er:

- Å bedre oversikten
- Å sikre helhet
- Lettere å gjenfinne informasjon

Ved å strukturere journalinnholdet etter funksjonsområder vil innholdet bli lettere å få oversikt over. Det blir derfor lettere å gjenfinne informasjon. Det vil også kunne sikre helhetsperspektiv på pasienten hvis funksjonsområdene fungerer som stikkord på hva sykepleieren skal kartlegge hos pasienten.

Definisjon av funksjonsområder, somatikk – med stikkord:

Funksjonsområde	Stikkord
1. Kommunikasjon/sanser	Evne til å gjøre seg forstått og forstå. Evne til å uttrykke sine behov og opplevelser. Nedsatt syn, hørsel eller taleevne. Ikke norsktalende. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes; f.eks. briller, høreapparat, huskelapper, tolk.
2. Kunnskap/utvikling/psykisk	Kognitive evner og utvikling. Behov for informasjon eller undervisning. Sykdomsinnsikt og sykdomsopplevelse. Nærhukommelse. Bevissthetsnivå (komatøs, somnolent, våken osv.), forvirring, nedsatt evne til oppmerksomhet, hallusinasjon. Vilje og evne til samarbeid og delaktighet. Fysisk og psykisk modenhet. <i>Emosjonelt.</i> Sinnsstemning, reaksjoner, følelser, opplevelser. Sorg, apati, utrygghet, tillit, angst, depresjon, uro, aggressivitet. Orientert om tid, rom, person, situasjon. Stress, mestring av stress. Krisereaksjon.
3. Åndedrett/sirkulasjon	Problem med luftveier og sirkulasjon, f.eks. åndenød, hoste, ekspektorat, fare for aspirasjon, hyperventilering, blødning, ødem, cyanose, kald perifert, hjerterytme, frekvens/puls, blodtrykk etc. Kroppstemperatur, feber, frostanfall. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, f.eks. medikamenter, inhalator, oksygen, spesielt sengeleie, elastiske strømper.
4. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse	Apetitt, tørst, måltidsvaner, tannstatus og munnhulens status som påvirker spising. Under- eller overvekt. Kulturelle forhold som har betydning for mat. Amming. Ernæringsproblem forårsaket av mat, miljø, sykdom eller behandling. Påvirket fordøyelse, væske- og elektrolyttbalanse, f.eks. av blodsukkernivå, gastrointestinale problemer. Kvalme, brekninger, dehydrering, overvæsking. Egenomsorg og hjelpemiddel som brukes, f.eks. spesiell diett, sonde, medikamenter, tannprotese.
5. Eliminasjon	Urin og avføring. Farge, lukt, mengde, hyppighet, konsistens. Svie ved vannlating. Inkontinent blære eller tarm, sengevæting. Retensjon. Stomi. Egenomsorg og

	hjelpemiddel som benyttes, f.eks. diett, avføringsmiddel, bleie, uridom, kateter, faste dotider.
6. Hud/vev/sår	Forandringer og problemer med hud, slimhinner, annet vev, f.eks. muskler, hår, negler. Farge, renhet, skader, tørrhet, rødhet, utslett, kløe, håravfall, svette. Problemer med øyne, ører, nese, hals og munn. Utseende, funksjon, evt. forandringer. <i>Sår</i> . Type sår, f.eks. operasjonssår, trykksår, leggsår. Lokalisasjon, lengde, bredde, farge, stadium, temperatur, rent/urent, lukt. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. legemiddel, utstyr til sengen.
7. Aktivitet/funksjons-status	Skade, f.eks. lammelser, tremor, spastisitet, kramper, leddstivhet, muskelsvakhet. Funksjonsevne og begrensinger. Svimmelhet, fare for fall. Evne til å greie seg selv i det daglige liv. Evne til matinntak, forflytning, bevegelse, toalettbesøk, på- og avkledding, personlig hygiene (vaske seg, dusje/bade). Evne til å lage mat, handle, ta seg av husarbeid, medisinaladministrering, bevege seg i trapper. Konsekvenser av funksjonshindringer i forhold til krav i pasientens omgivelser. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. medikamenter, skinner, ganghjelpemiddel, gripeverktøy. Immobilitet og sengeleiets komplikasjoner.
8. Smerte/søvn/hvile/velvære	<i>Smerte</i> . Akutt eller kronisk smerte eller ubehag. Lokalisasjon, karakter, mønster, intensitet. Bedømmelse etter smerteskjema. Pasientens ord eller uttrykk for smerte. Adferd knyttet til smerte, f.eks. beskyttende bevegelser, gråt, rastløshet. Utløsende eller lindrende faktorer. Hvordan pasienten mestrer smerte. <i>Søvn og hvile</i> . Søvnproblemer. Trøtthet, utmattelse. Faktorer som påvirker søvn og hvile. Uthvilt eller trøtt etter søvn. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes, f.eks. medikamenter, utstyr i sengen, vaner. <i>Velvære</i> . Allment inntrykk av pasientens allmenntilstand, tilfredsstillelse og velvære.
9. Seksualitet/Reproduksjon	Samliv. Problemer, krav, forventninger. Prevensjonsmiddel, bivirkninger. Pubertet, menstruasjon, graviditet, amming, klimakterium. Gynekologisk status. Obstetrisk status. Bryst. Fosterutvikling. Egenomsorg og hjelpemiddel som benyttes.
10. Sosialt	Pårørende, familieforhold, nettverk, boforhold, offentlig og privat hjelpeapparat, sosiale stønader, sosial evne, arbeidsforhold, arbeidsløshet. Alkohol, stoff, tobakk, misbruk. Miljø-, økonomi-, samfunns- eller juridiske faktorer.
11. Åndelig/kulturelt/livsstil	Verdier, religion, kultur, livsanskuelse. Eksistensielle spørsmål. Mening med liv, lidelse og død. Ønske om spesielle ritualer, symboler, klær. Tabuer. Trosutøvelse av betydning for pasient/pårørende. Kilder til tro og håp. Åndelig smerte, fortvilelse. Skyldfølelse, skam, straff. Deltagelse på gudstjeneste, e.l. Bønnetider. <i>Livsstil</i> . Interesser, hobbyer, mosjonsvaner. Fritidsaktiviteter som har stor betydning for pasienten.
12. Annet/lege-delegerte aktiviteter og observasjoner	Pasientstatus og legedelegerte aktiviteter som ikke kan føres inn under annet funksjonsområde, f.eks. spesielle kartleggings- eller vurderingsinstrumenter. Referat fra ulike møter knyttet til pasientens behandlingsopplegg.

Vedlegg 2

Funksjonsområder - psykiatri

Funksjonsområder er kategorier som refererer til pasientenes funksjon på de ulike områdene som har betydning for livsbetingelser, helse og dagligliv. Hensikten med å bruke funksjonsområder er:

- Å bedre oversikten
- Å sikre helhet
- Lettere å gjenfinne informasjon

Ved å strukturere journalinnholdet etter funksjonsområder vil innholdet bli lettere å få oversikt over. Det blir derfor lettere å gjenfinne informasjon. Det vil også kunne sikre helhetsperspektiv på pasienten hvis funksjonsområdene fungerer som stikkord på hva sykepleieren skal kartlegge hos pasienten.

Definisjon av funksjonsområder, psykiatri – med stikkord:

Funksjonsområde	Stikkord
1. Kommunikasjon/sanser	Kommunikativ status. Evne til å gjøre seg forstått og forstå. Evne til å uttrykke sine behov og opplevelser. Evne til oppmerksomhet. Påvirkende faktorer, f.eks. syn- hørsel-, lukt-, smakhallusinasjoner eller annen psykose-påvirkning, rastløshet, innadvendt, affektert, vilje, åpenhet. Nedsatt funksjon f.eks. syn, hørsel, tale som har betydning for kommunikasjonen. Non-verbal kommunikasjon. Miljø som fremmer eller hemmer kommunikasjon. Ikke norsktalende. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes, f.eks. tolk.
2. Kunnskap/utvikling/psykisk	Kognitive evner og utvikling. Behov for informasjon eller undervisning. Sykdomsinnsikt og sykdomsopplevelse. Oppfatning, innsikt og kunnskap om aktuell psykisk lidelse og sykdom, f.eks. tidlige tegn på forverring. Bevissthetsnivå, forvirring og nedsatt evne til oppmerksomhet. Konsentrasjonsevne. Korttidsminne. Vilje og evne til samarbeid og delaktighet. Fysisk og psykisk modenhet. Behov for spesiell oppfølging eller intellektuell stimulans. <i>Emosjonelt</i> . Sinnsstemning, reaksjoner, følelser, opplevelser. Nedstemthet, depressivitet, sorg, apati. Hypomani, mani. Tillit, mistenksomhet, utrygghet. Angst, uro, redsel, panikk. Fobier. Selvdestruktivitet, suicidtanker, -planer, -forsøk. Aggressivitet, trusler og vold, farlighet. Impulser. Hvordan pasienten håndterer dette. Motivasjon og utholdenhet. Glede, livslyst. Sykdomsopplevelse. Forventninger og spørsmål. Krav og ønsker fra pasient / pårørende som gjelder pleie og behandling. Orientering om tid, rom, person og situasjon. Virkelighetsbrist. Symptom, måter å håndtere og påvirke sin situasjon. Behov for spesiell støtte eller omsorg. Stress, stresstoleranse, stressmestring. Krisereaksjon
3. Åndedrett/sirkulasjon	Luftveis og sirkulasjonsproblem, f.eks. tungpust, hoste, fare for aspirasjon, hyperventilering. Pust- eller sirkulasjonspåvirkning ved angst eller andre psykiske tilstander, abstinens, forgiftning, kramper. Blødning, ødem, cyanose, kald perifert, etc. Kroppstemperatur, f.eks. feber frysninger, frostanfall. Egenomsorg

