

Årsrapport 2015

Kvalitet ved institusjonsbehandling
i psykisk helsevern (KvIP)

Akuttenheter/-team - Barn og unge

*«Sammen blir vi bedre
- et lærende nettverk i praksis.»*

Innhold

Innledning	1
Prosjektet: Bakgrunn og modell	1
Oppstart med pilotfase	2
Hva arbeidet har bestått i	2
Hensikten med årsrapport	3
Enheter skal ikke gjenkjennes	3
Hovedtrekk ved fire akuttenheter	3
Veien videre	4
Konklusjoner ved evalueringsmøte	4
Trinn 1	5
Rekruttering av nye enheter	5
Handlingsplaner	5
Felles plattform	5
Visjon for trinn 2 og 3	5
Å spre kunnskap om KvIP	6
Vedlegg 1: Poster	7
Vedlegg 2: Dagsplan under kollegaevaluering	8
Vedlegg 3: Rapportmal inkl. Standardene	9

Innledning

Prosjektet: Bakgrunn og modell

Akuttnettverket¹ inviterte lederen for «College Centre for Quality Improvement (CCQI)», Royal College of Psychiatrists (RCPsych), London, til nettverkssamlingen i april 2014 for å orientere nettverket om deres metoder for å bidra til høy kvalitet på tvers av bredden i psykiatriske tilbud². Fokus var spesielt på muligheten til å forbedre kvalitet i akuttbehandling for både voksne, og barn og ungdom. Prosjektlederen i KvIP er Fellow av RCPsych, og bidro til å belyse deres kvalitetssikringsmodell med bakgrunn i anvendelse av Quality Network of In-patient CAMHS³ (QNIC). Den ungdomspsykiatriske enhet han hadde ledet ved Oslo universitetssykehus, hadde da deltatt i QNIC i 8 år. Leder av Akuttnettverket bestemte seg for å opprette et pilotprosjekt som skulle utvikle en norsk versjon av QNIC – forkortet til KvIP- Barn og unge.

Pilotprosjektet har som mål å prøve ut en modell for kvalitetsutvikling i enheter og team som arbeider i akutt psykisk helsevern for barn og unge ved hjelp av lærende nettverk. Læringsnettverk benyttes ofte til systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten. Det handler om å arbeide systematisk for felles kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner. Felles definerte og klinisk relevante kvalitetsstandarder for ulike deler av tjenesten er utgangspunkt for et systematisk arbeid for å finne gode løsninger på de utfordringer man møter i det daglige arbeidet.

Pilotprosjektet startet med å utforme kvalitetsstandarder med utgangspunkt i de som er utviklet og brukes i kvalitetsnettverket i Storbritannia. Det konkrete arbeidet med å definere norske kvalitetsstandarder ble gjort av en faggruppe sammensatt av ulike profesjoner (bl.a overlege,

¹ Se <http://www.akuttnettverket.no> hvor det finnes linker til prosjektene. Et tilsvarende prosjekt til KvIP er under oppstart overfor voksenpsykiatriske akutte enheter.

² Se <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/abouttheccqi.aspx>

³ CAMHS = Child and Adolescent Mental Health Services.

psykologspesialist, barnevernspedagog, sykepleier, lærer og brukerorganisasjon) fra de deltakende enhetene.

Nettverklæringen blir strukturert rundt disse felles definerte kvalitetsstandardene. Først skal deltakende enheter reflektere over disse standardene sammen og gi en egenevaluering av hvordan tjenesten er i forhold til dem. Så mottar enheten et kollegabesøk fra andre deltakende enheter. I dette kollegabesøket reflekterer en systematisk sammen over egen praksis og deler råd og erfaringer. Rapporten fra kollegabesøket fremhever de styrker og utfordringer som finnes i enheten og viser hvordan enheten kan møte/møter sine utfordringer. Gjennom å gjenta prosessen hvert år blir det etablert en kvalitetssirkel som gradvis forbedrer kvaliteten i behandlingen.

Oppstart med pilotfase

Enheter ble rekruttert til pilotfasen gjennom formell invitasjon til alle helseforetak i desember 2014 og formidling videre ut til aktuell enhet via lederlinjen. Flere enheter var godt kjent med prosjektet gjennom prosjektlederens innlegg på Akuttnettverkets samlinger. Fire av de fem enheter som meldte sin interesse er regelmessige deltagere på Holmen. En enhet, som ikke pleier å delta på nettverkssamlingen, meldte sin interesse, men trakk seg før selvevalueringen. Oppgitt grunn var en presset ressursituasjon. Vi har også fått tilbakemeldinger om at flere enheter ikke fikk orientering om prosjektet via sitt helseforetak.

Hva arbeidet har bestått i

Alle påmeldte enheter var invitert til et oppstartsmøte på Gardermoen i februar 2015, med detaljert gjennomgang av alle elementer i prosjektet:

Hovedtema	Utfyllende	Tidsperiode
Etablering av norske standarder	i fellesskap etter mal fra Quality Network of Inpatient CAMHS (QNIC) (inkludert i vedlegg 3 - Rapportmal)	Jan-mars 2015
Informasjonsmøte med prosjektleder	til alle enheter for bl.a. å bidra til motivasjon blant de ansatte, og informasjon og forberedelse for egenevaluering	Mai-juni
Selvevaluering	ved enheten i forhold til oppsatte standarder, senest 14 dager før kollegaevaluering	Juni-september
Kollegaevaluering	med besøk av representanter fra de andre enheter, en brukerorganisasjon og prosjekt leder (se vedlegg 1 - Dagsplan). Det ble tilstrebet at det ved hvert besøk var en enhetsleder, en psykologspesialist, en overlege og en erfaren miljøterapeut Hvis enhetsleder var en sykepleier, besto de andre av en overlege og en psykolog, slik at alle profesjonene var representert under kollegaevalueringen	August - september
Rapport	skrevet av prosjektleder som sendes til enheten og overordnede ved sykehuset, samt kvalitetsansvarlige. Rapporten er enhetens eiendom og deles ellers kun med lederne fra deltagende enheter i prosjektet samt de som var med på det besøket. (se vedlegg 2)	Oktober
Evalueringsmøte	med enhetslederne og brukerorganisasjoner på Gardermoen	6. november
Årsmelding/Årsrapport	som gir en oppsummering av hovedtrekk ved enhetene	November

Hensikten med årsrapport

Ved å belyse samme tema på tvers av enhetene vil vi få synliggjort styrker og svakheter ved ungdomspsykiatriske akuttenheter for enhetene selv, norske myndigheter og helseforetak. Årlige evalueringer og oppsummeringer vil vise utviklingstrender og hvor tiltak bør settes inn, og effekten av tiltak som settes inn. Denne rapporten er første årsrapport vi skriver, og vi setter pris på feedback slik at neste rapport kan fungere bedre i forhold til denne hensikten.

Enheter skal ikke gjenkjennes

Det er et prinsipp i dette arbeidet at rapportene er enhetenes eiendom, og at årsrapport skrives på en slik måte at enhetene ikke gjenkjennes. Kulturen i et selv læringsnettverk krever en ikke-dømmende holdning for å fremme åpenhet overfor hverandre. Ved behov kan prosjektleder undersøke om en enhet er villig til å dele sin rapport med andre utenforstående, men vi forventer at det blir unntaket og noe som trenger klare begrunnelser.

Hovedtrekk ved fire akuttenheter

1. Organisasjonsform

Alle fire enheter hadde forskjellige organisasjonsformer, spesielt i relasjonen til andre enheter for ungdommer ved samme sykehus. Foreløpig blir det interessant å følge hvorvidt diskusjon mellom lederne om fordeler og ulemper med disse organisasjonsmodellene fører til konsensus eller om ulikhetene styrker kvaliteten på tilbudet til pasientene.

2. Brukermedvirkning

Det var et gjennomgripende trekk ved enhetene at brukermedvirkning var lite synlig i informasjonen som blir gitt til pasientene og pårørende når de kommer til enhetene. Det var noe større medvirkning ved utarbeidelse av behandlingsplaner, men fortsatt langt igjen til en mer optimal praksis.

Vi vil gjerne at det er kjent at det kun er Voksne for Barn (VfB) som har deltatt aktivt ifm pilotprosjektet. Mental Helse Ungdom har beklaget deres manglende kapasitet til å prioritere dette arbeidet og har holdt indirekte kontakt gjennom VfB. Vi ser for oss at enhetene trenger å gjøre Mental Helse Ungdom bedre kjent blant pasientene.

