

Årsrapport 2016

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

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

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

Innhold

Innledning	3
Prosjektet: Bakgrunn og modell.....	3
Oppstart med pilotfase 1 i 2015	3
Pilotfase 2, 2016.....	4
Hva arbeidet har bestått i	5
Hensikten med årsrapport	5
Enheter skal ikke gjenkjennes.....	5
Hovedtrekk ved seks akuttenheter	6
Formidling	9
Ressursbruk.....	9
Vedlegg 1: KvIP årshjul.....	10
Vedlegg 2: Poster – til akuttnettverkets samling oktober 2015	11
Vedlegg 3: Dagsplan under kollegaevaluering	12
Vedlegg 4: Standardene med prosent oppnådd 2016 sammenlignet med 2015.....	14
Vedlegg 5: Opplysning om enhetene.....	17

Desember 2016

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

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

I prosjektgruppen:

Ahus: Anne Hexeberg, Gerd Haugen Mariniusson

VfB: Ina Nergård

Innledning

Prosjektet: Bakgrunn og modell

KvIP er betegnelsen som brukes på en prosessorientert kvalitetsforbedringsmetodikk ved noen akuttpsykiatriske enheter for ungdom i Norge (i 2016: seks deltakende enheter). Enhetene er gått sammen i et selv læringsnettverk som, sammen med brukerrepresentanter, drøfter noen av de utfordringene de møter i den daglige driften. I prosessen drøfter og deler de sine forslag til løsninger på de utfordringene de møter (se vedlegg 1 og 2). Grunnlaget for arbeidet som gjøres i nettverket er 228 definerte standardelementer, som utgjør det de mener er den beste praksis i feltet. Disse standardelementene har nettverket selv har kommet frem til, og de revideres jevnlig. Kolleger besøker hverandre og pasienter og pårørende gir feedback til enhetene. Hele prosessen bidrar til utførlig refleksjon på praksis. Resultatet beskrives i en rapport som enhetene benytter som grunnlag for handlingsplaner for neste år.

Modellen som brukes er utviklet ved «College Centre for Quality Improvement (CCQI)», Royal College of Psychiatrists (RCPsych), London. Akuttnettverket¹ inviterte lederen for denne organisasjonen til nettverkssamlingen i april 2014 for å orientere om de metodene de hadde utviklet for å bidra til høyere kvalitet i de psykiatriske tjenestene². Fokus var spesielt på muligheten til å forbedre kvalitet i akuttbehandling for både voksne, og barn og ungdom.

Leder av Akuttnettverket i 2014, Torleif Ruud, besluttet å opprette et pilotprosjekt som skulle utvikle en norsk versjon av QNIC – forkortet til 'KvIP: Barn og unge'. Oppdraget var å revidere standardene og tilpasse dem til norske forhold og lovgivning, og gjennomføre selvevaluering og kollegaevalueringer, med en avsluttende evaluering av pilotfasen.

Oppstart med pilotfase 1 i 2015

Simon R. Wilkinson ble tilsatt som prosjektleder og prosjektet ble forankret ved Divisjon psykisk helsevern, FoU-avdelingen, seksjon fagutvikling, hvor også administrasjonen ble lagt. Dette har sin bakgrunn i at Akuttnettverket, som finansierte pilotprosjektet, er lagt til denne enheten. Prosjektlederen er Fellow av RCPsych, og bidro til å belyse denne kvalitetssikringsmodellen Quality Network of In-patient, Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) (QNIC).

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

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

Deltakende enheter ble rekruttert til pilotfasen gjennom formell invitasjon til alle helseforetak i desember 2014. Flere enheter var godt kjent med prosjektet gjennom prosjektlederens innlegg på Akuttnettverkets samlinger. Fire av de fem enheter som meldte sin interesse er regelmessige deltagere på Akuttnettverkets halvårlige samlinger. En enhet trakk seg før selvevalueringen på grunn av kapasitetsproblemer. Vi har også fått tilbakemeldinger om at flere enheter ikke fikk orientering om prosjektet via sitt helseforetak, men hadde ønsket å delta fra begynnelsen av. Det ble besluttet å sette i gang pilotprosjektet med fire deltakende enheter: St. Olav hospital, Oslo universitetssykehus, Sykehuset Østfold og Helse Møre og Romsdal.

Brukerorganisasjoner ble rekruttert gjennom henvendelser til både Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU), men kun VfB hadde mulighet til å delta i første fase. VfB deltok i alle faser under utviklingen av prosjektet, og deltar i prosjektgruppen

Pilotfase 1 konkluderte med at

“I pilotprosjektet *KvIP Barn og unge* i regi av Akuttnettverket har nå fire enheter innen psykisk helsevern for barn og unge gjennomført de første tre trinn i en kvalitetssirkel. Arbeidet har vært ledet av Simon R. Wilkinson. Enhetene har utarbeidet felles standarder, foretatt selvevaluering og gjennomført kollegaevaluering med påfølgende skriftlige rapporter. Brukerorganisasjonen Voksne for barn har deltatt i alle deler av prosessen.

På evalueringsmøtet for prosjektets første år, som ble avholdt 6. November 2015, var det en samlet og sterk støtte til videreføring av pilotprosjektet inntil en full kvalitetssirkel er gjennomført, dvs trinn 4: *enhetens vurdering og revidering av praksis, inkludert utarbeidelse av handlingsplaner*, og 5: *implementering av handlingsplaner*. Det ble også anbefalt å inkludere 3-4 nye enheter til neste runde, slik at man får erfaring med utvidelse av nettverket.

Intensjonen er at nettverket etableres som et permanent læringsnettverk”

Pilotfase 2, 2016

Akuttnettverkets leder godkjente at pilotfasen ble utvidet med ett år. Målet var å etablere solide strukturer og spre kompetanse slik at nettverket kunne etableres på permanent basis. Under pilotfase 1 i 2015 ble det også klart at prosjektet var sårbart dersom noe skulle skje med prosjektlederens mulighet til å gjennomføre besøk, skrive rapporter, og generelt sikre integrering av de nødvendige holdninger i prosessen. Nettverket trengte også flere som hadde kompetanse til å lede kollegabesøkene. I 2016 har flere øvd seg på å lede kollegaevalueringene,

og å skrive rapporter. Det samme gjaldt bidrag fra administrasjonen. Målet er å etablere robuste rutiner slik at gjennomføring av KvIP kan gjøres uavhengig av en sterk sentral administrasjon.

Med flere deltakende enheter i nettverket kan kvalitetsutviklingen komme lengre. Derfor har prosjektfase 2 også hatt som formål å sikre rutiner for integrering av nye enheter i nettverket.

Hva arbeidet har bestått i

Alle fire enheter som var med i 2015 deltok i fase 2 i 2016. I tillegg ble det rekruttert to nye enheter; Helse Fonna og Sykehuset Innlandet.

Endringer i forhold til pilotfase 1 har i hovedsak vært følgende:

- Revidert dagsplan mal for bruk under besøkene ble utprøvd.
- Pga reiseavstander hvor de fleste enheter må overnatte forut for besøket ble det forsøksvis innført en ordning med møte rundt et felles måltid kvelden i forveien hvor alle kollegaer som skal foreta besøket, brukerrepresentanten samt ledelsen fra enheten som skal besøkes. Dette er evaluert som svært betydningsfull gitt veldig mye faglig utveksling og etablering av gode forutsetninger for gjennomføringen av kollegaevalueringen påfølgende dag.
- Det ble lagt opp til mer tid til kollegaevalueringen ved tidligere oppstart om morgenen og dermed mer tid til hvert emne.
- Etter avslutningen av besøkene tok besøksteamet en gjennomgang av dagen og drøftet hvordan vi kunne gjort ting bedre.

Hensikten med årsrapport

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

Enheter skal ikke gjenkjennes

Årsrapport skrives på en slik måte at enhetene ikke gjenkjennes. Kulturen i et selvlæringsnettverk krever en ikke-dømmende holdning for å fremme åpenhet overfor hverandre.

Rapporten gir mulighet for enheter å 'benchmark' seg mot det som er gjennomsnittet i nettverket.

Foretak kan etterlyse rapporter fra sine egne enheter internt.

Hovedtrekk ved seks akuttenheter

Etter to runder med refleksjon over egen praksis ved selvevaluering og kollegabesøk finner vi at hovedutfordringer ved disse akuttpsykiatriske enheter for ungdom kan oppsummeres i følgende åtte punkter (se ellers vedlegg 4):

1. Organisasjonsform

Vi noterte fem forskjellige organisasjonsformer, spesielt i relasjonen til andre enheter for ungdommer ved samme sykehus. De to enheter med tilnærmet like organisasjonsmodeller hadde kortest median innleggelsestider – under 2 døgn. De var kjennetegnet av at deres akutte funksjoner var plassert ved siden av intermediære funksjoner med overlapping i ansettelsesforholdene for miljøterapeuter, psykologer og leger. Samtidig søkte de å unngå overføring av pasienter fra den ene til den andre enheten ved å skrive ut pasienter fra akutte for deretter å foreta en planlagt utrednings/behandlings opphold om det var nødvendig. Dette gikk greit med unntak av noen få psykotiske pasienter. Likevel noterer vi at enhetenes arbeidsform er svært forskjellige slik at det blir vanskelig å trekke noen konklusjoner om årsakene til den korte median innleggelsestid. Det er sannsynligvis flere årsaker til dette.

2. Brukermedvirkning

Det var et gjennomgripende trekk ved enhetene i 2015 at brukermedvirkning var lite synlig i informasjonen som blir gitt til pasientene og pårørende når de kommer til enhetene. Dette var marginalt bedre i 2016. Det var noe større medvirkning ved utarbeidelse av behandlingsplaner, men fortsatt langt igjen til en optimal delaktighet.

I løpet av 2016 har Mental Helse Ungdom (MHU) fått ansatt flere medarbeidere og kunne delta i KvIP sammen med representanter fra Voksne for Barn (VfB). Kun en enhet ser ut til å ha regelmessig kontakt med en brukerrepresentant. For flere er de relativt fjerne i hverdagen fordi et brukerråd oftest møter på nivået som har overordnet ansvar for hele BUP. Da har brukerrepresentanter lite direkte kontakt med prosessene som foregår ved enhetene. Vi ser for oss at enhetene trenger å gjøre MHU og VfB bedre kjent blant pasientene, for eksempel ved å ha brosjyrene lett tilgjengelige.

3. Forskrift om overnatting for foreldre,

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

4. Vedlikehold

Det ser ut til å være lite kjent på sykehusene at akuttenheter kan trenge raske vedlikeholdstiltak for å kunne opprettholde funksjonelle skjermingsenheter. Barn- og ungdommer lagt inn på akuttenheter kan ha tilstander assosiert med høy dødelighet. Unødige forsinkelser i vedlikeholdsarbeid ser ut til å ha forverret situasjonen på flere enheter, med resultat at noen risikomomenter har blitt bestående over måneder. Det viser seg å være svært nyttig at noen utenfra enheten ser etter mulige risikomomenter med kritiske blikk. Vi blir blind til det vi har levd med lenge.

Vi tror det er lite kjent for de med ansvaret for ventilasjonsanleggene at traumatiserte pasienter kan bli svært plaget av svak støy. Dette stiller et høyt krav til ventilasjonsanlegget som er sjelden møtt ved enhetene i nettverket. Likedan er lydisolering av rommene svært viktig fordi høy lyd kan trigge sterke reaksjoner hos noen pasienter gitt tidligere erfaring. Lydisolering har viste seg ofte å ikke vært godt nok.

5. Fagekspertise

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

På noen enheter har det krevd kreative løsninger for å sikre tilstedeværelse av ansatte med vedtakskompetanse. Med langtidsfravær av ansatte med vedtakskompetanse er det særlig viktig med ansettelse av vikarer med den kompetanse så raskt som mulig.

