



Pasientdata

## Livets siste dager

### Plan for lindring i livets slutfase, til bruk i hjemmesykepleie

#### Bruksveiledning:

- Alle mål er skrevet med **uthevet** skrift. Tiltak, som er en hjelp til å nå målene, er skrevet med vanlig skrift.
- Retningslinjer for symptomlindring er tilgjengelig på [www.helse-bergen.no/palliasjon](http://www.helse-bergen.no/palliasjon).
- Helsepersonell står fritt til å gjøre sine egne faglige vurderinger, men enhver endring i forhold til anbefalinger i denne planen skal dokumenteres på siste side.

Bruk av denne planen forutsetter kommunikasjon med pasienten og de pårørende slik at deres behov og ønsker er kartlagt og de er informert om at pasienten er døende.

#### Kriterier for å bruke denne planen for lindring til døende:

1. **Alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert.**
2. **Behandlingsteamet, minimum lege og sykepleier, er enige om at pasienten er døende.**

I tillegg vil minst to av følgende punkter vanligvis være oppfylt:

- Pasienten er sengeliggende  Pasienten er i lengre perioder ikke kontaktbar
- Pasienten klarer bare å drikke små slurker  Pasienten kan ikke lenger svelge tabletter

Når denne planen settes i gang, erstatter den annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes.

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følger kommunens/bydelens vanlige retningslinjer.

#### Bruk av planen skal vurderes fortløpende og alltid revurderes dersom:

- **pasientens tilstand bedres**
- **det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet knyttet til bruken av planen**
- **planen er brukt i inntil tre døgn**

Dato/klokkeslett:

Sted:

Lege:

Sykepleier:

#### Legehenvendelser utenom kontortid etter avtale med:

Lege:..... Telefon:..... Tilgjengelighet:.....

**Referanser:**

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Oslo: Helsedirektoratet, revidert utgave 2013. IS-2091.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, revidert utgave 2019. IS-2800.

Ellershaw JE, Wilkinson S, red. Care of the dying: A pathway to excellence. 2. utgave. Oxford: Oxford University Press, 2011.

International Collaborative for Best Care for the Dying Person

<https://www.bestcareforthedying.org/>

Nasjonale faglige råd: Lindrende behandling i livets slutfase. Helsedirektoratet, 2018.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

EKSEMPEL

Navn.....

Sted.....

Dato: .....

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)		
Diagnose og personopplysninger	Hoveddiagnose:	Bidiagnoser:		
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:		
	Hjemmesykepleie fra dato:			
Symptomer og funn	Er i stand til å svelge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Våken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Kvalm	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Brekninger, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsbesvær, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Forvirret	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Urolig, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Rastløs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Anspent, engstelig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Annet (f.eks. ødemer, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Delmål ved første vurdering	<b>Mål 1 Aktuell medikasjon er vurdert og ikke-essensielle medikamenter seponert</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
	Hensiktsmessig peroral medikasjon er endret til subkutan, og subkutan pumpe er satt i gang hvis hensiktsmessig. Uhensiktsmessig medikasjon er seponert.			
	<b>Mål 2 Behovsmedikasjon til subkutan administrasjon er ordinert for følgende symptomer etter kommunens/bydelens prosedyrer:</b>			
	Smarter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Uro, agitasjon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Surkling i luftveiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
	Kvalme og brekninger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Dyspne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
<b>Mål 3 Uhensiktsmessige tiltak er seponert</b>				
<b>Beslutningene bygger på grundig vurdering av alle aktuelle tiltak.</b>				
Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Væskebehandling	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Ernæringsbehandling	<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Journalført at hjerte-lungeredning ikke er aktuelt (HLR-)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Ev. andre tiltak seponert.....				
<b>Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)</b>		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Kontakt pasientens kardiolog				
Henvis til lokale retningslinjer og prosedyrer				
Gi ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørende				
Legens underskrift:		Dato:		
<b>Mål 3a Det er tatt en avgjørelse om å avslutte uhensiktsmessige pleietiltak</b>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Skal en ha et regime for å snu pasienten, eller gjøre det bare ved behov, vurdere antidecubitusmadrass, vurdere huden, skal en fortsette med å ta BT, puls og temp, osv.				
<b>Mål 3b Subkutan pumpe er satt i gang innen 4 timer etter at den ble forordnet av legen</b>		<input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Sykepleierens underskrift:		Dato:	Klokkeslett:	

Navn.....

Sted.....

Dato: .....

