

KVIP selvevaluering - Vurder tjenestene etter følgende kriterier i kolonne F:
 2=Møtt, 1=Delvis møtt, 0=Ikke møtt, 7=Vet ikke, 8=Ikke aktuelt

1																		
Miljø og fasiliteter																		
Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter siste året?																		
Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter det siste året?																		
Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter siste året?																		
Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder miljø og fasiliteter fremover?																		
1.1	Nivå	Hensiktsmessige lokaler	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Bespøkesteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt			
1.1.1	1	Inngangen er tydelig merket - det er lett å finne frem.						Nivå 1	31	0	0	0	0	0	0			
1.1.2	1	Det er mulig å kjøre helt frem til inngangen i en akutt situasjon.		LOV-2019-12-20-103 §2-2				Nivå 2	12	0	0	0	0	0	0			
1.1.3	2	Det er lett å komme til enheten med offentlig kommunikasjon eller bil.						Nivå 3	2	0	0	0	0	0	0			
1.1.4	1	Enheten oppfyller forsvarlige hygienestandarder.		FOR-2019-12-20-1930 §1-1, §1-2, §2-1- §2-3				Total	45	0	0	0	0	0				
1.1.5	2	Ansatte med behandlingsoppgaver foretar unntaksvis rengjøring.																
1.1.6	2	Enheten har gode rutiner for fast vedlikehold og mulighet for rask utbedring ved behov.	For eksempel ved hærverk															
1.1.7	1	Enheten er innredet for å passe til barn og unge under deres opphold.	Feks: bevisste fargevalg, tekstiler, møbler osv. tilpasset barn og unges behov	FOR-2016-09-12-1056 §4														
1.1.8	2	Ansatte kan regulere ventilasjonsanlegget og oppvarmingen av enheten.																
1.1.9	2	Pasientene kan styre ventilasjon/oppvarming på egne soverom.																
1.1.10	2	Venterom er lett tilgjengelige for pasienter, pårørende og besøkende.																
1.1.11	2	Hobbyrom er tilgjengelig, funksjonelt og store nok.		LOV-2020-06-19-79 § 6-3														
1.1.12	1	Det er lett å ta pasientene med på utendørsaktiviteter. Også de som er underlagt tvang.		FOR-2017-05-11-562 §3 d, LOV-2020-06-19-79 §6-3														
1.1.13	2	Enheten har rom som passer for både gruppemøter og individuelle samtaler.		FOR-2017-05-11-562 §3														
1.1.14	1	Det finnes et egnet rom for måltider.																
1.1.15	1	Enheten har egne lokaler i nærheten som er egnet og utstyrt for å ivareta pasientenes undervisningsløp.		Udir-6-2014 /FOR-2017-05-11-562 §3c														
1.1.16	1	Det finnes skjermingsrom:		LOV-2019-06-21-48 § 4-3, FOR-2017-05-11-562 §3h og §18														
1.1.17	1	i) med mulighet for observasjon av hele rommet.		FOR-2017-05-11-562, kap.1 §3b														
1.1.18	1	ii) med god ventilasjon uten støy.		FOR-2017-05-11-562, kap.1 §3														
1.1.19	1	iii) med eget toalett, vask og dusj.		FOR-2017-05-11-562, kap.1 §3														
1.1.20	1	iv) uten risikoelementer for pasientene og ansatte.	NB: nøye gjennomgang av risikoelementer ved skjerming. - toalettlokk som kan fjernes - mulige hengningspunkter - andre gjenstander som kan skade om pasientene/ansatte faller på dem, osv.)	FOR-2017-05-11-562 §3 f) g) h), IS-1511														
1.1.21	1	v) med system for enkel kommunikasjon med de ansatte på enheten.		FOR-2017-05-11-562 §3 f) g) h)														
1.1.22	2	vi) som er tilfredsstillende lydisolert.		FOR-2017-05-11-562 §3 g														
1.1.23	3	I tillegg til et skjermingsrom og pasientrom finnes det et eget stillerom hvor pasienter kan trekke seg tilbake.																
1.1.24	1	Minimum én pårørende har adgang til gratis mat v/ overnatting og samvær store deler av døgnet, og ellers tilgang til å kjøpe mat til personalpris.		FOR-2016-09-12-1056 § 9														
1.1.25	2	Pårørende har adgang til enkel servering som kaffe, te, vann.		LOV-2020-06-19-79 §6-2, FOR-2016-09-12-1056 §6														
1.1.26	1	Enheten kan tilby overnatting for minimum én pårørende for alle under 18 år.		FOR-2016-09-12-1056 §6, LOV-2018-06-22-76 § 4-5, LOV-2020-06-19-79														

1.1.27	1	Når enheten er på samme område som psykiatriske enheter for voksne, er fasiliteter fortrinnsvis separat/adskilt.		FOR-2016-09-12-1056 §4, FOR-2017-05-11-562 §3															
1.1.28	1	Lokalene har universell utforming - egner seg for alle, også funksjonshemmede.		FOR-2020-03-03-242 § 12-1 eller § 12-7															
1.1.29	1	Lokalene legges til rette for at journalforskriftene overholdes. Ingen taushetsbelagt opplysning er synlig, journalmateriale holdes i låste arkivskap, med mer.		LOV-2019-12-20-103 §3-2, FOR-2017-05-11-562 §3, LOV-2019-04-10-11															
1.1.30	1	Enheden har tilgang på undersøkelsesrom for akutte medisinske/somatiske intervensjoner.		FOR-2017-05-11-562 §3															
1.1.31	1	Ansatte har tilgang på eget spise- og pauserom.		FOR-2020-06-19-1265 § 3-5															
1.2	Nivå	Pasientens rettigheter og verdighet		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer												
1.2.1	1	Enheden har besøksrom (og oppholdsrom for pårørende), og dette er familievennlig med bl.a. leker.		LOV-2019-06-21-48 § 4-5, LOV-2020-06-19-79 §6-2, FOR-2016-09-12-1056 §6															
1.2.2	1	Pasienter kan bruke (evt. låne) telefon, sende og motta brev og pakker		LOV-2019-06-21-48 § 4-5, Barnekonvensjonen art. 16															
1.2.3	1	Pasientene har mulighet for å låse inn private eiendeler.		Barnekonvensjonen art. 16															
1.2.4	1	Pasientene har mulighet til å praktisere sitt livssyn.		LOV-2019-06-21-48 §4-2, Barnekonvensjonen art. 14															
1.3		Trygt miljø		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer												
1.3.1	1	Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.		FOR-2016-12-22-1866 § 6															
1.3.2	1	Det er gode siktelinjer i enheten og lett å ha oversikt.		FOR-2017-05-11-562 §3															
1.3.3	1	Innganger/utganger er slik at ansatte kan se hvem som kommer og går. Hvis nødvendig brukes kameraovervåking.	Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Er det uforvarlig uten kamera? I personvernerelverket finner man mange generelle regler for hvilke plikter en virksomhet har når den behandler personopplysninger - slik som opptak fra kamera. Disse pliktene må alle som driver kameraovervåking sette seg inn i.	FOR-2017-05-11-562§3 og LOV-2019-12-20-103 § 2-2															
1.3.4	1	Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessige brannøvelser, inkl. evakuering én gang årlig.	NHO har anbefalt øvelser minst hvert andre år. I følge norskbrannvern.no er det vanlig med minimum halvårslige øvelser på sykehus/ eldresentre	FOR-2020-06-11-1176															
1.3.5	1	Det finnes hjertestarter på et tydelig markert sted og det er etablert rutine for at den sjekkes regelmessig og etter hver bruk. Alle pasienter kan sjekkes innen tre minutter etter at stans er oppdaget.		LOV-2019-04-10-11 §7; NNR retningslinjer 2015.															