3. Forskrift om overnatting for foreldre

Brukerorganisasjoner har bidratt til at forskriften som omtaler barn og ungdoms rett til å ha foreldre med på sykehus har blitt utvidet til å gjelde frem til de er 18 år. Generelt er ikke enhetene i stand til å møte dette pr i dag. Samtidig var forskriften delvis møtt på diverse provisoriske måter, og ingen pårørende klaget over nåværende situasjonen.

4. Universell utforming

Begrepet var lite kjent på enhetene og flere har en vei å gå for å møte kravene.

5. Vedlikehold

Det ser ut til å være lite kjent på sykehusene at akuttenheter kan trenge raske vedlikeholdstiltak for å kunne opprettholde funksjonelle skjermingsenheter. Unødige forsinkelser ser ut til å ha forverret situasjonen på flere enheter, med resultat at noen risikomomenter har blitt varende over måneder.

6. Fagekspertise

Det har vært et gjennomgående trekk at miljøterapeutene har båret noen enheter gjennom perioder med dårlig bemanning av psykolog- og legespesialister. Likevel har de blitt satt under sterk press når mangel på spesialister har vart over tid, og man kjenner at ved en stor krise kan det bety at enheter risikerer å «kollapse» om miljøterapeutene og lederne ikke holder ut.

Likevel er det nødvendig å anerkjenne et generelt høyt nivå av faglig kompetanse, iver, engasjement og lyst til å lære fra hverandre – men det kan hende at det var akkurat dette som var grunnen til at disse enhetene i pilotfasen meldte sin interesse i å delta i prosjektet. Med deres fortsatt interesse i å gå videre med KvIP som et fast opplegg har vi mulighet til å få KvIP på et solid fundament som forhåpentligvis vil kunne utvides til å inkludere flere akuttenheter.

7. Lengde på opphold

I denne runden hadde vi ikke bedt om opplysning om *median* lengde på opphold, kun *gjennomsnitt* lengde. Likevel ble det klart at varigheten varierer sterkt fra enhet til enhet. Det kan se ut som variasjonene er uavhengig av avstand til oppfølgende instanser og/eller hjemmet. Det ser heller ikke ut til å henge sammen med organisasjonsform, bemanningsfaktorer eller antall sengeplasser for befolkningsgrunnlag. Vår vurdering er at det i større grad varierer med hvordan enhetene håndterer risiko i samarbeid med andre/oppfølgende instanser. Fremover blir vi nødt til å innhente flere detaljer som vil kunne øke enhetenes refleksjoner rundt faktorer som påvirker dette.

8. Samarbeid med barnevern

Enhetene har forskjellige samarbeidsformer med barnevernet (BV). Det var et generelt fenomen at forsinket utskrivning kunne gjelde påvente av tiltak i BV sitt regi, uten at det var klarhet om det hadde en sammenheng med samarbeidsform – eller mangel på slik. Når et slikt fenomen er identifisert i en KvIP runde, kan standardene finspisses til å bidra til større klarhet rundt evt. årsaksfaktorer i fremtidige runder, og hvordan barrierer til å finne gode løsninger kan identifiseres og overvinnes. Rapporten fra november 2014 «Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt»⁴ forsøker å oppsummere kunnskap på dette feltet, og muligens finnes det her noen tips om hvordan eventuelle barrierer kan overvinnes.

Veien videre

Konklusjoner fra evalueringsmøtet

Alle deltagende enheter er ivrige etter å fortsette med prosjektet. De ser at gevinsten blir enda større med årlig oppfølging av deres handlingsplaner laget i etterkant av rapportene. Modellen er slik at annethvert år gjøres en fordypning i to standardområder som er valgt av enheten selv, og/eller tid satt av til diskusjon med de som henviser til enheten. Deltakerne ser at veksling mellom gjennomgang av alle standardene og fordypning gir en ekstra gevinst som de vil dra nytte av i året som kommer.

En konklusjon etter evalueringsmøtet var at pilotprosjektet KvIP bør fortsette i et år til, og samtidig utvides med 3-4 nye deltagere. Grunnen til dette er at det bør gjennomføres en full runde med utarbeidelse av handlingsplaner, revisjon av standardene og vurdering av implementering av handlingsplanene før endelig avgjørelse tas om modellen skal etableres som et fast, løpende nettverk. Deltakerne ønsker likevel å supplere nettverksgruppen med nye deltakere slik at vi får erfaring med utvidelse av nettverket til nye medlemmer. Bakgrunnen for en gradvis utvidelse er også å sikre at avsatte resurser er nok til å håndtere den økt arbeidsmengde, og samtidig beholde den ikke-dømmende kulturen som er etablert og som prosjektet er avhengig av for å sikre åpen dialog og refleksjon på praksis.

⁴ Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord) RKBU Nord rapport nr. 5 2014

Trinn 1

Rekruttering av nye enheter

Rekruttering av nye enheter til utvidelsen i 2016 gjøres ved direkte kontakt med interesserte enheter. Ved senere utvidelser vil alle helseforetak få invitasjon til å delta, og ressurs situasjonen vil avgjøre hvor mange enheter nettverket kan administrere. Det arbeides for å gjøre KvIP Barn og unge kjent blant lederne på akutt enheter og spre kunnskap om metoden. Det var et generelt fenomen under rekruttering til pilotfasen at formidling av opplysning om prosjektet ikke nådde frem til aktuelle enheter i linje. Denne årsrapporten sendes i linje og vi håper at ledelsen ved sykehusene vil finne dette såpass interessant at de vil bidra til rekruttering av nye akutt enheter og akutte team. Under pilotfasen var ikke akutteteam representert, men muligheten er tilstede for å tilpasse standardene til deres behov i fellesskap med de som melder sin interesse og brukerorganisasjoner.

Når det gjelder informasjonsarbeidet har prosjektleder orientert om KvIP ved ledersamlingen til Norsk forening for barn og unges psykiske helse (NBUP) i Sandefjord oktober 2015. Andre aktuelle fora vil bli kontaktet for å få spre erfaringene fra prosjektet.

Handlingsplaner

Refleksjon over egen praksis og innspill fra kollega evalueringer må omsettes til handlingsplaner som implementeres for å bidra til utvikling av praksis. QNIC-rapporter har hatt vedlegg/mal for opprettelse av handlingsplaner på bakgrunn av innholdet i rapporten. Etter evalueringsmøtet var det enighet om å lage handlingsplaner ut fra de første rapporter – og mal for handlingsplaner inkluderes i rapport mal ifm den neste runden i 2016.

Felles arbeidsplattform

Fordelen med denne læringsnettverket er utveksling av erfaring, rutiner, protokoller, med åpen diskusjon av fordeler og ulemper med diverse sider til praksis. I 2016 vil det bli lagt til rette for å dele dokumenter og erfaringer på en felles arbeidsplattform. Da vil det også bli mulig å dele eksemplar av rutiner og metoder som enheter har funnet nyttig slik at andre kan benytte seg til dem.

Visjon for trinn 2 og 3

Visjonen for utvikling på litt lengre sikt er inkludert i denne første årsmelding fra pilotfasen for å gi alle et innblikk i mulighetene som ligger i modellen. Fremdrift og videre progresjon er avhengig av bl.a. resultatet av drøfting i den rådgivende gruppen til prosjektleder, de deltagende enhetene, og ressurs situasjonen. Endelig beslutning tas av Akuttnettverkets ledelse.

- Research outcome measures (ROM)

Stor variasjon i liggetid kan ha flere årsaker. En mulighet gjelder funksjonsnivå og diagnosene til pasientene - eller saks kompleksitet som det ofte henvises til. Det er viktig med bekreftelse på at behandling nytter. QNIC utviklet en 'add-on' element – ROM, for å adressere dette, med valg av instrumenter generelt anerkjent blant sine deltagende enheter (inkl. SDQ, HoNOSCA). Når nettverket er klart for det, kunne nettverket komme frem til passende instrumenter å bruke i Norge. Det vil kunne føre til oversikt over alle seks akser i diagnosene til pasientene, deres funksjonsnivå og saks kompleksitet bl.a. på minst to tidspunkt - ved innleggelse og utskrivelse.

- Akkreditering

Nettverket er etablert uten mål om å sikre at et spesifisert nivå i standardene er nådd – som kunne føre til godkjenning som en «akkreditert enhet». I dag er hensikten selvlæring i lys av feedback fra likemenn, inkludert alle aktuelle faggrupper og brukerne. Det blir en stor overgang å satse mot akkreditering og vi antar at den mulighet ligger rimelig langt inn i fremtiden.

- QNIC medlemskap og ev tilknytning av enheter i Sverige

Vi tror det blir viktig for et par enheter å bli medlemmer i QNIC for å bidra til utveksling av erfaring med enheter i UK, Irland, Tyrkia og Island (land som alle har enheter med i QNIC). Medlemskap i QNIC innebærer bl.a. mulighet å prioritere besøk til spesifikke akutenheter i de land, til tross for at QNIC dekker alle slags enheter.

Tidligere lederen for Ungdomsseksjon, Kalnes, Sykehuset Østfold, var med på første kollegaevaluering før han flyttet tilbake til Sverige. Han ser for seg en mulig tilknytning til KvIP prosjektet på sikt, og prosjektleder skal besøke NU-sjukvården januar 2016. Å utveksle refleksjoner på praksis med enheter i forskjellig land blir spesielt nyttig for utvikling av optimal kvalitet i Norge.

Å spre kunnskap om KvIP

Prosjektleder har sendt inn abstract til International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) konferanse sept. 2016, Calgary, Canada, for å legge frem KvIP i samarbeid med ansvarlig leder for QNIC i UK, og prosjekt leder for innføring av QNIC i Estland som utvikler en Estisk modell med prosjektleder for KvIP som konsulent.

Prosjektleder har dessuten sendt inn abstract ifm Europeisk psykiatri kongress i Madrid 2016.

Prosjektleder Simon R Wilkinson, dr.med., FRCPsych

Akershus universitetssykehus, FOU-avdelingen Divisjon psykisk helsevern, Seksjon fagutvikling og

Akuttnettverket

November 2015

“Sammen blir vi bedre” - et lærende nettverk i praksis



Helse Møre og Romsdal

Fire pilotenheter
Helse Møre og Romsdal, Ålesund
St. Olavs Hospital, Lian,
Sykehuset Østfold, Kalnes
Oslo universitetssykehus



St. Olavs Hospital

Årlig syklus

5) Forbedring av praksis

4) Vurdering og revidering av praksis

Gjennomgang og refleksjon basert på rapporter, prioritere områder for forbedring av egen praksis.

- Oppdaterte handlingsplaner

3) Kollegaevaluering og tilbakemelding

- a) Dagsbesøk fra 3 andre enheter, brukerorganisasjon og prosjektleder
- Gjennomgang selvevalueringen
 - Prioritet på nivå 1 standardene
 - Styrker og utfordringer
- Rapport fra kollegabesøk
- b) Oppsummerende, sammenlignende rapport på tvers av enhetene.

Standardområder

- Miljø og fasiliteter
- Bemanning og opplæring
- Innleggelse og utskriving
- Behandling og omsorg
- Informasjon, samtykke og taushetsplikt
- Rettigheter og lovverket
- Klinisk virksomhetsstyring

Standardnivåer

1. Svikt i å møte disse standardene er en trussel for pasientsikkerhet, rettigheter, verdighet eller et brudd på lovverket.
2. Standarder som er rimelig å forvente oppnådd ved institusjonen.
3. Standarder som en utmerket institusjon bør oppnå, eller standarder som avdelingen ikke er direkte ansvarlig for.

1) Utvikle felles standarder

Deltakende enheter sammen med brukerorganisasjonene fastsetter /reviderer standardene.

- Kvalitetsstandarder

2) Selvevaluering

Gjennomgang av standardene og refleksjon over egen praksis på tvers av faggrupper, inkl. skolen.

- Selvevaluering



Oslo Universitetssykehus

Mer informasjon og dokumenter

- Dagsplan til kollegaevaluering
- Veiledning til besøksteamet
- Mal for rapporten
 - Inkl. Standardene
- Se www.akuttnettverket.no



Sykehuset Østfold

Vedlegg 2: Dagsplan under kollegaevaluering

KI		
09.45-10.00	Besøksteamet avholder eget møte Taushetsplikt undertegnes, roller og oppgaver fordeles og avklares.	
10.00-10.45	Oppstart 10.00-10.10 Prosjektleder gir en <u>kort</u> innledning, målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen, bekrefter deltagelse av ungdommene og pårørende samt at deres samtykke skjema er i orden. 10.10-10.20 Kollega fra andre enheter gir en <u>kort</u> innføring i hovedtrekk ved deres enheter 10.20-10.45 Enheten gir en orientering, inkludert hovedsatsing siste året og ev barrierer til fremgang	
10.45-11.10	Omvisning Det fint om et par pasienter kan lede omvisningen	
11.10-11.20	Kaffe/te pause	
11.20-12.15	Diskusjon av standardene med 'seniorene' (2-8) med ev vektlegging av forhåndsavtalt fokus ⁵	
12.15-13.00	Diskusjon av valgt tema/Forlenget diskusjon av standardene	Gruppeintervju med pårørende Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, og har med deg en ansatterrepresentant fra teamet som skribent.
13.00-13.40	Lunsj	
13.40-14.30	Gruppeintervju med ansatte uten leder/veiledningsroller ⁶ Tema velges ut fra svarene på standardene, og drøfting med senioren	Gruppeintervju med ungdommene Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, og har med deg en ansatterrepresentant fra teamet som skribent.
14.30-15.00	Besøksteamet oppsummerer inntrykk og identifiserer styrker, utfordringer og forslag til løsninger – i eget møte	
15.00-15.30	Feedback med diskusjon mellom besøksteamet og senioren Det er en fordel om overordnet administrasjon og kvalitetsansvarlige ved sykehuset/divisjonen, er representerte.	

⁵ Til denne første kollegaevalueringen vil tiden sannsynligvis raskt brukes opp på gjennomgang av alle standardene. Valg av fokusområde blir viktigere ved andre runde om et år.

⁶ Poenget er at ingen i denne gruppen skal bli hemmet i å si hva de ønsker å si ved at en overordnet eller veileder er i samme gruppe.

Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern (KvIP) - barn og unge

Bilde av enheten

**Rapport fra kollegaevaluering:
** – dato 2015**

Prosjektleder: Simon R. Wilkinson

Innhold

Forord.....	10
Innledning.....	10
Besøksteamets oppsummering.....	12
Område 1: Miljø og fasiliteter	13
Område 2: Bemanning og opplæring	13
Område 3: Innleggelse og utskriving.....	14
Område 4: Behandling og omsorg.....	14
Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt	15
Område 6: Rettigheter og lovverket	15
Område 7: Klinisk virksomhetsstyring.....	16
Vedlegg 1: KvIP årssyklus.....	17
Vedlegg 2: Opplysning om enheten	18
Vedlegg 4: Kvalitetsstandarder, med selvevaluering og tilbakemelding	19
Vedlegg 5: Veiledning ift KvIP handlingsplan	29
Vedlegg 6 : Mal for KvIP handlingsplan	29

Forord

*Forordet gir deg plass å beskrive konteksten til rapporten, for eksempel ***. Viktig med et par ord om opptaksområde, dvs tiden det tar for pasienter og pårørende å reise til enheten – og ev betydning av det for ‘unødige’ innleggelse. Samt andre momenter som bidrar til forståelse av kommentar i rapporten og deres selvevalueringen.*

Enhetsleder

Dato

Innledning

Om pilotprosjektet

Pilotprosjektet har som mål å prøve ut en modell for kvalitetsutvikling i enheter og team som arbeider i akutt psykisk helsevern for barn og unge i Norge ved hjelp av lærende nettverk. Felles definerte og klinisk relevante kvalitetsstandarder for ulike deler av tjenesten skal være utgangspunkt for et systematisk arbeid for å finne gode løsninger på de utfordringer man møter i det daglige arbeidet.

De deltakende enheter har utarbeidet ett sett av standarder, innenfor syv fokusområder.