	og hjelpemidler som brukes, f.eks. pusteteknikk, avslappingsøvelser. legemidler, inhalator
4. Ernæring/ væske/ elektrolyttbalanse	Appetitt, tørste, kost, spisevaner, tenner og forhold i munnhulen som påvirker spisingen. Under- eller overvektig og pasientens opplevelse. Kulturelle forhold som har betydning for kosten. Amming. Ernæringsproblemer forårsaket av mat, miljø, sykdom eller behandling. Ernæringsproblemer relatert til psykisk helsesituasjon, f.eks. sult, overdrevet spising. Psykotisk opplevelse, f.eks. av forgiftning. Påvirket fordøyelse, væske- og elektrolyttbalanse, f.eks. av blodsukkernivå, gastrointestinale problemer. Kvalme, oppkast, dehydrering, overhydrering. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes, f.eks. spesiell diett, sonde, legemidler, tannprotese.
5. Eliminasjon	Urin, avføring. Eliminasjonsproblemer relatert til psykisk helsesituasjon, f.eks. tvangshandlinger, nedstemthet, psykotisk opplevelse. Inkontinent blære eller tarm, sengevæting. Forstoppelse, diaré, smertefull avføring. Stomi. Pasientens måte å håndtere dette. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes, f.eks. diett, avføringsmidler, bleie, kateter.
6. Hud/vev/sår	Forandringer og problemer med hud, slimhinner, annet vev, f.eks. muskler, hår, negler. Farge, renhet, skader, tørrhet. Hud eller vevsproblemer relatert til legemiddelbehandling. Rødhet, utslett, kløe, håravfall, svette. Arr, stikkmerker. Problem fra øyne, ører, nese hals, munn. <i>Sår.</i> Sårtype. Selvpåførte skader, f.eks. kuttskader, rispinger, brannså. Lokalisasjon, lengde, bredde, farge, stadium i tilhelingen. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes.
7. Aktivitet/ funksjonsstatus	Evne til å klare seg i det daglige livet, ADL. Pasientens fysiske, sosiale og intellektuelle aktivitet. Funksjonsevne og begrensninger. Aktiviteter i daglig liv. Faktorer som påvirker aktivitet, f.eks. fobier, tvangshandlinger, hyperaktivitet, psykotisk opplevelse, fysisk skade, legemiddelbivirkninger. Ressurser, f.eks. evne til å ta initiativ, motivasjon, kreativitet i forhold til aktivitet. Vurdering, gjerne i fht. en skala, når det gjelder evne til matinntak, forflytning, bevegelse, toalettbesøk, på- og avkledding, personlig hygiene, bading. Kapasitet til å lage mat, ta seg av husarbeid, handle etc. Konsekvenser av funksjonshemming for eksempel i forhold til krav i pasientenes omgivelser. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes, f.eks. legemidler, hjelpetiltak. Kondisjon. Inaktivitet
8. Smerte/ søvn/ hvile/ velvære	<i>Smerte.</i> Akutt eller kronisk smerte eller ubehag. Relatert til fysiske, psykiske, eksistensielle eller sosiale faktorer. Lokalisasjon, karakter, mønster, intensitet. Vurdering etter smerteskala. Pasientens ord og uttrykk for smerte. Adferd knyttet til smerte for eksempel gråt, rastløshet. Utløsende eller lindrende faktorer. Hvordan pasienten mestrer smerte eller ubehag. <i>Søvn og hvile.</i> Døgnrytme og søvn-mønster. Trøtthet, opplevelse av kronisk trøtthet, utmattelse, kraftløshet. Søvnforstyrrelser, for eksempel søvnløshet, hypersomnia. Faktorer som påvirker eller hindrer søvn og hvile, for eksempel psykisk helsesituasjon, uro, drømmer. Uthvilt eller trøtt etter søvn. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes, for eksempel legemidler, vaner

	<i>Velvære.</i> Allment inntrykk av pasientens allmenntilstand, tilfredsstillelse og velvære.
9. Seksualitet/reproduksjon	Samliv. Problemer, krav, forventninger. Kulturelle aspekter. Forstyrrelser, for eksempel impotens, seksuelle avvik, fiksering, vrangforestillinger. Psykiske og fysiske skader etter seksuelle overgrep. Problemer med seksuell identitet. Prevensjonsmiddel. Bivirkninger av legemidler. Pubertet, menstruasjon, graviditet, amming, klimakterium. Kjønnssykdommer. Blødninger, vaginalt problem. Egenomsorg og hjelpemidler som brukes
10. Sosialt/planlegging av utskrivelse	<i>Sosialt.</i> Sosial evne, sosial støtte, arbeidsevne, arbeidsløshet. Miljø og boligaspekter. Økonomisk situasjon. Evne til å håndtere egen økonomi. Gjeld. Behov for støtte og rådgivning. Pårørende, familieforhold, nettverk, boforhold, offentlig og privat hjelpeapparat, sosiale stønader. Faktorer som har betydning for pasientens utskrivelse. Dokumentasjon av avtaler med personer i pasientens nettverk, hjelpeapparat, referat fra tverrfaglige møter knyttet til utskriving. <i>Misbruk.</i> Alkohol, stoff, tobakk, misbruk. Konsekvenser for livssituasjon. Motivasjon til endring. <i>Relasjoner.</i> Roller, samhandling. Selvbilde. Personlig integritet. Evne til å etablere og vedlikeholde relasjoner, kjenne nærhet, innlevelse og forståelse for andre. Evne til å fungere i gruppe. Nettverk. Familieproblemer, generasjonsproblemer, engasjement, ensomhet, isolering. Avhengighetsforhold. Ansvar og forpliktelser. <i>Juridisk.</i> Forandringer i omsorgstype, ev. dato for gjeldende dom. Rettslige aspekter, f.eks. forhandlinger. Kunnskap om juridiske rettigheter og plikter. Kriminalitet.
11. Åndelig/kulturelt/ livsstil	Verdier, kultur, religion, livssyn. Opplevelse av mening. Eksistensielle spørsmål. Mening med liv, lidelse og død. Ønske om spesielle ritualer, symboler, påkledning. Tabuer. Trosutøvelse av betydning for pasienten/ pårørende. Kilder til tro og håp. Åndelig smerte, fortvilelse. Skyldfølelse, skam, straff. Bønnnetider, Bibel, Koranen, krusifiks, bønnekjede, symboler. <i>Livsstil.</i> Interesser, hobbyer, mosjonsvaner. Fritidsaktiviteter som har stor betydning for pasienten
12. Annet/legedelegerte aktiviteter	Pasientstatus som ikke kan føres inn under annet funksjonsområde, f.eks. spesielle kartleggings- eller vurderingsinstrumenter. Referat fra ulike møter knyttet til pasientens behandlingsopplegg. <i>Legedelegert aktivitet som det ikke er naturlig å knytte til annet funksjonsområde:</i> Medikamenter, compliance

Vedlegg 3

Metoderapport – blank

METODERAPPORT FOR VEILEDENDE PLAN: Dato:	
AVGRENSNING OG FORMÅL	
1	Overordnede mål for VP:
2	Hvem gjelder VP for (populasjon, pasient):
3	Navn, tittel og arbeidssted på medlemmer av arbeidsgruppen som har utarbeidet VP-en:
INVOLVERING AV INTERESSETER	
4	Synspunkter og preferanser fra målgruppen som VP-en gjelder for:
METODISK NØYAKTIGHET	
5	Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:
6	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:
7	Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:
8	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget:
9	VP er blitt vurdert internt/eksternt av relevante fagressurser (tittel, navn, arbeidssted):
ANSVAR	
10	Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av VP-en er: