

# Årsrapport 2017

## Kvalitet ved institusjonsbehandling i psykisk helsevern (**KvIP**)

### Akuttenheter/-team - Barn og unge (**KvIP:BU**)

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

## Innhold

Innledning .....	3
Bakgrunn .....	3
Modell .....	3
Organisering .....	4
Aktivitet i 2017 .....	4
Formidling .....	6
Organisering .....	6
Økonomi .....	6
Evaluering .....	6
Hovedtrekk ved de ni akutenheter .....	8
Veien videre .....	9
Rekruttering .....	9
Database over gode løsninger .....	10
Tilleggsmomenter til KvIP modellen .....	10
Vedlegg 1: Poster – til akuttnettverkets samling oktober 2015 .....	11
Vedlegg 2: Dagsplan under kollegaevaluering .....	12
Vedlegg 3: Standardene med prosent oppnådd 2017 sammenlignet med 2016 .....	13
Vedlegg 4: Opplysning om enhetene .....	16

10. januar 2017

Forfatter: Prosjektleder Simon R Wilkinson, dr.med., FRCPsych

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

I prosjektgruppen:

Ahus: Anne Hexeberg, Gerd Haugen Mariniusson

VfB: Ina Nergård

## Innledning

Årsrapporten er den tredje i rekken siden oppstart av prosjektet «Kvalitet ved institusjonsbehandling i psykiskhelsevern: barn og ungdom» (**KvIP**:BU). Årsrapporten har som målsetting å formidle status til **KvIP**, beskrive arbeidet som er gjort i løpet av året, og hvilken grad kvalitetsstandardene er oppnådd for alle enheter sett under ett. Det siste gjør det mulig for helseforetakene og enhetene å sammenligne sitt nivå med det som er gjennomsnittet i nettverket. Gjennom arbeidet med besøk til de deltagende enheter får vi innblikk i det som er de største utfordringer for akuttenehetene. I årsrapporten oppsummerer vi dette og noterer spesielt eventuelle endringer siden i fjor. Siden nettverket også i 2017 har rekruttert nye enheter, bør det ikke legges vekt på at tabellene ikke viser forbedring i oppnåelse av standardene. Nytt av i år er at vi sammenligner ressursbruk ift normerte sengeplasser og befolkningsgrunnlaget. Denne tabellen bør tolkes med forsiktighet fordi flere enheter blander sammen akutte og intermediære funksjoner, og faktorer som reiseavstander i opptaksområde påvirker praksis (fra under 1 t. til 12t).

## Bakgrunn

Leder av Akuttnettverket i 2014, Torleif Ruud, besluttet å opprette et pilotprosjekt som skulle utvikle en norsk versjon av The Royal College of Psychiatrists' College Centre for Quality Improvement (CCQI)s opplegg for barne- og ungdomspsykiatriske enheter (QNIC) – forkortet for oss til '**KvIP**: Barn og unge'. Målet var å forbedre kvalitet i akuttbehandling for både voksne, og barn og ungdom, men prinsippene i modellen anvendes i regi av CCQI overfor alle type enheter og, med tilpasninger, overfor poliklinisk virksomhet.

Oppdraget var å revidere standardene og tilpasse dem til norske forhold og lovgivning, gjennomføre en runde (årssyklus) med selvevaluering og kollegaevalueringer, og gi en avsluttende evaluering av pilotfasen. Pilotfasen ble besluttet utvidet med ett år, ut 2016, slik at erfaringene med å inkludere nye enheter ble inkludert i evalueringen.

Ved evalueringen i 2016 vurderte Akuttnettverket at prosjektfasene var vellykkede, og at man i 2017 skulle arbeide mot en modell som var uavhengig av videre finansiering fra Akuttnettverket.

## Modell

**KvIP** er betegnelsen som brukes på en prosessorientert kvalitetsforbedringsmetodikk ved noen akuttpsykiatriske enheter for ungdom i Norge. Den startet med fire deltagende enheter i 2015, utvidet til seks i 2016, og vært ni deltagende enheter i 2017. Enhetene er gått sammen i et selvlæringsnettverk som, sammen med brukerrepresentanter, drøfter noen av de utfordringene de møter i den daglige driften. I prosessen drøfter og deler deltakerne forslag til løsninger på de utfordringene de møter. Grunnlaget for arbeidet som gjøres i nettverket er 225 definerte standardelementer (krav/mål), som utgjør det de mener er den beste praksisen i feltet. Disse standardelementene har nettverket selv kommet frem til, og de revideres jevnlig. Kolleger besøker hverandre etter en oppsatt plan, og pasienter og pårørende gir feedback til enhetene. Hele prosessen tar ett år og bidrar til utførlig refleksjon på praksis. Resultatet beskrives i en rapport som skrives av besøksteamet og som enhetene benytter som grunnlag for handlingsplaner for videre

arbeid. Beskrivelse av hva de har oppnådd, ev barrierene for oppnåelse, vurderes i forbindelse ved neste års **KvIP** besøk.

## Organisering

Prosjektet har vært forankret ved Akershus universitetssykehus, FoU-avdelingen psykisk helsevern. Dette har sin bakgrunn i at Akuttnettverket, som finansierte pilotprosjektet, er lagt til denne enheten. Simon R. Wilkinson har vært tilsatt som prosjektleder. Wilkinson er Fellow av RCPsych, og bidro til å belyse denne kvalitetssikringsmodellen Quality Network of In-patient, Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) (QNIC). Prosjektleders bakgrunn sikrer kontakt med, og erfaringsoverføring fra de som har utviklet modellen og som er kommet lengre i praktiseringen av den.

FoU-avdelingen, ved seksjon fagutvikling, har også bistått med koordinering og administrative ressurser.

Brukerorganisasjoner ble rekruttert gjennom henvendelser til både Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU), men kun VfB hadde mulighet til å delta i alle faser under utviklingen av prosjektet. MHU er kommet med etter hvert, men brukerorganisasjonenes deltakelse er noe prosjektgruppen anbefaler blir styrket i det videre arbeidet.

## Aktivitet i 2017

Ni akuttenheter, dvs over halvparten av alle norske akuttenheter, har deltatt i **KvIP:BU** i 2017. Ingen enheter som har deltatt i **KVIP** har meldt seg ut av nettverket.

### Deltakende enheter/ helseforetak og årstall;

Helseforetak	2015	2016	2017
Sykehuset Østfold	x	x	x
Oslo universitetssykehus	x	x	x
St. Olavs Hospital	x	x	x
Helse Møre og Romsdal	x	x	x
Helse Fonna		x	x
Sykehus Innlandet		x	x
Helse Bergen			x
UNN			x
Sykehuset i Vestfold			x

Aktiviteten er visualisert i en årssyklus (se vedlegg 1 og QNICs figur under).

Påmelding til årssyklus pågikk i januar og februar, og enhetene ble invitert til et oppstartsmøte i begynnelsen av mars. I oppstartsmøte ble blant annet standardene gjennomgått for å ta høyde for tilpasninger til pålegg fra tilsynsmyndigheter og lovendringer, samt ny evidens angående faglige momenter («Agree standards»). Påfølgende dag var det opplæring for de som skulle lede kollegabesøk i 2017.



Før kollegabesøk gikk enhetene gjennom alle standardene og scoret seg selv og nivå av oppnåelse («Self-reviews»). Selvevalueringen ble oversendt **KvIP** administrasjon som sørget for å sende ut til besøksteamet. Besøksteamene består av en leder, en psykolog spesialist, en overlege, og en miljøterapeut - fortrinnsvis fra ulike helseforetak, og en brukerrepresentant oppnevnt lokalt av enheten.

Alle enheter gjennomfører så sitt kollegabesøk («External peer review»). Besøksteamet brukte en hel dag ved enheten i møter med ledelsen, «seniorer»/nøkkelpersonell, øvrige ansatte, ungdommene og pårørende. Intervjuene av ungdommene og av pårørende blir ledet av en brukerrepresentant. Ved slutten av besøket får enheten tilbakemeldinger om det besøksteamet oppfatter som enhetens sterke sider og utfordringene. Besøksteamets gir også råd og tips basert på erfaring ved egne enheter eller som pårørende/bruker. Se vedlegg 2; dagsplan for besøket.

Etter besøket skrives en oppsummerende rapport, med vurderinger og forslag til løsninger, og som inkluderer oversikt i endringer i evalueringen fra året før («Local reports compiled»).

Istedenfor «Annual forum» har vi i KvIP benyttet oss av Akuttnettverkets samlinger i april og oktober 2017. Det er i tillegg evaluert av besøksteamene og enhetene selv ved bruk av Questback.

Ved slutten av året lager prosjektlederen i samarbeid med FoU avdelingen denne årsrapporten («Aggregated reports compiled»). Ved å belyse felles tema på tvers av enhetene får vi synliggjort styrker og svakheter ved ungdomspsykiatriske akutenheter for helseforetakene og norske myndigheter. Samtidig kan enhetene se hvordan de står sammenlignet med gjennomsnitt ved de andre enhetene. Årlige evalueringer og oppsummeringer vil vise utviklingstrender og hvor tiltak bør settes inn, samt effekten av tiltak som settes inn. Foreløpig oppnår vi ikke alle de mål vi har satt oss, bl.a. fordi det kreves innhenting av dokumentasjon som gir et bedre sammenligningsgrunnlag. Flere enheter har dessuten blandete funksjoner, akutt og intermediær, noe som gjør det vanskelig å sammenligne de akutte funksjonene. Ansatte brukes også på tvers av funksjonsområder i varierende grad.

Årsrapporten skrives på en slik måte at enhetene ikke gjenkjennes. Kulturen i selvlæringsnettverket krever en ikke-dømmende holdning for å fremme åpenhet overfor hverandre. Målet er primært at enhetene bruker refleksjon over egen praksis til å forbedre praksis, hjulpet med innspill fra kollegaer og brukerrepresentanter.

Rapportene er tilgjengelig for helseforetaket ved at de ber om å få tilsendt rapporter fra sine egne enheter internt.

### Formidling

Vi fikk besøk av svenske kollegaer fra Stockholm i januar 2017 for å lære mer om **KvIP**. De fikk en orientering fra prosjektleder, og besøkte Akuttenhet for ungdommer ved Oslo universitetssykehus, og Sykehuset Østfold, Kalnes, for å innhente deres respektive erfaringer.

Dokumentasjon av modellen beskrives i artikler som er under forberedelse til å bli sendt til tidsskrifter.

### Organisering

I år har vi arbeidet for å forankre **KvIP** i systemet hos flere enn prosjektleder og administrasjonen. Vi har opplært fem erfarne klinikere og en fra administrasjonen, til å lede kollegaevalueringene, samt skrive rapport. Prosjektleder ledet besøk hos de tre nye enhetene.

Driften er i større grad forankret i nettverket, men med fortsatt avgjørende administrativ støtte fra FoU-avdelingen, Ahus: Behov for koordinering av besøksplan, utlevering av grunnlaget for selvevaluering, og alt som besøksteamet trenger til å sikre vellykket besøk, samt organisering av oppstarts og evalueringsmøter.

### Økonomi

Etter at Akuttnettverket varslet om at det vil slutte å støtte prosjektet fordi det mente at det ikke lenger var i prosjektfasen men klar for et selvstendig liv med driftsmidler, tok vi kontakt med Ekstrastiftelsen og Legeforeningens kvalitetssikringsfond. De initiativer ført ikke frem fordi dette handler om behov for driftsmidler.

Enhetene dekker selv kostnader knyttet til reise og opphold for sine representanter i besøksteamet. Dette innebærer at de aller fleste har dekket reise og opphold for tre personer (en miljøterapeut, en psykolog og en overlege og/ eller besøksleder) i løpet av året.

### Evaluering

I november 2017 ble det sendt ut evalueringsskjema til enhetene. Evalueringen viser at det er stor enighet; «KvIP er og har vært til stor hjelp for oss i å utvikle oss», og er et stort ønske om å opprettholde KvIP-nettverket.

Det må jobbes videre med standardene, da de er for mange, noen overlappende og detaljerte og behov for ytterligere tydeliggjøring om hva som spørres om. Informasjon i forkant og underveis er fylldig og lett forståelig, men mye å sette seg inn i; «alt gikk nok litt bedre på runde to». Det er stor variasjon i hvem som utfører selvevalueringen, fra lederteam til større arbeidsgruppe og bruk av