Standardene kategoriseres i tre nivåer:

- Nivå 1: svikt i å møte disse standardene er en trussel til pasientsikkerhet, rettigheter, verdighet eller er et brudd på lovverket.
- Nivå 2: standarder som er rimelig å forvente oppnås ved institusjonen.
- Nivå 3: standarder som en utmerket institusjon bør oppnå, eller standarder som avdelingen ikke er direkte ansvarlig for.

Tjenestene blir vurdert etter følgende kriterier: 2=Møtt, 1=Delvis møtt, 0=Ikke møtt, 7=Vet ikke, og 8=Ikke aktuelt.

Første runde med selvevaluering og kollegabesøk ble gjennomført høsten 2015. I disse første besøkene ble alle områder i standardene forsøkt gjennomgått. Syklusen for gjentagende vurderinger er beskrevet i vedlegg 1.

Besøket – ** 2015

Besøksteamet brukte en dag ved seksjonen i samtaler om seksjons tilbud med ledelse, ansatte, pasienter og pårørende. Opplysning var innhentet gjennom strukturerte intervjuer med en blanding av åpne og lukkede spørsmål.

Besøket skjedde i etterkant av en selvevaluering hvor ansatte vurderte seg selv opp mot standardene. Dette var enhetens første erfaring med bruk av standardene og tiden ble derfor primært anvendt til gjennomgang av alle standardene. Fordi dette var første besøk var det ikke tid til detaljert drøfting av seksjonens prioriterte område for fokus: **.

Besøksteamet:

Navn	Arbeidstitel	Abeidssted
Simon R Wilkinson simonwilkinson@gmail.com	Prosjektleder	Akershus universitetssykehus, Akuttnettverket

Deltagerne i intervjuene	Antall
Pårørende	
Pasienter	
Ansatte	

Om denne rapporten

Rapporten oppsummerer vårt inntrykk etter gjennomgang av enhetens egen evaluering av standardene, strukturerte samtaler med ledelse, * ansatte, * pårørende og * pasienter.

Vi forsøker å synliggjøre seksjonens styrke som vi oppfatter den, og belyser seksjonen utfordringer. Den summarisk talltabell knyttet hvert funksjonsområde er ment som en forenklet oppsummering som kan anvendes når neste års rapport sammenlignes med denne. Til orientering er tallene baserte på den scoring besøksteamet kom frem til etter drøfting med seksjonen. Antall som 'ikke gjelder' var trukket fra total før prosent ikke-møtt var beregnet.

Begrensninger i rapporten

Den viktigst verdien er deltagelse i prosessen rundt selvevalueringen og aktiv dialog mellom besøksteamet og enheten med brukere. Rapporten er basert på standardene som ikke før har blitt prøvd ut i Norge og det kan vise seg at deres nytte verdi på noen område ikke er optimal. En akutenhet kan ikke planlegge for antall pasienter eller pårørende som kan delta. Rapporten bør ikke leses som en definitiv oppsummering angående deres virksomhet. Det vil ha krevd en mer detaljert prosess over lengre tid – men vi håper at våre kommentar kan være til nytte.

Annen informasjon

Hvis du har noen spørsmål knyttet til denne rapporten vennligst ta kontakt med:

Gerd Haugen Mariniusson, Administrativ leder, Akuttnettverket, Ahus

Simon R Wilkinson, Prosjekt leder, Akuttnettverket, Ahus,

Besøksteamets oppsummering

Denne oppsummeringen har som hovedhensikt å rette søkelyset mot de viktigste tema som ble diskutert i løpet av dagen. KVIP fokuserte bevisst på nivå 1 og 2 standarder som ikke var møtt, og derfor på områder som innebærer de største utfordringer.

Oversikt over standardene og selvevalueringen med vår kollegaevaluering finnes i vedlegg 4. Når det fordøyes de kommentar vi kommer med her skal dette datagrunnlaget trekkes med i forståelsen av de forskjellige punkter:

Hva er enhetens sterke sider?

1: Miljø og fasiliteter

-

2: Bemanning og opplæring

-

3: Innleggelse og utskriving

-

4: Behandling og omsorg

-

5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

-

6: Rettigheter og lovverket

-

7: Klinisk virksomhetsstyring

-

Noe å tenke på som viktigste fremtidige utfordringer for seksjonen?

1: Miljø og fasiliteter

-

2: Bemanning og opplæring

-

3: Innleggelse og utskriving

-

4: Behandling og omsorg

-

5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

-

6: Rettigheter og lovverket

-

7: Klinisk virksomhetsstyring

-

Innspill ut fra besøksteamets erfaring overfor de utfordringer

•

Generelt inntrykk:

Tilbakemelding ut fra besøket:

**** .

Område 1: Miljø og fasiliteter

Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
Nivå 1	22						
Nivå 2	19						
Nivå 3	8						
Total	49						

Styrker – kommentarer fra ansatte

-

Forslag til forbedringer - kommentarer fra ansatte

-

Styrker – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

-

Pårørende

-

Forslag til forbedrings områder – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

-

Pårørende

-

Område 2: Bemanning og opplæring

Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
Nivå 1	28						
Nivå 2	24						
Nivå 3	5						
Total	57						

Styrker – kommentarer fra ansatte

-

Forslag til forbedringer - kommentarer fra ansatte

-

Styrker – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

-

Pårørende

-

Forslag til forbedringsområder – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

Pårørende

-

Område 3: Innleggelse og utskriving

Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
Nivå 1	10						
Nivå 2	4						
Nivå 3	1						
Total	15						

Styrker – kommentarer fra ansatte
•
Forslag til forbedringer - kommentarer fra ansatte
•
Styrker – kommentarer fra pasienter og pårørende
Pasienter
•
Pårørende
•
Forslag til forbedringer – kommentarer fra pasienter og pårørende
Pasienter
•
Pårørende
•

Område 4: Behandling og omsorg

Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
Nivå 1	16						
Nivå 2	6						
Nivå 3	3						
Total	25						

Styrker – kommentarer fra ansatte
•
Forslag til forbedringer - kommentarer fra ansatte
•
Styrker – kommentarer fra pasienter og pårørende
Pasienter
•
Pårørende
•
Forslag til forbedringsområder – kommentarer fra pasienter og pårørende
Pasienter
•
Pårørende
•

Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
Nivå 1	17						
Nivå 2	4						
Nivå 3	1						
Total	22						

Styrker – kommentarer fra ansatte

-

Forslag til forbedringer - kommentarer fra ansatte

-

Styrker – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

-

Pårørende

-

Forslag til forbedringer – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

-

Pårørende

-

Område 6: Rettigheter og lovverket

Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
Nivå 1	17						
Nivå 2	2						
Nivå 3	0						
Total	19						

Styrker – kommentarer fra ansatte

-

Forslag til forbedringer - kommentarer fra ansatte

-

Styrker – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

-

Pårørende

-

Forslag til forbedringer – kommentarer fra pasienter og pårørende

Pasienter

-

Pårørende

-

Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
Nivå 1	18						
Nivå 2	20						
Nivå 3	1						
Total	39						

Styrker – kommentarer fra ansatte
•
Forslag til forbedringer - kommentarer fra ansatte
•

Vedlegg 1: KvIP årssyklus

Målet er å arbeide mot et slikt årssyklus som QNIC bruker.

The QNIC cycle

The network combines the audit cycle with the benefits of a peer-support network. Standards are agreed each year and then applied through a process of self-review, and external peer-review where members visit each other's services. The peer-review process allows for greater discussion on aspects of the service and provides an opportunity to learn from each other in a way that might not be possible in a visit by an inspectorate. The results are fed back in local and national reports and action is taken to address any development needs that have been identified. The process is ongoing rather than a single iteration.

QNIC Annual Cycle



The review process

The review process had two phases: a) the completion of a self-review questionnaire which was sent out to all member units and b) an external peer-review which takes place between September and April.

Self-review

The self-review questionnaire is essentially a checklist of QNIC standards against which services rated themselves, supplemented with more exploratory items to encourage discussion around achievements and areas for improvement. The self-review process helped staff in a unit to prepare for the external peer-review and become familiar with the standards.

Vedlegg 2: Opplysning om enheten

Opplysning om enheten

Enhetens navn	
Normerte sengeplasser	
Type enhet	
Aldersspenn	
Gj.snitt. leggetid	
Gj.snitt. beleggsprosent	
Andre spesielle omstendigheter	

Bemanning

Psykologspesialist	
Psykolog under spesialisering	
Barne- og ungdomspsykiater	
Ev andre overleger	
LiS	
Miljøterapeuter med utd. i psykisk helse	
Sykepleier	
Vernepleier	
BVPedagoger	
Andre	
Miljøterapeuter uten utd. i psykisk helse	
Sykepleier	
Vernepleier	
BVPedagoger	
Andre	
Admin.konsulenter/sekretær	
Lærer	

Feil ressursbruk

Antall og prosent innleggelse siste 12 mnd som viste seg å ikke møte kriteriene for innleggelse	
Antall og prosent forsinket utskrivelse de siste 12 mnd	

Vedlegg 4: Kvalitetsstandarder, med selvevaluering og tilbakemelding

Kontekst	
Enheten:	
Normertesengeplasser:	
Aldersspenn:	
Gj.snittliginnleggelsestid:	
Gj.snittligbelegg i %:	
Beskriv alvorlige hendelser eller klager siste år	
NB - Send enhetens dagsplan sammen med selvevalueringen	
Fokus under besøket	
Velg to områder dere ønsker å drøfte spesifikt under kollega-evalueringen	
Skriv her utfyllende opplysninger om prioriteringsgrunnlaget for de to områdene dere velger.	
Feilressursbruk	
Antall og prosent innleggelse siste 12 mnd som viste seg å ikke møte kriteriene for innleggelse:	
Antall og prosent forsinket utskrivelse de siste 12 mnd:	

Standardene						
Vurder tjenestene etter følgende kriterier: Sett inn i kolonne D "Enhetens rating" selvevalueringsskåre slik: 2=Møtt, 1=Delvis møtt, 0=Ikke møtt, 7=Vet ikke, og 8=Ikke aktuelt. Hvis du ønsker å forklare din skåring, bruk kolonne E						
Nr	Ni vå		Enhetens		Kollega-evaluering	
			Rating	kommentar	rating	kommentar
1		Miljøogfasiliteter				
1.1		Hensiktsmessige lokaler				
1.1.1	2	Inngangen er tydelig merket slik at det er lett å finne frem				
1.1.2	3	Det finnes parkeringsmuligheter i nærheten av enheten				
1.1.3	3	Det er lett å komme til enheten med offentlig kommunikasjon				
1.1.4	2	Det er tilfredsstillende renhold på enheten				
1.1.5	2	Enheten har gode rutiner for fast vedlikehold og mulighet for rask utbedring ved behov				
1.1.6	2	Ansatte kan regulere ventilasjonsanlegget og oppvarmingen av enheten				
1.1.7	3	Pasienten kan styre ventilasjon/oppvarming på egne soverom				
1.1.8	3	Venterom er lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og besøkende				
1.1.9	2	Hobbyrom med plass til alle pasientene er tilgjengelig og funksjonelt				
1.1.10	2	Det er lett å ta pasientene med på utendørsaktiviteter				
1.1.11	2	Enheten har både store og små rom passende til møter med grupper eller individer				
1.1.12	2	Det finnes egnede, avsatte områder til spising				
1.1.13	2	Pasienten har tilgang til hensiktsmessige lokaler for å ivareta den obligatoriske utdanningen i forhold til alder				
1.1.14	1	Detfinnesskjermingsrom:				

1.1.14.1	1	i) med mulighet for observasjon av hele rommet				
1.1.14.2	1	ii) med god ventilasjon uten støy				
1.1.14.3	1	iii) med eget toalett, vask og dusj				
1.1.14.4	1	iv) uten risikoelementer for pasienten og ansatte				
1.1.14.5	1	v) med system for enkel kommunikasjon med de ansatte på enheten				
1.1.15	3	I tillegg til skjermingsrom finnes det et øremerket stille/ikke-stimulerende område				
1.1.16	3	Lokalene gjør det mulig for internettilgang for pasientene. Hvordan internettadgang håndteres er regulert i enhetens "husregler"/ hvordan gjør vi det her.				
1.1.17	3	Pasienten har tilgang til mat og drikke mellom måltidene når forholdene tillater det.				
1.1.18	2	Pårørende har adgang til enkel servering som kaffe, te, vann				
1.1.19	2	Pårørende har adgang til toalett				
1.1.20	3	Enheden kan tilby overnatting for pårørende når nødvendig				
1.1.21	1	Enheden har lokaler hvor ansatte har tilgang til IKT-utstyr, låste arkivskap osv, basert på adgangsrettigheter				
1.1.22	2	Når enheten er på samme område som psykiatriske enheter for voksne, er fasiliteter separat/adskilt.				
1.1.23	1	Lokalene har universell utforming				
1.1.24	1	Lokalene legges til rette for at journalforskriftene overholdes. Ingen taushetsbelagt opplysning er synlig, journalmateriale holdes i låste arkivskap, med mer.				
1.1.25	2	Enheden har minst ett bad per tredje pasient				
1.1.26	1	Enheden har øremerket legerom for akutte medisinske / somatiske intervensjoner				
1.2		Pasientensrettigheterogverdighet				
1.2.1	2	Enheden har rom hvor pasienten kan møte familie og venner, og dette er familievennlig med bl.a leker				
1.2.2	1	Pasienten har adgang til telefon som kan brukes privat				
1.2.3	1	Det finnes et sted hvor pasienten kan låse inn private eiendeler				
1.2.4	2	Tilbudet er lagt opp slik at enheten bidrar til at alle familier lett får adgang til enheten				
1.2.5	1	Enheden har raskt adgang til tolk, og familiemedlemmer brukes ikke				
1.2.6	1	Pasienten har mulighet for å utøve sitt livssyn				
1.3		Trygtmiljø				
1.3.1	1	Forskrifter for medisinoppbevaring følges. Kontroll av narkotikabruk gjennomføres ift protokoll				
1.3.2	1	Innganger/utganger er slik at ansatte kan se hvem som kommer og går. Hvisnødvendigbrukeskameraovervåking				
1.3.3	2	Det finnes sted hvor ansatte trygt kan oppbevare sine personlige saker				
1.3.4	1	Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessig brannøvelser, inkl. evakuering en gang årlig				
1.3.5	1	Det finnes resusciteringsutstyr på et tydelig markert sted				
1.3.6	1	Ansatte har et nødkommunikasjonssystem (alarm)				
1.3.7	1	Pasientene kan selv varsle alarm i nødsituasjoner som er uavhengig av ansattes observasjoner eller at pasientene roper				
1.3.8	1	Det foretas en årlig risikovurdering med				

		handlingsplan				
1.4		Mat				
1.4.1	1	Det finnes et utvalg av mat i tråd med individuelle kulturelle, ernæringsmessige og kliniske behov				
1.4.2	2	Pasientene har mulighet til å gi sin vurdering av kosttilbudet				
1.5		Utforming av miljøet				
1.5.1	2	Enheten/ansatte inkluderer pasientene ifm endringer i enhetens miljø som kan påvirke pasientene				
1.5.2	2	Pasienten kan tilpasse sitt rom med personlige eiendeler				
1.o		Hva har dere oppnådd i området miljøet og fasiliteter i løpet av siste året?				
1.v		Hvordan vil dere videreutvikle enheten med hensyn til miljøet og fasiliteter?				
2		Bemanning og opplæring				
2.1		Bemanningsnormer				
2.1.1	1	Når det er behov for tett oppfølging og intervensjon, er det bemanningsfaktor inntil 3:1.				
2.1.2	1	Nattevaktdekning er minimum 3 ansatte for opp til 10 senger. Det må være minimum 2 på våken vakt. Tilgangstiløktbemanningvedbehov				
2.1.3	2	Mulighet for å tilkalle ekstraressurser på natt				
2.1.4	1	Ansvarshavende miljøterapeut kan innkalle ekstra ressurser i nødsituasjoner				
2.1.5	1	Enheten er primært bemannet med fast ansatte med minimum 85 % i 100% stillinger				
2.1.6	1	Det er minst en sykepleier eller vernepleier på hver vakt				
2.1.7	2	Når ekstravakter er benyttet har de hatt en innføringsperiode på enheten, for eksempel opplæringsvakter				
2.2		Miljøterapeuter med spesiell kompetanse				
2.2.1	1	Det er minimum to sykepleiere/vernepleiere på dagvakt, og en på nattevakt				
2.2.2	2	Det finnes minimum to miljøterapeuter med videreutdanning på dag- og kveldsvakter, samt en på nattevakter				
2.3		Flerfaglig teamarbeid				
2.3.1	1	Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt				
2.3.2	1	Enheten har minimum en overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri				
2.3.3	1	Enheten har minimum en psykologspesialist med vedtakskompetanse				
2.3.4	2	Enheten har minimum en lege i spesialisering				
2.3.5	2	Enheten har minimum en psykolog i spesialisering				
2.3.6	2	Enheten har en avtale som sikrer tilgjengelig ernæringsfysiologisk kompetanse				
2.3.7	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				
2.3.8	2	Enheten har tilgang til farmasøytisk kompetanse (RELIS, sykehusapotek ..)				
2.3.9	1	Det er et legevaktssystem som inkluderer vedtaksansvarlig, og opplysninger om dette er lett tilgjengelig på vaktrommet				
2.3.10	2	Det finnes oppdaterte stillingsbeskrivelser for alle stillinger				
2.3.11	2	Det arrangeres personalmøter med skriftlige referater minst en gang i måneden				