Del 1		Første vurdering – fortsettelse	
Innsikt/forståelse	<b>Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat</b> hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <b>Mål 5 Innsikt i pasientens tilstand er vurdert:</b> Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten er klar over at han/hun er døende <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at pasienten er døende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Behov hos barn/ungdom som pårørende er vurdert <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Åndelig/ eksistensiell omsorg	<b>Mål 6 Åndelige/eksistensielle behov er vurdert</b> hos pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei hos de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn. Vurder støtte fra prest eller annen åndelig veileder.  Pas. trosretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikke aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja, hvilken/hvilket: Gitt tilbud om kontakt med prest / annen kontaktperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei  Navn: ..... tlf: ..... dato: .....  Kommentarer (spesielle behov nå, i forbindelse med dødsfallet, etter dødsfallet):		
Kommunikasjon med de pårørende	<b>Mål 7 Det er avtalt hvordan pårørende skal informeres ved forandring i pasientens tilstand</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - uansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/> - ikke om natten <input type="checkbox"/> - pårørende til stede <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende: ..... tlf: ..... Relasjon til pasienten: .....  Evt. annen pårørende: ..... tlf: ..... Relasjon til pasienten: ..... <b>Mål 8 Ikke aktuelt i hjemmesykepleien</b> (omhandler praktisk orientering om institusjon)		
Kommunikasjon i primær- helsetjenesten	<b>Mål 9 Pasientens fastlege er klar over pasientens tilstand</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Andre som ev. bør informeres, hvem..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Sammendrag	<b>Mål 10 Plan for videre behandling og pleie er forklart for og drøftet med</b> pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei de pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <b>Mål 11 De pårørende gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei De pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende. De pårørende har fått komme frem med sine ønsker og bekymringer, og disse er dokumentert. Pårørendedeltakelse i pleien. Det er diskutert å ikke ringe 113. Det er diskutert å ikke gjenopplive. Tilgjengelig telefon nummer til hjemmesykepleien/andre hele døgnet. Selve plandokumentet kan drøftes hvis dette vurderes som hensiktsmessig. Skriftlig informasjon kan være aktuelt, ev. tilpasset alder og språk.		
Hvis du har svart «nei» på et av delmålene, bør du utdype svaret på siste side.			
Underskrift:		Stilling:	Dato: .....

Navn.....

Sted.....

Dato: .....

<b>Del 2</b>	<b>Fortløpende vurderinger: Pasienten bør tilses jevnlig, hyppigheten vurderes individuelt. Vurderinger gjort til andre tidspunkt, beskrives fortløpende på siste side.</b>					
<b>Fortløpende vurderinger</b>	<b>Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.</b>					
	<b>Er målet oppnådd?</b>					
<b>Delmål</b>	<b>Tilsyn kl:</b>	<b>Tilsyn kl:</b>	<b>Tilsyn kl:</b>	<b>Tilsyn kl:</b>	<b>Tilsyn kl:</b>	<b>Tilsyn kl:</b>
<b>Smerter</b> <b>Mål: at pasienten er smertefri</b> - Pasienten sier det - Pas. er smertefri ved bevegelse - Pas. virker fredfull - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Uro/forvirring</b> <b>Mål: at pasienten er rolig og avslappet</b> - Pasienten frembyr ikke tegn på delirium, dødsangst eller rastløshet ("plukker") - Utelukk smerter/urinretensjon som årsak - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Surkling i luftveiene</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget med surkling</b> - Medikament skal gis så snart symptomer oppstår - Vurder behov for leieforandring - Symptomet er drøftet med de pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Kvalme og oppkast</b> <b>Mål: at pasienten ikke er kvalm/ikke kaster opp</b> - Pasienten sier det - Pas. virker fredfull	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Dyspne (tung pust)</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget av tung pust</b> - Pasienten sier det - Pas. virker ikke tung i pusten - Vurder behov for leieforandring	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Andre symptomer</b> <b>Mål: at pasienten ikke er plaget (f eks av ødemer, kløe)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Behandling/prosedyrer</b>						
<b>Munnstell, drikke</b> <b>Mål: at munnen er fuktig og ren</b> - Tilby drikke til pas. som er i stand til å svelge - Se retningslinjer for munnstell - Munnen vurderes minst hver 4. time - Pårørende kan gjerne delta i munnstell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Vannlatingsbesvær</b> <b>Mål: at pasienten er ubesværet</b> - Legg inn kateter hvis retensjon - Bruk kateter eller bleier hvis pas. generelle tilstand fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Medikamenter</b> <b>Mål: at alle medikamenter er gitt korrekt i forhold til legens forordning</b> - Subkutan pumpe kontrollert minst hver 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift						
Bruk et nytt ark for hvert døgn						

Navn.....

Sted.....

Dato: .....

Del 2	Fortløpende vurderinger – fortsettelse: Er målet oppnådd?			
Kryss "ja" (mål oppnådd) eller "nei" (mål ikke oppnådd). Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side.				
Delmål		Tilsyn kl:	Tilsyn kl:	Tilsyn kl:
<b>Liggestilling/ trykkområder</b>	<b>Mål: at pasienten ligger godt i trygge omgivelser</b> - Klinisk vurdering av: Hud, ev. trykksår, behov for leieforandring, spesialmadrass, personlig hygiene, sengebud, stell av øynene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Tarmfunksjon</b>	<b>Mål: at pasienten ikke er plaget av obstipasjon eller diaré</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Innsikt/forståelse</b>	<b>Mål: at pasienten er klar over situasjonen</b> - Pasienten får nødvendig informasjon og støtte gjennom ord, berøring og nærvær	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	<b>Mål: at de pårørende er forberedt på at døden er nær forestående</b> - Vurder forståelsen hos de pårørende, inkludert barn og ungdom og de som ikke var til stede ved første vurdering - Forviss dere om at de forstår at pasienten er døende og hvilke tiltak som blir gjort for å lindre - Tilby støtte fra menighetspresten eller annen kontaktperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Åndelig/ eksistensiell omsorg</b>	<b>Mål: at behovet for åndelig/eksistensiell omsorg er ivaretatt</b> - Pasienten eller de pårørende kan være engstelige for seg selv eller andre - Støtte fra menighetspresten kan være til hjelp - Vurder spesielle behov i forhold til familiens kulturelle bakgrunn	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Ivaretagelse av de pårørende</b>	<b>Mål: at pårørendes behov er ivaretatt</b> - Vurder pårørendes behov for helsehjelp eller sosial støtte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Andre behov/ hensyn</b>	<b>Mål: at spesielle behov/hensyn er ivaretatt</b> ..... .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke aktuelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke aktuelt
Underskrift:				
Underskrift av sykepleier:		Dag:	Kveld:	Natt:
Bruk et nytt ark for hvert døgn				
Utfyllende kommentarer om forløpet (fra alle yrkesgrupper):				

Navn.....

Sted.....

Dato:

<b>Del 3</b>	<b>Ved dødsfallet</b>
--------------	-----------------------

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Hvem var til stede:

Pårørende varslet dersom ikke til stede:  ikke aktuelt  ja  nei

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
Hvis svaret er nei, beskrives tiltak og resultat på siste side	
<b>Rutiner/prosedyrer</b>	<p><b>Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Ta kontakt neste arbeidsdag hvis dødsfallet skjer utenom arbeidstiden</p> <p>Andre som bør informeres, hvem..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p><b>Mål 13 Kommunens prosedyrer ved mors og ved stell av døde er fulgt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei (spesielle religiøse/kulturelle behov ivare tatt)</p> <p><b>Mål 14 Kommunens prosedyrer etter dødsfall er fulgt</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <b>Sjekk følgende punkter:</b> - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD pga kremasjon - obduksjon - registrering av dødsfallet / dødsattest fylt ut - journalen avsluttet og epikrise diktert - beskjed formidlet til ev. andre offentlige instanser</p>
<b>Ivaretagelse av etterlatte</b>	<p><b>Mål 15 De pårørende er gitt informasjon om rutiner ved dødsfall</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er gitt til de pårørende</p> <p><b>Mål 16 Ikke aktuelt i hjemmesykepleien</b> (omhandler prosedyrer vedrørende verdisaker og eiendeler)</p> <p><b>Mål 17 Nødvendig informasjon er gitt til rette vedkommende</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Heftet: "Når en av våre nærmeste dør" er utlevert</p> <p><b>Mål 18 Skriftlig informasjon til etterlatte er gitt til de pårørende</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")</p>
<b>Ivaretagelse av personell</b>	<p><b>Mål 19 Personalet er ivare tatt etter dødsfall</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Formell/uformell refleksjon/debriefing (tilgjengelig mal: "Refleksjon etter dødsfall")</p>
	<p>Underskrift: _____ Dato: _____</p>

**HUSK AT TILTAKSPLANEN SKAL SKANNES/ARKIVERES INN I PASIENTJOURNALEN!!!**

Navn.....

Sted.....

**Når målet ikke er oppnådd:**

**Analyse av problem, tiltak og resultat:**

Hvilket delmål ble ikke oppnådd?	Tiltak for å oppnå målet (Dokumentasjon av medikament- utlevering skal føres på kurve)	Effekt/resultat (Ble målet oppnådd?)
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett: