

Vurder tjenestene etter følgende kriterier: Sett inn i kolonne D "Enhetens skåre" slik: 2=Møtt, 1=Delvis møtt, 0=0, 7=Vet ikke, 8=Ikke aktuelt															
1		Miljø og fasiliteter													
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder miljø og fasiliteter fremover?													
1.1	Nivå	Hensiktsmessige lokaler	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
1.1.1	1	Inngangen er tydelig merket - det er lett å finne frem						Nivå 1	32	0	0	0	0	0	0
1.1.2	1	Det er mulig å kjøre helt frem til inngangen i en akutt situasjon		LOV-1999-07-02-61 §2.2.				Nivå 2	12	0	0	0	0	0	0
1.1.3	2	Det er lett å komme til enheten med offentlig kommunikasjon eller bil						Nivå 3	2	0	0	0	0	0	0
1.1.4	1	Enheten oppfylder forsvarlige hygienestandarder		FOR-1996-07-05-699, §1-1-§1-2, §2-1- §2-3				Total	46	0	0	0	0	0	
1.1.5	2	Ansatte med behandlingsoppgaver foretar unntaksvis rengjøring													
1.1.6	2	Enheten har gode rutiner for fast vedlikehold og mulighet for rask utbedring ved behov	For eksempel. v/ hærverk												
1.1.7	1	Enheten er innredet for å ta imot barn og ungdom (Eks: bevisste fargevalg, tekstiler, møbler osv. tilpasset barn og unges behov)		FOR-2000-12-01-1217 §4											
1.1.8	2	Ansatte kan regulere ventilasjonsanlegget og oppvarmingen av enheten													
1.1.9	2	Pasienten kan styre ventilasjon/oppvarming på egne soverom													
1.1.10	2	Venterom er lett tilgjengelige for pasienter, pårørende og besøkende													
1.1.11	2	Hobbyrom med plass til alle pasientene er tilgjengelig og funksjonelt		LOV-1999-07-02-63, § 6-3											
1.1.12	1	Det er lett å ta pasientene med på utendørsaktiviteter. Også de som er underlagt tvang		FOR-2011-12-16-1258 §3 d)											
1.1.13	2	Enheten har både store og små rom passende til møter med grupper eller individer		FOR-2011-12-16-1258 §3											
1.1.14	1	Det finnes et egnet rom for måltider													
1.1.15	1	Det finnes dedikerte og egnede lokaler og utstyr for å ivareta den obligatoriske utdanningen i forhold til alder		IS-1 / 2017, kap.1 §3c), FOR-2011-12-16-1258 §3 c)											
1.1.16	1	Det finnes skjermingsrom		LOV-1999-07-02-62, § 4-3, FOR-2011-12-16-1258 §3 h) og §18											
1.1.17	1	i) med mulighet for observasjon av hele rommet		IS-1 / 2017, kap.1 §3b)											
1.1.18	1	ii) med god ventilasjon uten støy		IS-1 / 2017, kap.1 §3											
1.1.19	1	iii) med eget toalett, vask og dusj		IS-1 / 2017, kap.1 §3h)											

1.1.20	1	iv) uten risikoelementer for pasienten og ansatte	NB: nøyte gjennomgang av risiko momenter ved skjerming.- toalettlokk som kan fjernes - mulige hengningspunkter - andre gjenstander som kan skade om pasienten/ansatte faller på dem, osv.)	FOR-2011-12-16-1258 §3 f) g) h), IS 1511												
1.1.21	1	v) med system for enkel kommunikasjon med de ansatte på enheten		FOR-2011-12-16-1258 §3 f) g) h)												
1.1.22	2	vi) som er tilfredsstillende lydisolert		FOR 2011 - 12 16-1258 §3 g)												
1.1.23	3	I tillegg til skjermingsrom og pasientrom, finnes det et øremerket stille/ ikke-stimulerende område														
1.1.24	1	Minimum én pårørende har adgang til gratis mat v/ overnatting og samvær store deler av døgnet, og ellers tilgang til å kjøpe mat til samme pris som personalet.		FOR-2000-12-01-1217 § 9												
1.1.25	2	Pårørende har adgang til enkel servering som kaffe, te, vann		LOV-1999-07-02-63, §6-2, FOR-2000-12-01-1217 §6												
1.1.26	1	Enheden kan tilby overnatting for min. én pårørende for alle under 18 år		FOR-2000-12-01-1217, 2, §6, LOV-2018-06-22-76 § 4-5, LOV-1999-07-02-63, § 6-2												
1.1.27	1	Når enheten er på samme område som psykiatriske enheter for voksne, er fasiliteter fortrinnsvis separat/adskilt.		FOR-2000-12-01-1217 §3												
1.1.28	1	Lokalene har universell utforming - egner seg for alle; også funksjonshemmede		FOR-2010-03-26-489												
1.1.29	1	Lokalene legges til rette for at journalforskriftene overholdes. Ingen taushetsbelagt opplysning er synlig, journalmateriale holdes i låste arkivskap, med mer .		LOV-1999-07-02-61 §3-2, FOR-2011-12-16-1258 §3, FOR-2018-06-15-876												
1.1.30	1	Enheden har tilgang til øremerket undersøkelsesrom for akutte medisinske / somatiske intervensjoner		FOR-2011-12-16-1258 §3												
1.1.31	1	Ansatte har adgang til et dedikert rom for pause, spising etc.		FOR-2011-12-06-1356 § 3-5												
1.2	Nivå	Pasientens rettigheter og verdighet		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøks teams kommentarer									
1.2.1	1	Enheden har besøksrom (og oppholdsrom for pårørende), og dette er familievennlig med bl.a. leker.		LOV-1999-07-02-62, § 4-5, LOV-1999-07-02-63, §6-2, FOR-2000-12-01-1217 §6												
1.2.2	1	Enheden kan legge til rette for at pasienter kan benytte telefon, sende og motta brev og pakker		LOV-1999-07-02-62, § 4-5, Barnekonvensjonen art. 16												
1.2.3	1	Det finnes et sted hvor pasienten kan låse inn private eiendeler		Barnekonvensjonen art. 16												
1.2.4	1	Enheden har raskt adgang til tolk, og familiemedlemmer (eks. foresatt/ søsken) eller personale brukes ikke utenom nødsituasjoner		LOV-1999-07-02-63 §3-2 og §3-5, LOV-1999-07-02-64 § 3, Veileder IS1924 kap 5, Barnekonvensjonen art. 36												
1.2.5	1	Pasienten har mulighet for å praktisere sitt livssyn		LOV-1999-07-02-62 §4-2, Barnekonvensjonen art. 14												
1.3		Trygt miljø		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøks teams kommentarer									
1.3.1	1	Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.		FOR-2016-12-22-1866, FOR-2008-04-03-320 § 6												
1.3.2	1	Det finnes ingen blinde områder - dvs det er gode siktlinjer		FOR-2011-12-16-1258 §3												

1.3.3	1	Innganger/utganger er slik at ansatte kan se hvem som kommer og går. Hvis nødvendig brukes kameraovervåking.	Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Er det uforsvarlig uten kamera? I personvernregelverket finner man mange generelle regler for hvilke plikter en virksomhet har når den behandler personopplysninger - slik som opptak fra kamera. Disse pliktene må alle som driver kameraovervåking sette seg inn i.	FOR-2011-12-16-1258 §3											
1.3.4	1	Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessige brannøvelser, inkl. evakuering en gang årlig	NHO har anbefalt minst 2. hvert år. I følge norskbrannvern.no er det vanlig med hvert 1/2 år på sykehus/ eldresentre	FOR-2015-12-17-1710											
1.3.5	1	Det finnes hjertestarter på et tydelig markert sted og det er etablert rutine for at den sjekkes regelmessig og etter hver bruk. Alle pasienter kan sjekkes innen tre minutter etter at stans er oppdaget.		LOV-1999-07-02-64 §7; NNR retningslinjer 2015.											
1.3.6	1	Ansatte har et nødkommunikasjonssystem (alarm)		LOV-1999-07-02-64 §7											
1.3.7	3	Pasientene og pårørende kan selv varsle alarm i nødsituasjoner og er informert om dette.		LOV-1999-07-02-61 § 2-2, FOR-2011-12-16-1258 §3											
1.4		Mat		Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
1.4.1	1	Det finnes et utvalg av mat i tråd med individuelle kulturelle, ernæringsmessige og kliniske behov		LOV-1999-07-02-62 §4-2, Barnekonvensjonen art. 2											
1.4.2	2	Det legges til rette for feedback fra ungdommene om kosttilbudet, og den benyttes i justering av kosttilbudet ved enheten.	På noen enheter blir dette et nivå 3 standard fordi de har ingen påvirkningsmuligheter over maten som serveres, men i en tilpasset helsevesen bør det finnes slike muligheter og derfor er det plassert på nivå 2.)												
1.5		Utforming av miljøet		Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
1.5.1	2	Pasientene inkluderes ved endringer i enhetens miljø som kan påvirke pasientene	Til tross for at pasientene forventes å ha korte innleggelser skal de tas med på råd og komme med innspill. Det blir viktig for fremtidige pasienter å synliggjøre at enheten har en kultur hvor det som ungdommene sier har bidratt til hva enheten har gjort, for eksempel en tavle med «Du sa – vi gjorde».	LOV-1999-07-02-62 §4-2											

2		Bemanning og opplæring													
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder bemanning og opplæring siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder bemanning og opplæring det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder bemanning og opplæring siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder bemanning og opplæring fremover?													
2.1		Bemanningsnormer	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetskommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
2.1.1	1	Ved behov for tett oppfølging og intervensjon, kan grunnbemanning raskt suppleres tilstrekkelig for å sikre forsvarlig drift		FOR-2011-12-16-1258 §4				Nivå 1	35	0	0	0	0	0	0
2.1.2	1	Nattevaktdekning er minimum 3 ansatte per 10 senger. Det må være minimum 2 våkne nattevakter.		FOR-2011-12-16-1258 §4				Nivå 2	18	0	0	0	0	0	0
2.1.3	1	Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift		FOR-2011-12-16-1258 §4				Nivå 3	5	0	0	0	0	0	0
2.1.4	2	Minimum 85 % av faste ansatte på dag- og kveldsvaktene har heltidsstillinger						Total	58	0	0	0	0	0	
2.1.5	1	Alle ekstravakter får opplæringsvakter.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b											
2.1.6	1	Det er minimum 1 sykepleier/ vernepleier på hver vakt. Drift er lagt til rette for forsvarlig legemiddelhåndtering med mulighet for dobbelkontroll.		FOR-2008-04-03-320											
2.2		Flerfaglig teamarbeid		Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetskommentarer	Besøksteamets kommentarer								
2.2.1	1	Enheden har tilgang til utpekte forløpskoordinatorer med delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødige ventetid		IS 2640 kap. 1.5											
2.2.2	1	Enheden har en barneansvarlig med nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn som pårørende (eks. søsken)		LOV-1999-07-02-61, §3-7 a), IS 5/ 2010 kap.5											
2.2.3	1	Enheden har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt		FOR-2011-12-16-1258, kap 1 §4											
2.2.4	1	Enheden har minimum en overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri		FOR-2011-12-16-1258 kap 1, §4 a)											
2.2.5	1	Enheden har minimum en psykologspesialist i barne- og ungdomspsykologi (med vedtakskompetanse)		FOR-2011-12-16-1258 §4 b)											
2.2.6	2	Enheden har minimum en lege i spesialisering													
2.2.7	2	Enheden har minimum en psykolog i spesialisering													
2.2.8	3	Enheden har en avtale som sikrer tilgjengelig ernæringsfysiologisk kompetanse													
2.2.9	2	Administrativt personale bidrar til driften av enheten på en slik måte at enhetens klinikere i minst mulig grad må sette av arbeidstid til administrative oppgaver eller dekker behovet for administrative tjenester for klinikker													
2.2.10	2	Enheden er kjent med og har tilgang til farmasøytisk kompetanse (RELIS, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, sykehusapotek, mfl.)													

2.2.11	1	Enheten har et vaktssystem som sikrer at faglig ansvarlig for vedtak er tilgjengelig hele døgnet. Vedkommende skal kunne stille ved enheten ved behov. Informasjon om hvordan vaktssystemet kontaktes er lett tilgjengelig på vaktrommet.		FOR-2011-12-16-1258 kap 1, §4													
2.2.12	2	Det er oppdaterte stillingsbeskrivelser for alle stillinger	Med oppdatert menes at formuleringene har blitt kontrollert årlig ved enheten for at de er fortsatt aktuelt														
2.2.13	1	Enheten har en fast møtestruktur med faste kommunikasjonskanaler som sikrer tverrfaglig drøfting, diagnostisering, behandling og evaluering (inkl. spesialistinvolvering) gjennom hele pasientoppholdet		LOV-1999-07-02-61 §2-2, IS 2640 kap. 2 og 3													
2.2.14	2	Det er personalmøter med skriftlige referater minst en gang i måneden															
2.2.15	1	Det er øremerket tid til vaktskifter, for eksempel 30 min		LOV-1999-07-02-64 kap 3, § 16													
2.2.16	1	Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk pasientjournal	Det er viktig at sykehus forstår at miljøterapeuter er behandlere med behov for den pasient opplysningen skrevet i journalene til andre faggrupper.	LOV-1999-07-02-64 kap 3, § 16													
2.2.17	1	Det finnes varslingsprosedyrer slik at ansattklager kan fremmes uten at deres arbeidsforhold settes i fare		LOV-1999-07-02-64, 3, §17, LOV-1984-03-30-15 §3, FOR-2016-10-28-1250 §6g)													
2.2.18	2	Medarbeidersamtaler/ utviklingssamtaler gjennomføres minst årlig for å bidra til en åpen dialog om de ansattes tilfredshet og utføring av arbeid, med skriftlig avtale i etterkant		FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b													
2.3		Opplæring og rammebetingelser for kompetanseheving		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer										
2.3.1	1	For kliniske ansatte skal IKT være tilgjengelig fra første dag i jobben.		LOV-1999-07-02-64, kap 3 §16, LOV-1999-07-02-64 kap 8, §39													
2.3.2	2	Alle ansatte får opplæring i elektroniske hjelpemidler som sykehusets avviksmeldingssystem, eHåndbok, EQS, eller lignende og hvor de finner oppdaterte opplysninger om lovverket og faglitteratur.	Hensikten er at de alltid finner frem til siste oppdateringer, inkl. vant til å bruke lovdata.no.	LOV-1999-07-02-64, kap. 3 §17, LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b													
2.3.3	1	Alle ansatte skal ha en kompetanseplan.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, LOV-1999-07-02-64, kap 3 §16, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b													
2.3.4	2	Enheten har en oppdatert opplæringsplan som inkluderer budsjettkonsekvenser.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, IS-1511, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b													
2.3.5	2	Ansatte mottar utdanningspermisjon i tråd med sin kompetanseplan															
2.3.6	1	Utgifter til obligatorisk utdanning dekkes etter ev. fratrekk av DnLs eller NPFs sine bidrag	Betingelser for å beholde godkjente utdanningsstillinger for LiS og psykologer	LOV-1999-07-02-61 §3.5, §3.10													
2.4		Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer ansatteopplæring i		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre) forslaget støttes	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer										
2.4.1	1	Risikovurderinger, inkl. suicid, vold og stoffbruk		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b), IS-1511													
2.4.2	1	Pasientrettigheter		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)													
2.4.3	1	Bruk av individuelle planer og ansvarsgrupper, herunder medvirkning som et viktig element		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)													

2.4.4	1	Håndtering av fysisk kontakt og intimitet med pasienten, herunder inkludert fysisk grensesetting	Det skal komme en helhetlig opplæringsmanual i hvordan man kan forstå, forebygge og håndtere aggresjon- og voldsproblematikk i psykisk helsevern i 2019 (MAP).Ikke kommet barne-og ungdomsmodul så det kan ta tid før dette kommer på plass.	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.5	1	Opplæring i bruk av medisinsk utstyr		FOR-2013-11-29-1373 §8												
2.4.6	1	Bruk av strukturerte utredninger, for eksempel psykose obs., ADL funksjoner		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.7	1	Samtykke og samtykkekompetanse		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.8	1	Rettslige rammer for virksomhet og registrering av opplysning som danner grunnlaget for vedtak. Inkl. Pasientrettighetsloven, PHL, Barnevernslovverk, Helsepersonelloven, Journalforskrifter, Barnekonvensjonen, mm.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.9	1	HLR for alle ansatte årlig		FOR-2016-10-28-1250 §7b), FOR-2013-11-29-1373 §8 (gjelder medisinsk utstyr)												
2.4.10	1	Håndtering av uro og vold gjennom trening på deeskalerende kommunikasjon og skadeavveringsteknikker minimum 6 ganger pr år.	Slik systematisk opplæring har fokus på hvordan man forebygger og forhindrer vold i tillegg til håndtering av episoder som kan oppstå.	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.11	1	Kunnskap om barns utvikling og behov, mulige reaksjoner i forbindelse med sykdom/plager og institusjonsopphold	Forskriften sier; Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet	FOR-2000-12-01-1217 §5												
2.4.12	1	Opplæring i bruker- og pårørende medvirkning		IS-2587 Kap 1.2.												
2.4.13	1	Kompetanse på involvering og støtte til pårørende.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, IS-2587 kap.1.2.1, FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.14	3	Ikke-kliniske ansatte får generell opplæring som øker bevisstheten om psykisk helse Dette inkluderer lærere, administrative ansatte, «husmødre» o.l.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.15	1	Det finnes rutiner for innføring av nye leger i vaktlaget. Praksis er nedskrevet og utdelt før første vakt.		FOR-2016-10-28-1250 §7b)												
2.4.16	1	Alle ansatte får en introduksjonspakke og gjennomgang av driften ved enheten før de tar ansvar for behandling.	God praksis inkluderer «fotfølging» av en kollega på første dag, med innføring i holdningene nødvendig for en behandlingsfremmende kultur	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b												
2.4.17	2	Lis får avsatt tid til fordypning i sin arbeidsplan.	Kriteria for godkjenning som utdanningsinstitusjon i Serøs rapportering til Den norske legeforening													
2.4.18	3	Det gis støtte til de som bidrar til relevant forskning på enhetens målgruppe og andre akademiske tiltak som undervisning om målgruppen														
2.5		Veiledning		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer									
2.5.1	1	Alle kliniske ansatte har mulighet for veiledning min. en gang pr måned, min. to timer pr mnd.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b) Mer spesifikt?												

2.5.2	2	Ansatte i utdanningsstillinger får dekket sine krav om opplæring og veiledning		LOV-1999-07-02-61 §3.5, §3.10, Reglementet for spesialistutdanningen NPF, FOR-2016-12-08-1482 §19											
2.5.3	2	Enhetsleder får veiledning/ konsultasjon/ supervisjon fra sin overordnede minst en gang pr måned, minst to timer pr mnd.													
2.5.4	2	Alle ansatte får adgang til emosjonell førstehjelp i etterkant av alvorlige hendelser													
2.6		Rekruttering		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
2.6.1	2	Pasienter, tidligere pasienter og/eller brukerrepresentanter konsulteres i forbindelse med rekruttering													
2.6.2	1	HR bidrar til at alle søkere er sjekket opp mot autorisasjon i helseregister og har en gjeldende vandelsattest før oppstart.	Ikke uvanlig at enhetsleder gjør dette. Ved presisering av at HR gjør dette er meningen å sikre at klinikerne kan prioritere sin tid til behandlings-relaterte oppgaver	LOV-1999-07-02-64, Kap 4, § 20a), LOV-1999-07-02-61 §3-17 Disse paragrafer gjelder politiattest											
2.6.3	2	I forbindelse med langtidsfravær eller svangerskapspermisjon handler ledelsen raskt for å sikre vikar.	For eksempel er det ikke god praksis at vikar for en gravid ansatt ikke er på plass ved termin.												
2.6.4	2	Ved avslutning av arbeidsforhold gjennomfører ledelsen et avsluttende intervju med vedkommende, og feedback gis til overordnede ledelse													
2.6.5	3	Ledige stillinger lyses ut både eksternt og internt													
2.6.6	3	Enheten har en HR-kontakt som forstår behov i PHBU													

3		Innleggelse & utskrivelse													
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder innleggelse og utskrivelse fremover?													
3.1		Innleggelse	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
3.1.1	1	Enhets har skriftlige kriterier for øyeblikkelig hjelp innleggelser på akutt enheten.	Når enheten har blandete funksjoner blir det viktig at innleggelseskriterier skiller mellom dekning av øyeblikkelig hjelp, akutte henvendelser og planlagte innleggelser.	LOV-1999-07-02-61 §3-1, FOR-2016-10-28-1250 7c				Nivå 1	18	0	0	0	0	0	0
3.1.2	2	Praktisk informasjon om enheten blir formidlet også skriftlig ved innleggelse.						Nivå 2	3	0	0	0	0	0	0
3.1.3	1	Ved innleggelse av pasienter som har samtykket til samhandling og er i behov av kommunale tjenester, må kommunen varsles innen 24 t (eller så snart det lar seg gjøre)	Dette er en MÅ i pakkeforløpet	IS 2640 kap. 3.2; FOR- 2011-11-18-1115 § 8 og § 11				Nivå 3	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
3.1.4	2	Når en vurderingssamtale ikke fører til innleggelse, blir begrunnelsen gitt til henvisende instans, pasienten og pårørende med anbefalinger/ råd for annen aktuell behandling eller oppfølging.						Total	21	0	0	0	0	0	
3.1.5	1	Ved slutten av vurderingssamtale er hensikten med innleggelsen forklart til pasienten og pårørende		IS-2640											
3.1.6	1	Enhets benytter standardiserte metoder for å måle effekt av behandling på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet som minimum (jfr. kravene i pakkeforløp).		IS2640 kap. 3.3											
3.1.7	1	Det er etablert rutiner for vaktskifter, slik at vaktlaget er forsvarlig oppdatert når de overtar ansvaret		FOR-2016-10-28-1250 §7c											
3.2		Kontakt med pasientenes nettverk av profesjonelle hjelpere		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
3.2.1	1	De involverte instansene kartlegges innen slutten av første virkedag.		IS-2640, kap. 3.2											
3.3		Involvering av familie/pårørende		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
3.3.1	1	Det avklares om pasienten har mindreårige søsken og vurderes om disse er tilstrekkelig ivaretatt		IS 2640 kap. 2.1											
3.3.2	1	I akutte situasjoner og kriser bidrar enheten med psykososial støtte og informasjon til pårørende.		FOR-2000-12-01-1217 §6, IS 2640											
3.3.3	2	Enhets har en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over lokale støttetiltak for pårørende		IS 2587 kap. 1.2.2, LOV-1999-07-02-64 §10, LOV-1999-07-02-63 § 3-2 til 3-4, IS 2640											
3.3.4	1	Pårørende inkluderes ved innleggelse og videre opphold (med mindre det finnes lovlig journalførte grunner til at dette ikke skal gjøres)		LOV-1999-07-02-63 § 3-1, §3-3, § 3-4, § 6-2, Barnekonvensjonen art.5, IS-2587 3.1.1 -3.1.7, IS-2640											

3.3.5	1	Når foresatte er separert/ skilt bistår enheten til at den med daglig omsorg overholder sin plikt til å holde den andre med ansvar orientert om behandlingen til pasienten.	Om ungdommen er under Barnevernets omsorg, inkludert som fosterbarn, skal enheten bistå barnevern ved behov å sikre at ev. andre med foreldreansvar for den orientering om behandling de har krav på.	LOV-1999-07-02-63 §3-4, Barnekonvensjonen art.5												
3.4		Utskriving		Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetens kommentarer	Besøkssteamets kommentarer									
3.4.1	1	Pasientansvarlig ved poliklinikken er som hovedregel tilgjengelig (evt på skype/telefonmøte eller lignende) under oppsummerende behandlingsmøter og avslutningsmøtet der planlegging av videre tiltak /behandling er tema. Dersom pasientansvarlig ikke kan være tilstede, blir poliklinikken informert.	Det øker sjansen for vellykket tilbakeføring om pasienten har klokkeslett for sitt første poliklinisk time etter utskrivning før de drar fra enheten, og pasientansvarlig og enheten er forent om prioriterte behandlingsfokus fremover. Ved rask utskrivning etter øyeblikkelig hjelp innleggelse kan telefonisk kontakt vise seg eneste mulighet fremfor den mer ideelle tilstedeværelse på møtet.	IS 2640 kap. 3.2.												
3.4.2	1	Ved overføring til annen enhet inviteres mottakende tjeneste til felles samarbeidsmøter		IS 2640 kap. 3.2.												
3.4.3	1	Ved avslutning av behandling måles pas. og pårørendes brukertilfredshet med standardiserte metoder	Standardisert validert skjema for BUP døgn finnes ikke enda.	IS 2640 kap 3.1 og 3.3.												
3.4.4	1	Pasienten og pårørende blir informert om diagnoser på alle seks akser før utskrivelse		IS 2640 kap. 2.2. og kap. 2.4												
3.4.5	1	Epikrisen er sendt ut til fastlege og henviser innen 7 dager / lovpålagte frister med mindre pasienten motsetter seg det		HSØ RHF 2015, IS 2640; LOV-1999-07-02-64 §45a)												
3.4.6	1	Epikrisen inkluderer vurdering av suicidrisiko på utskrivingsdagen		IS-1511, LOV-1999-07-02-64 §45 a)												
3.4.7	1	Ved utskrivning får pasienter og pårørende med seg skriftlig informasjon som også sendes poliklinikk og fastlege. Den inkluderer bl.a. kontaktdetaljer til oppfølgende instans, tidspunkt for første møte ved poliklinikken og ev. medisinerings		IS-1511												
3.4.8	1	Epikrisen inneholder aktuell medisinerings og indikasjon og fremtidig forventning om behov for medisinerings		LOV-1999-07-02-64 §45 a), IS 2640 kap.4.2												

4		Behandling og omsorg													
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder behandling og omsorg siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder behandling og omsorg det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder behandling og omsorg siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder behandling og omsorg fremover?													
4.1		Utredning	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
4.1.1	1	Risiko for suicid, vold og rus vurderes med kartleggingsverktøy ved innleggelse og under oppfølging.	Denne standarden er omdiskutert men ikke endret i revisjon 2020.	Selv-mord; IS-1511, Vold/ seksuelle overgrep; LOV-1999-07-02-61 §2.1 f)				Nivå 1	16	0	0	0	0	0	0
4.1.2	1	En somatisk legeundersøkelse er foretatt innen 4-72 timer etter innleggelse	Vaktlaget skal kunne håndtere de nød-situasjoner som oppstår for eksempel overfor en bevisstløs pasient. Innen 4 t skal enheten har tilgjengelig opplysning om sykdomshistorie, medisiner, ev bivirkninger, og grunnleggende parameter som puls og blodtrykk. Dette blir mye lettere om enheten har adgang til journalen ved poliklinikken. En mer fullstendig undersøkelse skal tas innen 72 timer.	IS 1/2017				Nivå 2	5	0	0	0	0	0	0
4.2		Bredden av tiltak	mottakplikt for nærmere undersøkelse. Undersøkelsen vil i de fleste tilfeller måtte foretas av lege.	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Nivå 3	2	0	0	0	0	0	0
4.2.1	1	Enheter har familiefokusert praksis som en del av sin behandling Familieterapi/tiltak	Avgjøres ut fra vanlige krav til forsvarlighet i den konkrete situasjonen" Inkluderer familierapi og/ eller tiltak med systemisk perspektiv (pasient inkluderes i familiearbeid)	IS-2587 2.3.1				Total	23	0	0	0	0	0	
4.2.2	1	Blodprøver kan tas ved enheten													
4.3		Strukturerte opplegg		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
4.3.1	2	Det er strukturert bruk av tid på kveldene og i helgene som tar utgangspunkt i pasientene som er innlagt til enhver tid. Miljøterapien evalueres regelmessig slik at pasientene opplever at deres feedback er betydningsfull.		LOV-1999-07-02-62 §4-2											
4.3.2	2	Pasientene har mulighet til daglig fysisk aktivitet avhengig av tilstand		FOR-2000-12-01-1217 §12, LOV-1999-07-02-63 §6-3, LOV-1999-07-02-62 § 4-2											
4.3.3	2	Aktivitetene som tilbys drøftes med pasientene på forhånd		LOV-1999-07-02-62 I§ 4-2, Barnekonvensjonen art. 12, Grunnloven art. 104											
4.4		Utredningsplaner, behandlingsplaner og individuell plan (IP)*		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
4.4.1	1	Det benyttes plan for basis (evt. utvidet utredning) i samarbeid med pasient/pårørende med 6 ukers tidsaspekt jf. pakkeforløp		IS 2640 kap. 2.2. og 2.4.											
4.4.2	1	Kopi av utredningsplaner gis pasient og/ eller pårørende og fastlege så sant ikke pasient motsetter seg dette		IS 2640 kap. 2.2. og 2.4.											

4.4.3	1	Alle pasienter vurderes ift behov om IP og vurderingen er journalført. Konklusjoner og oppdatering av status i IP inkluderes i epikrisen, inkludert ansvar for tiltak. Vurderingen skjer i samarbeid med pasienten og oppfølgende instans.	Kommunen står for koordineringen av planen, mens enheten må vurdere om det er behov.	LOV-1999-07-02-64, kap. 7 §38, LOV-1999-07-02-61 §2-5, IS 2640 kap. 3											
4.4.4	1	Det lages behandlingsplaner i samarbeid med pasienten og hvis mulig med pårørende. Hvis det ikke skjer i samarbeid med pasienter eller pårørende er grunnen journalført.		LOV-1999-07-02-62 §4-2, LOV-1999-07-02-63 § 3-2, Barnekonvensjonen art. 12, Grunnloven art. 104, IS 2640 kap. 3											
4.4.5	1	Sikkerhetsplan/kriseplan er utviklet i samarbeid med pasienten og om mulig med pårørende. Den er tilgjengelig skriftlig for å ta med ved utskriving	Her menes opplysning som kan komme til nytte i praktisk håndtering av situasjoner som kan oppstå når pasienten ikke er ved enheten, for eksempel tlf til legevakt, kontakt person ved poliklinikken, o.l.												
4.4.6	2	Mestringsplan er utviklet i samarbeid med pasienten, når det er mulig	Hensikten med de planer er å fungere som en påminnelse om egne mestringsteknikker som kan vise seg relevant, lignende DBTs minnekort												
4.4.7	1	Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan)		IS 2640											
4.4.8	1	Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette.		IS 2640 kap. 2											
4.5		Skole ved opphold over tid (over 5 døgn)		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
4.5.1	1	Pasientene får dekket sine krav til obligatorisk skole. Det reguleres i en tydelig samarbeidsavtale mellom Helseforetak og Fylkeskommunen om opplæring under opphold i spesialisthelsetjenesten.	Hvis opptaksområde er større enn en Fylkeskommune bør avtalen gjelder hele opptaksområde	LOV-1999-07-02-63 § 6-4, Barnekonvensjonen art. 28, FOR-2000-12-01-1217 §14, LOV-1998-07-17-61 § 2-1, § 3-1 og § 5-1, Udir-6-2014											
4.5.2	1	Pasientene kan følge sin videregående opplæring. Det ordnes i samarbeid med elevens skole, for eksempel: spesifikke lærebøker, interaktivt utstyr og lignende		LOV-1998-07-17-61 § 13-3a, Udir-6-2014											
4.5.3	1	Lærerne kartlegger hver pasients opplæringsbehov og lager en opplæringsplan i samarbeid med hjemskolen. Aktuelle momenter er trukket med i IP		LOV-1998-07-17-61, Udir-6-2014 kap.4											
4.5.4	3	Relevant dokumentasjon fra enhetens skole er ferdigstilt og inngår i epikrisen.													
4.5.5	1	Lærerne og enhetens helsepersonell hjelper pasienten med re integrering i hjemmeskolen		LOV-1998-07-17-61, Udir-6-2014											
4.5.6	2	Lærerne har møter med pårørende dersom undervisning varer i over 5 dager og den skal fortsette videre en periode.													
4.5.7	1	Lærerne deltar på teammøter		Udir-6-2014 kap.4											
4.5.8	3	Pasienter kan gjennomføre eksamener på enheten													

5		Informasjon, samtykke og taushetsplikt													
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt fremover?													
5.1		Offentlig tilgjengelig informasjon om enheten.	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetskommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
5.1.1	2	Informasjon om enheten er lett tilgjengelig på internett for henvisere og samarbeidspartnere	Inkl. retningslinjer for øyeblikkelig hjelp og akutte henvendelser. Inklusjons og eksklusjonskriterier for øyeblikkelig hjelp er spesifisert					Nivå 1	16	0	0	0	0	0	0
5.1.2	1	På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorene for de ulike pakkeforløpene		IS 2640 kap. 1.5				Nivå 2	3	0	0	0	0	0	0
5.2		Informasjon til pasienter og pårørende; Pasienter og pårørende gis en tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om følgende temaer;		Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetskommentarer	Besøkteamets kommentarer	Nivå 3	1	0	0	0	0	0	0
5.2.1	1	i) Rutiner og tilbud i avdelingen (hva tilbudet innebærer, hvordan pasienten deltar, struktur på dagene, husregler osv.)	Orienteringen om tilbudet bidrar til at de får en forståelse for hensikten med flerflaghet, team sammensetning og behandlingsmøter	IS-2587 3.1.2				Total	20	0	0	0	0	0	
5.2.2	1	iii) hvordan pasienten kan få innsyn i egen journal, inkludert rutiner for å lese elektronisk journal		IS-2587 3.1.2											
5.2.3	1	iv) håndtering av taushetsplikt og opplysningsplikt til pårørende		IS-2587 3.1.2											
5.2.4	1	v) når opplysning blir delt, internt og med andre instanser eller pårørende		IS-2587 3.1.2											
5.2.5	1	vi) hvordan de kan kontakte brukerorganisasjoner, eller andre aktuelle instanser som barneombudet, pasientombudet og sivilombudsmannen		IS-2587 3.1.2, IS-2640											
5.2.6	1	vii) Enhets tilbud til pårørende under innleggelse (eks tilbud om kontakt med psykolog, sosionom, annet støttepersonell)		IS-2587 3.1.2, IS-2640											
5.2.7	1	viii) at det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion dekker reiseutgifter for pårørende ledsager i forbindelse med innleggelse og utskrivning, når de tilkalles institusjonen, og 1 g i uken ved innleggelse utover 14 dager		LOV-1999-07-02-63 §2-6, FOR-2000-12-01-1217											
5.2.8	2	Informasjonen som deles ut, er utarbeidet gjennom brukermedvirkning													
5.3		Kontaktpersoner		Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetskommentarer	Besøkteamets kommentarer								
5.3.1	1	Pasienter og pårørende blir orientert, muntlig og skriftlig, om hvem som er oppnevnt som behandlingsansvarlig, spesialist, og kontaktperson/ miljøterapeuter/ ansvarlig miljøterapeut i teamet.		IS-2587 3.1.2											
5.3.2	2	Ansatte bruker navneskilt	Det er ikke godt nok med bilde og navn på et kort hengende fra livet. Det skal være på øye høyder.												
5.3.3	3	Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte													
5.4.		Samtykke og samtykkekompetanse		Relevant lovverk	Evalueringskåre	Enhetskommentarer	Besøkteamets kommentarer								
5.4.1	1	Samtykke blir innhentet før opplysninger deles med andre enn henvisende instans, oppfølgende instans eller fastlegen		LOV-1999-07-02-63 §4-1, §4-2 og §4-3											

5.4.2	1	Pasientene blir informert om aktuell medisinerings. Samtykke blir innhentet og dokumentert	Det er ikke nok med innhenting av en generell samtykke. Det optimalt er at pasienter gis et valg mellom tilnærmingene med orientering om deres sterke og svake sider.	IS 2640 kap.3 Mer lovverk?											
5.4.3	1	Pasientene og pårørende blir gitt opplysning om evidens, risiko og ev. bivirkninger av anbefalt behandling		LOV-1999-07-02-63 §4-1, IS 2640 kap.3											
5.4.4	1	Pasientens samtykkekompetanse er vurdert og journalført i tilknytning til spørsmål som krever samtykke		LOV-1999-07-02-63 §4-3, §4-4 §4-5											
5.4.5	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir deres synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket		LOV-1999-07-02-63 §4-3, §4-4 §4-5											
5.4.6	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir pårørende sine synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket		LOV-1999-07-02-63 §4-3, §4-4 §4-5											
5.4.7	1	Navnet på den/de som har foresatte ansvaret og hvem som har daglig omsorg er journalført													

6		Rettigheter og lovverk														
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk siste året?														
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk det siste året?														
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk siste året?														
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder rettigheter og lovverk fremover?														
6.1		Innleggelse etter PHL Se ellers pkt 5.2 som omhandler informasjon gitt til pasienter og pårørende	Alle pas. legges inn etter PHL. Innleggelse etter PHL §3-2/3-3: her er det frist for vurdering innen 24t. Journal skal føres uten unødig opphold/snarest.	Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt	
6.1.1	1	Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene		LOV-1999-07-02-62 kap.3				Nivå 1	12	0	0	0	0	0	0	0
6.2		Respekt for rettigheter og medvirkning		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Nivå 2	1	0	0	0	0	0	0	0
6.2.1	1	Det finnes skriftlige rutiner for hvordan retten og muligheten til medvirkning på enheten blir ivaretatt og praktisert.		LOV-1999-07-02-62 § 4-2				Nivå 3	0	0	0	0	0	0		
6.2.2	1	Pasient og pårørende blir informert om sine rettigheter både muntlig og skriftlig.	(Helseirektoratet har fin brosjyre som kan printes ut)	LOV-1999-07-02-63 kap.3				Total	13	0	0	0	0	0		
6.2.3	1	Pasient og foresatte mottar tilpasset informasjon og involveres i planlegging av helsehjelpen. Dette dokumenteres i journal.		LOV-1999-07-02-63 kap.3, LOV-1999-07-02-64 §40												
6.2.4	1	Enheten har raskt tilgang til tolk. Familiemedlemmer (eks. foresatt/søsken) eller personale brukes ikke utenom nødsituasjoner		LOV-1999-07-02-63 §3-2 og §3-5, LOV-1999-07-02-64 § 3, Veileder IS1924 kap 5, Barnekonvensjonen art. 36												
6.3		Klagerett		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer									
6.3.1	1	Informasjon om klageretten til enhetsleder, vedtaksansvarlig, kontrollkommisjonen, fylkesmannen, sivilombudsmannen og pasientombudet formidles skriftlig og muntlig til pasienter og pårørende	Hvis alle informeres om skåres 2. Noe av dette er tatt opp i andre standarder. Her ramses de opp for å skåre rettigheter. Det vurderes om dette tilsynelatende dobbelføring skal fjernes ved neste evaluering av standardene	IS 2587 3.1.8, LOV-1999-07-02-63 § 7-2, § 7-4, § 8-3, LOV-1999-07-02-64 §10, LOV-1999-07-02-62 §6.1,												
6.3.2	1	I informasjonen som utgis kommer det tydelig frem at enheten ønsker å legge til rette for klager fra pasienere og pårørende														
6.4		Bruk av fysisk tvang/holdig		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer									
6.4.1	1	Før det treffes vedtak om bruk av tvangsmidler, gis pasienter anledning til å uttale seg, om mulig. Tidligere erfaringer med tvangsbruk kartlegges tidlig i forløpet, og ligger særlig til grunn for vedtaket.		LOV-1999-07-02-62 § 4-2												
6.4.2	1	I etterkant av bruk av tvangsmidler evalueres episoden sammen med pasienten		LOV-1999-07-02-62 § 4-2*												
6.4.3	1	Ved risiko for gjentatt bruk av tvangsmidler (der pårørende skal ha informasjon), avtales det hvordan informasjonen skal gis.		LOV-1999-07-02-63 §3-3												
6.4.4	1	Enheten har retningslinje for protokollføring av tvangsvedtak.		FOR-2011-12-16-1258 §30												
6.5		Samarbeid med barnevern og kommune		Relevant lovverk	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer									

6.5.1	1	Enheten har retningslinje for hvordan praktisere opplysningsplikten til barnevernstjenesten, og ansatte har kjennskap til denne.		LOV-1999-07-02-64 §33										
6.5.2	2	Hvis utskrivelse forsinkes grunnet manglende omsorgstilbud fra barnevern eller kommunen, finnes det retningslinjer for hvordan dette skal håndteres												

7		Klinisk virksomhetsstyring													
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder klinisk virksomhetsstyring fremover?													
7.1		Evaluerings av enheten/teamets arbeid	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt
7.1.1	1	Enheten har et velfungerende IT system for tilstandskoding, prosedyrekoding og pakkeforløpskoding	Det finnes flere kodeverk. Se Direktorat for e-helse. Med prosedyrekoder menes koding av hvilke tjenester som er utført (NCMP)	IS 2640				Nivå 1	38	0	0	0	0	0	0
7.1.2	1	Vurderinger fra pasienter og pårørende innhentes underveis i behandling og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet på systemnivå. Eks. v/ bruk av brukerfornøydhetsskjema.	Med systemnivå menes klinisk virksomhetsstyring. Brukerfornøydhet kan f.eks gjelde opplevelse av familiearbeid.	LOV-2001-06-15-93 §35, FOR-2016-10-28-1250 § 7e og §8d, IS 2640 3.3.				Nivå 2	9	0	0	0	0	0	0
7.1.3	2	Henvisers vurdering er inkludert ved evaluering av praksis. Tilbakemelding fra henviser innhentes ved/for evaluering av praksis						Nivå 3	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
7.1.4	1	Virksomhetens medarbeidere medvirker i kvalitetsforbedring slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes		FOR-2016-10-28-1250 §7				Total	47	0	0	0	0	0	
7.1.5	1	Enheten har et dokumentert system for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomhetens aktiviteter. Systemet gjennomgås årlig.	Hvis enheten ikke har sendt inn en reviderthandlingsplan etter forrige KvIP besøk – eller fulgt opp revideringene, vil grunnene etterlyses og tiden prioriteres til drøfting av ev barrierene til å gjøre det.	LOV-1999-07-02-61§ 3-4 a, LOV-1984-03-30-15 § 3, FOR-2016-10-28-1250 §6 - §9											
7.1.6	2	Enheten benytter innhentede resultatmål fra behandling (eks; symptom, funksjon og livskvalitet) for å evaluere og formidle sin behandlingspraksis.	Det spørres om enheten faktisk studerer tallene som innhentes, f.eks om pasienters symptom, funksjon og livskvalitet jmf. pakkeforløp og område 3 og formidler dette internt eller eksternt.												
7.2		Læring fra risikosituasjoner		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
7.2.1	1	Enheten gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen	Alvorlige hendelser er ikke nødvendigvis et avvik.	FOR-2016-10-28-1250 §8											
7.2.2	1	Enheten gjennomgår avviksmeldinger regelmessig		FOR-2016-10-28-1250 §8											
7.2.3	1	Enheten gjennomgår vedtaksbruk, inkludert bruk av tvang, minst hver 6. måned Enheten gjennomgår vedtak/skademeldinger ihht Psyk. Helsevernloven 1 gang per år													
7.2.4	1	Enheten har en strategi for definering og håndtering av risikosituasjoner og deler lærdommen med aktuelle samarbeidspartnere.													
7.3		Samarbeid		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
7.3.1	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Poliklinikken		FOR-2016-10-28-1250 §7c											
7.3.2	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Skoler og PPT		FOR-2016-10-28-1250 §7c											
7.3.3	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon medBarnevern		FOR-2016-10-28-1250 §7c											