2.3.12	1	Det er øremerket tid til vaktskifter, for eksempel 30 min				
2.3.13	1	Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk journal				
2.3.14	1	Det finnes varslingsprosedyrer slik at ansattklager kan fremmes uten at deres arbeidsforhold settes i fare				
2.3.15	2	Medarbeidersamtaler e.l. gjennomføres minst årlig for å bidra til en åpen dialog om de ansattes tilfredshet og utføring av arbeid, med skriftlig avtale i etterkant				
2.3.16	3	Ansatte sikres tid til å delta i faglig fellesmøter minst en gang per år, borte fra enheten, for å bidra til utvikling av enheten				
2.4		Generelle opplæringsbetingelser				
2.4.1	1	Alle ansatte er opplært i sykehusets avviksmeldingssystem innen to uker etter tiltredelse				
2.4.2	1	For kliniske ansatte skal IKT være tilgjengelig fra første dag i jobben.				
2.4.3	2	Alle ansatte skal ha en kompetanseplan				
2.4.4	2	Enheten har en opplæringsplan / plan for kompetanseutvikling som inkluderer budsjettkonsekvenser. Den oppdateres årlig				
2.4.5	2	Ansatte mottar utdanningspermisjon i tråd med sin kompetanseplan				
2.4.6	2	Enheten har en opplæringsbudsjett som står i forhold til enhetens opplæringsplan				
2.4.7	1	Kursutgifter ifm med obligatorisk utdanning ifm spesialisering dekkes etter ev. fratrukk av DnLs eller NPs sine bidrag				
2.5		Systematisk opplæring gis i følgende tema:				
2.5.1	1	Risikovurderinger, inkl. suicid, vold og stoffbruk				
2.5.2	1	Pasientrettigheter				
2.5.3	1	Bruk av individuelle planer og ansvarsgrupper, herunder medvirkning som et viktig element				
2.5.4	1	Håndtering av fysisk kontakt og intimitet med pasienten, herunder inkludert fysisk grensesetting				
2.5.5	1	Bruk av strukturerte utredninger, for eksempel psykose obs., ADL funksjoner				
2.5.6	1	Samtykkeogsamtykkekompetanse				
2.5.7	1	Rettslige rammer for virksomhet, inkl. grensesetting protokoller og registrering av opplysning som danner grunnlaget for vedtak. Inkl. Pasientrettighetsloven, PHL, Barnevernslovverk, Helsepersonelloven, Journalforskrifter, Barnekonvensjonen, mm.				
2.5.8	1	HLR redning for både pasienter, pårørende og ansatte				
2.5.9	1	Håndtering av nærstående og aktuelle voldelige situasjoner, inkl. FOMA metoden eller lignende				
2.5.10	3	Ikke-kliniske ansatte får generell opplæring som øker bevissthet om psykisk helse				
2.6		Effektiv opplæring				
2.6.1	2	Alle ansatte er opplært i elektroniske hjelpemidler som eHåndbok, EQS, eller lignende og hvor de finner oppdaterte opplysninger om lovverket og faglitteratur				
2.6.2	1	Alle ansatte får en introduksjonspakke og gjennomgang av driften ved enheten før de tar ansvar for behandling				
2.6.3	2	LiS får øremerket tid til fordypning i sin arbeidsplan				
2.6.4	3	Det gis støtte til de som bidrar til relevant forskning				

		på enhetens målgruppe og andre akademiske tiltak som undervisning om målgruppen				
2.7		Veiledning				
2.7.1	1	Alle kliniske ansatte har mulighet for veiledning min en gang pr måned, min to timer pr mnd				
2.7.2	2	Ansatte i utdanningsstillinger får veiledningskrav ifm utdanningen oppfylt				
2.7.3	2	Enhetsleder får veiledning fra sin overordnede min en gang pr måned, min to timer pr mnd				
2.7.4	2	Alle veiledere får opplæring i klinisk veiledning spesifikt for sine profesjoner				
2.7.5	2	Alle ansatte får adgang til emosjonell førstehjelp i etterkant av alvorlige hendelser				
2.8		Rekruttering				
2.8.1	2	Pasienter, tidligere pasienter eller brukerrepresentanter konsulteres i forbindelse med rekruttering				
2.8.2	1	HR bidrar til at alle søkere er sjekket opp mot autorisasjon i helseregister og har en gjeldende vandelsattest før oppstart				
2.8.3	2	Ifm langtidsfravær eller svangerskapspermisjon handler ledelsen raskt for å sikre vikar				
2.8.4	2	Ved avslutning av arbeidsforhold gjennomfører ledelsen et avsluttende intervju med vedkommende, og feedback gis til overordnede ledelse				
2.8.5	3	Ledige stillinger lyses ut både eksternt og internt				
2.8.6	3	Enheten har en øremerket HR-kontakt som forstår behov i PHBU				
2.o		Hva har dere oppnådd i forhold til bemanning og opplæring i løpet av siste året?				
2.v		Hvordan vil dere videreutvikle enheten overfor bemanning og opplæring?				
3		Innleggelse&Utskriving				
3.1		Innleggelse				
3.1.1	1	Enheten har skriftlige kriterier for innleggelser på akutt enheten				
3.1.2	2	Opplysning om enheten med retningslinjer for akutte henvendelser er lett tilgjengelig, skriftlig og på internett				
3.1.3	2	Når en vurderingssamtale ikke fører til innleggelse, blir begrunnelsen gitt både til henvisende instans, pasienten og pårørende				
3.2.3	2	Det finnes et system ved enheten som vurderer eventuelle forsinkelser i håndtering av akutte og øyeblikkelig hjelp henvendelser. Dette blir analysert årlig				
3.2.4	1	Ved slutten av vurderingssamtale er hensikten med innleggelsen forklart til pasienten og pårørende				
3.3		Likebehandling				
3.3.1	1	Vurdering om inntak skjer etter prinsipp om likebehandling. Utenforliggende faktorer som eksempelvis etnisitet, kultur, religion, seksuell legning eller annet, påvirker ikke vurderingen.				
3.4		Kontakt med pasientenes nettverk av profesjonelle hjelpere				
3.4.1	1	De involverte instansene kartlegges ved starten av kontakt med pasienten				
3.4.2	3	Under utredningen får klinikere adgang til de andre instansers relevante rapporter				
3.5		Involvering av familie/pårørende				
3.5.1	1	Pårørende inkluderes under innleggelse og videre utredning med mindre det finnes journalførte				