1.3.6	1	Ansatte har et nødkommunikasjonssystem (alarm).		LOV-2019-04-10-11 §4, §7															
1.3.7	3	Pasientene og pårørende kan selv varsle alarm i nødsituasjoner og er informert om dette.		LOV-2019-12-20-103 § 2-2, FOR-2017-05-11-562 §3															
1.4		Mat		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer												
1.4.1	1	Det finnes et utvalg av mat i tråd med individuelle kulturelle, ernæringsmessige og kliniske behov.		LOV-2019-06-21-48 §4-2, Barnekonvensjonen art. 2															
1.4.2	2	Det legges til rette for feedback fra ungdommene om kosttilbudet, og den benyttes i justering av kosttilbudet ved enheten.	På noen enheter blir dette et nivå 3 standard fordi de har ingen påvirkningsmuligheter over maten som serveres, men i en tilpasset helsevesen bør det finnes slike muligheter og derfor er det plassert på nivå 2.)																
1.5		Utforming av miljøet		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer												
1.5.1	2	Brukermedvirkning benyttes når det gjøres endringer i enhetens fysiske miljø og fasiliteter på pasientrom og i fellesarealer.		LOV-2019-06-21-48 §4-2															

2															
Bemanning og opplæring															
Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder bemanning og opplæring siste året?															
Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder bemanning og opplæring det siste året?															
Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder bemanning og opplæring siste året?															
Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder bemanning og opplæring fremover?															
2.1		Bemanningsnormer	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
2.1.1	1	Ved behov for tett oppfølging og intervensjon, kan grunnbemanning raskt suppleres tilstrekkelig for å sikre forsvarlig drift.		FOR-2017-05-11-562 §4				Nivå 1	35	0	0	0	0	0	0
2.1.2	1	Nattevaktdekning er minimum tre ansatte per ti senger. Det må være minimum to våkne nattevakter.		FOR-2017-05-11-562 §4				Nivå 2	18	0	0	0	0	0	0
2.1.3	1	Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift.		FOR-2017-05-11-562 §4				Nivå 3	5	0	0	0	0	0	0
2.1.4	2	Minimum 85 % av faste ansatte på dag- og kveldsvaktene har heltidsstillinger.						Total	58	0	0	0	0	0	0
2.1.5	1	Alle ekstravakter får opplæringsvakter.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §6f og §7b											
2.1.6	1	Det er minimum én sykepleier/ vernepleier på hver vakt. Drift er lagt til rette for forsvarlig legemiddelhåndtering med mulighet for dobbelkontroll.		FOR-2016-12-22-1866											
2.2		Flerfaglig samarbeid		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
2.2.1	1	Enheten har tilgang til utpekte forløpskoordinatorer med delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid.		Pakkeforløp PBU kap. 1											
2.2.2	1	Enheten har en barneansvarlig med nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn som pårørende (eks. søsken).		LOV-2019-12-20-103 §3-7 a), Pårørendeveileder kap. 5											
2.2.3	1	Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt.		FOR-2017-05-11-562, kap 1 §4											
2.2.4	1	Enheten har minimum én overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri.		FOR-2017-05-11-562, kap 1 §4											
2.2.5	1	Enheten har minimum én psykologspesialist i barne- og ungdomspsykiologi (med vedtakskompetanse).		FOR-2017-05-11-562, kap 1 §4											
2.2.6	2	Enheten har minimum én lege i spesialisering.													
2.2.7	2	Enheten har minimum én psykolog i spesialisering.													
2.2.8	3	Enheten har tilstrekkelig tilgang på klinisk ernæringsfysiolog.													
2.2.9	2	Administrativt personale bidrar til driften av enheten på en slik måte at enhetens klinikere i minst mulig grad må sette av arbeidstid til administrative oppgaver eller behovet for administrative tjenester for klinikker.													
2.2.10	2	De ansatte kjenner til sykehusets farmasøytiske oppslagsverk (RELLIS, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, sykehusapotek, m.fl.)													
2.2.11	1	Enheten har et vaktssystem som sikrer at faglig ansvarlig for vedtak er tilgjengelig hele døgnet. Vedkommende skal kunne stille ved enheten ved behov. Informasjon om hvordan vaktssystemet kontaktes er lett tilgjengelig på vaktrommet.		FOR-2017-05-11-562, kap 1 §4											
2.2.12	2	Det er oppdaterte funksjonsbeskrivelse for alle stillinger.	F.eks årlig revisjon av funksjonsbeskrivelser.												
2.2.13	1	Enheten har en fast møtestruktur med faste kommunikasjonskanaler som sikrer tverrfaglig drøfting, diagnostisering, behandling og evaluering (inkl. spesialistinvolvering) gjennom hele pasientoppholdet.		LOV-2019-12-20-103 §2-2, Pakkeforløp PBU kap. 2 og 3											
2.2.14	2	Det er personalmøter med skriftlige referater minst én gang i måneden.													
2.2.15	1	Det er ørmerket tid til vaktskifter, for eksempel 30 min.		LOV-2019-04-10-11 kap 3, § 16											
2.2.16	1	Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk pasientjournal.	Det er viktig at sykehus forstår at miljøterapeuter er behandlere med behov for den pasient opplysningen skrevet i journalene til andre faggrupper.	LOV-2019-04-10-11 kap 3, § 16, kap 8, §39											

2.2.17	1	Det finnes varslingsprosedyrer slik at ansattklager kan fremmes uten at deres arbeidsforhold settes i fare.		LOV-2019-04-10-11 kap. 3 §17, LOV-2019-12-20-104, FOR-2020-02-04-119 §6g																	
2.2.18	2	Medarbeidersamtaler/ utviklingsamtaler gjennomføres minst årlig for å bidra til en åpen dialog om de ansattes tilfredshet og utføring av arbeid, med skriftlig avtale i etterkant.		FOR-2020-02-04-119 §6f og §7b																	
2.3		Opplæring og rammebetingelser for kompetanseheving		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøkteamets kommentarer														
2.3.1	1	For kliniske ansatte skal IKT være tilgjengelig fra første dag i jobben.		LOV-2019-04-10-11 kap 3 §16 og kap 8, §39																	
2.3.2	2	Alle ansatte får opplæring i elektroniske hjelpemidler som sykehusets avviksmeldingsystem, eHåndbok, EQS, eller lignende og hvor de finner oppdaterte opplysninger om lovverket og faglitteratur.	Hensikten er at de alltid finner frem til siste oppdateringer, inkl. vant til å bruke lovdata.no.	LOV-2019-04-10-11 kap. 3 §17, LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §6f, §6c og §7b																	
2.3.3	1	Alle ansatte skal ha en kompetanseplan.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, LOV-2019-04-10-11 kap 3 §16, FOR-2020-02-04-119 §6f og §7b																	
2.3.4	2	Enheten har en oppdatert opplæringsplan som inkluderer budsjettkonsekvenser.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, IS-1511, FOR-2020-02-04-119 §6f og §7b																	
2.3.5	2	Ansatte mottar utdanningspermisjon i tråd med sin kompetanseplan.																			
2.3.6	1	Utgifter til obligatorisk utdanning dekkes etter ev. fratrekk av DnLs eller NPFs sine bidrag.	Betingelser for å beholde godkjente utdanningsstillinger for LIS og psykologer	LOV-2019-12-20-103 §3-5, §3-10																	
2.4		Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i:		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøkteamets kommentarer														
2.4.1	1	Risikovurderinger, inkl. suicid, vold og stoffbruk.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b, IS-1511																	
2.4.2	1	Pasientrettigheter.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.3	1	Bruk av individuelle planer og ansvarsgrupper, herunder medvirkning som et viktig element.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.4	1	Håndtering av fysisk kontakt og intimitet med pasienten, inkludert negative effekter av fysisk grensesetting.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.5	1	Aktuelt medisinsk utstyr (f.eks sonde, sårstell, blodsukker, ekg, blodtrykk, puls). Opplæring skal dokumenteres.		FOR-2020-03-10-258 §8																	
2.4.6	1	Bruk av strukturerte utredninger, for eksempel psykose obs., ADL funksjoner.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.7	1	Samtykke og samtykkekompetanse.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.8	1	Rettslige rammer for virksomhet og registrering av opplysning som danner grunnlaget for vedtak. Inkludert Pasientrettighetsloven, PHL, Barnevernslovverk, Helsepersonelloven, Journalforskrifter, Barnekonvensjonen, mm.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.9	1	Hjerte- og lungeredning for alle ansatte, årlig.		FOR-2020-02-04-119 §7b, FOR-2020-03-10-258 §8 (gjelder medisinsk utstyr)																	
2.4.10	1	Forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk. Minimum seks ganger for ansatte, per år.	Slik systematisk opplæring har fokus på hvordan man forebygger og forhindrer vold i tillegg til håndtering av episoder som kan oppstå.	LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.11	1	Kunnskap om barns utvikling og behov, mulige reaksjoner i forbindelse med sykdom/plager og institusjonsopphold.	Forskriften sier; Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet	FOR-2016-09-12-1056 §5																	
2.4.12	1	Bruker- og pårørende medvirkning.		Pårørendeveileder Kap. 2.2.																	
2.4.13	1	Kompetanse på involvering og støtte til pårørende.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, Pårørendeveileder kap. 2.2, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.14	3	Ikke-kliniske ansatte får generell opplæring som øker bevisstheten om psykisk helse Dette inkluderer lærere, administrative ansatte, «husmødre» o.l.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.15	1	Det finnes rutiner for innføring av nye leger i vaktlaget. Praktis er nedskrevet og utdelt før første vakt.		FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.4.16	1	Alle ansatte får en introduksjonspakke og gjennomgang av driften ved enheten før de tar ansvar for behandling.	God praksis inkluderer «følgning» av en kollega på første dag, med innføring i holdningene nødvendig for en behandlingsfremmende kultur	LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §6a, §6f og §7b																	
2.4.17	2	Lege i spesialisering (LIS) får avsatt tid til fordypping i sin arbeidsplan.	Kriteria for godkjenning som utdanningsinstitusjon i Serøs rapportering til Den norske legeforening																		
2.4.18	3	Det gis støtte til de som bidrar til relevant forskning på enhetens målgruppe og andre akademiske tiltak som undervisning om målgruppen.																			
2.5		Veiledning		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøkteamets kommentarer														
2.5.1	1	Alt klinisk personell har tilgang på veiledning og/ eller simulering - minst én g i mnd i to timer per gang.		LOV-2019-12-20-103 §3-10, FOR-2020-02-04-119 §7b																	
2.5.2	2	Ansatte i utdanningsstillinger får dekket sine krav om opplæring og veiledning.		LOV-2019-12-20-103 §3-5, §3-10, Reglementet for spesialistutdanningen NPF, FOR-2020-09-01-1773 §25																	

2.5.3	2	Enhetsleder får veiledning/ konsultasjon/ supervisjon fra sin overordnede minst én gang pr måned, minst to timer pr mnd.																
2.5.4	2	Alle ansatte får adgang til emosjonell førstehjelp i etterkant av alvorlige hendelser.																
2.6		Rekruttering	Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer												
2.6.1	2	Pasienter, tidligere pasienter og/eller brukerrepresentanter konsulteres i forbindelse med rekruttering.																
2.6.2	1	HR bidrar til at alle søkere er sjekket opp mot autorisasjon i helseregister og har en gjeldende vandelsattest før oppstart.	Ikke uvanlig at enhetsleder gjør dette. Ved presisering av at HR gjør dette er meningen å sikre at klinikerne kan prioritere sin tid til behandlings-relaterte oppgaver	LOV-2019-04-10-11 Kap 4, §20a, LOV-2019-12-20-103 §3-17 (Disse paragrafer gjelder politiattest)														
2.6.3	2	I forbindelse med langtidssfravær eller svangerskapspermisjon handler ledelsen raskt for å sikre vikar.	For eksempel er det ikke god praksis at vikar for en gravid ansatt ikke er på plass ved termin.															
2.6.4	2	Ved avslutning av arbeidsforhold gjennomfører ledelsen et avsluttende intervju med vedkommende, og feedback gis til overordnede ledelse.																
2.6.5	3	Ledige stillinger lyses ut både eksternt og internt.																
2.6.6	3	Enheten har en HR-kontakt som forstår behov i PHBU.																

Innleggelse & utskrivelse															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder innleggelse og utskrivelse fremover?													
3.1		Innleggelse	Utfylende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evalueringskriterier (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
3.1.1	1	Enheten har skriftlige kriterier for øyeblikkelig-hjelp-innleggelse på akutenheten.	Når enheten har blandete funksjoner blir det viktig at innleggelseskriterier skiller mellom dekning av øyeblikkelig hjelp, akutte henvendelser og planlagte innleggelse.	LOV-2019-12-20-103 §3-1, FOR-2020-02-04-119 §7c				Nivå 1	18	0	0	0	0	0	0
3.1.2	2	Praktisk informasjon om enheten blir formidlet også skriftlig ved innleggelse.						Nivå 2	3	0	0	0	0	0	0
3.1.3	1	Ved innleggelse av pasienter som har samtykket til samhandling og er i behov av kommunale tjenester, må kommunen varsles innen 24 timer (eller så snart det lar seg gjøre).	Dette er en MÅ i pakkeforløpet	Pakkeforløp PBU kap. 3, FOR-2018-11-08-1675 §8 og §11				Nivå 3	0	0	0	0	0	0	
3.1.4	2	Når en vurderingssamtale ikke fører til innleggelse, blir begrunnelsen gitt til henvisende instans, pasienten og pårørende med anbefalinger/ råd for annen aktuell behandling eller oppfølging.						Total	21	0	0	0	0	0	0
3.1.5	1	Ved slutten av vurderingssamtale er hensikten med innleggelsen forklart til pasienten og pårørende.		Pakkeforløp PBU											
3.1.6	1	Enheten benytter standardiserte metoder for å måle effekt av behandling på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet som minimum (jfr. kravene i pakkeforløp).		Pakkeforløp PBU kap. 3											
3.1.7	1	Det er etablert rutiner for vaktskifter, slik at vaktlaget er forsvarlig oppdatert når de overtar ansvaret.		FOR-2020-02-04-119 §6											
3.2		Kontakt med pasientenes nettverk av profesjonelle hjelpere		Relevant lovverk	Evalueringskriterier (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
3.2.1	1	De involverte instansene kartlegges innen slutten av første virkedag.		Pakkeforløp PBU kap. 3											
3.3		Involvering av familie/pårørende		Relevant lovverk	Evalueringskriterier (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
3.3.1	1	Det avklares om pasienten har mindreårige søsken og vurderes om disse er tilstrekkelig ivarettatt.		Pakkeforløp PBU kap. 2 og 5, Pårørendeveilederen kap. 5											
3.3.2	1	I akutte situasjoner og kriser bidrar enheten med psykososial støtte og informasjon til pårørende.		FOR-2016-09-12-1056 §6, Pakkeforløp PBU kap. 5											
3.3.3	2	Enheten har en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over lokale støttetiltak for pårørende.		Pårørendeveileder kap. 2.2, 6.1 og 6.2, LOV-2019-04-10-11 §10, LOV-2020-06-19-79 kapittel 3, Pakkeforløp PBU											
3.3.4	1	Pårørende inkluderes ved innleggelse og videre opphold (med mindre det finnes lovlige journalførte grunner til at dette ikke skal gjøres).		LOV-2020-06-19-79 § 3-1, §3-3, § 3-4, § 6-2, Barnekonvensjonen art.5, Pårørendeveileder, Pakkeforløp PBU											
3.3.5	1	Når foresatte er separert/ skilt bistår enheten til at den med daglig omsorg overholder sin plikt til å holde den andre med ansvar orientert om behandlingen til pasienten.	Om ungdommen er under Barnevernets omsorg, inkludert som fosterbarn, skal enheten bistå barnevern ved behov å sikre at eventuelt andre med foreldransvar for den orientering om behandling de har krav på.	LOV-2020-06-19-79 §3-4, Barnekonvensjonen art.5											
3.4		Utskriving		Relevant lovverk	Evalueringskriterier (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
3.4.1	1	Behandlingsansvarlig ved poliklinikk er som hovedregel tilgjengelig (evt. på skype/telefonmøte eller lignende) under oppsummerende behandlingsmøter og avslutningsmøtet der planlegging av videre tiltak /behandling er tema. Dersom pasientansvarlig ikke kan være tilstede, blir poliklinikken informert.	Det øker sjansen for vellykket tilbakeføring om pasienten har klokkeslett for sitt første poliklinisk time etter utskrivning før de drar fra enheten, og pasientansvarlig og enheten er forent om prioriterte behandlingsfokus fremover. Ved rask utskrivning etter øyeblikkelighjelp innleggelse kan telefonisk kontakt vise seg eneste mulighet fremfor den mer ideelle tilstedeværelse på møtet.	Pakkeforløp PBU kap. 3											
3.4.2	1	Ved overføring til annen enhet inviteres mottakende tjeneste til felles samarbeidsmøter.		Pakkeforløp PBU kap. 3											
3.4.3	1	Ved avslutning av behandling måles pasientenes og pårørendes brukertilfredshet med standardiserte metoder.	Standardisert validert skjema for BUP døgn finnes ikke enda.	Pakkeforløp PBU kap. 3											
3.4.4	1	Pasienten og pårørende blir informert om diagnoser på alle seks akser før utskrivelse.		Pakkeforløp PBU kap. 2											
3.4.5	1	Epikrisen er sendt ut til fastlege og henviser innen syv dager / lovpålagte frister med mindre pasienten motsetter seg det.		HSØ RHF 2015, Pakkeforløp PBU, LOV-2019-04-10-11 §45a											

3.4.6	1	Epikrisen inkluderer vurdering av suicidrisiko på utskrivingsdagen.	IS-1511,LOV-2019-04-10-11 §45 a															
3.4.7	1	Ved utskrivning får pasienter og pårørende med seg skriftlig informasjon som også sendes poliklinikk og fastlege. Den inkluderer bl.a. kontaktdetaljer til oppfølgende instans, tidspunkt for første møte ved poliklinikken og ev. medisiner.	IS-1511															
3.4.8	1	Epikrisen inneholder aktuell medisiner og indikasjon og fremtidig forventning om behov for medisiner.	LOV-2019-04-10-11 §45 a, Pakkeforløp PBU kap. 3															

4 Behandling og omsorg															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder behandling og omsorg siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder behandling og omsorg det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder behandling og omsorg siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder behandling og omsorg fremover?													
4.1		Utredning	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
4.1.1	1	Risiko for suicid, vold og rus vurderes med kartleggingsverktøy ved innleggelse og under oppfølging.		Selv-mord; IS-1511, Vold/ seksuelle overgrep; LOV-2019-12-20-103 §2-1 f				Nivå 1	16	0	0	0	0	0	0
4.1.2	1	En somatisk legeundersøkelse er foretatt innen 4-72 timer etter innleggelse.	Vaktlaget skal kunne håndtere de nød-situasjoner som oppstår for eksempel overfor en bevisstløs pasient. Innen 4 t skal enheten ha tilgjengelig opplysning om sykdomshistorie, medisiner, ev. bivirkninger, og grunnleggende parameter som puls og blodtrykk. Dette blir mye lettere om enheten har adgang til journalen ved polikliniken. En mer fullstendig undersøkelse skal tas innen 72 timer.					Nivå 2	5	0	0	0	0	0	0
4.2		Bredden av tiltak		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Nivå 3	2	0	0	0	0	0	0
4.2.1	1	Enheten har familiefokusert praksis som en del av sin behandling.	Avgjøres ut fra vanlige krav til forsvarlighet i den konkrete situasjonen* Inkluderer familierapi og/ eller tiltak med systemisk perspektiv (pasient inkluderes i familiearbeid)	Pårørendeveileder				Total	23	0	0	0	0	0	0
4.2.2	1	Blodprøver kan tas ved enheten.													
4.3		Strukturerte opplegg		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
4.3.1	2	Det er strukturert bruk av tid på kveldene og i helgene som tar utgangspunkt i pasientene som er innlagt til enhver tid. Miljøterapien evalueres regelmessig slik at pasientene opplever at deres feedback er betydningsfull.		LOV-2019-06-21-48 §4-2											
4.3.2	2	Pasientene har mulighet til daglig fysisk aktivitet avhengig av tilstand.		FOR-2016-09-12-1056 §12, LOV-2020-06-19-79 §6-3, LOV-2019-06-21-48 § 4-2, FOR-2017-05-11-562 §3d og §3c											
4.3.3	2	Aktivitetene som tilbys drøftes med pasientene på forhånd.		LOV-2019-06-21-48 § 4-2, Barnekonvensjonen art. 12, Grunnloven art. 104											
4.4		Utredningsplaner, behandlingsplaner og individuell plan (IP)*		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
4.4.1	1	Det benyttes plan for basis (evt. utvidet utredning) i samarbeid med pasient/pårørende med seks ukers tidsaspekt (jf. Pakkeforløp.		Pakkeforløp PBU kap. 2											
4.4.2	1	Kopi av utredningsplaner gis pasient og/ eller pårørende og fastlegge så sant ikke pasient motsetter seg dette.		Pakkeforløp PBU kap. 2											
4.4.3	1	Alle pasienter vurderes ift. behov om IP og vurderingen er journalført. Konklusjoner og oppdatering av status i IP inkluderes i epikrisen, inkludert ansvar for tiltak. Vurderingen skjer i samarbeid med pasienten og oppfølgende instans.	Kommunen står for koordineringen av planen, mens enheten må vurdere om det er behov.	LOV-2019-04-10-11, kap. 7 §38a, LOV-2020-06-19-79 §2-5, LOV-2019-12-20-103 §2-5, Pakkeforløp PBU kap. 3											
4.4.4	1	Det lages behandlingsplaner i samarbeid med pasienten og hvis mulig med pårørende. Hvis det ikke skjer i samarbeid med pasienter eller pårørende er grunnen journalført.		LOV-2019-06-21-48 §4-2, LOV-2020-06-19-79 § 3-1 til § 3-3, Barnekonvensjonen art. 12, Grunnloven art. 104, Pakkeforløp PBU kap. 3											
4.4.5	1	Sikkerhetsplan/kriseplan er utviklet i samarbeid med pasienten og om mulig med pårørende. Den er tilgjengelig skriftlig for å ta med ved utskriving.	Her menes opplysning som kan komme til nytte i praktisk håndtering av situasjoner som kan oppstå når pasienten ikke er ved enheten, for eksempel tilf til legevakt, kontakt person ved polikliniken, o.l.												
4.4.6	2	Mestringsplan er utviklet i samarbeid med pasienten, når det er mulig.	Hensikten med de planer er å fungere som en påminnelse om egne mestringsstrategier som kan vise seg relevant, lignende DBTs minnekort												
4.4.7	1	Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan).		Pakkeforløp PBU											
4.4.8	1	Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette.		Pakkeforløp PBU kap. 2, Pårørendeveileder kap. 4											
4.5		Skole ved opphold over tid (over fem døgn)		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
4.5.1	1	Pasientene får dekket sine krav til obligatorisk skole. Det reguleres i en tydelig samarbeidsavtale mellom Helseforetak og Fylkeskommunen om opplæring under opphold i spesialisthelsetjenesten.	Hvis opptaksområde er større enn en Fylkeskommune bør avtalen gjelde hele opptaksområde	LOV-2020-06-19-79 § 6-4, Barnekonvensjonen art. 28, FOR-2016-09-12-1056 §14, LOV-2019-06-21-60 § 2-1, § 3-1 og § 5-1, Udir-6-2014											

4.5.2	1	Pasientene kan følge sin videregående opplæring. Det ordnes i samarbeid med elevens skole, for eksempel: spesifikke lærebøker, interaktivt utstyr og lignende.		LOV-2019-06-21-60 § 13-3a, Udir-6-2014															
4.5.3	1	Lærerne kartlegger hver pasients opplæringsbehov og lager en opplæringsplan i samarbeid med hjemskolen. Aktuelle momenter er tatt med i Individuell Plan.		LOV-2019-06-21-60, Udir-6-2014 kap.4															
4.5.4	3	Relevant dokumentasjon fra enhetens skole er ferdigstilt og inngår i epikrisen.																	
4.5.5	1	Lærerne og enhetens helsepersonell hjelper pasientene med reintegrering i hjemmeskolen.		LOV-2019-06-21-60, Udir-6-2014															
4.5.6	2	Lærerne har møter med pårørende dersom undervisning varer i over fem dager og den skal fortsette videre en periode.																	
4.5.7	1	Lærerne deltar på teammøter.		Udir-6-2014 kap.4															
4.5.8	3	Pasienter kan gjennomføre eksamener på enheten.																	

5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt fremover?													
5.1		Offentlig tilgjengelig informasjon om enheten.	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
5.1.1	3	Informasjon om enheten er lett tilgjengelig på internett for henvisere og samarbeidspartnere.	Inkl. retningslinjer for øyeblikkelig hjelp og akutte hendelser. Inkludering og eksklusjons kriterier for øyeblikkelig hjelp er spesifisert					Nivå 1	16	0	0	0	0	0	0
5.1.2	1	På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorene for de ulike pakkeforløpene.		Pakkeforløp PBU kap. 1				Nivå 2	2	0	0	0	0	0	0
5.2		Informasjon til pasienter og pårørende: Pasienter og pårørende gis en tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om følgende temaer:		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Nivå 3	2	0	0	0	0	0	0
5.2.1	1	i) Rutiner og tilbud i avdelingen (hva tilbudet innebærer, hvordan pasientene deltar, struktur på dagene, husregler osv.).	Orienteringen om tilbudet bidrar til at de får en forståelse for hensikten med flerfaglighet, team sammensetning og behandlingsmåter	Pårørendeveileder, LOV-2020-06-19-79 kap. 3				Total	20	0	0	0	0	0	0
5.2.2	1	ii) hvordan pasientene kan få innsyn i egen journal, inkludert rutiner for å lese elektronisk journal.		Pårørendeveileder, LOV-2020-06-19-79 kap. 3											
5.2.3	1	iii) håndtering av taushetsplikt og opplysningsplikt til pårørende.		Pårørendeveileder, LOV-2020-06-19-79 kap. 3											
5.2.4	1	iv) når opplysning blir delt, internt og med andre instanser eller pårørende.		Pårørendeveileder, LOV-2020-06-19-79 kap. 3											
5.2.5	1	v) hvordan de kan kontakte brukerorganisasjoner eller andre aktuelle instanser, som barneombudet, pasientombudet og sivilombudsmannen.		Pårørendeveileder, Pakkeforløp PBU, LOV-2020-06-19-79 kap. 3											
5.2.6	1	vi) Enhets tilbud til pårørende under innleggelse (eks. tilbud om kontakt med psykolog, sosionom, annet støttepersonell).		Pårørendeveileder, Pakkeforløp PBU, LOV-2020-06-19-79 kap. 3											
5.2.7	1	vii) at det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion dekker reiseutgifter for pårørende ledsager i forbindelse med innleggelse og utskrivning, når de tilkalles institusjonen, og én gang i uken ved innleggelse utover 14 dager.		LOV-2020-06-19-79 §2-6, FOR-2016-09-12-1056 §8-§11, FOR-2019-12-09-1706 § 1											
5.2.8	2	Informasjonen som deles ut om temaene nevnt i standardene over, er utarbeidet med brukermedvirkning.													
5.3		Kontaktpersoner		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
5.3.1	1	Pasienter og pårørende blir orientert, muntlig og skriftlig, om hvem som er oppnevnt som behandlingsansvarlig, spesialist, og kontaktperson/ miljøterapeut/ ansvarlig miljøterapeut i teamet.		Pårørendeveileder, LOV-2020-06-19-79 kap. 3											
5.3.2	2	Ansatte bruker navneskilt.	Det er ikke godt nok med bilde og navn på et kort hengende fra livet. Det skal være på øye høyder.												
5.3.3	3	Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte.													
5.4.		Samtykke og samtykkekompetanse		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
5.4.1	1	Samtykke blir innhentet før opplysninger deles med andre enn henvisende instans, oppfølgende instans eller fastlegen.		LOV-2020-06-19-79 §4-1, § 4-2 og §4-3											
5.4.2	1	Pasienter og pårørende informeres muntlig og skriftlig, om aktuell medisiner, ønsket effekt, mulige bivirkninger og forsiktighetsregler. Samtykke blir innhentet og dokumentert.	Kan gjøres unntak for pasienter over helseettslig alder. Det er ikke nok med innhentning av en generell samtykke. Det optimalt er at pasienter gis et valg mellom tilnærmingene med orientering om deres sterke og svake sider.	Pakkeforløp PBU kap.3, LOV-2020-06-19-79 kapittel 3 og 4											
5.4.3	1	Pasienter og pårørende informeres om aktuell behandling (utover medisiner), ønsket effekt, mulige bivirkninger og forsiktighetsregler.	Kan gjøres unntak for pasienter over helseettslig alder.	LOV-2020-06-19-79 §3-2 og §4-1, Pakkeforløp PBU kap.3											
5.4.4	1	Pasientenes samtykkekompetanse er vurdert og journalført i tilknytning til spørsmål som krever samtykke.		LOV-2020-06-19-79 §4-3, §4-4 §4-5											
5.4.5	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir deres synspunkter innhentet, notert og ivarettatt i tråd med lovverket.		LOV-2020-06-19-79 §4-3, §4-4 §4-5											
5.4.6	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir pårørende sine synspunkter innhentet, notert og ivarettatt i tråd med lovverket.		LOV-2020-06-19-79 §4-3, §4-4 §4-5											
5.4.7	1	Navnet på den/de som har foresatte ansvaret og hvem som har daglig omsorg er journalført.													

6 Rettigheter og lovverk															
Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk siste året?															
Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk det siste året?															
Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk siste året?															
Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder rettigheter og lovverk fremover?															
6.1		Innleggelse etter PHL Se ellers pkt 5.2 som omhandler informasjon gitt til pasienter og pårørende	Innleggelse etter PHL §3-2/3-3: her er det frist for vurdering innen 24t. Journal skal føres uten unødig opphold/snarest.	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
6.1.1	1	Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene.		LOV-2019-06-21-48 kap.3				Nivå 1	12	0	0	0	0	0	0
6.2		Respekt for rettigheter og medvirkning		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Nivå 2	1	0	0	0	0	0	0
6.2.1	1	Det finnes skriftlige rutiner for hvordan retten og muligheten til medvirkning på enheten blir ivare tatt og praktisert.		LOV-2019-06-21-48 § 4-2				Nivå 3	0	0	0	0	0	0	0
6.2.2	1	Pasienter og pårørende blir informert om sine rettigheter både muntlig og skriftlig.	(Helsedirektoratet har fin brosjyre som kan printes ut)	LOV-2020-06-19-79 kap.3				Total	13	0	0	0	0	0	0
6.2.3	1	Pasienter og foresatte mottar tilpasset informasjon og involveres i planlegging av helsehjelpen. Dette dokumenteres i journal.		LOV-2020-06-19-79 kap.3, LOV-2019-04-10-11 §40											
6.2.4	1	Enheten har rask tilgang til tolketjeneste. Familienmedlemmer (eks. foresatt/søsken) eller personalet brukes ikke utenom nødsituasjoner.		LOV-2020-06-19-79 §3-1, §3-2 og §3-5, Veileder IS-1924 kap 5, Barnekonvensjonen art. 36											
6.3		Klagerett		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
6.3.1	1	Informasjon om klageretten til enhetsleder, vedtaksansvarlig, kontrollkommissjonen, fylkesmannen, sivilombudsmannen og pasientombudet formidles skriftlig og muntlig til pasienter og pårørende.	Hvis alle informeres skåres 2.	Pårørendeveileder, LOV-2020-06-19-79 kap. 3, §7-2, §7-4 og §8-3, LOV-2019-04-10-11 §10, LOV-2019-06-21-48 §6-1											
6.3.2	1	I informasjonen som utgis kommer det tydelig frem at enheten ønsker å legge til rette for klager fra pasienter og pårørende.													
6.4		Bruk av fysisk tvang/holdig		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
6.4.1	1	Før det treffes vedtak om bruk av tvangsmidler, gis pasienter anledning til å uttale seg, om mulig. Tidligere erfaringer med tvangsbruk kartlegges tidlig i forløpet, og ligger særlig til grunn for vedtaket.		LOV-2019-06-21-48 § 4-2											
6.4.2	1	I etterkant av bruk av tvangsmidler evalueres episoden sammen med pasienten.		LOV-2019-06-21-48 § 4-2											
6.4.3	1	Ved risiko for gjentatt bruk av tvangsmidler (der pårørende skal ha informasjon), avtales det hvordan informasjonen skal gis.		LOV-2020-06-19-79 §3-3											
6.4.4	1	Enheten har retningslinje for protokollføring av tvangsvedtak.		FOR-2017-05-11-562 §30											
6.5		Samarbeid med barnevern og kommune		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
6.5.1	1	Enheten har retningslinje for hvordan praktisere opplysningsplikten til barnevernstjenesten, og ansatte har kjennskap til denne.		LOV-2019-04-10-11 §33											
6.5.2	2	Hvis utskrivelse forsinkes grunnet manglende omsorgstilbud fra barnevern eller kommunen, finnes det retningslinjer for hvordan dette skal håndteres.													

Klinisk virksomhetsstyring															
7		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder klinisk virksomhetsstyring fremover?													
7.1		Evaluering av enheten/teams arbeid	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Bespøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
7.1.1	1	Enheten har et velfungerende IT system for tilstandskoding, prosedyrekoding og pakkeforløpskoding.	Det finnes flere kodeverk. Se Direktoratet for e-helse. Med prosedyrekoder menes koding av hvilke tjenester som er utført (NCMP)	Pakkeforløp PBU kap. 7				Nivå 1	39	0	0	0	0	0	0
7.1.2	1	Vurderinger fra pårørende innhentes underveis i behandling og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet.		LOV-2013-06-14-41 §35, FOR-2020-02-04-119 § 7e og §8d, Pakkeforløp PBU kap. 3				Nivå 2	7	0	0	0	0	0	0
7.1.3	1	Vurderinger fra pårørende innhentes underveis i behandling og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet.		LOV-2013-06-14-41 §35, FOR-2020-02-04-119 § 7e og §8d, Pakkeforløp PBU kap. 3				Nivå 3	0	0	0	0	0	0	0
7.1.4	1	Virksomhetens medarbeidere medvirker i kvalitetsforbedring slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.		FOR-2020-02-04-119 §6-§9				Total	46	0	0	0	0	0	0
7.1.5	1	Enheten dokumenterer systematisk arbeid for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomhetens aktivitet.		LOV-2019-12-20-103 § 3-4 a, LOV-2019-12-20-104 §5, FOR-2020-02-04-119 §6-§9											
7.2		Læring fra risikosituasjoner		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Bespøkteamets kommentarer								
7.2.1	1	Enheten gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen.	Alvorlige hendelser er ikke nødvendigvis et avvik.	FOR-2020-02-04-119 §8											
7.2.2	1	Enheten gjennomgår avviksmeldinger regelmessig.		FOR-2020-02-04-119 §8											
7.2.3	1	Enheten gjennomgår vedtaksbruk, inkludert bruk av tvang, minst hver sjette måned. Enheten gjennomgår vedtak/skademeldinger iht. Psykisk Helsevernloven én gang per år													
7.2.4	1	Enheten deler erfaring og kunnskap om håndtering av risikosituasjoner med aktuelle samarbeidspartnere.													
7.3		Samarbeid		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Bespøkteamets kommentarer								
7.3.1	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Poliklinikken.		LOV-2019-12-20-103 §2-1e											
7.3.2	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Skoler og PPT.		LOV-2019-12-20-103 §2-1e											
7.3.3	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Barnevern.		LOV-2019-12-20-103 §2-1e											
7.3.4	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Legevakt og psykiatrisk legevakt.		LOV-2019-12-20-103 §2-1e											
7.3.5	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Polit.		LOV-2019-12-20-103 §2-1e											
7.4		Maler, prosedyrer og protokoller		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Bespøkteamets kommentarer								
7.4.1	1	Enheten har tilgang på mal for førstegangssamtale som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet.		Pakkeforløp PBU kap. 2											
7.4.2	1	Enheten har tilgang på en mal for basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet.		Pakkeforløp PBU kap. 2											
7.4.3	1	Enheten har tilgang på en mal for vurdering og beslutning om videre oppfølging etter basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet.		Pakkeforløp PBU kap. 2											
7.4.4	1	Enheten har tilgang på en mal for utvidet utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet.		Pakkeforløp PBU kap. 2											
7.4.5	1	Enheten har tilgang på en mal for behandlingsplan som ivaretar "bør-anbefalingene" i pakkeforløpet.		Pakkeforløp PBU kap. 3											
7.4.6	1	Enheten har tilgang på en mal for evalueringssmøter med pasient/pårørende som ivaretar "bør-anbefalingene" i pakkeforløpet.		Pakkeforløp PBU kap. 3											
7.4.7	1	Enheten har tilgang på en mal for epikrise som ivaretar "bør-anbefalingene" i pakkeforløpet.		Pakkeforløp PBU kap. 4											

	LOVVERK	Opprinnelig	Sist endret (jmf. ref. i standard)																	
	Forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften)	FOR-2011-12-06-1356	FOR-2020-06-19-1265																	
	Forskrift om tekniske krav til byggverk (Byggeteknisk forskrift (TEK 17))	FOR-2017-06-19-840	FOR-2020-03-03-242																	
	Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag (HSØ RHF 2015)	HSØ RHF 2015																		
	Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon	FOR-2000-12-01-1217	FOR-2016-09-12-1056																	
	Forskrift om brannforebygging	FOR-2015-12-17-1710	FOR-2020-06-11-1176																	
	Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)	FOR-2011-12-16-1258	FOR-2017-05-11-562																	
	Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr	FOR-2013-11-29-1373	FOR-2020-03-10-258																	
	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	FOR-2016-10-28-1250	FOR-2020-02-04-119																	
	Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp	FOR-2008-04-03-320	FOR-2016-12-22-1866																	
	Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helseinstitusjoner (basert reiseforskriften)	FOR-2015-06-25-793	FOR-2019-12-09-1706																	
	Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)	FOR-2016-12-08-1482	FOR-2020-09-01-1773																	
	Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)	FOR-1996-12-06-1127	FOR-2017-06-09-719																	
	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)	LOV-1999-07-02-62	LOV-2019-06-21-48																	
	Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)	LOV-1998-07-17-61	LOV-2019-06-21-60																	
	Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)	LOV-2001-06-15-93	LOV-2013-06-14-41																	
	Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)	LOV-1999-07-02-64	LOV-2019-04-10-11																	
	Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)	LOV-1999-07-02-63	LOV-2020-06-19-79																	
	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)	LOV-1999-07-02-61	LOV-2019-12-20-103																	
	Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)	LOV-2017-12-15-107 opphever LOV-1984-03-30-15	LOV-2019-12-20-104																	
	Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern	IS-1511	2008																	
	Psykiske lidelser – barn og unge (Pakkeforløp)	Pakkeforløp PBU https://www.helseidretktoratet.no/pakkeforlop/psykiske-udir-6-2014	Pakkeforløpene er oppdatert med endringer som gjelder fra og med 1.16.09.2020																	
	Rett til opplæring i barnevern- og helseinstitusjon, og i hjemmet ved langvarig sykdom (Udir-6-2014)	Udir-6-2014																		
	Rundskriv Barn som pårørende	IS-5/2010	Erstattet av Pårørendeveileder kapittel 5																	
	Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste	IS-11/2015																		
	Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene	IS-1924	2011																	
	Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (Pårørendeveileder)	Pårørendeveileder (Hdir) https://www.helseidretktoratet.no/veiledere/paarendeveileder	28.jan.19																	
	Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten	FOR-2005-06-17-610 opphever FOR-1996-07-05-699	FOR-2019-12-20-1930																	
	Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)	LOV-2014-06-20-42	LOV-2019-04-10-11																	
	FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen)	Barnekonvensjonen																		
	Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven)	LOV-1814-05-17	FOR-2020-05-29-1088																	
	Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter	FOR-2011-11-18-1115	FOR-2018-11-08-1675																	