fagdag med hele personalgruppen. Erfaringene viser at bred involvering av personalgruppen er ønskelig. Kollegabesøket er en hektisk og intens dag, men oppleves som veldig nyttig; «God og trygg stemning. Tilbakemeldinger ble gitt på en god og konstruktiv måte, som ble gitt i beste mening for å hjelpe oss til utvikling». Rapporten i etterkant oppleves som nyttig og ett godt utgangspunkt for å jobbe videre med å utvikle kvaliteten på tjenestene/tilbudet. Enhetene opplever det som lettere å få gjennomslag både overfor ledelse og teknisk når de kan henvise til KvIP-prosjektet. Enhetene erfarer at KvIP-prosjektet gir stort utbytte til relativt lave kostnader - «Størst kostnad når en av våre drar på besøk med overnatting. Men dette svarer seg godt opp når besøket kommer til oss». Enhetene har stor nytte av å ha besøk og evaluering av egen praksis, men like stort utbytte av å reise til andre for å få innspill og ha dialog med andre ledere og ansatte. Erfaringene har blitt brukt aktivt inn i den daglige driften, men har også blitt brukt som innspill for framtidig drift og endringer av struktur og arbeidsmåter.

Medlemmene i besøksteamene har også besvart spørreundersøkelse om sine erfaringer. Alle tilbakemeldingene er svært viktig og nyttig for forbedring av arbeidet videre.

## Hovedtrekk ved de ni akuttenheter

Etter de to første rundene, i 2015 og 2016, oppsummerte årsrapportene åtte hovedfunn. De oppsummeres her for å sammenligne med status i 2017:

- Kun to av seks enheter hadde den samme organisasjonsform.
  - Ingen forandringer i 2017, maks to enheter med samme organisasjonsform.
- Brukermedvirkning var lite synlig i den daglige driften. Kun en enhet hadde regelmessig kontakt med en brukerrepresentant.
  - Ingen forandring i 2017. I år var det markert økt bevissthet på arbeidet de må gjøre på dette området. Mange nyttige forslag kom fra brukerrepresentanter som deltok på besøk med planer om deres involvering i løpet av året.
- Generelt var enhetene dårlig forberedt til å møte foreldrenes rett til overnatting, samtidig som ingen pårørende klaget over situasjonen.
  - De nye enhetene i nettverket var godt forberedt på dette. Dette er ikke et viktig tema i intervju med pårørende.
- Generelt var helseforetakenes rutiner for raskt vedlikehold av skjermingsenheter dårlig, slik at enheter ikke lenger var trygg og videre drift kan i ytterste fall sette pasienter og ansatte i fare.
  - Fortsatt ser det ut som om bevissthetsnivået hos de ansvarlige for vedlikehold er lavt når det gjelder viktigheten av-, og responstiden på å sette skjermingsenheter i trygg stand.
- Det er vanskelig å sikre stillegående ventilasjon ved de fleste enheter, noe som er problematisk, spesielt for de traumatiserte og psykotiske pasienter.
  - Til og med på nye enheter opplevde vi at arkitektenes estetikk gikk foran funksjonalitet, slik at tiltak for å dempe lyd nivå må settes i gang etter innflytting. Det er beklagelig at arkitektene ikke er klar over de utfordringene det blir for pasientene på en akuttenhet med flotte store vinduer som gir for godt innsyn. Ved planlegging av nye enheter/forbedringstiltak blir det viktig å høste erfaring fra flere av de nye enheter.
- En enhet har vært på kanten av å ikke ha faglig forsvarlig drift gitt alvorlig rekrutterings problemer over tid
  - Enheten er på vei til en mer stabil drift.
- Lengde på opphold for pasienter innlagt etter øyeblikkelighjelp kriterier varierer sterkt fra enheten til enhet. Forskjellene opprettholdes når vi sammenligner median innleggelsestid (vs gjennomsnitts innleggelsestid) ved enhetene. Et viktig moment er forlenget opphold i påvente av tiltak i Barnevernets regi.
  - Ingen vesentlig endringer i 2017
- Det finnes sesong variasjon i øyeblikkelig-hjelp-henvendelser. Enheter kan gå lange perioder med ledig kapasitet og så ha perioder med kraftig overbelegg.
  - Ikke vurdert i 2017

Status på forandringer vises i en vis grad i vedlagte tabeller (vedlegg 3). Problemet med tolkning av tabellene er å skille mellom effekt av gjentatte besøk til samme enhet, og inkludering av nye enheter i nettverket (tre nye i 2017).



## Veien videre

Det er en visjon å få med alle akutteneheter for ungdom i nettverket. De Helseforetakene og enhetene som ennå ikke har meldt seg inn, vil få ny invitasjon med oppsummering av resultatene fra de første tre årene/rundene. Vi mener at deltagelse i KvIP-prosessen kan bidra til å oppfylle de overordnede føringene som har kommet i de siste par årene.

Det er et overordnet politisk mål at norske sykehus skal kvalitetssertifiseres. Sykehusplanen, **Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)** (St. Meld 11), setter fokus på Fagnettverk og Sertifisering av helseforetakene. Den foreslår tre modeller for kvalitetssertifisering, hver med sine fordeler og ulemper. **KvIP** modellen er ikke tatt opp til vurdering. Vi mener at **KvIP** dekker nettopp den metoden som etterlyses, nemlig et Nasjonalt Nettverk for fagrevisjon. Fagrevisjon, «clinical audit» eller «peer review», innebærer en gjennomgang av sykehusets praksis på et eller flere fagområder, se også figur 'QNIC årshjul'. Det skal utføres av eksterne fagfolk med kompetanse på området. Gjennomgangen skal avklare om pasientbehandlingen skjer i tråd med god praksis. Målsettingen er å lære av hverandre og få råd og veiledning, ikke kontroll, revisjon eller sanksjoner.

Vi har notert at i tillegg dekker **KvIP** modellen de krav nevnt i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten 2005-2015, når tilleggs moduler nevnt under er inkludert i nåværende årssyklus. Kravene er at helsetjenesten skal

- Være virkningsfulle
- Være trygge og sikre
- Involverer brukerne
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt.

Vi vil også påpeke at krav til metode for forsvarlig drift som beskrives i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene, er så og si identisk med årssyklusen som benyttes i **KvIP**.

## Rekruttering

Vi har som mål at 90 % av enheter med akutt tilbud blir med i nettverket, dvs rekruttering av seks nye enheter i løpet av de neste to år. Det blir fordelaktig for å sikre optimale tilbud til de med akutt behov om akutt team også melder seg – helst med en oppstarts gruppe av 3-4 team. De vil trenge en finjustering av standardene til deres kontekst. Men etter hvert ser vi for oss at etter et par år med besøk til andre akutt team blir det gunstig at enhetene blir representert i besøksteam til teamene – og teamene til enhetene.

For å sikre at nye enheter melder seg til nettverket vil vi orientere helseforetakene om den mulighet ifm utsending av denne årsrapporten – samt at enhetene får opplysning direkte fra **KvIP**.

Nåværende prosjektleder er invitert til å snakke til Regionalt Fagdirektørmøte og til Barne- og Ungdomspsykiatrisk forening hos Den norske legeforening i begynnelsen av 2018. Vi håper at de tiltak bidrar til rekruttering.

## Database over gode løsninger

I 2018 vil nettverket, med bistand fra FoU-avdelingen Ahus, lete etter gode IKT-løsninger for å lage en database over de rutiner og løsninger de forskjellige enheter har utviklet. Hensikten er at enheter kan henvises til løsningene andre enheter har kommet på når et besøksteam peker på at praksis på noen områder kan dra nytte av slike «tips». For eksempel kan enhetenes husholdsregler deles, deres rømningsprotokoller, deres rutiner for rask sedering, mm.

## Tilleggsmomenter til KvIP modellen

1. Utfall av behandling: Standardene skal bidra til effektiv behandling. Etter at nettverket er sammenspleiset blir de oppfordret til å måle deres behandlings resultater på en sammenlingbar måte slik at de kan 'benchmarke' deres resultater mot gjennomsnittet i nettverket for lignende pasienter. Nåværende prosjektleder og administrasjonsleder, FoU, deltok på et møte desember 2017 hos RCPsych, London, for å lære om de barrierene QNIC møtt ved innføring av deres Routine Outcome Measures modul, og hvordan de planlegger tilpasninger i 2018. Denne modulen trenger IKT støtte slik at aidentifiserbar pasient data kan lagres på en fellesserver for å kunne måle fremgangen i pasientens behandling på minst to tidspunkter.
2. Sertifisering: Oppstartsmål i **KvIP** har vært etablering av et selvlærings nettverk. Det krever prosess orientert ledelse. Det er ikke det samme som en revisjon. Men etter en stund vil enhetene oppnå en høy prosent på alle standarder. Da blir det aktuelt med utnyttelse av systemet for å kunne gi enhetene en sertifisering. Etter QNIC modell gjøres dette ved en annen form for ledelse av besøket. Først presiseres prosent av nivå 1 (100%), 2 (80%) og 3 (60%) standarder som må bli møtt for å kunne bli sertifisert. Under besøket innhentes dokumentasjonen som bekrefter at standardene er møtt. Dokumentasjon gjennomgås i administrasjonen. Deretter legges frem funn for et Råd som kan enten umiddelbart gi lederen råd om en godkjent sertifisering, eller krever videre dokumentasjon som må innleveres innen 2 måneder. Hvis de ikke sertifiseres kan de søke neste gang etter et år med et alminnelig **KvIP** besøk.

# Vedlegg 1: Poster – til akuttnettverkets samling oktober 2015

En synliggjøring av årssyklus

## “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](http://www.akuttnettverket.no)



Sykehuset Østfold

## Vedlegg 2: Dagsplan under kollegaevaluering

Tidspunkt	Aktivitet	
08.30-08.45	<b>Besøksteamet avholder eget møte</b> Taushetsplikt undertegnes, roller og oppgaver fordeles og avklares.	
08.45-09.30	<b>Oppstart</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>08.45-09.00: 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.</li> <li>09.00-09.10: Kollega fra andre enheter gir en <u>kort</u> innføring i hovedtrekk ved deres enheter</li> <li>09.10-09.30: Enheten gir en orientering, inkludert hovedsatsing siste året og ev barrierer til fremgang</li> </ul>	
09.35-10.00	<b>Omvisning</b> Det fint om et par pasienter kan lede omvisningen	
10.00-10.15	Kaffe/te pause	
10.15-11.10	<b>Diskusjon av standardene evt. vektlegging av forhåndsavtalt fokus<sup>1</sup></b> med ledere og "seniorene" (2-8)	
11.15-12.15	<b>Diskusjon av standardene, evt. forhåndsavtalt fokus – fortsetter</b>	<b>Gruppeintervju med pårørende</b> Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, sekretær fra besøksteamet.
12.15-13.00	Lunsj	
13.00-14.00	<b>Gruppeintervju med ansatte uten leder/veiledningsroller<sup>2</sup></b> Tema velges ut fra svarene på standardene, og drøfting med senioren	<b>Gruppeintervju med ungdommene</b> Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, sekretær fra besøksteamet.
14.00-14.15	Kaffe/Te pause	
14.15-15.00	<b>Besøksteamet avholder eget møte</b> Oppsummerer inntrykk og identifiserer styrker, utfordringer og forslag til løsninger	
15.00-15.30	<b>Oppsummerende møte med tilbakemelding og diskusjon</b> Det er en fordel om overordnet administrasjon og kvalitetsansvarlige ved sykehuset/divisjonen, er representerte, i tillegg til enhetens ledere og "seniorer".	
15.30-16.15	<b>Besøksteamet avholder eget møte</b> Oppsummerer inntrykk og legger plan for skriving av rapporten	

<sup>1</sup> Ved første kollegaevaluering vil tiden sannsynligvis raskt brukes opp på gjennomgang av alle standardene. Valg av fokusområde blir viktig for enheter som har deltatt/hatt besøk tidligere år.

<sup>2</sup> 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. Det er her LiS og psykologer (ikke spesialister) deltar.

## Vedlegg 3: Standardene med prosent oppnådd 2017 sammenlignet med 2016

### Standardnivå

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 lowerket.
- 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=Innfridd, 1=Delvis innfridd, 0=Ikke innfridd, 7=Vet ikke, og 8=Ikke aktuelt.

Noen standarder ble klassifisert under andre overskrifter eller annet nivå, introdusert eller omskrevet i 2017. Antall vises 'tall 2017/tall 2016' – totalt 225 standarder i 2017. Foreløpig er det ikke mulig å vite om forbedring/forverring i prosent innfridd standarder skyldes de tre nye enheter i nettverket eller en generell forandring i nivå ut fra erfaring i nettverket.

Standardene kan fås fra Akershus universitetssykehus, FoU-avdelingen psykisk helsevern, ved Gerd H. Mariniusson, [gerd.haugen.mariniusson@ahus.no](mailto:gerd.haugen.mariniusson@ahus.no) .