		grunner til at dette ikke skal gjøres				
3.6		Utskriving				
3.6.1	1	Den ansvarlige pasient-/saks-ansvarlig ved poliklinikken er tilstede under oppsummerende behandlingsmøter og avslutningsmøtet (der planlegging av videre tiltak / behandling er på dagsorden)				
3.6.2	1	Epikrisen er utsendt innen 7 dager				
3.6.3	1	Epikrisen inkluderer vurdering av suicidrisiko på utskrivingsdagen				
3.6.4	1	Ved utskrivning får pasienter og pårørende med seg en skriftlig kriseplan som også er tilsendt poliklinikken og fastlegen. Den inkluderer bl.a. kontaktdetaljer til oppfølgende instans, tidspunkt for første møte ved poliklinikken og ev. medisiner				
3.6.5	1	Overfor medisinerer inkluderer epikrisen indikasjon og fremtidig forventninger om behovet				
3.6.6	2	Når utskrivning er forsinket er grunnen til den journalført, og tiltak satt i gang for å rette opp situasjonen				
3.o		Hva har dere oppnådd i forhold til adgang, innleggelse og utskrivning i løpet av siste året?				
3.v		Hvordan vil dere videreutvikle enheten i forhold til adgang, innleggelse og utskrivning?				
4		Behandling&Omsorg				
4.1		Utredning				
4.1.1	1	Det brukes strukturerte risikoevalueringsinstrumenter ved innleggelse og under oppfølging				
4.1.2	1	En legeundersøkelse er foretatt innen 12 timer etter innleggelse				
4.1.3	1	Hvis pasienten nekter å delta i aktuelle undersøkelser er årsaken journalført, og gjentakende forsøk blir gjort for å fullføre undersøkelsen				
4.2		Breddenavtiltak				
4.2.1	1	Behandling tilbys i tråd med anbefalte retningslinjer				
4.2.3	1	Medisinerer: Det finnes en skriftlig rutine for rask sedering i medisinskapet.				
4.2.4	2	Familieterapi/tiltak				
4.2.5	3	En gruppe for pårørende er tilgjengelig				
4.3		Strukturerteopplegg				
4.3.1	2	Det er planlagt bruk av tid på kveldene og i helgene som tar utgangspunkt i pasientene som er innlagt til enhver tid. Opplegget evalueres regelmessig				
4.3.2	2	Hver dag får pasientene muligheten til fysisk aktivitet avhengig av deres tilstand og behov				
4.3.3	2	Aktivitetene som tilbys drøftes med pasientene				
4.3.4	1	Pasienten og pårørende mottar skriftlig opplysning om saksansvarlig/pasientansvarlig, medlemmer i behandlingsteamet, og opplysninger om den informasjonsansvarliges rolle				
4.3.5	1	Pasienten og pårørende er gitt en klar beskrivelse, inkludert diagnoser, på alle fem akser før utskrivning				
4.4		Behandlingsplaner og Individual plan (IP)				
4.4.1	1	Alle pasientene vurderes ift behov for IP og vurderingen er journalført. Konklusjoner og oppdatering av status i IP inkluderes i epikrisen hvor PHBUs bidrag til planen står oppdatert. Vurderingen skjer i samarbeid med pasienten.				
4.4.2	1	Det lages behandlingsplaner med objektive behandlingsmål i samarbeid med pasienten og hvis				

		mulig med pårørende				
4.4.3	1	Mestringsplaner er utviklet i samarbeid med pasienten når det er mulig				
4.4.4	1	Pasientene får kopier av planene (IP hvis laget, mestringsplan og behandlingsplan)				
4.5		Skoleopplegget				
4.5.1	1	Alle har tilgang til det som er nødvendig for å ivareta den obligatoriske utdanningen i forhold til alder. Det reguleres i en tydelig samarbeidsavtale mellom Helseforetak og Fylkeskommunen om opplæring under opphold i spesialist helsetjenesten				
4.5.2	2	Det er mulig å gjennomføre pasientenes videregående skoleopplegg i samarbeid med elevens skole, for eksempel: spesifikke lærebøker, interaktivt utstyr og lignende				
4.5.3	1	Lærerne gjennomfører en kartlegging av hver pasients opplæringsbehov og ev. lager en opplæringsplan i samarbeid med den lokale skolen. Aktuelle momenter er trukket med i IP				
4.5.4	1	Enhetens skole har etablert rutiner for å skape sammenheng mellom pasientens pedagogisk tilbud på hjemmeskole og på sykehuset				
4.5.5	1	Lærerne og enhetens helsepersonell hjelper pasienten med reintegrering i hjemmeskolen				
4.5.6	2	Lærerne har regelmessige møter med pårørende				
4.5.7	3	Studieturergjennomføres ved behov				
4.5.8	1	Lærernedeltar i teammøter				
4.5.9	3	Pasienter kan gjennomføre eksamener på enheten				
4.o		Hva har enheten oppnådd i forhold til behandling og omsorg i det siste året?				
4.v		Hvordan vil dere videreutvikle enheten ift behandling og omsorg?				
5		Informasjon, samtykke&taushetsplikt				
5.1		Offentlig tilgjengelig informasjon om enhet/team				
5.1.1	2	Det finnes opplysning om enheten på internett, eller skriftlig, som er tilgjengelig hos henvisende instans				
5.2		Informasjon til pasientene og pårørende				
5.2.1	1	Pasienter og pårørende får en forståelig skriftlig og muntlig orientering om enheten				
		...som inkluderer				
5.2.1.1	1	i) hva tilbudet innebærer, inkludert en beskrivelse av et team, dagplan, og behandlingsmøter				
5.2.1.2	1	ii) mulighet for en annen opinion				
5.2.1.3	1	iii) rollen til kontrollkommisjonen og hvordan de får kontakt med KK				
5.2.1.4	1	iv) hvordan pasienten kan se journalen sin				
5.2.1.5	1	v) håndtering av taushetsplikt opp mot opplysningsplikt til pårørende				
5.2.1.6	1	vi) når opplysning blir delt, både internt og med andre instanser eller pårørende				
5.2.1.7	1	vii) hvordan de kan kontakte aktuelle brukerorganisasjoner				
5.2.2	2	Materiell som deles ut, er utarbeidet i samarbeid med pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner				
5.3		Kontaktpersoner				
5.3.1	1	Pasientene og pårørende er orientert om hvem som er oppnevnt som pasient-/saks- ansvarlig og informasjonsansvarlig				
5.3.2	1	Pasientene og pårørende er orientert om navn til kontaktperson/ansvarlig miljøterapeut				
5.3.3	2	Ansatte bruker navneskilt slik at pasienter og				

		pårørende kan vite hvem de samhandler med				
5.3.4	3	Det finnes informasjonstavle med bilde og navn på alle ansatte				
5.4.		Samtykkeog samtykkekompetanse				
5.4.1	1	Samtykke er innhentet før deling av opplysning med andre instanser enn henvisende instans, oppfølgende instans og fastlegen. Begrunnelseskalgis				
5.4.2	1	Samtykke til behandlingsprosedyrer og medisinerer er søkt om og notert i journalen				
5.4.3	1	Eventuell tvangsmedisinering gjøres ift lovverket				
5.4.4	1	Pasientene og pårørende blir gitt opplysning om evidens, risiko og ev. bivirkninger av anbefalt behandling				
5.4.5	1	Pasientens samtykkekompetanse er vurdert og journalført ifm spørsmål som krever samtykke				
5.4.6	2	Når pasientene ikke er samtykkekompetent er deres synspunkter innhentet, notert og ivaretatt best mulig				
5.4.7	1	Pasientene får en orientering om kravet om å dele aktuell opplysning som fremmer omsorgsgivers mulighet å yte optimal omsorg				
5.4.8	1	Navnet på den/de som har foreldreansvaret og hvem som har daglig omsorg er journalført				
5.o		Hva er oppnådd i forhold til opplysning, samtykke og taushetsplikt i det siste året?				
5.v		Hvordan vil dere videreutvikle opplysning, samtykke og taushetsplikt?				
6		Rettigheter og Lovverket				
6.1	1	Innleggelse etter PHL				
6.1.1	1	Vedtakene med begrunnelsene er journalført innen fristene				
6.1.2	1	Skriftlig opplysning om Kontrollkommisjonen er utdelt ifm innleggelsen til både pasienten og pårørende				
6.2		En praksis med respekt for rettigheter, inkludert medvirkning og involvering				
6.2.1	1	Det finnes skriftlige rutiner for hvordan retten og muligheten til medvirkning og involvering på enheten blir ivaretatt og praktisert.				
6.2.2	1	Pasientens rettigheter er forklart muntlig, og opplysning om dem er lett tilgjengelig				
6.2.3	1	Medvirkning og involvering på både individ og systemnivå dokumenteres og er etterspørbar				
6.2.4	1	Pasientene får adgang til media (f.eks. TV, DVDer, musikk og internet). Det overvåkes og restriksjoner kansettes iverk				
6.2.5.	1	Enheten har raskt tilgang til tolk. Familiemedlemmer brukes ikke som tolk				
6.3		Rett til å klage og å ha en annen mening				
6.3.1	1	Informasjon om hvordan pasientene eller pårørende kan klage på det som skjer ved enheten er lett tilgjengelig				
6.3.2	1	i) gjennom Kontrollkommisjonen				
6.3.3	1	ii) direkte overforenhetsledelsen				
6.3.4	1	iii) overfor Fylkesmannen				
6.3.5	1	I klageprosedyren kommer det tydelig frem at pasienten eller pårørende ikke blir diskriminert, eller behandles kompromitterende om de fremmer en klage				
6.4		Anvendelse av fysisk tvang/holding				
6.4.1	1	Holding/fysisk grensesetting utøves av ansatte med				

