

## Mandat arbeidsgruppe VAR Healthcare

Gjelder for: Hele SiV  
Dokumenttype: Mandat  
Sist endret: 02.02.2024

### 1. HENSIKT

Sikre oppfølging og fullføring av beslutning og videre prosess ifht. at VAR skal tas ut av EK i den formen den er pr. i dag, samt at sykehusets styringsystem, Kvalitetshåndboken – EK inneholder nødvendig, relevant dokumentasjon for å sikre forsvarlige helsetjenester.

### 2. ANSVAR

Fagdirektør  
Klinikksjefer medisinsk og kirurgisk klinikk  
Avdelingssjefer medisinsk og kirurgisk sykepleieavdeling  
VAR team medisinsk og kirurgisk klinikk  
Representanter fra kvalitetsavdelingen

### 3. FREMGANGSMÅTE

Det opprettes en arbeidsgruppe, samt en styringsgruppe for informasjon og forankring av arbeidsgruppens arbeid og fremgang.

Arbeidsgruppen skal i løpet av en to års periode, fullføre beslutning og videre prosess fra møte 24.08.23. med fagdirektør, kvalitetssjef, klinikksjefer medisinsk og kirurgisk klinikk, og avdelingssjefer medisinsk og kirurgisk sykepleieavdeling:

- VAR skal være et tilgjengelig oppslagsverk på lik linje med Up To Date, BMJ, Felleskatalogen, Metodebok.no, osv.
- Praksis med at alle nye VAR prosedyrer vurderes, høres og godkjennes avvikles.
- VAR prosedyrer vedr. generell sykepleierfaglig kunnskap som finnes i EK i dag slettes. Eksempelvis Hårvask i seng, Sengeredning, Tannpuss, osv. ref. [Omfang og dokumentasjon - Helsedirektoratet](#)
- VAR prosedyrer i EK, hvor det samtidig foreligger egne SiV prosedyrer om samme tema, skal omarbeides til et felles dokument. Dette gjøres i henhold til eksisterende rutine for utarbeidelse av dokumenter i EK [Utarbeidelse, revisjon, godkjenning av dokumenter EK web. Elektronisk kvalitetshåndbok - EK.](#)
- VAR prosedyrer som er nødvendige for forsvarlig praksis i SiV, omarbeides til egen SiV prosedyre med lenke til VAR. Dokumentansvar for prosedyren fordeles på fagressurser i klinikk, på lik linje med andre nye prosedyrer som opprettes.
- Fagdirektør har godkjenningsansvar for nivå 1 dokumenter i EK.

#### Videre prosess:

- Det igangsettes et arbeid med rydding i VAR prosedyrer med et to års perspektiv.
- Kvalitetsavdelingen får et overordnet ansvar for å koordinere og fjerne uhensiktsmessige VAR prosedyrer fra EK.
- Klinikk medisin og kirurgi har et koordinerende ansvar for VAR med å vurdere behov, sammenslå duplikater og fordele ansvar for prosedyrer på fagressurser.
- Klinikken tildeler en person fra hver klinikk. Frist 7. sept. -23.
- Kvalitetsavdelingen innkaller til et oppstartsmøte med ansvarspersoner fra klinikk.
- Kvalitetsavdelingen undersøker aspekter knyttet til DIPS i samarbeid med E-helse og VAR ansvarlige i klinikken:
  - Sørge for at prosedyrer som er integrert med DIPS/veiledendeplan er godkjente prosedyrer
  - Undersøke Mobiltelefoner (BEST) med tilgang til VAR, i tillegg til EK?

### 3.1 DIPS Arena, veiledende planer - VP

Arbeidet med VAR skal ikke forsinke progresjon i arbeidet med DIPS Arena.

Man bør unngå å bruke VAR prosedyrer i DIPS – VP. Inntil nye prosedyrer er klare og kan erstattes med nye SiV prosedyrer kan VAR benyttes i DIPS – VP midlertidig. De VAR prosedyrer som slettes i EK, skal også slettes i DIPS – VP.

Prosjekt DIPS Arena er ansvarlig for å utarbeide oversikt over bruken av VAR i VP. VAR arbeidsgruppe følger opp når prosjekt DIPS Arena er ferdigstilt.

## 4. GENERELT

### Arbeidsgruppens medlemmer:

Kvalitetsrådgiver kvalitetsavdelingen Camilla Bjørlin (leder av arbeidsgruppen)

Kvalitetsrådgiver kvalitetsavdelingen Synne Menes Didriksen

Spesialrådgiver medisinsk sykepleieavdeling Anne Karima Selim Lindberg

Spesialrådgiver medisinsk sykepleieavdeling Gry Blikeng

Rådgiver kirurgisk klinikk Karen Røed

Rådgiver IKT E-helseseksjon Bente Stubberud (DIPS Arena, VP)

### Styringsgruppens medlemmer:

Fagdirektør Jon Anders Takvam

Kvalitetssjef Siri Eggesvik

Klinikksjef medisinsk klinikk Pernille Lysaker

Klinikksjef kirurgisk klinikk Siri Vedeld Hammer

Avdelingssjef medisinsk klinikk Marit Dahl Mikkelsen

Avdelingssjef kirurgisk klinikk Marit Karlsnes

Kvalitetsrådgiver kvalitetsavdelingen Camilla Bjørlin (rapporterer ifht arbeid, fremgang og resultater i arbeidsgruppen)

### Møtehyppighet:

Arbeidsgruppen: faste møter ca. hver 14. dag/1 gang pr. mnd. avhengig av prosess

Styringsgruppen: 2 ganger pr. år

## 5. INTERNE REFERANSER

[1.1.8.1.1](#)

[System for styring og ledelse](#)

[1.1.8.2.1](#)

[Dokumentstyring Elektronisk kvalitetshåndbok - EK](#)

[1.1.8.2.2](#)

[Systemforvaltning og roller. Elektronisk kvalitetshåndbok - EK](#)

[1.1.8.2.15](#)

[Utarbeidelse, revisjon, godkjenning av dokumenter EK web.](#)

[Elektronisk kvalitetshåndbok - EK](#)

## 6. EKSTERNE REFERANSER

[Omfang og dokumentasjon - Helsedirektoratet](#)

## 7. VEDLEGG