7.3.4	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Legevakt og psykiatrisk legevakt		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.3.5	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Politi		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4		Maler, prosedyrer og protokoller		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer									
7.4.1	1	Enheten har tilgang på mal for 1.gangs samtale som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet		IS 2640 kap 2.1												
7.4.2	1	Enheten har tilgang på en mal for basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet		IS 2640 kap. 2.2.												
7.4.3	1	Enheten har tilgang på en mal for vurdering og beslutning om videre oppfølging etter basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet		IS 2640 kap. 2.3.												
7.4.4	1	Enheten har tilgang på en mal for utvidet utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i pakkeforløpet		IS 2640 kap. 2.4.												
7.4.5	1	Enheten har tilgang på en mal for behandlingsplan som ivaretar "bør-anbefalingene" i pakkeforløpet		IS 2640 kap. 3.1												
7.4.6	1	Enheten har tilgang på en mal for evalueringsmøter med pas./pårørende som ivaretar "bør-anbefalingene" i pakkeforløpet		IS 2640 kap. 3.3.												
7.4.7	1	Enheten har tilgang på en mal for epikrise som ivaretar "bør-anbefalingene" i pakkeforløpet		IS 2640 kap. 4.2.												
7.4.8	1	Nye prosedyrer sirkuleres og er lett tilgjengelige		FOR-2016-10-28-1250 § 7c og §9												
7.4.9	1	Det finnes skriftlig prosedyre for utskriving	Den inkluderer når pasienten skriver seg selv ut	FOR-2016-10-28-1250 7c												
7.4.10	1	Det finnes prosedyre for opplæring i kartlegging og vurdering av suicidrisiko		IS-1511, LOV-1999-07-02-64 §4												
7.4.11	1	Det finnes prosedyre for kartlegging og vurdering av suicidrisiko (Dette er en "bør" i lovverket")		IS-1511												
7.4.12	1	Det finnes prosedyre for håndtering av aggresjon og vold, og bruk av tvang		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.13	2	Det finnes skriftlige prosedyrer eller husregler for bruk av mobiltelefoner og internett		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.14	1	Det finnes retningslinjer for håndtering av rusmiddelbruk og ruset person		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.15	1	Enheten har prosedyre for tilsyn og observasjon av pasienter (står "bør" i veileder)		IS 1511, FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.16	1	Enheten har prosedyre for gjennomgang og oppbevaring av private klær og eiendeler med formål om å sikre at pasienter ikke har med seg gjenstander som ikke skal oppbevares fritt i avdelingen		LOV-1999-07-02-62, § 4–6 og § 4–7, IS 1511												
7.4.17	1	Prosedyre for ransaking og vedtak om gjennomgang av rom og eiendeler er tydelige		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.18	1	Enheten har rømningsprosedyre og rømningsprotokoll		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.19	1	Enheten har en prosedyre for skjerming	Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter.	FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.20	1	Enheten har skriftlige prosedyrer for vurdering av utgangstatus, permisjon og overflytting mellom ulike enheter		IS-1511, FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.21	1	Enheten har prosedyrer for å hindre at uvedkommende kommer inn i enheten. Det finnes rutiner for å håndtere brudd på de, f.eks. når uvedkommende har kommet inn på enheten		FOR-2016-10-28-1250 §7c												

7.4.22	1	Enheten har prosedyrer for håndtering av medisinske nødsituasjoner. De inkluderer når det skal ringes 113 og når vakthavende lege skal tilkalles.		LOV-1999-07-02-61 §3-1, FOR-2016-10-28-1250 §7c											
7.4.23	1	Enheten har prosedyre for å ivareta mindreårige som pårørende (eks. søsken)		LOV-1999-07-02-64, kap. 2 §10a), IS 5/ 2010 kap.2, IS-2640											
7.4.24	1	Enheten har prosedyre for hvordan forebygge seksuelle overgrep og vold	Prosedyre bør inkludere bevissthet rundt overgrep mellom både pasient/ pasient og ansatt/ pasient	LOV-1999-07-02-61 §2.1 f)											
7.5		Enhetens plass i det totale barne- og ungdomspsykiatrisk tilbudet i foretaket		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
7.5.1	1	Målbeskrivelse for enheten er tydelig og er i samsvar med helseforetakets forventninger	Denne standarden trenger dialog mellom nivå i foretaket, men scores nivå 1 – og ikke 3, fordi enheten skal sikre at den er et tydelig dokument egnet for målstyring av enheten.												
7.5.2	2	Enheten bidrar til evaluering av tjenesten som en integrert del av psykisk helsevern for barn og unge													
7.6		HMS		Relevant lovverk	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
7.6.1	2	Enheten gjennomfører rutinemessig HMS-kartlegging i vernerunde, som er i tråd med foretakets overordnede HMS-plan		FOR-1996-12-06-1127											
7.6.2	2	Lederen får tydelige forventninger om resultatmål fra sin overordnet.													
7.6.3	1	Enheten har et avvikssystem og et system for implementering av forbedringsarbeid i HMS		LOV-1999-07-02-61 §2.2., LOV-1999-07-02-64 §17, LOV-1984-03-30-15 §3, FOR-2016-10-28-1250 § 6g), FOR-2016-10-28-1250 §8											
7.6.4	2	Enheten har årlig revisjon av HMS - handlingsplaner		FOR-1996-12-06-1127											
7.6.5	2	Enheten har utarbeidet et årshjul som viser årlige aktiviteter og oppgaver		FOR-2016-10-28-1250 §8											
7.6.6	2	Enheten har en miljøprofil som vises blant annet i kildesortering av ikke-farlig avfall													

	LOVVERK													
	Arbeidsplassforskriften		FOR-2011-12-06-1356											
	Byggteknisk Forskrift		FOR-2010-03-26-489											
	Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag HSØ RHF 2015		HSØ RHF 2015											
	Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon		FOR-2016-09-12-1056											
	Forskrift om brannforebygging		FOR-2015-12-17-1710											
	Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern		FOR-2011-12-16-1258											
	Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr		FOR-2013-11-29-1373											
	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten		FOR-2016-10-28-1250											
	Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp		FOR-2008-04-03-320											
	Forskrift om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften)		FOR-2015-06-25-793											
	Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste		FOR-2005-10-11-1196											
	Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)		FOR-2016-12-08-1482											
	Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)		FOR-1996-12-06-1127											
	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern		LOV-1999-07-02-62											
	Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa		LOV-1998-07-17-61											
	Lov om helseforetak		LOV-2001-06-15-93											
	Lov om helsepersonell		LOV-1999-07-02-64											
	Lov om pasient og brukerrettigheter		LOV-1999-07-02-63											
	Lov om spesialisthelsetjenesten		LOV-1999-07-02-61											
	Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)		LOV-1984-03-30-15											
	Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern		IS 1511											
	Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge		IS-2640											
	Rett til opplæring i barnevern- og helseinstitusjon, og i hjemmet ved langvarig sykdom Udir-6-2014		Udir 6-2014											
	Rundskriv Barn som pårørende		IS 5/2010											
	Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste		IS-11/2015											
	Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene		IS1924											
	Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten		IS-2587											