		aktuell utdanning i metoden og i tråd med godkjent praksis ved enheten				
6.4.2	2	I etterkant av en holdeepisode / fysisk grensesetting / bruk av tvang bruker de ansatte tid med pasienten og reflekterer i fellesskap om episoden				
6.4.3	1	Det avtales med pårørende om hvordan de vil bli orientert om bruk av fysisk tvang/holding overfor deres barn.				
6.4.4	1	Enheden har klare retningslinjer for når grensesettingsprotokoll følges opp og når tvangsprotokoll skal føres				
6.5		Samarbeid med barnevern				
6.5.1	1	Hvis opplysning om misbruk av pasienten kommer frem blir det journalført i tråd med retningslinjer, og pasienten får klar melding om rekkefølgen av det som skjer videre				
6.5.2	2	Hvis utskrivning forhindres pga manglende tilbud fra Barnevernet finnes skriftlige retningslinjer for hvordan overordnet ledelse skal håndtere saken videre				
6.o		Hva har enheten/teamet oppnådd i forhold til rettigheter og lovverket i det siste året?				
6.v		Hvordan vil dere videreutvikle området som angår rettigheter og lovverket?				
7		Kliniskvirksomhetsstyring				
7.1		Evaluering av enheten/teamets prestasjon				
7.1.1	3	Innhenting av vurderinger fra pasienter og pårørende skjer regelmessig og brukes ifm utvikling av handlingsplaner				
7.1.2	2	Evaluering av praksis ved enheten inkluderer synspunkter fra de som henviser				
7.1.3	2	Prosedyrer er på plass for å bidra til at synspunkter fra alle ansatte inkluderes i evaluering av tilbudet				
7.1.4	2	Det gjennomføres revisjoner som implementeres i handlingsplaner				
7.1.5	2	Enheden evaluerer behandlingspraksis og resultater for å forbedre praksis				
7.2		Læringfarisikoanalyser				
7.2.1	1	Enheden gjennomgår avviksmeldinger regelmessig, inkludert ulykker, feil medisinerings o.l.				
7.2.2	1	Enheden gjennomgår vedtaksbruk, inkludert bruk av tvangsinnleggelsesparagraffer minst hver 6. måned				
7.2.3	1	Enheden har en strategi for definering og håndtering av risikosituasjoner				
7.3		Bidragtilvellykketsamarbeidsform				
7.3.1	2	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med				
7.3.1.1	2	I) Poliklinikken				
7.3.1.2	2	ii) Skolerog PPT				
7.3.1.3	2	iii) Barnevern				
7.3.1.4	2	iv) Legevakt og psykiatrisk legevakt				
7.3.1.5	2	v) Politi				
7.4		Prosedyrerogprotokoller				
7.4.1	1	Nye retningslinjer sirkuleres og gjenfinnes lett				
7.4.2	1	Det finnes skriftlig prosedyre ved utskrivning, inkludert når pasienten skriver seg selv ut				
7.4.3	1	Det finnes retningslinjer om håndtering av aggresjon og vold og bruk av makt				
7.4.4	1	Det finnes retningslinjer om bruk av legemidler ifm rask sedering				
7.4.5	2	Det finnes retningslinjer for håndtering av alvorlige hendelser				

7.4.6	1	Det finnes retningslinjer om håndtering av pasienter som røyker				
7.4.7	1	Det finnes retningslinjer om bruk av smart- og andre mobiltelefoner				
7.4.8	1	Det finnes retningslinjer om pasientenes internettbruk				
7.4.9	1	Det finnes retningslinjer for rusmiddelbruk, og håndtering av pasienter som ev. bruker rusmidler				
7.4.10	1	Enheten har skriftlige regler for besøkende, med tydelige prosedyrer for å sikre hvor pårørende og venner kan oppholde seg				
7.4.11	1	Retningslinjene for ransaking er tydelige				
7.4.12	1	Enheten har en rømningsprotokoll				
7.4.13	1	Enheten har en retningslinje for bruk av skjerming				
7.4.14	1	Det finnes prosedyrer for å forhindre at uvedkommende får adgang, inkludert håndtering av situasjoner dersom uvedkommende har kommet inn på enheten				
7.6		Enhetens plass i det totale tilbudet				
7.6.1	2	Målbeskrivelse for enheten er tydelig og i samsvar med helseforetakets forventninger				
7.6.2	2	Enheten bidrar til gjennomgang av tjenesten som en integrert del av psykisk helsevern for barn og unge				
7.7		HMS-arbeid				
7.7.1	2	Enheten gjennomfører årlig HMS-kartlegging i tråd med foretakets overordnede HMS-plan				
7.7.2	2	Enheten har lederavtaler med skriftlige avtaler med resultatmål				
7.7.3	2	Enheten har et dokumentstyringssystem hvor bl.a. prosedyrer er lett tilgjengelig				
7.7.4	1	Enheten har et skademeldings- og avvikssystem og et system for dokumentasjon og forbedringsarbeid				
7.7.5	2	Enheten har en prosedyre for årlige HMS - aktiviteter - inkl skjemamaler til bruk ved vernerunder og årlige revisjoner				
7.7.6	2	Enheten har årlig revisjon av HMS - handlingsplaner				
7.7.7	2	Enheten har utarbeidet et årshjul som viser årlige aktiviteter og oppgaver				
7.7.8	2	Enheten har en plan for avfallsbehandling for farlig avfall, smitteavfall				
7.7.9	1	Enheten har en brannvernplan som inkluderer plan for opplæring og bruk av utstyr				
7.o		Hva har enheten/teamet oppnådd i forhold til klinisk virksomhetsstyring i det siste året?				
7.v		Hvordan vil dere videreutvikle området som angår klinisk virksomhetsstyring?				

Vedlegg 5: Veiledning iftKvIP handlingsplan

<u>Steg 1</u>	<u>Steg 2</u>	<u>Steg 3</u>	<u>Steg 4</u>	<u>Steg 5</u>	
Identifiserområderforforbedring	Hvem trenger å bli involvert/ informert – og hvordan?	Kilder til støtte / informasjon for å utvikle/gjennomføre plan	Menneskelige, økonomiske og tidsmessige ressurser du måtte trenge	Oppfølging – med mål og tidsfrist	
Identifisere og registrere område for forbedring	Tenk på alle de som kan bli berørt av tiltak og hvordan du tar sikte på å kommunisere med de involverte.	Skriv ned andre kilder/ ressurser	Skriv ned ressurser du vil trenge	Tilpass oppfølgingen til dine prioritering av tiltak	
Før du navngir identifiserte områder som du ønsker å forbedre, kan det være lurt å rådføre seg med : - kvalitets- /fagutviklingsressurser - Ansatte - Brukerne - Andre relevante instanser	Hvem trenger å være aktivt involvert? Hvem må holdes oppdatert? Hvordan opprettholde kommunikasjonen? På hvilke tidspunkt er kommunikasjon og forankring avgjørende?		Hvilke ressurser vil være nødvendig? Hvor mange timer i uken eller måneden vil være nødvendig fra ansatte for å gjennomføre handlingsplanen?	Prosjekt mål (beskriv) og navn på ansvarlig :	Dato

Vedlegg 6 : Mal for KvIP handlingsplan

Vennligst kopier og fyll ut handlingsplan. Returner til Akuttnettverket innen en måned .

<u>Steg 1</u>	<u>Steg 2</u>	<u>Steg 3</u>	<u>Steg 4</u>	<u>Steg 5</u>	
Områderforforbedring	Hvem trenger å bli involvert/ informert – og hvordan?	Kilder til støtte / informasjon for å utvikle plan	Menneskelige , økonomiske og tidsmessige ressurser du måtte trenge	Oppfølging – med mål og tidsfrist	
				Prosjekt mål:	Dato