### Område 1: Miljø og fasiliteter

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2016	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2017
Nivå 1	25/27	82	77	96-56
Nivå 2	20/19	87	80	95-63
Nivå 3	7/8	81	75	100-29
<b>Total</b>	52/54			

### Område 2: Bemanning og opplæring

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2016	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2017
Nivå 1	29/29	82	79	93-41
Nivå 2	20/22	75	73	90-55
Nivå 3	5/5	86	77	100-60
<b>Total</b>	54/56			

### Område 3: Innleggelse og utskriving

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2016	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2017
Nivå 1	11/10	82	84	91-73
Nivå 2	3/4	94	78	100-67
Nivå 3	1/1	100	2 enheter ikke innfridd	
<b>Total</b>	<b>15/15</b>			

### Område 4: Behandling og omsorg

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2016	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2017
Nivå 1	19/19	76	78	89-67
Nivå 2	6/6	81	76	100-50
Nivå 3	1/1	83	1 ikke innfridd	
<b>Total</b>	<b>26/26</b>			

### Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2016	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2017
Nivå 1	15/16	74	59	94-27
Nivå 2	4/4	67	64	100-25
Nivå 3	2/1	33	7 ikke innfridd begge standarder	
<b>Total</b>	<b>21/21</b>			

### Område 6: Rettigheter og lovverket

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2016	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2017
Nivå 1	15/16	81	75	93-53
Nivå 2	3/2	58	65	100-33
<b>Total</b>	<b>18/189</b>			

## Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2016	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2017
Nivå 1	25/19	88	80	92-60
Nivå 2	13/19	77	69	100-46
<b>Total</b>	38/38			

## Vedlegg 4: Opplysning om enhetene

For tiden blir dette vedlegget til lite nytte for å kunne sammenligne tilbud for befolkningen i de områder dekket av de deltagende enheter. Ved å presentere ressursbruk for aldersgruppen 13-18 år i hvert område kunne enhetene 'benchmark' seg mot det som er gjennomsnittet i nettverket. Målet er at fremover kan årsrapport gjør det mulig å sammenligne ressursbruk med karakter trekk til innleggspraksis – median innleggelsestid osv.

Ved at enhetene i nettverket har diverse organisasjonsformer, med varierende grad av kombinert dekning av elektive innleggelser med øyeblikkelig hjelp er det foreløpig ikke mulig å finne ut hvor mye ressurser brukes overfor øyeblikkelig hjelp henvendelser i hvert opptaksområde. Enhetene varierer om de har et akutt utdrettet team de kan spille på lag med.

Vennligst se på dette vedlegget som noe å streve mot blir mer nøyaktig i årene som kommer. Oppgitte tall er omtrentlig, gitt vansker i tolkning av tall gitt de forskjellige organisasjonsformer. Noen enheter har ikke gitt nok data til å beregne deres plass i oversikten. Behov og lengde til opphold påvirkes sterk av reisetid til enheten.

### Opplysning om enhetene

### Bredden som finnes i nettverket

Normerte sengeplasser for ØHj pr 10.000 barne befolkning	0,2 – 1,4 (median 0,8)
Gj.snitt. liggedøgn for ØHjelp	1,6 – 23 (median 8)
Gj.snitt. beleggsprosent	53 – 111 (111% skyldes nesten fast bruk av 2 skjermingsrom.)
Median innleggelsestid i døgn	1 – 5 (median 3)
Befolkningsgrunnlag 0 -18 år	40.000 – 110.000

### Bemanning

Psykologspesialist	0 – 2 (median 1)
Psykolog under spesialisering	0 – 3 (median 1)
Barne- og ungdomspsykiater	1 – 2 (median 1)
LiS	1 – 3 (median 1,4)
Miljøterapeuter med utd. i psykisk helse pr normerte sengeplass	0,5 – 4,5
Sykepleier	0,4 – 2,3
Vernepleier	0 – 0,7
BVPedagoger	0 – 0,8



Andre	0 – 1,0
Miljøterapeuter uten utd. i psykisk helse pr normerte sengeplass	1,4 – 3,7
Sykepleier	0,5 - 1,6
Vernepleier	0 – 1,3
BVPedagoger	0 – 1,5
Andre	0 – 0,9
Admin.konsulenter/sekretær	Median 1

### Opplysninger om feil ressursbruk

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