

Utvikling av kvalitetsstandarder for akuttenheter i psykisk helsevern voksne

Rapport fra et pilotprosjekt med fire deltakende
voksenpsykiatriske døgneheter



Åmund Fidjeland og Torfinn Hynnekleiv

akuttnettverket.no

 Akershus
universitetssykehus



UiO : Universitetet i Oslo

August 2017

Forsidebilde ved Morten Gravdal
Rapporten publisert på www.akuttnettverket.no

Referanse for denne rapporten er:

Åmund Fidjeland, Torfinn Hynnekleiv

Utvikling av kvalitetsstandarder for akuttenheter i psykisk helsevern voksne. Rapport fra et pilotprosjekt med fire deltakende voksenpsykiatriske døgnenheter.

Akuttnettverket, Akershus universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo, Lørenskog, 2017.

Forord

Å avslutte et prosjekt gjennom denne rapporten er naturligvis en milepæl. Som det kommer fram i rapporten, er dette imidlertid bare en stasjon før veien går videre. I skrivende stund forbereder vi et nytt og mer omfattende kvalitetsprosjekt.

Informasjon om dette pilotprosjektet utover det som står i rapporten gis gjerne. Bruk gjerne <http://www.akuttnettverket.no/Kontakt-Oss>

Vi vil takke tidligere leder av Akuttnettverket Torleif Ruud for å ha støttet oppstarten av pilotprosjektet og for innspill underveis. Vi takker også for innspillene fra Simon R. Wilkinson som har erfaring som leder fra Akuttnettverkets kvalitetspilotprosjekt for barn/unge. Han kjenner svært godt det engelske kvalitetsmiljøet og metodikken som vi er inspirert av. Disse to skal likevel slippe å påta seg ansvaret for hvordan dette prosjektet er blitt.

Uten aktiv deltagelse fra prosjektdeltakerne i de kliniske enhetene og fra brukerrepresentantene, ville det aldri ha blitt noe prosjekt. Deltakerne takkes alle hjerteligst for tid og krefter som er investert i prosjektet. De har alle bidratt til et grunnlag for videre kvalitetsarbeid innenfor dette feltet som vi håper og tror vil bli til nasjonal nytte både innenfor og utenfor Akuttnettverket.

Torfinn Hynnekleiv

Leder av Akuttnettverket/Prosjektnestleder

Åmund Fidjeland

Prosjektleder

1 Innhold

1. Resultater og sammendrag	6
1.1 Oppsummering av arbeidsprosess, resultater og anbefalinger	6
1.2 Sammendrag.....	6
2 Bakgrunn	8
2.1 Akuttnettverket	8
2.2 Kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten – helsepolitiske styringssignaler	8
2.3 Hva en eventuell sertifisering kan bidra til.....	9
2.4 Inspirasjon fra en engelsk modell	10
2.5 Den danske kvalitetsmodellen og omlegging av kvalitetsarbeidet i Danmark	11
3 Målsettingen med pilotprosjektet.....	12
4 Pilotprosjektets deltagere, prosesser og resultater	13
4.1 Deltagere	13
4.2 Økonomiske og juridiske rammer	13
4.3 Utvikling av standardsett	14
4.4 Egevaluering mot utarbeidet standard.....	15
4.4.1 Resultater fra de fire temaene	15
4.4.2 Kommentar/tolkning.....	18
4.5 Kollegaevaluering mot utarbeidet standard.....	18
4.5.1 Enhetenes fellestrekk og forskjeller	19
4.5.2 Resultater fra de interne prosjektrapporter er ikke inkludert her	19
4.5.3 Anonym sammenstilling av scoring	19
4.5.4 Funn fra de fire temaene	20
4.5.5 Kommentarer/tolkning	23
4.6 Revisjon av standard	23
5 Erfaringer og noen vurderinger	26
5.1 Videreutvikling av temabasert standard	26
5.2 Struktur for og erfaringene fra besøkene.....	26
5.3 Erfaring med en lærings- og refleksjonsbasert kvalitetsstandardmodell	26
5.4 Erfaring med revisjon av standarden	26
5.5 Brukerrepresentasjon	27
6 Konklusjon og anbefalinger.....	28
7 Litteratur og referanser.....	29
8 Vedleggsoversikt med forklaringer	31
8.1 Standard versjon 1 og 2.....	31
8.2 Anonymiserte resultater fra kollegaevaluering	31
8.3 Eksempel på rapport, anonymisert.....	31
8.4 Arbeidsdokument - revisjon av standard	31

1. Resultater og sammendrag

1.1 Oppsummering av arbeidsprosess, resultater og anbefalinger

- * Det er utarbeidet et forslag til kvalitetsstandard for fire utvalgte områder som er sentrale i akuttpsykiatriske døgn tjenester
- * Fire enheter har evaluert egen virksomhet mot standarden (egnevaluering)
- * Enhetene har evaluert hverandre mot standarden (kollegaevaluering)
- * Det anbefales å videreføre erfaringene fra pilot i et større prosjekt med en standard som dekker alle områder knyttet til akuttpsykiatriske døgn tjenester

1.2 Sammendrag

Bakgrunn for pilotprosjektet

Akuttnettverket (www.akuttnettverket.no) har fra opprettelsen i 2009 arbeidet på ulike måter med kvalitetsarbeid. Dette prosjektet for utvikling av kvalitetsstandarder for akutt enheter i psykisk helsevern voksne har gjennomført et praktisk pilotarbeid i perioden januar 2016 – april 2017 i regi av Akuttnettverket

I tillegg til de faglige kvalitetsoppdrag Akuttnettverket allerede har arbeidet med, har bakgrunnen for prosjektet vært eksterne faglig-politiske føringer. Regjeringen beskrev i sin politiske plattform høsten 2013 den uakseptable store forskjellen i kvalitet mellom de ulike sykehusene, og ønsket å satse mer på kvalitetsarbeid inkludert å sikre åpenhet om sykehuskvaliteten. Senere har regjeringen laget Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 - 2019). Denne inneholder tre forslag til modeller for kvalitetssertifisering. Høsten 2016 utkom Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, et dokument som vil være sentralt ved arbeid med kvalitetssertifisering.

Utforming av pilotprosjektet

Dette pilotprosjektet er faglig inspirert av en evalueringsmetodikk som er utviklet i England ved Centre for Quality Improvement, Royal College of Psychiatrists. Det er to forskjellige prosesser involvert i deres opprinnelige modell: i) årssyklus – dvs. årlig oppfølging for å identifisere eventuelle barrierer for manglende progresjon fra året før, og ii) prosessen underveis med refleksjon over praksis.

Pilotgruppen har bestått av brukerrepresentanter og fagfolk fra fire akuttpsykiatriske døgn enheter. Akuttnettverket har forberedt, ledet og koordinert prosjektaktivitetene. Prosjektet har hatt som ambisjon å lage en første versjons standard for akuttpsykiatriske døgn enheter innenfor fire sentrale akuttpsykiatriske områder: pasientforløp de første 24 timer, pasient- og personalsikkerhet, opplæring av helsepersonell og pasientflyt/belegg.

Utforming av og evaluering mot standard

Standarden ble utviklet gjennom en prosess der pilotgruppen fordelte temaene mellom seg og utarbeidet forslag til formuleringer. Det ble avholdt to felles projektsamlinger og med omfattende kommunikasjon mellom samlingene samt besøk ved enhetene. Første utkast var et konkret utgangspunkt for en videre metodisk prosess med kontinuerlige erfaringsbaserte utprøvinger. En strukturell prosess innebærer egnevaluering og kollegaevaluering mot standard, deretter vurdering av resultater og revisjon av standard.

Etter at standard-tekstforslagene var blitt formulert, gjennomførte enhetene en egnevaluering av virksomheten opp mot standarden. Evalueringen ble gjennomført ved at enhetens ledere og nøkkelpersonell gikk gjennom standardens elementer og vurderte om disse oppfylte den enkelte beskrivelsene av kvalitet innenfor temaene eller ikke. Evalueringen avdekket områder hvor enheten kunne stå sterkt og områder med

behov for forbedring. Egevalueringen ga enhetene en oversikt over områder med behov for fagutvikling og kvalitetsforbedrende tiltak. Resultatene fra evalueringen ble formidlet i pilotgruppen, og enhetene fikk sammenlikne seg med de andre deltagerne.

Den åpne og aktive arbeidsprosessen i den opprinnelige modellen ble vektlagt. Etter at egevalueringen var gjennomført, ble en tilsvarende evaluering gjennomført ved at enhetene besøkte hverandre og gjennomgikk standardens elementer sammen. Denne evalueringen var ikke lagt opp som en formell revisjon, men som en refleksjons- og dialogbasert gjennomgang med fokus på læring. Det ble benyttet et skjema (som i egevalueringen) med alle standardens elementer og med svaralternativene "Helt oppfylt", "Delvis oppfylt" og "Ikke oppfylt", i tillegg til "Ikke aktuelt" og "Vet ikke". Etter evalueringen skrev den besøkte enheten en kort rapport om den besøkte enhetens faglige og organisatoriske karakteristika, inkludert særlig positive trekk og områder med forbedringsbehov. Rapporten ble sendt til høring til den enheten som ble besøkt før oversending til prosjektleder.

Funn og erfaringer

En gjennomgående observasjon etter sammenligninger av funn fra egen- og kollegaevalueringene, var høy grad av samsvar. Det tilkom i liten grad nye momenter i kollegaevalueringen. Men man arbeidet i kollegaevalueringen videre med resultatene fra egevalueringen og i liten grad fokusert på avvik slik man ville ha gjort i en revisjon.

Enhetene omtalte det systematiske arbeidet mot en standard i evalueringsprosesser der læring og refleksjon ble vektlagt som nyttig. Funnene fra egevaluering og kollegaevaluering var verdifulle for enhetenes videre prioritering og arbeid med å forbedre kvaliteten i de akuttpsykiatriske tjenestene.

I prosjektets slutfase ble standarden revidert på bakgrunn av de erfaringer man hadde under prosessen.

Brukerrepresentantene bidro aktivt med utvikling av standard under kollegaevalueringer, på prosjektsamlinger og under revisjon av standard. Alle prosjektdeltakerne gav verdifulle tilbakemeldinger under utarbeidelse av prosjektmateriell og momenter til sluttrapport. Erfaringen var at det ville vært ønskelig med en enda tydeligere ledelse av kollegaevalueringen.

Anbefalinger

Prosjektet fulgte utviklingen i enkelte andre lands kvalitetsarbeid, særlig av det engelske kvalitetsnettverket Centre for Quality Improvement (CCQI) og kvalitetsarbeidet i Danmark. I prosjektperioden utviklet CCQI en generell kvalitetsstandard for psykiatriske tjenester i samarbeid med British Standard. Erfaring fra England har vist at kostnadene med drift av kvalitetssertifiseringsnettverk er moderate. I Danmark er nylig den tradisjonelle og omfattende kontrollorienterte kvalitetsmodellen skrinlagt og noen få nasjonale mål for kvalitet er isteden valgt ut, med fokus på refleksjon og læring, etter modeller fra lærende nettverk.

Erfaringene fra dette prosjektet med en modell med fokus på refleksjon av egen praksis og læring i nettverk, er positive og gir grunnlag for å gå videre med dette arbeidet i form av et større prosjekt der flere enheter deltar. Det bør da utvikles en standard som omfatter alle vesentlige områder som har betydning for kvaliteten på tjenestene ved akuttpsykiatriske døgnenheter. Læring gjennom klinisk simulering er en verdifull praktisk metodikk for opplæring av helsepersonell, og det anbefales at denne læringsform for oppnåelse av kvalitet blir integrert i et nytt oppfølgende prosjekt. Det anbefales også fokus på registrering av tvangsdata og tiltak for å redusere bruk av tvang. Det vil være ønskelig at et nytt prosjekt også følger med på utviklingen av kvalitetsmiljøene internasjonalt. Et større prosjekt bør ha som målsetting å vurdere om denne arbeidsmodellen er egnet for kvalitetsstandardisering som del av permanent drift i sykehus. I så fall vil denne modellen kunne bli et alternativ til de modellene som er beskrevet i sykehusplanen med basis i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Modellen som er testet ut kan også vurderes videreført med tanke på akkreditering av deltagerenheter. Da akkreditering vil føre til prosesser med mer revisjonspreg, bør det også vurderes om akkreditering er noe som kan forstyrre de åpne læringsprosessene som er vektlagt i dette prosjektet. Hvis man etter hvert skulle vurdere positivt å akkreditere enheter etter denne modellen, bør i så fall fordeler og ulemper ved økt kontroll i kvalitetsprosessene også evalueres nøye.

2 Bakgrunn

2.1 Akuttnettverket

Akuttnettverket er et nettverk av fagfolk og brukere i spesialisthelsetjenesten i Norge som arbeider for en bedre akuttpsykiatri, gjennom å dele erfaringer, samarbeide om forbedringsprosjekter og annet FoU-arbeid, samt å inspirere hverandre til å fornye og forbedre klinisk praksis. Se mer på www.akuttnettverket.no/. Nettverket har bred representasjon fra brukerorganisasjonene i dets råd, samlinger og prosjekter. Det har siden etableringen i 2009 ønsket å bidra med fokus på faglige standarder for å øke kvaliteten på tjenestene og har således eksplisitte implementeringsambisjoner. Derfor følges også politiske signaler om innføring av kvalitetsstandarder i norske sykehus. Akuttnettverket har hatt kontakt med ledende politikere og byråkrater i Helse- og omsorgsdepartementet om å bidra med standardiseringskrav som er klinikknære og der brukere får preget tjenestene.

2.2 Kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten – helsepolitiske styringssignaler

Etter Stortingsvalget høsten 2013, formidlet den påtroppende regjeringen en politisk plattform som omfattet kvalitetsarbeid på sykehusnivå som også fanget Akuttnettverkets interesse(1):

Det er for store variasjoner i kvaliteten på tilbudet ved ulike sykehus. Regjeringen vil derfor stille krav til kvalitetssertifisering av norske sykehus og sikre mer åpenhet rundt kvaliteten ved tilbudet.

Akuttnettverket har hatt kontakt med politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). I mai 2014 møtte tre representanter for Akuttnettverket (Torleif Ruud, daværende leder for Akuttnettverket, Torfinn Hynnekleiv, Åmund Fidjeland) statssekretærene Anne Grethe Erlandsen og Astrid Nøklebye Heiberg samt byråkrater ved HOD. Praktiske ideer som falt sammen med uttalelsen i den politiske plattform og strategier for kvalitet i psykisk helsevern ble konstruktivt drøftet.

I 2014 la regjeringen fram stortingsmelding 11 (2014-2015)(2), Kvalitet og pasientsikkerhet, hvor det ble slått fast at det er et ledelsesansvar å fremme en kultur som bidrar til kvalitet på alle nivåer. Meldingen varslet en ny forskrift som skulle tydeliggjøre ledelsens ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetjenestene. Samtidig pågikk arbeidet med en ny Nasjonal helse- og sykehusplan (3), som ble lagt fram for Stortinget høsten 2015.

I Nasjonal helse- og sykehusplan erkjennes det at Internkontrollforskriften (4) ikke har fungert som styringsverktøy for kvalitetsutvikling, og det ble uttrykt behov for å plassere ansvar for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet tydeligere. Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kom ut høsten 2016 (5) og veilederen for forskriften våren 2017(6).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (5) slår fast at det er den øverste ledelsen som har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tiltak knyttet til kvalitetsforbedring, og arbeidet skal gjennomføres systematisk for å oppnå kontinuerlig forbedring. Slik stiller den nye forskriften klarere krav til ledelse på alle nivåer for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (3) formidles et mål om å innføre kvalitetssertifisering. Kravdokumentenes utforming er ikke beskrevet, men meldingen beskriver tre alternative modeller for gjennomføring av sertifisering. Alle modeller har også ulemper, og det konkluderes ikke med valg av modell.

Det er et klart styringssignal at det skal være åpenhet om tjenestekvaliteten. Å etablere kvalitetsstandarder er å beskrive riktig kvalitet for en rekke områder knyttet til de tjenester som leveres. At en kvalitetsstandard er

kjent og gjenstand for genuin diskusjon og kritikk, er en viktig åpenhetsdimensjon. En annen dimensjon er å gjøre kjent hvordan deltagende enheter tilfredsstiller kravene i standardens elementer.

Et grunnlag for kvalitetsutvikling i helsetjenesten er formulert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten 2005-2015 (7). Her sammenfattes målene for riktig kvalitet i helsetjenestene. Tjenestene skulle

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukere
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

2.3 Hva en eventuell sertifisering kan bidra til

En sertifiseringsprosess vil bidra til etablering av et ledelsessystem for systematisk styring av de aktiviteter som er i virksomheten. Nøkkelordene i en slik styringsprosess er planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter, som beskrevet i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten(5). Sentrale elementer i en sertifiseringsprosess vil være å

- sikre oversikt og sporbarhet ved å samle prosedyrer, rutiner, og andre beskrivelser i et kvalitetssystem sammen med henvisning til lover, forskrifter og andre normative dokumenter
- avklare roller, ansvar og myndighet
- sikre kunnskapsbasert behandling i pasientforløp
- benytte tilbakemeldinger fra pasienter og andre samarbeidsparter i det systematiske forbedringsarbeidet
- ha en risikobasert tilnærming overfor områder med fare for svikt
- formulere relevante og klinisk nære mål, utvikle måleindikatorer og gjennomføre måling
- etablere en systematisk håndtering av avvik med korrigerende og forbedrende tiltak for kontinuerlig forbedring
- systematisk måling av behandlingsresultater

For å oppnå kontinuerlig forbedring av de akuttpsykiatriske tjenestene vil det være nødvendig med et system som vedlikeholder prosessene, ved at man stadig evaluerer seg og blir evaluert mot strukturen, forskrift og standard.

Evaluering av egen virksomhet mot Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren og en klinisk kvalitetsstandard i et nettverk, vil avdekke områder som trenger forbedring. Deltagerne vil kunne evaluere egen virksomhet opp mot modenhetsnivåene i forhold til vedvarende framgang som er beskrevet i NS-EN-ISO 9004-2009 tillegg A (Verktøy for egenvurdering) (8). Resultatene fra evaluering mot den kliniske kvalitetsstandard vil kunne benyttes til å prioritere og planlegge forbedringsarbeidet, men vil også bidra til benchmarking internt i nettverket. Benchmarking er et begrep som ikke har blitt kjent med en god norsk oversettelse. Benchmarking er å sammenligne målte resultater innen forskjellige områder som for eksempel kvalitet innad i og mellom ulike virksomheter: Hensikten er primært å identifisere områder hvor det er behov for forbedring (9).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (5) vil sammen med en klinisk kvalitetsstandard også kunne utgjøre strukturen i en eventuell sertifiseringsprosess i akuttpsykiatriske døgnenheter. I pilotprosjektet er det imidlertid kun utarbeidet standarder og evaluert enhetene mot denne slik som beskrevet nedenfor.

2.4 Inspirasjon fra en engelsk modell

The Royal College of Psychiatrists, Centre for Quality Improvement (10) har utarbeidet en rekke prosjekter for forskjellige typer psykiatriske tjenester (11). Dette senteret har et nettverk for hver enkelt standard med tilhørende akkrediteringsprosesser. Ved deltagelse i et nettverk, inviteres det til først å gjøre egenevaluering av virksomheten mot standard. Resultatene av evalueringen vil gi enheten en indikasjon på områder med behov for kvalitetsforbedrende tiltak. Neste trinn er besøk fra en annen enhet i nettverket, som en kollegaevaluering. Dette innebærer refleksjon over de enkelte standardelementene og registrering av om enkeltkravene er oppfylt. Denne gjennomgangen skal ikke ha en streng revisjonstilnærming men et reflekterende og lærende fokus der arbeidsprosessen har egenverdi. Denne prosessen innebærer drøfting av forskjeller og likheter mellom de to enhetene. Etter kollegaevalueringen utarbeides en rapport av den som leder gjennomgangen.

Når alle enheter har hatt besøk av besøksteamet og gjennomført kollegaevalueringen, sammenstilles rapportene fra alle enheter som deltar i en aggregert rapport. Enhetene møtes så til en fellessamling, hvor resultater fra evalueringene gjennomgås. Til slutt revideres eventuelt selve standarden.

Aktivitetssyklusen har altså følgende elementer: *Egenevaluering - Kollegaevaluering - Gjennomgang av resultater - Revisjon av standard*. Syklusen gjennomføres i løpet av ett år. Ved å delta i disse prosessene får enheten truffet andre i nettverket og utvekslet positive og kritiske erfaringer. Denne gjentatte prosessen bidrar til en kvalitetssyklus som gradvis forbedrer kvaliteten i tjenestene. De som gjennomfører kvalitetssyklusene, får en unik mulighet til å utveksle faglige erfaringer ved å få besøk og besøke andre i nettverket.

Denne engelske modellen (prosessen) ser slik ut:



Fig. 2: "Den engelske prosessen" (hentet fra Nettverket for barn- og ungdomsenheter i England (13))

Modellen har paralleller til Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring (12). Tabellen under viser Kunnskapssenterets beskrivelse av kvalitetssirkelen i fem faser:

Kunnskapssenterets modell	Klinisk høring/evaluering mot kvalitetsstandard
Forberede	Årlig samling – drøfting av endring i standard
Planlegge	Fastsette ny standard og publisere denne i nettverket
Utføre	Selv- og kollegaevaluering
Evaluere	Oppsummering lokale resultater
Følge opp	Årlig samling – vurdering av resultater

Fig. 3: Høyre kolonne beskriver "den engelske prosessen" satt inn i Kunnskapssenterets modell

De engelske standardene består av tre typer krav: "Må-krav", "bør-krav" og "det er fint at man har-krav". For å bli aktuell for akkreditering i England skal alle «må-krav» oppfylles, samt at enheten må ha innført systematisk måling av behandlingsresultater.

Erfaringen fra England er at et nytt nettverk med tilhørende standard har behov for årlig revisjon av standard hvert år de første 3 - 4 årene. Etter dette kan intervallet økes, og man vil revidere standard hvert tredje år. Når intervallene blir større, blir det lettere å sammenligne resultater og progresjon fra år til år da standard er lik over flere år.

Oppsummert er en åpen og aktiv arbeidsprosess sentral i denne arbeidsmodellen: Det er to forskjellige prosesser involvert i modellen: i) årssyklus – dvs. oppfølging neste år for å sjekke om eventuelle barrierer for manglende framgang fra året før, og ii) prosessen underveis hvert år med refleksjon over praksis.

2.5 Den danske kvalitetsmodellen og omlegging av kvalitetsarbeidet i Danmark

En dansk kvalitetsmodell ble utviklet som et ledd i en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i deres offentlige helsevesen ble iverksatt i 2005. (13). Etter 12 år med en relativt detaljert kvalitetsstandard og tilhørende revisjoner har danskene forlatt denne modellen og erstattet den med åtte overordnede nasjonale mål (14). De går fra detaljert kvalitetskontroll til en nærmere definert kvalitetsutvikling med et prosjekt- og nettverksbasert kvalitetsutviklingssystem. Den nye metodikken bygger på reflekterende prosesser og lærende nettverk etter mønster fra "Collaboratives" ved amerikanske sykehus (15). Årsaken til omleggingen er 12 års erfaring med et stort byråkrati, demotivering hos personalet etter manglende opplevelse av klinisk mening knyttet til de stramme kvalitetsstandardene (16). Den strenge kvalitetsmodellen synes paradoksalt nok å ha ført til at kvalitetsutviklingen i danske sykehus har ført til faglig stagnasjon.

3 Målsettingen med pilotprosjektet

Akuttnettverket har tatt initiativ til to pilotkvalitetsnettverk-prosjekter, ett for barne- og ungdomsenheter og ett for voksenenheter. Simon R. Wilkinson har ledet barne- og ungdomsprosjektet (17) som startet opp i januar 2015. Dette voksenprosjektet startet ett år senere. Ungdomsprosjektet forholdt seg tett til en engelsk standard og tilpasset standarden til norske forhold. Det overordnede formålet med voksenpilotprosjektet har vært å utarbeide faglig sentrale eksempler på kvalitetsstandarder gjennom en lærende nettverksbasert prosessfokustert metodikk med bidrag fra ulike typer fagfolk og brukere, og å bidra generelt til kvalitetsutvikling av akutte døgn tjenester i psykisk helsevern for voksne.

Et slikt prosessorientert formål har vært ønsket operasjonalisert gjennom utforming og utprøving av en første versjon kvalitetsstandard for enkelte sentrale akuttpsykiatriske områder gjennom et mindre prosjektbasert nettverk etter modell fra Centre for Quality Improvement, Royal College of Psychiatrists i England (10). Også andre kvalitetsmodeller har vært trukket inn. Prosjektgruppens kliniske erfaringer har vært avgjørende for arbeidet.

Pilotprosjektets målsettinger kan formuleres på følgende måte:

- velge ut enkelte sentrale fagområder og formulere et sett kvalitetsstandarder (konsensusbasert)
- utprøve en prosessmodell for standardisering
- oppsummere status for kvalitetsstandardisering i fagmiljøet
- være et grunnlag for å kunne gi anbefalinger for et eventuelt mer komplett prosjekt
- diskutere akkreditering/sertifisering innenfor denne typen kvalitetsarbeid

4 Pilotprosjektets deltagere, prosesser og resultater

4.1 Deltagere

Dette pilotprosjektet er blitt ledet av Åmund Fidjeland, psykiatrisk sykepleier og seksjonsleder ved psykiatrisk akuttmottak voksne, Sykehuset Østfold. Fidjeland har lang erfaring med og utdanning innen ulike typer kvalitetsarbeid, inkludert sertifisering av psykiatriske helsetjenester mot ISO 9001(18). Han har vært prosjektleder på deltid i Akuttnettverket. Torfinn Hynnekleiv har fungert som prosjektnestleder. Hynnekleiv er psykiater og har erfaring med en rekke ulike typer fagutviklingsprosjekter ved Sykehuset Innlandet, ikke minst innen akuttpsykiatri. Han er leder av Akuttnettverket.

FoU Psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus v/ Gerd Haugen Mariniusson og Anne Hexeberg har bidratt med sekretariattjenester.

To brukerorganisasjoner og fire akuttenheter i psykisk helsevern for voksne har deltatt gjennom hele prosjektet.¹ Alle deltagerne har utgjort en integrert del av prosjektet. Her følger deltagerlisten:

Mental helse		Gunn Helen Kristiansen
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse		Anna Margrethe Andersen
Helse Fonna HF	Valen sjukehus, avdeling for spesialpsykiatri	Liv Rose Olderkjær Larsen Wenche Ribe Vik
Sykehuset Østfold HF	Psykiatrisk akuttmottak voksne	Liva Væring Jones Sverre Vanvik Maja Asklien apr.-des. 2016
Akershus universitetssykehus	Akuttpsykiatrisk avdeling	Marianne Sofie Kvamsdahl Tonje Prestrud (jan.2016- feb.2017) Anne-Mette Utby
Oslo universitetssykehus	Akuttpsykiatrisk seksjon	Thorbjørn Sundin Lars Løvhaug Ane Selma Ovedal (feb. 2016- apr.2017)

Fig. 1: Deltagerliste

4.2 Økonomiske og juridiske rammer

Deltagende enheter har dekket reisekostnader i forbindelse med prosjektet. Akuttnettverket har dekket kostnader til prosjektledelsen og alle møtekostnader for prosjektgruppa.

¹ Helse Førdes psykiatrisk avdeling så seg i stand til å delta i prosjektet de første måneder, se bidrag i Vedlegg 8-3 Egenevaluering.

Pilotprosjektet inneholder ikke pasientinformasjon. Fellesdokumentene, som har blitt delt internt i prosjektgruppa, utgjør grunnlaget for Akuttnettverkets videre arbeid med temaet. Deltagere i kollegaevaluering har fulgt lovverket om taushetsplikt og annet relevant lovverk som nedfelt i Lov om helsepersonell §21. Det er ikke utvekslet personopplysninger som reguleres av lovverket.

4.3 Utvikling av standardsett

Det engelske Centre for Quality Improvement (10) hadde ved prosjektets oppstart 23 forskjellige nettverk, mange av dem med hver sin kvalitetsstandard. De engelske standardene som var mest aktuelle ble oversatt:

- Standard for mottaksenheter (Assessment and Triage Wards)
- Voksenpsykiatriske enheter (Working Age Wards)
- Intensivenheter (Psychiatric Intensive Care Units) (11)

Disse ble benyttet som utgangspunkt for første versjon av den norske standarden. En ny kjernestandard utviklet i samarbeid mellom Centre for Quality Improvement og British Standard var under arbeid våren 2016, men ble ikke ferdigstilt tidsnok til at den kunne benyttes som utgangspunkt for arbeid med vår standard. De deltagende enhetenes egne erfaringer med kvalitetsarbeid ble integrert i prosjektet.

Dette pilotprosjekt valgte som utgangspunkt å formulere standardelementer for følgende selekterte emneområder:

Pasientforløp, mottak, utredning, behandling
Pasient- og personalsikkerhet
Veiledning, støtte og opplæring
Beleggsprosent

Fig. 4: Utvalgte tema – første fase

Temaet brukermedvirkning og barn som pårørende ble inkludert i de andre temaene. Samhandling/samarbeid er eksempel på et foreslått og viktig tema som ikke kunne bli tatt med videre denne gangen.

Etter praktisk arbeid med emnene ved de forskjellige enhetene ble det gjennomført en prosjektsamling i april 2016 med gjennomgang av de valgte tema. Tema-formuleringen ble da justert noe:

Opprinnelige tema	Temaformulering justert i forbindelse med utforming av standard
Pasientforløp, mottak, utredning, behandling	Pasientforløp første 24 timer
Pasient- og personalsikkerhet	Pasient- og personalsikkerhet
Veiledning, støtte og opplæring	Opplæring av nye medarbeidere
Beleggsprosent	Pasientflyt/Belegg

Fig. 5: Opprinnelige tema, justert i løpet av standardformuleringen

Pilotgruppen arbeidet mye med å finne et meningsfullt nivå på standardene. Hvis nivået ble for abstrakt og overordnet, ville det bli lite praktisk nyttig, mens et nivå ned mot prosedyrenivå, vil bli for detaljert i forhold til ønsket standardnivå. Det å finne et «passe» detaljnivå har vist seg krevende. Et avgjørende kriterium er at standardene skal lages slik at de får en reell betydning for klinisk kvalitet.

Enhetene delte erfaringer med hverandre, slik at alle skulle få nytte av hverandres kvalitetsarbeid.

Standardsett versjon 1 (Vedlegg 10.1) ble endelig formulert av prosjektleder etter innspill fra prosjektgruppa. Den ble sendt ut på høring og ble godkjent juni 2016. Versjon 1 dannet grunnlag for pilotgruppas egen- og kollegaevaluering, og ble lagt inn i evalueringsskjema for bruk i evalueringsaktivitetene.

4.4 Egenevaluering mot utarbeidet standard

Egenevaluering ble gjennomført i mai og juni 2016 etter beskrivelse som ble sendt ut fra prosjektledelsen. Egenevalueringene ble innlevert sommeren 2016. Anonymiserte resultater av egenevalueringen ble utsendt til enhetene i august 2016. Dette ga enhetene mulighet til å sammenligne resultater med hverandre og å få et bilde av hvilke enheter som var naturlig å be om bistand fra ved oppstart av kvalitetsforbedrende tiltak eller prosjekter.

4.4.1 Resultater fra de fire temaene

Første 24 timer etter ankomst

Innenfor emnet pasientforløp de første 24 timer var det 32 standardelementer som ble scoret til innfridd, delvis innfridd eller ikke innfridd av enhetene. Svarene ($32 \cdot 5 = 160$) fikk følgende fordeling:

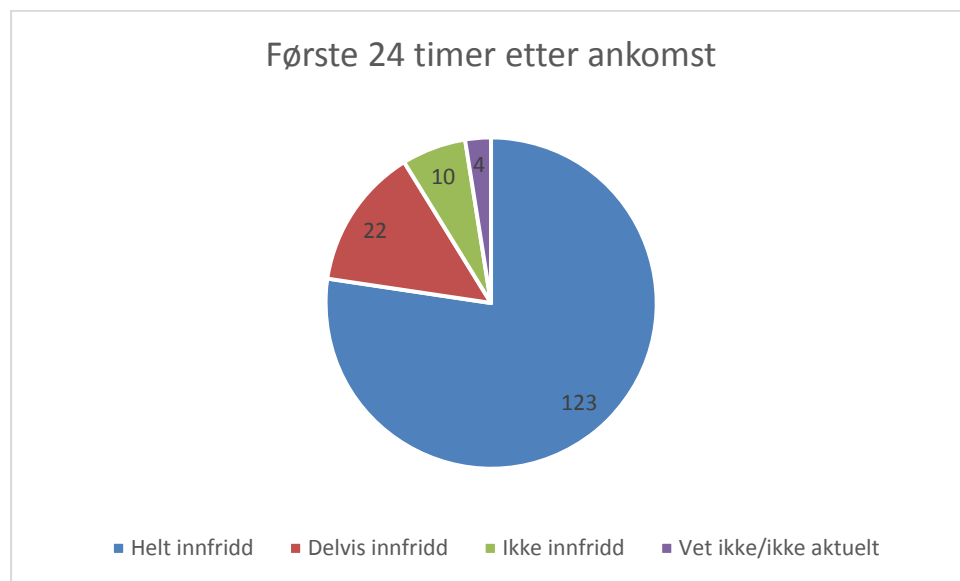


Fig. 6: Resultater fra egenevaluering med alle standardelementer under temaet Pasientforløp første 24 timer: Helt innfridd 123 av 160 mulige, delvis innfridd 22, ikke innfridd 10, vet ikke/ikke aktuelt 4.

Figur 6 viser at enhetene selv mener de i høy grad tilfredsstillende kravene innunder dette temaet.

Det er liten forskjell på hvordan enhetene i pilotgruppen selv mener at de arbeider i forhold til hva som skal utføres de første 24 timer i pasientforløpet.

Eksempel på standardelement:

1.18: Det foreligger en mal for beskrivelse av pasientens egne ønsker vedrørende behandling, slik at tidligere dokumentasjon enkelt kan hentes fram.

Bare en av enhetene mente at den innfridd dette elementet i egenevalueringen. To enheter mente de innfridd elementet delvis, mens en enhet var usikker på innholdet i formuleringen eller om man i praksis utførte dette som beskrevet.

Pasient- og personalsikkerhet

Innunder dette temaet var det 12 standardelementer, og enhetene scoret på samme måte: innfridd, delvis innfridd og ikke innfridd. Resultatene kommer fram i det følgende kakediagram (12*5=60 svar).

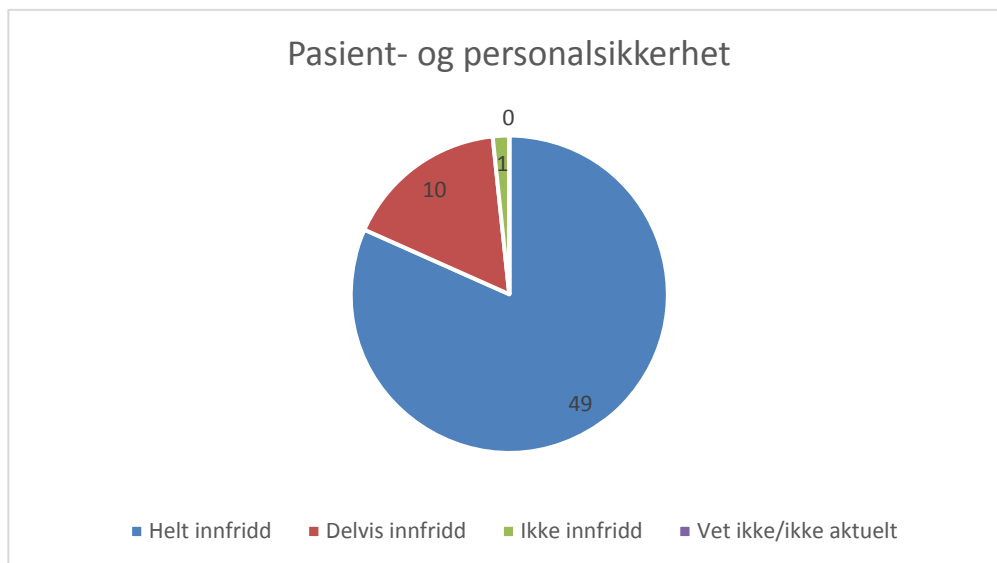


Fig. 7: Resultater fra egevaluering med alle standardelementer under temaet Pasient- og personalsikkerhet: Helt innfridd 49 av 60 mulige, delvis innfridd 10.

Her mener pilotgruppen at den helt innfrir mer enn 80 % av standardens krav, og for bare ett av standardelementene rapporterer en enhet at den ikke innfrir.

Eksempel på standardelement:

2.9 Enheten har regelmessige møter hvor avvik og sikkerhetsaspekter løftes. Møtene har en fast struktur (beskrevet), slik at det gjøres et systematisk arbeid med avvik, korrigerende og forebyggende tiltak.

En av enhetene rapporterer at den delvis innfrir dette elementet i egevalueringen. De andre enhetene innfrir elementet helt.

Opplæring av nye medarbeidere:

Det var 16 standardelementer innunder dette temaet, med 80 svar fra de 5 enhetene.

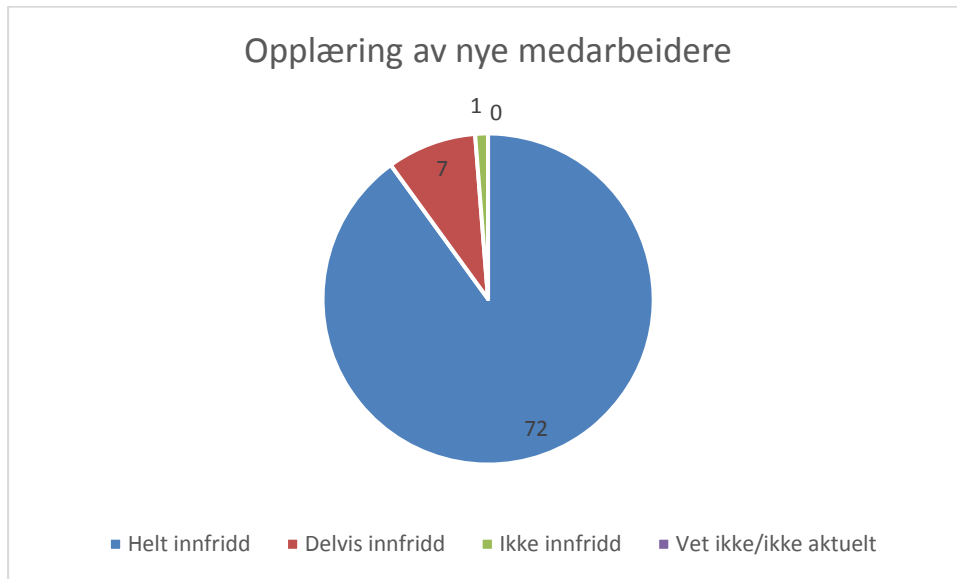


Fig. 8: Helt innfridd 72 av 80 mulige, delvis innfridd 7 svar, ikke innfridd 1.

Figur 8 viser at det har vært stort samsvar i tenkningen om hva som er viktig for opplæring av nye medarbeidere i gruppen, og enhetene selv mener at de i høy grad innfrir i henhold til standard. Det betyr også at det framkommer behov for justeringer av opplæring av ca. 10 % av formuleringene. Det er kun ett standardelement hvor en enhet ikke innfrir helt eller delvis.

Eksempel på standardelement:

3.1 Enheten har en beskrivelse av behandlingsprofil/ideologi, pasientforløp, og ulike funksjoner/roller

Tre av fem enheter mente de selv innfridde dette elementet helt, mens to enheter mente de innfridde delvis.

Pasientflyt/Belegg:

Her var det kun fire standardelementer, noe som ga 20 svar. Her følger fordelingen.

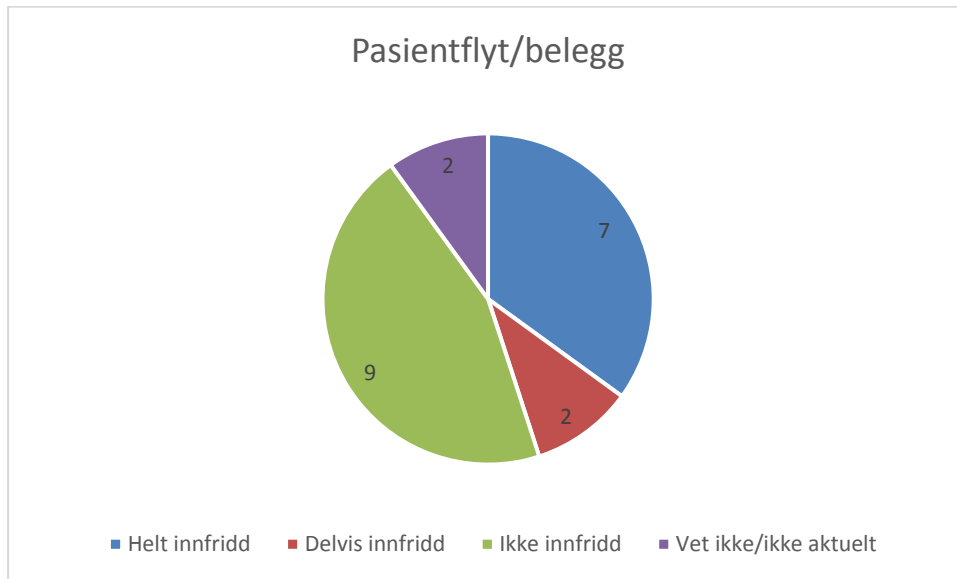


Fig. 9: Helt innfridd 7, delvis innfridd 2, ikke innfridd 9. 2 vet ikke/ikke aktuelt.

Dette er et viktig tema for pilotgruppen, men resultatene var at halvparten av gruppen her ikke har innfridd kravene. Kvalitetsarbeidet som ligger til grunn for halvparten av formuleringene var bare implementert i ett av foretakene, noe som gjenspeiles i scoring fra egevalueringen.

Eksempel på standardelement:

4.4 Det er beskrevet hvilke tiltak man utfører når belegget er for høyt

To av fem enheter mente at de innfridde dette elementet helt, mens en enhet mente elementet delvis ble innfridd. To av enhetene rapporterte at de ikke har beskrevet tiltak for hva som skal gjøres når belegget er for høyt.

4.4.2 Kommentar/tolkning

Innenfor de tre første temaområdene var det høy score for helt innfridd, og enhetene mente de kun hadde behov for kvalitetshevende tiltak for begrensede elementer innenfor tema. Temaet beleggsprosent/flyt hadde stor interesse i gruppen, men kun en enhet hadde arbeidet systematisk med alle standardelementene. Selv om alle enheter syntes temaet var nyttig, var ikke enhetene nødvendigvis fortrolige med formuleringene. Det var enighet om at dette prosjektet ikke kunne arbeide mer i detaljer med dette temaet men anbefaler at temaet gis oppmerksomhet i et nytt prosjekt.

4.5 Kollegaevaluering mot utarbeidet standard

Besøksteam i kollegaevalueringene var en tverrfaglig gruppe fra annen deltagende enhet. Dette var forskjellig fra ungdomsprosjektet (16), som hadde besøksteam sammensatt fra flere enheter slik det gjøres i England. Dette prosjektet valgte en annen besøksteam-sammensetning, dels på grunn av kapasitet men også fordi prosjektet ønsket å oppnå supplerende erfaringer med andre tilnærminger.

September 2016 besøkte prosjektleder alle enheter. Hensikten med besøket var å få et innblikk i enhetenes kvalitetsarbeid og vurdere hva som kunne inkluderes i prosjektet på et senere tidspunkt. Enhetene ble

oppfordret til finne tema for dagen, og den praktiske gjennomføringen av kollegaevalueringen ble gjennomgått.

Kollegaevaluering ble gjennomført i oktober og november 2016.

Kollegaevaluering ved	Ansvarlig for gjennomføring	Dato	Brukerrepresentant
Ahus	Helse Fonna	14.10.2016	Ja
OUS	Sykehuset Østfold	14.10.2016	Nei (av kapasitetsmessige grunner)
Sykehuset Østfold	Ahus	31.10.2016	Ja
Helse Fonna	OUS	8.11.2016	Ja

Fig. 10: Besøksplan med ansvarlig enhet og dato for gjennomføring

Enhetene organiserte datoer for evaluering selv, tok ansvar for avtaler og ga tilbakemelding til prosjektleder. Brukerrepresentantene deltok i kollegaevalueringen ved tre av fire besøk. Rapporten ble skrevet av besøkende enhet, og ble sendt til den enheten som ble evaluert og brukerrepresentant for justering før rapport ble sendt til prosjektleder.

I november 2016 ble det gjennomført en felles prosjektdag med en gjennomgang av besøkserfaringer/kollegaevaluering, vurdering av evalueringsskjema og rapporter. Arbeidsmetode og milepæler for arbeidet fram til neste prosjektsamling medio februar 2017 ble også bestemt.

4.5.1 Enhetenes fellestrekk og forskjeller

Den minste enheten har et opptaksområde på 70 000 innbyggere. To enheter har et opptaksområde på 250 - 300 000 mens den største enheten har et opptaksområde på 500 000 innbyggere. En enhet har kun storbyområder i sitt opptaksområde, to enheter har både by- og landområder, og en enhet har sitt opptaksområde spredt over mange store land-kommuner.

Avdelingenes median liggetid varierte fra 3 til 9 døgn, mens egne akuttmottak hadde median liggetid 0,9-1,4. Enheter som behandlet affektive lidelser separat hadde en median liggetid på 5,6 og psykoseenheter hadde 9,7 døgn.

Ettersom enhetene er så ulike, er det stor variasjon i stabsfunksjonene. Antall normerte sengeplasser varierer fra 8 til 73. En av enhetene har lang avstand til somatiske spesialisthelsetjenester, mens 3 enheter har somatikk samlokalisert.

4.5.2 Resultater fra de interne prosjektrapporter er ikke inkludert her

De interne prosjektrapportene gir en beskrivelse av de enkelte enheter og deres karakteristika. Disse refereres ikke her men disse inneholder konkrete forbedringsområder og områder som fortjener stor heder. Man valgte å la enhetene selv lede besøk. Dette førte til at rapportene ble så vidt ulike i innhold og kvalitet. Se 4.3, Kollegaevaluering mot utarbeidet standard.

4.5.3 Anonym sammenstilling av scoring

Funnene fra kollegaevaluering er samlet i vedlegg 10.2. For å ivareta anonymitet for den enheten som bare hadde egevaluering, er skjema for egevaluering satt opp slik at enhetene her ikke har samme nummerering i egen- og kollegaevalueringen.

I skjemaet er alle scoringer utført av besøksteamet samlet, og i kolonnene til høyre for scoring er det markert hvilke standardelementer hvor alle enheter innfridde, innfridde helt eller delvis og hvor en eller flere enheter ikke innfridde. Fordi to av enhetene ikke scoret under besøk, er tallene fra egevalueringen benyttet her. Dette er markert som "egen" under enhetsnummeret.

4.5.4 Funn fra de fire temaene

Første 24 timer etter ankomst:

Svarene (32*4=128) ga følgende fordeling:

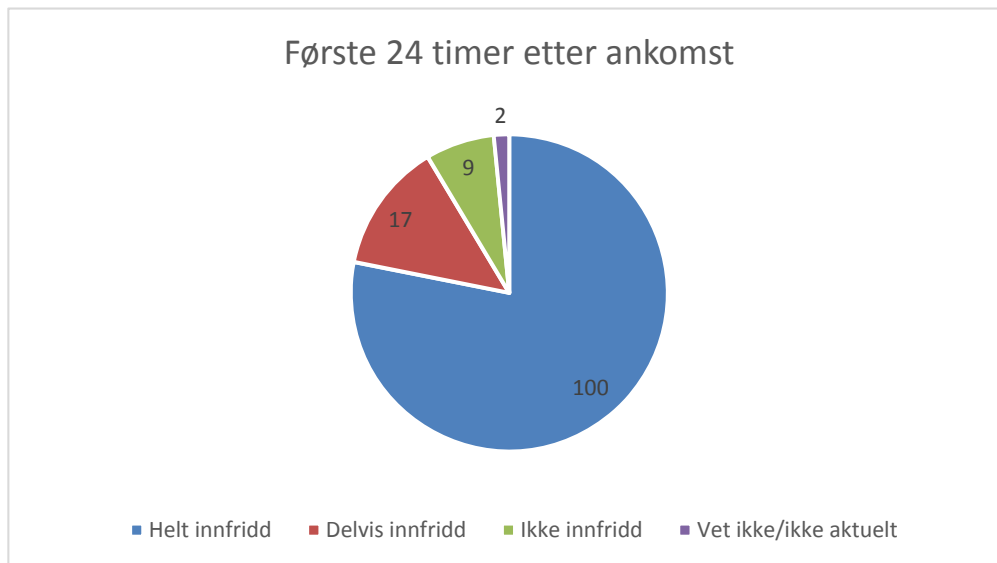


Fig. 11: I forhold til de 32 elementene er det 100 svar på at elementene er helt innfridd, 17 er delvis innfridd, 9 ikke innfridd.

Ved sammenligning av resultatene fra kollegaevaluering med egnevalueringen, er det et rimelig samsvar mellom egen- og kollegaevaluering. Det betyr at det sannsynligvis ikke har skjedd store justeringer i praksis mellom egen- og kollegaevaluering. Det ser heller ikke ut til at kollegaevalueringen har tilført nye momenter. Men dette er usikkert, fordi halvparten av resultatene fra egnevalueringen er videreført uendret inn i nytt skjema (se pkt. 3.3.3).

Eksempel på standardelement:

1.18: Det foreligger en mal for beskrivelse av pasientens egne ønsker vedrørende behandling, slik at tidligere dokumentasjon enkelt kan hentes fram.

Bare en av enhetene mente at den innfridde dette elementet i egnevalueringen, mens to enheter mente de innfridde elementet delvis. Det ble scoret på samme måte i kollegaevalueringen. Men enheten som var usikker på innholdet i formuleringen eller om man i praksis utførte dette i egnevalueringen, endte med å bedømme dette elementet som ikke innfridd under kollegaevaluering. Det kan bety at forståelsen av formuleringen har blitt klarere for denne enheten, og at det ble oppdaget at dette bør implementeres i ny praksis.

Pasient- og personalsikkerhet

Svarene (12*4=48) ga følgende fordeling:

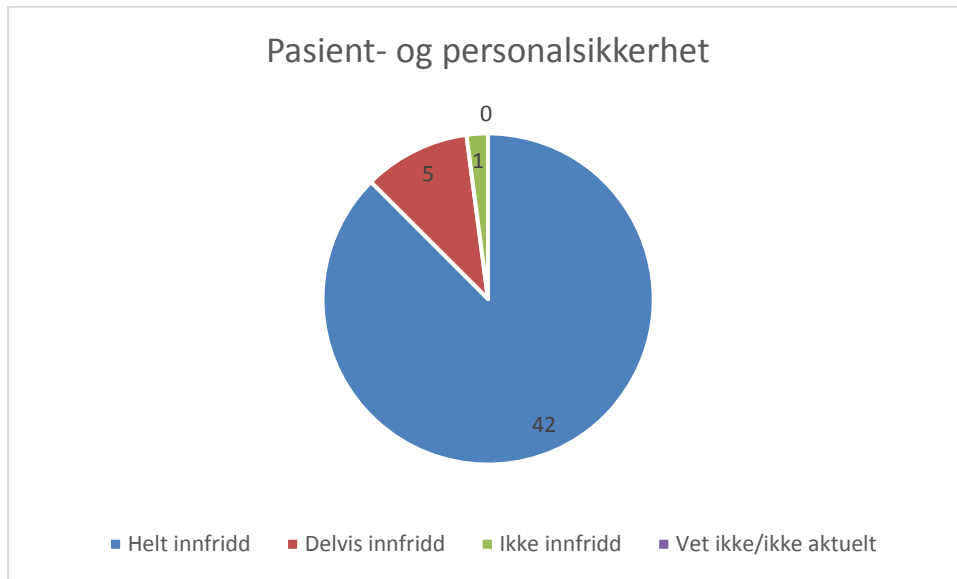


Fig. 12: 42 av svarene er innfridd helt, 5 er delvis innfridd, 1 ikke innfridd.

I dette tema gjenfinnes samme tendens som det forrige. Det er en noe høyere score på egevaluering enn ved gjennomføring av kollegaevaluering, etter at de besøkte enhetene har fått spørsmål og motforestillinger fra det besøkende teamet. Se for øvrig pkt. 3.3.3.

Eksempelet på standardelement:

2.9 Enheten har regelmessige møter hvor avvik og sikkerhetsaspekter løftes. Møtene har en fast struktur (beskrevet), slik at det gjøres et systematisk arbeid med avvik, korrigerende og forebyggende tiltak.

Her scorer enhetene likt i egen- og kollegaevaluering. Det betyr at enheten som bare delvis innfridde under egevaluering, ikke har endret praksis fra egen- til kollegaevaluering. Denne bemerkningen forutsetter at den ene enheten er den samme under begge evalueringene. Vi kan derfor ikke hevde dette med sikkerhet, fordi hensynet til anonymitet for enhet 5 gjør at funnene fra de to evalueringene ikke er nummerert likt (se pkt. 4.3.3).

Opplæring av nye medarbeidere:

Svarene (16*4=64) ga følgende fordeling:

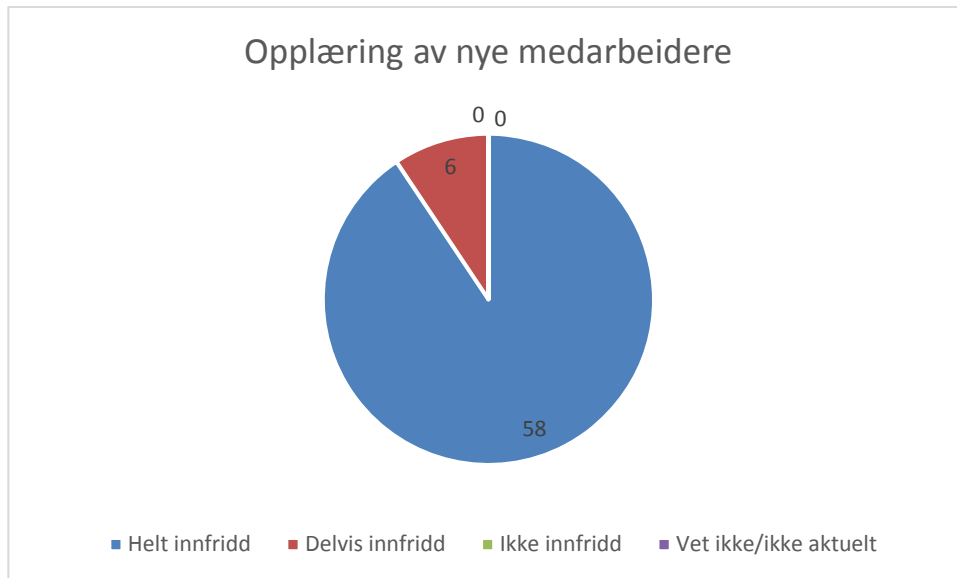


Fig 13: 58 har innfridd helt, 6 har delvis innfridd.

Her gjentas samme tendens som under de to foregående tema. Det er mulig at det ville vært større variasjon mellom egen- og kollegaevalueringen om alle enheter hadde gjennomført scoring under kollegaevaluering (se pkt. 4.3.3).

Eksempelet på standardelement:

3.1 Enheten har en beskrivelse av behandlingsprofil/ideologi, pasientforløp, og ulike funksjoner/roller

Funnene i kollegaevalueringen samsvarer med funn i egnevalueringen.

Pasientflyt/belegg:

Svarene (4*4=16) ga følgende fordeling:

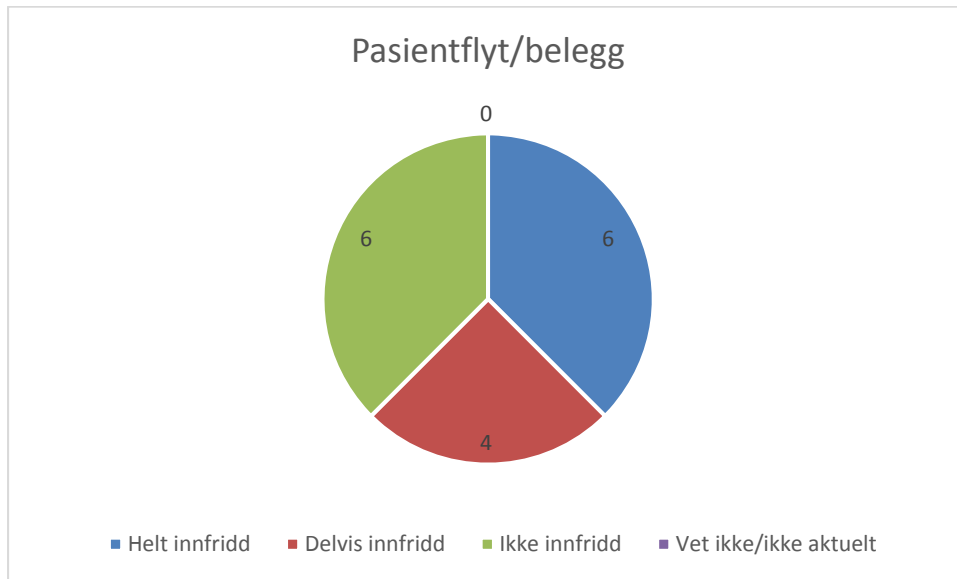


Fig. 14: 6 av svarene er helt innfridd, 6 har ikke innfridd, 4 har delvis innfridd.

Den grafiske fremstillingen er under dette temaet annerledes under kollegaevalueringen enn under egevalueringen. Nå har dette temaet bare 4 standardelementer, og endringer i tallmaterialet vil derfor gi store grafiske endringer. Det er imidlertid tydelig at "vet ikke/ikke aktuelt"-svarene er fraværende i kollegaevalueringen. Det kan bety at forståelse for hva som er ment i elementene har blitt klarere for pilotgruppen fra første til andre evaluering.

Eksempelet på standardelement:

4.4 Det er beskrevet hvilke tiltak man utfører når belegget er for høyt

Funnene i kollegaevalueringen samsvarer med funn i egevalueringen.

4.5.5 Kommentarer/tolkning

De grafiske bildene fra egen- og kollegaevaluering er svært like i tre av fire tema, og som påpekt i grått felt over gjør det lille antall standardelementer grafikken i tema fire upålitelig.

Det er en svakhet at bare to av fire besøksteam har benyttet scoringsskjemaet under kollegaevalueringen. I denne rapporten består derfor halvparten av dataene egentlig fra egevalueringen. Om det hadde blitt utført scoring under alle kollegaevalueringer, ville kanskje forskjellene mellom egevaluering og kollegaevaluering vært større. Det er derfor vanskelig å tolke noe fra disse resultatene. Se pkt. 5.2, hvor erfaring vedrørende ledelse av besøk beskrives.

4.6 Revisjon av standard

Under november 2016--prosjektet ble standardelementene fordelt mellom enhetene. Man fordelte elementene i fire grupper og fordelte gruppene tilfeldig ut til enhetene. Enhetene fikk i oppgave å vurdere alternativ formulering om ønskelig. Resultatene ble sendt til prosjektleder som bearbeidet disse og sendte

resultatene ut til alle. Alle enheter fikk så mulighet til å respondere på ny formulering. Enheten som "eide" det enkelte standardelement, formidlet så med en siste formuleringsversjon. Denne ble lagt inn i arbeidsdokumentet og sendt ut i forkant av neste møte.

Siste prosjektmøte i pilotgruppa ble gjennomført 16.2.2017. På dette møtet gikk pilotgruppa gjennom alle standardelementer der det ikke var fremkommet enighet om formuleringen. De elementene som spriket mest ble først tatt opp til diskusjon. Deretter ble diskutert de elementene hvor det var mindre avstand mellom forslagene. Alle elementer ble så godkjent av gruppa med unntak av følgende:

1.19.2: Dersom pasienten uttrykker ønske om medikamentfri behandling, skal dette etterstrebtes imøtekommet.

1.19.2 er derfor utelatt fra den endelige reviderte standard. Dette elementet ble formulert av representanten for pårørende-foreningen (LPP). Dette var ikke et av elementene i versjon 1 av standard. Pilotgruppa fant at det var vanskelig å enes om en felles formulering der og da. Helsemyndighetene har ønsket dette innført som et alternativ i behandlingen generelt. Helseforetakene har i praksis nylig skilt ut medikamentfri behandling som et eget tilbud, som ofte tilbys på DPS-nivå. Her finnes ulike syn blant både helsepersonell og brukere. Det er naturlig at dette tema tas opp også i Akuttnettverket i ulike sammenhenger seinere.

De standardelementene som er brukt som eksempler i egen- og kollegaevaluering, fikk følgende behandling i revidert versjon:

Standardelement 1.18:

Versjon 1	Det foreligger en mal for beskrivelse av pasientens egne ønsker vedrørende behandling, slik at tidligere dokumentasjon enkelt kan hentes fram.
Versjon 2	Pasientens ønsker om og Pasientens ønsker om og medvirkning i egen behandling framkommer i behandlingsplanen. Dette skal hentes fram og vurderes ved eventuell ny innleggelse.

Standardelement 2.9:

Versjon 1	Enheden har regelmessige møter hvor avvik og sikkerhetsaspekter løftes. Møtene har en fast struktur (beskrevet), slik at det gjøres et systematisk arbeid med avvik, korrigerende og forebyggende tiltak.
Versjon 2	Avvikssystemet benyttes for å hente ut genererte data, for å identifisere de viktigste risikoområdene og forbedringsområdene i enhetene.

En rekke standardelementer knyttet til avvik og avvikshåndtering ble besluttet slettet i versjon 2. Formuleringen over var den som ble formulert som en erstatning for fem elementer som gruppen ikke ønsket å føre videre i versjon 2 av standard.

Standardelement 3.1:

Versjon 1	Enheden har en beskrivelse av behandlingsprofil/ideologi, pasientforløp, og ulike funksjoner/roller
Versjon 2	Enheden har en beskrivelse av behandlingen som tilbys.
Versjon 2	Enheden har stillingsbeskrivelser for alle ansatte.

I revisjonsarbeidet fant vi at et standardelement ofte inneholdt flere ledd. Dette førte til vurderingen delvis innfridd, men hva som var delvis innfridd ble uklart. Det ble bestemt å dele dette opp i flere elementer for å få en mer presis score i fremtidige evalueringer.

Standardelement 4.4:

Versjon 1	Det er beskrevet hvilke tiltak man utfører når belegget er for høyt.
Versjon 2	Elementet ble besluttet slettet.

Vedlegg 10.4 dokumenterer arbeidsprosessen knyttet til revisjon av standard. Man bør forstørre tekst og navigere fra side til side i dokumentet for å få et inntrykk av prosessen.

5 Erfaringer og noen vurderinger

5.1 Videreutvikling av temabasert standard

Pilotgruppen brukte mye tid på å finne passende formuleringsnivå for standardelementene. Men å formulere en standard for alle aktuelle områder knyttet til psykiatriske tjenester i døgnenheter for voksne var ikke innenfor ambisjonen for et pilotprosjekt. Standard med et begrenset antall tema gir en tilsvarende begrenset oversikt over hvor enhetene befinner seg i forhold til helheten i de psykiatriske tjenestene som leveres.

Arbeidet med å finne "riktig" formuleringsnivå for standardelementene viste at her bør det tilstrebes å lage eksplisitte og mest mulig operasjonelle kriterier. Arbeidet i dette pilotprosjektet ble en god øvelse som et grunnlag for et slikt arbeid.

5.2 Struktur for og erfaringene fra besøkene

Enhetene besøkte hverandre etter en oppsatt besøksplan. I pilotprosjekt voksen var det besøkende teams ansvar å lede gjennomgang av standard, og besøkende team hadde ansvar for å skrive rapport.

Et prosjekt innebærer læring underveis. I dette prosjektet fantes ikke en strukturert rapport-mal før første kollegaevaluering ble gjennomført. Informasjon om hvordan lede kollegaevalueringen kunne ha vært tydeligere. Dette var forhold som ble justert underveis.

Et nytt prosjekt som skal utvides til full standard vil være mer tidkrevende enn denne pilot, og det bør tydeliggjøres hva slags ressurser prosjektet trenger for gjennomføring. Dette gjelder ikke minst for ledelsen av kollegaevalueringen.

5.3 Erfaring med en lærings- og refleksjonsbasert kvalitetsstandardmodell

Enhetene har i rapporter og evaluering lagt vekt på nytteverdien av å delta i et nettverk som arbeider mot en struktur (standard), samtidig som refleksjon og læring vektlegges i prosessene. Alle enhetene har formidlet nytte av å besøke hverandre og av å motta besøk med standarden som fast struktur. Det har blitt mange nyttige faglige diskusjoner, og man har kunnet hente verdifulle elementer fra andres kvalitetsprosjekter og praksis ved å bli kjent med hverandre og med hverandres helsefaglige tjenester. Frustrasjoner underveis har vært knyttet til tiden som måtte tas fra den daglige virksomhet og usikkerhet om prosjektarbeidet der og da har vært riktig prioritering. Erfaringen med denne typen kvalitetsarbeid fra andre som har drevet tilsvarende arbeid med det engelske systemet er at nytteverdien øker for hver årssyklus.

5.4 Erfaring med revisjon av standarden

I samlingen 15.11.2016 ble temaområdene gjennomgått en gang til. Pilotgruppen var nå blitt mer fortrolig med formulering av standardelementer. Mange enkeltstandarder inneholdt flere elementer, som gjorde scoring upresis. Mange standardelementer ble derfor splittet opp, slik at hvert element kun inneholdt en beskrivelse. Her var det parallelle erfaringer i ungdoms- og voksenprosjektet (17).

Hver enhet arbeidet godt med revisjon av sin gruppes standardelementer. Det kom mange høringsinnspill, og hver enhet lagde en siste formulering etter å ha mottatt høringssvar. Den endelige godkjenningen av hvert

element ble gjort under siste prosjektsamling. 62 % av formuleringene hadde tilslutning allerede før samlingen, slik at det ble diskusjon med henblikk på konsensus om mindre enn halvparten av de 88 formuleringene.

5.5 Brukerrepresentasjon

Brukerrepresentasjon er sentral i alle Akuttnettverkets samlinger og prosjekter. Brukerorganisasjonene har vært aktive gjennom hele dette prosjektet. De har deltatt i samlinger, evalueringer og kommunikasjon på lik linje med enhetene i prosjektet. Innspillene gjennom hele prosjektprosessen har vært svært verdifulle og verdsatt av alle. Brukerrepresentantene har også for egen del uttrykt tilfredshet med arbeidet.

6 Konklusjon og anbefalinger

Modellen som her er utprøvd, er et alternativ til de kvalitets/sertifiseringsmodeller som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan (6). Vi mener det er grunnlag for å anbefale en videreføring av arbeidet. Denne måten å arbeide med standardisering på, synes å være i tråd med de nye signalene fra Danmark som har forlatt den strenge sertifiseringsmodellen, jfr. ovenstående omtale.

Et nytt prosjekt bør etter vår oppfatning (vurdere å) inkludere følgende momenter:

- En prosjektgruppe som sikrer representativitet og klinisk mangfold
- Utarbeidelse av (tilnærmet) full standard, dvs. som inkluderer alle de vesentlige kliniske områder
- Bruke den samme engelske modellen som utgangspunkt for arbeidet (se pkt.2.3)
- Vurdere etablering av en prosedyrebank knyttet opp mot standardelementer (for bruk internt i nettverket)
- Opplæring for å oppnå de mål som standardene setter, hvor klinisk/medisinsk simulering benyttes som treningsform (19) der dette i særlig grad vil heve opplæringskvaliteten
- Integrere registreringsstandarder av pålitelige data om tvang
- Vurdere mulighetene for å videreføre prosjektets erfaringer inn i permanent drift

Utover disse direkte faglige og praktiske prosjektmomentene anbefaler vi kommunikasjon med beslutningstakere på politisk og administrativt nivå. For å sikre en eventuell videreføring over i driftsfasen anbefaler vi tett kontakt med de regionale helseforetakene vedrørende de regionale utviklingsplanene, slik at videreføring i driftsfase kan nedfelles i helseforetakenes utviklingsplaner. Det anbefales også å følge tilsvarende kvalitetsutviklingsarbeid i andre land.

7 Litteratur og referanser

- 1) Sundvollen-plattformen – politisk plattform for en regjering som utgår fra Høyre og Fremskrittspartiet. (16.10.2013): <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/>
- 2) St.Meld. 11 (2014-2015). Kvalitet og pasientsikkerhet, HOD (12.12.2014). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/sec1>
- 3) Meld. St.11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), HOD (20.11.2015) <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- 4) Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter. Arbeids- og sosialdepartementet 1996 (endret 5.12.2014). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>
- 5) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Helse og omsorgsdepartementet (28.10.2016): <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- 6) Ledelse og kvalitetsforbedring. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (13.06.2017): <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>
- 7) ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten IS-1162.Helsedirektoratet, (1.9.2005): <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- 8) NS-EN-ISO 9004-2009 Styring for vedvarende framgang i en organisasjon. Kvalitetsstyring som metode <https://www.standard.no/no/Abonnement/Standarder>
- 9) Prosjekt Norge – Institutt for produksjons- og kvalitetsteknikk, NTNU: Benchmarking Norge. <http://www.prosjektnorge.no/index.php?pageId=629>
- 10) CCQI: College Centre for Quality Improvement, Royal Collage of Psychiatrists, UK (2017): <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement.aspx>
- 11) Royal College of Psychiatrists - CCQI Projects (2017): <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/ccqipprojects.aspx>
- 12) Folkehelseinstituttet (20.8.2015): Modell for kvalitetsforbedring. <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- 13) Royal College of Psychiatrists - Inpatient CAMHS process (2017): <http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/ccqipprojects/childandadolescent/inpatientcamhsqnic/jointhenetwork.aspx>
- 13a) IKAS: Introduction to DDKM (24.4.2017): <http://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/ddkm-in-english/introduction-to-ddkm/>
- 14) Sundheds- og Ældreministeriet: Nationale mål for sundhedsvæsenet (29.04.2016): <http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer%20i%20pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx>
- 15) Institute for Healthcare Improvement/ Collaboratives. <http://www.ihl.org/Engage/collaboratives/Pages/default.aspx>
- 16) Danske regioner - Mette Ide Davidsen: Velkommen til et nyt kvalitetsprogram (19.5.2016) <http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjqk9yu047VAhVCP5oKHd2uDXsQFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ssi.dk%2F~%2Fmedia%2FIndhold%2FDK%2520-%2520dansk%2FSmitteberedskab%2FInfektionshygiejne%2FFaglig%2520Forum%2F2016%2FMette%2520Ide%2520-%2520Velkommen%2Ftil%2Fet%2Fnyt%2Fkvalitetsprogram%2F19.5.2016>

[2520Davidsen%2520%2520-
%2520kvalitetsprogram_180516%2520Fagligt%2520forum%2520MID%2520og%2520MBS.ashx&usg=AFQjCNF
HDlv_2norpx8-P74d47P78lhCiA](#)

17) Wilkinson, Simon R.: Årsrapport 2016 Kvalitet ved institusjonsbehandling i psykisk helsevern (KvIP). Akutteneheter/-team – Barn og unge (KvIP:B). Akershus universitetssykehus, FoU-avdelingen Psykisk helsevern, Seksjon for fagutvikling og Akuttnettverket. (8.12.2016) (www.akuttnettverket.no)

18) Ledelsessystemer for kvalitetskrav (ISO 9001:2015)
<https://www.standard.no/no/Abonnement/Standarder>

19) Axel Sinding, 2017: Bruk av medisinsk og klinisk simulering i akuttpsykiatrien i Norge.
(www.akuttnettverket.no)

8 Vedleggsoversikt med forklaringer

Følgende vedlegg er tatt med på de neste sidene i denne rekkefølge:

8.1 Standard versjon 1 og 2

Vedlegget inneholder tabell med standardens enkeltelementer. Versjon 1 ble benyttet i evalueringene, og versjon 2 er revidert versjon.

8.2 Anonymiserte resultater fra kollegaevaluering

- Vedlegget inneholder standardens versjon 1 (kolonne B)
- De enkelte enhetenes scoringer (kolonne C-F)
- Grafisk markering av hvilke elementer hvor enhetene har helt innfridd standard (kolonne G)
- Grafisk markering av hvilke elementer hvor enhetene har helt eller delvis innfridd standard (kolonne H)
- Grafisk markering av hvilke elementer hvor en eller flere enheter ikke har innfridd standard (kolonne I)
- Summering av antall svar (kolonne L-P)

Fordi denne tabellen er stor, må det brukes zoom-funksjon for leselig tekst.

8.3 Eksempel på rapport, anonymisert

Rapport fra en av kollegaevalueringene, hvor enkelte felt er sladdet av anonymiseringsgrunner.

8.4 Arbeidsdokument - revisjon av standard

- Arbeidsdokumentet viser versjon 1 av standard i kolonne B.
- Kolonne C-H beskriver hvilke grupper som har hatt ansvar for reformulering av de enkelte standardelementene i prosessen fram til utkast for revidert versjon
- Kolonne I viser første forslag til revidert standard, som ble sendt ut på høring
- Kolonne J-L inneholder tilbakemelding fra enhetene på revisjonsforslaget
- Kolonne M inneholder merknader gjort under siste fase av revisjonsarbeidet før fellesmøte
- Kolonne N viser utkast til versjon 2 før det gjøres en beslutning på formulering
- Kolonne O viser prioriteringen i revisjonsmøtet (rød markering indikerer stor dissens og hadde høy prioritet, grønn stor grad av enighet, ble vurdert til slutt
- Kolonne P viser godkjent versjon 2

Fordi denne tabellen er stor, må det brukes zoom-funksjon for leselig tekst.

Vedlegg 9.1: Standard versjon 1 og 2

	Versjon 1	Versjon 2
1.1	Håndtering av henvisning som skal arkiveres i journal er beskrevet i kvalitetssystemet.	Det er beskrevet hvordan henvisning skal arkiveres i journal.
1.2	Den informasjon som gis muntlig til pasient ligger tilgjengelig i kvalitetssystemet, og skriftlig versjon som deles ut til pasient foreligger også.	Den informasjon som gis muntlig til pasient ligger tilgjengelig i kvalitetssystemet, og skriftlig versjon som deles ut til pasient foreligger også.
1.3	Det er samsvar mellom eventuell beskrivelse av tvungen observasjon/behandling i kvalitetsdokumenter og lov/forskrift.	Innleggelse under tvungen psykisk helsevern skal samsvare med beskrivelse i kvalitetsdokumenter og lover/forskrifter.
1.4.1	Det foreligger rutiner for informasjon om pasientrettigheter, eventuell bruk av tvungen observasjon/behandling, samtale med faglig ansvarlig innen 24 timer og om kontrollkomisjonens funksjon/hvordan formidle en klage til denne.	Det foreligger rutiner for informasjon om pasientrettigheter.
1.4.2		Det foreligger rutiner for informasjon til pasienter om eventuell bruk av tvungen observasjon/behandling.
1.4.3		Det foreligger rutiner for informasjon til pasienter om samtale med faglig ansvarlig innen 24 timer ved tvungen observasjon/behandling.
1.4.4		Det foreligger rutiner for informasjon til pasienter om kontrollkomisjonens funksjon og hvordan formidle en klage til denne.
1.4.5		Det foreligger rutiner for hvordan personalet kan bistå med/formidle pasientens ev. klage til Kontrollkomisjonen.
1.5.1	Det er beskrevet hvordan man sikrer at opplysninger om nærmeste pårørende er oppdatert, og at pasientens ønske om informasjon/tilbakehold av informasjon er dokumentert.	Det er beskrevet hvordan man sikrer at informasjon om nærmeste pårørende til enhver tid er oppdatert, og at pasientens ønske om informasjon/tilbakehold av informasjon er dokumentert.
1.5.2		Det skal foreligge skriftlig informasjon som skal utleveres til pasientens nærmeste pårørende, dersom pasienten samtykker.
1.6	Det foreligger en beskrivelse om hvordan gi et minimum av	For å hindre etterlysning/leteaksjon foreligger det en rutine på å gi et

	informasjon kan gis for å hindre etterlysning/leteaksjoner om pasienten motsetter seg at pårørende blir informert.	minimum av informasjon til pårørende.
1.7.1	Personalets plikt til ivaretagelse av barn som pårørende (i henhold til IS-5/2010, Barn som pårørende) er beskrevet, inkludert kartleggingsrutiner i første fase av pasientforløpet.	Personalet skal foreta kartlegging av barn som pårørende utifra en beskrivelse som ligger i kvalitetsdokumentene.
1.7.2		Personalet skal ivareta barn som pårørende i forhold til rutiner som er beskrevet i kvalitetsdokumentet og lover/forskrifter.
1.8	Beskrivelse av hva somatisk undersøkelse skal inneholde foreligger.	Det foreligger en beskrivelse av somatisk undersøkelse ved innkomst.
1.9	Det finnes en beskrivelse på standard analysesett, samt tilleggsanalyser for alder/mest vanlig tilleggsproblematikk.	Det foreligger en beskrivelse av standard blodprøvetaking ved innkomst.
1.10	Det foreligger beskrivelse for selvmordsrisikovurdering.	Det foreligger beskrivelse for selvmordsrisikovurdering i henhold til Nasjonale Retningslinjer.
1.11	Det foreligger beskrivelse for journalrevisjon vedrørende dokumentasjon av selvmordsrisiko.	Det foreligger beskrivelse for journalrevisjon vedrørende dokumentasjon av selvmordsrisiko.
1.12	Det foreligger beskrivelse for vurdering av voldsrisiko.	Det foreligger beskrivelse for vurdering av voldsrisiko.
1.12.3		Det er beskrevet hvordan journalrevisjon av voldsrisikovurdering skal gjennomføres.
1.13	Det foreligger beskrivelse av kartlegging rusmiddelinntak.	Det foreligger beskrivelse av kartlegging rusmiddelinntak.
1.14	De forskjellige grader av oppfølging av pasient (tilsynsintervaller) er beskrevet.	Tilsynsstatus basert på risikovurdering er beskrevet.
1.15	Grad av oppfølging bestemmes før pasienten forlater mottaksområdet	Oppfølging av pasienten bestemmes, dokumenteres og blir gjort kjent for personale
1.16	Det er beskrevet hvordan man sikrer kompetanse for riktig GAF-score	Opplæring for bruk av GAF er beskrevet.
1.17	Det er beskrevet at man individuelt vurderer behovet for gjennomgang av pasientens eiendeler med tanke på risiko for at farlige gjenstander, medikamenter eller rusmidler. Frivillighet ved gjennomgang dokumenteres.	Rutine for gjennomgang av pasientens eiendeler er beskrevet.
1.18	Det foreligger en mal for beskrivelse av pasientens egne ønsker vedrørende behandling, slik at tidligere dokumentasjon enkelt kan hentes fram.	Pasientens ønsker om og medvirkning i egen behandling framkommer i behandlingsplanen. Dette skal hentes fram og vurderes ved eventuell ny innleggelse.
1.19	Pasientens ønsker vedrørende medvirkning i egen behandling blir	Slettet.

	dokumentert.	
1.20	Det er rutine at pårørende kontaktes av faglig ansvarlig før vedtak/ikke-vedtak tvungen observasjon/behandling, om pårørende er tilgjengelige	Det foreligger rutine på at faglig ansvarlig kontakter pårørende om vedtak/ikke-vedtak på tvungen observasjon/behandling.
1.21	Beskrivelse som sikrer vedtak innen 24 timer etter adkomst og dokumentasjon av dette foreligger.	Slettet.
1.22	Det er en beskrivelse for bruk av tolk knyttet til gjennomføring av mottakssamtale og eventuell vedtakssamtale om pasienten har begrenset kommunikasjonsmulighet på norsk.	Det foreligger beskrivelse for bruk av tolk.
1.23	Det foreligger mulighet for annen kost enn normal kost på medisinsk eller annet grunnlag, og dette kartlegges rutinemessig i mottak.	Det foreligger mulighet for annen kost enn normal kost på medisinsk eller annet grunnlag, og dette kartlegges rutinemessig i mottak.
1.24	Beskrivelse på hvordan markere reinnleggelse i journalsystem foreligger.	Beskrivelse på hvordan markere reinnleggelse i journalsystem foreligger.
1.25	Det foreligger en beskrivelse på hvordan man sender melding til kommunale tjenester og til tjenester på DPS-nivå.	Slettet.
1.26.1	Om kriseplan er fulgt vurderes rutinemessig, og behov for kriseplan er vurdert om pasienten ikke har dette.	Det foreligger beskrivelse for etablering og bruk av kriseplan.
1.26.2		Det blir kartlagt om pasienten har en individuell plan (IP).
1.27	Det foreligger en beskrivelse for å sikre at pasienten reinformeres om de viktigste elementene knyttet til innleggelsen innenfor 24 timer.	Pasienten skal kort tid etter innleggelse ha en samtale der han reinformeres om de viktigste elementene i forhold til innleggelsen.
1.28	Det er beskrevet hvordan man skal sikre at man har korrekte opplysninger om pasientens faste legemidler når legemidler ordineres.	Det foreligger rutine for innhenting av opplysninger om pasientens faste legemidler.
1.29	Egen beskrivelse sikrer rask melding til kommunale tjenester (PLO).	Det foreligger en beskrivelse for melding til kommunale tjenester (PLO).
1.30	Tverrfaglig psykiatrisk behandlingsplan etableres og startes opp innen første behandlingsdøgn.	Tverrfaglig behandlingsplan etableres og iverksettes innen første behandlingsdøgn.
1.31	Enhetens pasientforløp de 24 første timer er beskrevet i kvalitetssystemet.	Enhetens pasientforløp de 24 første timer er beskrevet i kvalitetssystemet.
1.32	Kritiske faser i pasientforløpet blir målt og vurdert mot de krav behov som er beskrevet	Slettet.

2.1	Det foreligger system og rutiner for alarm knyttet til overfall og kritiske situasjoner.	Det foreligger system og rutiner for alarm knyttet til overfall og kritiske situasjoner.
2.1.3		Mekaniske tvangsmidler oppbevares slik at det ikke er synlig for pasienter.
2.2.1	Det gjøres årlig en gjennomgang av det fysiske miljøet i enheten med tanke på sikkerhet.	Det gjennomføres årlig HMS-runde.
2.2.2		Det gjennomføres årlig sikkerhetsrunde av avdelingen, med henblikk på suisialitetsforebygging ihht. Nasjonale Retningslinjer for Selvmordsforebygging.
2.3	Funn fra årlig gjennomgang dokumenteres i handlingsplan med ansvarsfordeling, tidsfrister og validering av korrigerende tiltak.	Det foreligger handlingsplan på bakgrunn av årlig hms-runde.
2.4	Enheten har et avvikssystem som sikrer oppfølging av enkeltavvik, hvor man kan hente ut data knyttet til definerte avvksområder og analysere utvikling og trender.	Avvikssystemet benyttes for å hente ut genererte data, for å identifisere de viktigste risikoområdene og forbedringsområdene i enhetene.
2.5	Det foreligger gode veiledninger for bruk av avvikssystemet benyttes, og medarbeidere får tilstrekkelig opplæring til å kunne benytte systemet.	Ivaretas av 3.11.
2.6	Det gjøres regelmessig en gjennomgang av om meldte avvik står i forhold til hendelser i enheten, og intervaller er beskrevet i kvalitetssystemet.	Slettet.
2.7	Det er et rimelig samsvar mellom registrerte avvik og de reelle utfordringer enheten har vedrørende pasient- og personalsikkerhet.	Slettet.
2.8	Enheten prioriterer tid for at medarbeidere skal kunne melde avvik, og dette er beskrevet i kvalitetssystemet.	Slettet
2.9	Enheten har regelmessige møter hvor avvik og sikkerhetsaspekter løftes. Møtene har en fast struktur (beskrevet), slik at det gjøres et systematisk arbeid med avvik, korrigerende og forebyggende tiltak.	Slettet.
2.10	Det foreligger rutiner/prosedyrer for oppfølging av pasienter og medarbeidere etter alvorlige hendelser.	Det foreligger prosedyrer for oppfølging av pasienter og medarbeidere etter alvorlige hendelser.
2.11	Det er beskrevet hvor/hvordan oppfølging av medarbeidere skal	Slettet.

	dokumenteres.	
2.12.1	Det foreligger en beskrivelse av oppfølging av pasienter med forhøyet selvmordsrisiko.	Slettet.
3.1.1	Enheten har en beskrivelse av behandlingsprofil/ideologi, pasientforløp, og ulike funksjoner/roller.	Enheten har en beskrivelse av behandlingen som tilbys.
3.1.2	Det foreligger en beskrivelse av pasientforløp (prosess) og organisasjonskart.	Det foreligger beskrivelse av pasientforløp, samt organisasjonskart.
3.3	Nye medarbeidere får utdelt en samling sentrale dokumenter som gir en oversikt over den viktigste informasjon man må kjenne til som ny medarbeider.	Slettet, ivaretatt av 3.1.2, og 3.4.1.
3.4.1	Medarbeider følger beskrevet opplæringsprogram og følges opp av en definert medarbeider i opplæringsperioden.	Det foreligger opplæringsprogram for nye medarbeidere.
3.5	Det foreligger en sjekklister for elementene i opplæringsprogrammet som dokumenterer hva ny medarbeider har	
3.6	Medarbeider får opplæring i forhold til sitt ansvarsområde/rolle/kompetanseområde.	
3.7.1	Ansvarsområde/rolle og beskrevet kompetanse er dokumentert i egnet personalsystem.	Stillingsbeskrivelser er beskrevet.
3.7.2		Ansvarsområder/roller er beskrevet
3.8	Miljøpersonell får opplæring i kartlegging, observasjon, vurdering og behandlingstiltak for selvmordsrisiko i henhold til prosedyre.	Slettet.
3.9	Lege, psykolog og eventuelt annet definert personell får opplæring i kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko, og gis ansvar for å iverksette behandlingstiltak ved moderat/høy risiko.	Det foreligger opplæringsprosedyre for selvmordsrisikovurdering og identifisering av risikofaktorer for selvmord.
3.10	Medarbeider får opplæring i risikovurdering og terapeutisk håndtering i utageringssituasjoner, samt teknikker for deeskalering.	Medarbeider får opplæring i risikovurdering, teknikker for deeskalering og håndtering av utageringssituasjoner.
3.11	Medarbeider får opplæring i rutiner for å melde avvik, og skal kunne benytte enhetens avvikssystem. Opplæringen innebærer også identifikasjon av risikofaktorer i avvikssituasjoner.	Det foreligger beskrivelse av hvordan avvikssystemet benyttes, og hvordan medarbeidere får tilstrekkelig opplæring.
3.12	Medarbeidere får grunnleggende opplæring i enhetens arbeid med	Medarbeidere får grunnleggende opplæring i enhetens arbeid med

	helse, miljøvern, arbeidsmiljø, sikkerhet og trygghet, slik skader kan minimeres og et godt arbeidsmiljø opprettholdes.	helse, miljøvern, arbeidsmiljø og sikkerhet.
3.13	Medarbeider kan kontakte en overordnet kollega ved behov 24/7, hvem og hvordan kontakte er beskrevet i enhetens kvalitetssystem eller annet egnet system	Slettet.
3.14	Kontaktinformasjon for ledelse som ikke er fysisk til stede 24/7 er lett tilgjengelig for medarbeidere.	Kontaktinformasjon for ledelse er lett tilgjengelig for medarbeidere.
3.15	Medarbeidere har tilgang til individuell veiledning ved behov, og systematisk og regelmessig veiledning/støtte for å kunne snakke om ulike utfordringer i det kliniske arbeidet.	Medarbeidere har tilgang til individuell veiledning ved behov, og systematisk og regelmessig veiledning/støtte for å kunne snakke om ulike utfordringer i det kliniske arbeidet.
3.16	Medarbeideres tilfredshet måles med faste intervaller med tanke på støtte og veiledning ved hjelp av medarbeiderundersøkelser.	Det gjennomføres medarbeiderundersøkelser med faste intervaller, og funn fra undersøkelsen blir brukt i forbedringsarbeid.
4.1	Det er utarbeidet en modell for å beregne optimal beleggsprosent.	Slettet.
4.2	Beleggsprosent monitoreres og registreres ved bruk av modellen, og terskelverdier for kritisk nivå er definert.	Beleggsprosent monitoreres og registreres, og terskelverdier for kritisk nivå er definert.
4.3	Det finnes en beskrivelse av forum for drøfting av pasientflyt. Det kan være daglige møter for rapportering av belegg og forventet utskrivning/overflytting, vaktoverlapping på tvers av enheter, enhetsovergripende møter for å sikre effektiv utnyttelse av plasser og/eller behandlingsmøter for å holde fokus på effektiv behandling internt.	Det er etablert et forum for drøfting av pasientflyt.
4.4.1	Det er beskrevet hvilke tiltak man utfører når belegget er for høyt.	Slettet.

9.2 Anonymiserte resultater fra kollegaevaluering

Anonymiserte resultater fra kollegaevaluering																					
Vurder tjenesten eller følgende tjenester. Sett en i kolonne C "Erstestest rating" kollegaevalueringsskjema side 2-Mat, 3-Døvs mat, 5-uke mat, 7-uke mat, 8-uke mat, ved døvs eller ved behov, berørt kompetanse																					
nr	Vurder tjenesten eller følgende tjenester. Sett en i kolonne C "Erstestest rating" kollegaevalueringsskjema side 2-Mat, 3-Døvs mat, 5-uke mat, 7-uke mat, 8-uke mat, ved døvs eller ved behov, berørt kompetanse	Enhet 1		Enhet 2		Enhet 3		Enhet 4		2 på alt		3/2 på alt		Treff på 0		En eller flere enheter vet ikke/kve aktuelt					
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P				
Kolonne	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Antall elementer	Redde svar	Mitt møtt			
1.2	Håndtering av henvisning som skal arkiveres i journal er beskrevet i kvalitetssystemet.	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.3	Den informasjon som gis munnlig til pasient følger tilgjengelig i kvalitetssystemet, og skriftlig versjon som deles ut til pasient foreligger også	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.4	Det er samsvær mellom eventuelt beskrivelse av tungen observasjon/behandling i kvalitetsdokumenter og i utførelse	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.5	Det foreligger rutiner for informasjon om pasientrettigheter, eventuelt bruk av tungen observasjon/behandling, samtale med faglig ansvarlig innen 24 timer og om kontrollkomisjonens funksjon/hvordan formidde en klage til pasient	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.6	Det er beskrevet hvordan man sikrer at opplysning om nærreste pårørende er oppdatert, og at pasientens ønske om informasjon/behov om informasjon er dokumentert	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.7	Det foreligger en beskrivelse om hvordan gi et inntrykk av informasjon kan gis for å hindre utenforstående/pasienter om pasientens rettigheter og at pårørende blir informert	0	2	1	0	0										1	4	1 1 2			
1.8	Personer pålitelig i kontakt med barn som pårørende til E-2/2020, barn som pårørende er i berøring, inkludert kartlegging/utløst i første fase av pasientforløpet	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.9	Det finnes en beskrivelse på standard avskrift, samt tilleggsutstyr for ålder/mest vanlig tilleggsinformasjon	2	2	1	2	2										1	4	3 1			
1.10	Det foreligger beskrivelse for selvmonitoringsvurdering	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.11	Det foreligger beskrivelse for journalrevisjon vedrørende dokumentasjon av selvmordsrisiko	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.12	Det foreligger beskrivelse for vurdering av selvmordsrisiko	2	2	2	1	2										1	4	3 1			
1.13	Det foreligger beskrivelse av kartlegging i samarbeidsnett	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.14	Det foreligger rutiner for oppfølging av pasient i tilstandsregisteret er beskrevet	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.15	Ende av oppfølging dokumenteres for pasient i tilstandsregisteret	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.16	Det er beskrevet hvordan man sikrer kompetanse for riktig GAF-score	2	1	1	0	0										1	4	1 2 1			
1.17	Det er beskrevet at man individuelt vurderer behovet for gjennomgang av pasientens eksisterende med ruske på risiko for at faglig kompetanse, medikamenter eller rusmiddel. Frivillighet ved gjennomgang dokumenteres	1	2	2	2	2										1	4	3 1 1			
1.18	Det foreligger en mal for beskrivelse av pasientens egne ønsker vedrørende behandling, slik at tidligere dokumentasjon enkelt kan hentes fram	2	1	1	0	0										1	4	1 2 1			
1.19	Pasientens ønsker vedrørende medisinering i egen behandling blir dokumentert	2	2	2	1	2										1	4	3 1 1			
1.20	Det er en rutine for pårørende kontaktet av faglig ansvarlig for vedtak/ikke vedtak i tungen observasjon/behandling, og pårørende er tilgjengelig	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.21	Beskrivelse som sikrer medisin innen 24 timer etter admittert og dokumentasjon av dette foreligger	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.22	Det er en beskrivelse for bruk av trykktlytt til gjennomføring av mottaksamtale og eventuelt vedtaksamtale om pasienten har begrenset kommunikasjonsmulighet på norsk	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.23	Det foreligger mulighet for årene kodet etter normert på medisin og annet grunnleggende, og dette kartlegges rutinemessig i medtek	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.24	Beskrivelse på hvordan man sikrer innleggelse i journalsystem foreligger	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.25	Det foreligger en beskrivelse på hvordan man sender melding til kommunale tjenester og til tjenester på DPS-nivå	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.26	Om kiroprakt er faglig vurderes rutinemessig, og behov for kiroprakt er vurdert om pasienten ikke har dette	1	2	1	1	1										1	4	1 3			
1.27	Det foreligger en beskrivelse for å sikre at pasienten informeres om de viktigste elementene knyttet til innleggelsen innenfor 24 timer	0	2	1	2	2										1	4	2 1 1			
1.28	Det er beskrevet hvordan man sikrer at man har korrekte opplysninger om pasientens faste legemidler når legemidler ordineres	2	1	2	0	0										1	4	2 1 1			
1.29	Faste legemidler sikrer rask melding til kommunale tjenester (PLD)	2	2	2	2	2										1	4	4			
1.30	Fortløpende opplysning om oppfølging av pasientens eksisterende med ruske oppføres i tungen observasjon/behandling	1	2	0	1	1										1	4	2 1 1			
1.31	Kritiske faser i pasientforløpet blir målt og vurdert mot de krav behov som er beskrevet	0	2	2	1	1										1	4	2 1 1			
Sum Faste 24 timer etter at samtale eller ankomst																32	48	100	12	1	0
Oppfølging av pasientforløp																					
2.1	Det foreligger system og rutiner for å sikre korrekthet til overfart og kritiske situasjoner	2	2	2	2	2										1	4	4			
2.2	Det gøres saks og gjennomgang av det fysiske miljøet i henhold med tette på sikkerhet	2	2	2	2	2										1	4	4			
2.3	Fam Tra-IRIS gjennomgang dokumenteres i handlingssplan med ansvarfordeling, tidstidstid og vurdering av beredningsplan	2	2	2	2	2										1	4	4			
2.4	Enheten har et avvisningsystem som sikrer oppfølging av enkeltavvik, hvor man kan hente ut data knyttet til definerte avvisningsdager og endringer av rutiner	2	2	2	2	2										1	4	4			
2.5	Det foreligger gode verktøyer for bruk av avvisningsystem benyttes, og medarbeidere får tilstrekkelig opplæring til kunne benytte systemet	2	2	2	2	2										1	4	4			
2.6	Det gøres rutinemessig en gjennomgang av om meldte avvik står i forhold til hendelser i enheten, og intervallet er beskrevet i kvalitetssystemet	2	2	0	2	2										1	4	3 1			
2.7	Det er et rutine samsvær mellom registrerte avvik og de reelle utfordringer enheten har vedrørende pasient- og personalkontakter	2	2	2	1	1										1	4	2 2			
2.8	Enheten prioriterer tid for at medarbeidere skal kunne melde avvik, og dette er beskrevet i kvalitetssystemet	2	2	2	2	2										1	4	4			
2.9	Enheten har rutinemessige møter hvor avvik og sikkerhetspakker løses. Møtene har en fast struktur (beskrivet), slik at det gjøres et systematisk arbeid med avvik, korrigerende og forebyggende tiltak	2	2	1	2	2										1	4	3 1			
2.10	Det foreligger rutiner/prosedyrer for oppfølging av pasienter og medarbeidere etter alvorlige hendelser	2	2	2	2	2										1	4	4			
2.11	Det er beskrevet hvor/hvordan oppfølging av medarbeidere skal dokumenteres	2	2	2	1	2										1	4	3 1			
2.12	Det foreligger en beskrivelse av oppfølging av pasienter med forhøyet selvmordsrisiko	2	2	2	2	2										1	4	4			
Sum Pasient- og personalkontakter																32	48	42	5	1	0
Oppfølging av samarbeidspartnere																					
3.1	Enheten har en beskrivelse av behandlingsproff/ideologi, pasientforløp, og ulike funksjoner/roller	2	2	2	1	1										1	4	3 1			
3.2	Det foreligger en beskrivelse av pasientforløp (prosess) og organisasjonskart	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.3	Hva medarbeidere får med seg i samling sentrale dokumenter som gir en oversikt over den viktigste informasjon man må kjenne til om ny medarbeider	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.4	Medarbeider følger beskrevet opplæringsprogram og følger opp av en definert medarbeider i opplæringsperioden	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.5	Det foreligger en sjekkliste for elementene i opplæringsprogrammet som dokumenterer hva ny medarbeider har gjennomgått	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.6	Medarbeider får opplæring i forhold til sitt ansvar/rolle/funksjonsområde	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.7	Ansvaret mellom ulike og berørt kompetanse og dokumentert i et klart ansvarskart	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.8	Miljøpersonell får opplæring i kartlegging, observasjon, vurdering og beredningsplan for selvmordsrisiko i henhold til prosedyrer	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.9	Ansvar, prosedyrer og eventuelt annet definert personale får opplæring i kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko, og gis ansvaret for å ivareta behandlingsstilt ved moderat/høy risiko	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.10	Medarbeider får opplæring i risikoavbedring og terapeutisk håndtering i utageringsoppgaver, samt teknikker for deaktivering	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.11	Medarbeider får opplæring i rutiner for å melde avvik, og skal kunne benytte enhetens avvisnings-system. Opplæringsoppgaver også skrevet i pasientforløp i samarbeidsnett	2	2	1	2	2										1	4	2 2			
3.12	Medarbeider får grunnleggende opplæring i henhold med tette på sikkerhet, miljøvern, arbeidsmiljø, sikkerhet og trygghet, slik skader kan minimeres og er godt arbeidsmiljø opprettholdes	2	2	1	2	2										1	4	3 1			
3.13	Medarbeider kan kontakte en overordnet helseag ved behov 24/7, hvem og hvordan kontakte er beskrevet i enhetens kvalitetssystem eller annet slikt system	1	2	2	2	2										1	4	3 1			
3.14	Kontaktinformasjon for bedrift som ikke er fysisk til stede 24/7 er sett tilgjengelig for medarbeidere	2	2	2	2	2										1	4	4			
3.15	Medarbeider har tilgang til individuelt veiledning ved behov, og systematisk og rutinemessig veiledning/støtte for kunne snakke om ulike utfordringer i det fysiske miljøet	2	2	1	2	2										1	4	3 1			
3.16	Medarbeiderens tilfredshet måles med faste intervaller med tanke på støtte og veiledning ved hjelp av medarbeiderundersøkelser	2	2	2	2	2										1	4	4			
Sum Opplæring av nye medarbeidere																36	64	58	6	0	0
Personellforbruk																					
4.1	Det er etablert en mal for å beregne optimal belagsprosent	1	0	0	0	0										1	4	1 1 1			
4.2	Belagsprosent monitoreres og registreres ved bruk av modellen, og tilsvarende for kritisk vedt er definert	1	0	1	0	0										1	4	2 2			
4.3	Det finnes en beskrivelse av forum for drøfting av pasientflytt. Det kan være daglige møter for rapportering av behov og forventet utskrivning/overflytting, vaktoverlapping på tvers av enheter, erthelsovergrepene møter for å sikre utførelse utstyrt av pasienter og/eller behandlingstiltak for å holde fokus på effektiv behandling	2	2	2	2	2										1	4	4			
4.4	Det er beskrevet hvilke tiltak man utfører når belaget er for høyt	2	2	1	0	0										1	4	2 1 1 1			
Sum Personellforbruk																6	16	6	4	1	0
Sum alle tema																64	256	206	32	16	0

Vedlegg 9.3 Eksempel på rapport, anonymisert

Rapport fra kollegaevaluering

Evaluering av: [Redacted]

Tid: 14.10.2016

Besøkende enhet: [Redacted]

Innledning:

Kollegaevaluering er et av elementene som inngår i pilotprosjektet «Utvikling av kvalitetsstandard psykisk helsevern voksne og utprøvning av modell for kvalitetsutvikling i kvalitetsnettverk» i regi av Akuttnettverket.

Kollegaevaluering gjennomføres ved at besøkende enhet gjennomgår standardens elementer med enheten som blir besøkt, og man scorer enheten som besøkes ved å gjennomgå utarbeidet evalueringsskjema. Enheten som besøkes har tidligere hatt en egevaluering, hvor elementene i standard er gjennomgått, og man har scoret seg selv. Egevaluering er hovedsakelig utført av enhetens ledelse, ved tvil har man trukket inn relevant personell for å få en korrekt evaluering.

Kontekst:

[Redacted]

[Redacted]

Styrker:

[Redacted]

Utfordringer:

[Redacted]



Besøkende enhets erfaringer:

Vi ble godt tatt i mot, og kollegaevaleringen ble gjennomført i en hyggelig atmosfære. Temaene som kom opp var nyttige også for besøkende enhet, og vi er glad for at akuttpsykiatrisk seksjon villig har delt sine interne dokumenter med oss, slik at vi har noe å arbeide videre med i eget kvalitetsarbeid.

Andre kommentarer:

Oppsummering:

Enheten tilfredsstillende de fleste kravene i standard, og er inne i en spennende fase både med hensyn til organisering av egen og samarbeidende enheters virksomhet. Enheten arbeider også med flere spennende prosjekter innenfor kvalitetsutvikling, fagutvikling og forskning. Besøkende enhet har noen kommentarer til skjemaet. Det vi har merket oss som særlig positivt er lagt i grønne felt, og forbedringsområder er markert i blått (se under).

Kommentarer til standardelementer (se skjema):

Kommentarene kommer kronologisk i forhold til standardelementene

1.4	Det arbeides med rutiner som skal sikre at faglig ansvarlig har samtale med pasient innen 24t også hvis pasienten er frivillig innlagt.
1.6	Seksjonen mener dette skjer sjelden, og det blir godt ivaretatt når aktuelt. Man mener bruk av skjønn i den enkelte situasjon er tilstrekkelig.
1.12	Seksjonen gjør et stort forskningsarbeid på voldsrisko-området med blant annet voldsriskoprojektet.
1.16	Det legges merke til at man tar hele gruppen som scorer GAF ut av klinikk to ganger i året for kalibrering av GAF-score.
1.17	Prosedyre var ikke oppdatert etter endring i lovverk, ny prosedyre ligger til godkjenning.
1.26	Bruk av kriseplan er forskjellig i enhetene. Noen enheter har kriseplan for alle pasienter, andre enheter har kriseplan ved forhøyet selvmordsfare eller etter individuell vurdering.
1.27	Man erkjenner behovet for reinformasjon, og dette gjøres mye, men det er ingen systematikk i informasjonsarbeidet etter mottak.
1.30	Bruk av både sykepleiefaglig plan, og tverrfaglig behandlingsplan som opprettes av behandler ble lagt merke til som svært positivt.
1.31	Det er en delvis beskrivelse av pasientforløp de første 24t, men noen områder mangler beskrivelse.
1.32	Enheten hadde ikke identifisert områder hvor risiko for feil er stor og iverksatt tiltak og målinger knyttet til dette.
3.1	Beskrivelse bør oppdateres.
3.13	Det bør være beskrevet at/hvordan medarbeidere kan kontakte overordnet kollega 24/7.
4.1	Det er svært positivt at man arbeider med modell for å beregne optimal beleggprosent.

*Blå felt = forbedringsområder
Grønne felt = Særlig positive elementer, ros*