Det er nødvendig å anerkjenne et generelt høyt nivå av faglig kompetanse, iver, engasjement og lyst til å lære fra hverandre.

6. Lengde på opphold

Ut fra erfaring i 2015 ba vi i år om *median* lengde på opphold, i tillegg til *gjennomsnitt*s lengde. Foreløpig har det vist seg en utfordring for noen å undersøke den. Et tilleggsmoment å legge merke til er at i 2016 ba vi om tall tilsvarende kalenderåret 2015. Fordi det er stor variasjon fra år til år, og gjennom året, må tall tolkes med omhu. Likevel ble det klart at varigheten på liggetid varierer sterkt fra enhet til enhet. Det kan se ut som variasjonene er uavhengig av avstand til oppfølgende instanser og/eller hjemmet. Det ser heller ikke ut til å henge sammen med organisasjonsform, bemanningsfaktorer eller antall sengeplasser for befolkningsgrunnlag. Det ser ikke ut til å henge sammen med kvaliteten i samarbeid med barnevern. Vår vurdering er at det i større grad varierer med hvordan enhetene håndterer risiko i samarbeid med andre/oppfølgende instanser. Fremover blir vi nødt til å innhente flere detaljer som vil kunne øke enhetenes refleksjoner rundt faktorer som påvirker dette, inkludert vurdere hvordan samarbeidet med poliklinikkene i opptaksområde er.

7. Samarbeid med barnevern

Enhetene har forskjellige samarbeidsformer med barnevernet (BV). Ikke alle har avtaler om hvordan de skal løse eventuelle uenigheter på et overordnet nivå. Det var et generelt fenomen at forsinket utskrivning kunne gjelde påvente av tiltak i BVs regi, uten at det var klart om det hadde en sammenheng med samarbeidsform – eller mangel på slik. Når et slikt fenomen er identifisert i en KvIP runde, kan standardene finspisses til å bidra til større klarhet rundt evt. årsaksfaktorer i fremtidige runder, og hvordan barrierer til å finne gode løsninger kan identifiseres og overvinnes. Rapporten fra november 2014 «Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt»³ forsøker å oppsummere kunnskap på dette feltet, og muligens finnes det her noen tips om hvordan eventuelle barrierer kan overvinnes.

8. Faremoment som krever oppmerksomhet i andre sektorer enn helseforetaket selv

Ofte viser det seg at akutteneheter har hatt over gjennomsnittlig antall henvendelser om høsten. Bak dette har noen enheter notert at det kan henge sammen med en lite heldig prosess ved noen ungdomsskoler som fører til at elevene kommer inn på videregående skoler som de ikke har forutsetninger til å mestre. Noen elever har blitt vurdert ut fra innsats og ikke ut fra evne, og mestre ikke kravene på deres ny skole. Dette kan føre til store helsemessige belastninger for den enkelte.

³ Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord) RKBU Nord rapport nr. 5 2014

Formidling

Prosjektleder ledet en workshop ved den International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) kongressen i sept. 2016, Calgary, Canada. KvIP ble lagt frem i samarbeid med ansvarlig leder for QNIC, UK, og prosjektleder for innføring av QNIC i Estland (som utvikler en Estisk modell med prosjektleder som konsulent). Dette førte til interesse hos svenske kollegaer for et samarbeid med Stockholm som planlegger besøk til oss i januar 2017.

Deltagende i workshop var nordmenn fra flere foretak som ikke hadde hørt om prosjektet via deres egne foretak, og ba om å bli orientert direkte ved ny utlysning om medlemskap i nettverket.

Besøk til lederen for svensk barne- og ungdomspsykiaterne sammen med lederen for NU-sjukvården i Sverige.

Ressursbruk

I 2016 har pilotfase 2 testet mulighetene for å gjennomføre evalueringsrunden med robuste rutiner som er mindre personavhengig. Det ser ut til at vi har greid det. Likevel vil utvidelse av nettverket innebærer større krav til ressurser hos administrasjonen og hos prosjektlederen inntil nettverket er mer selvgående, dvs at flere kan lede kollegabesøk og skrive rapporter uten at prosjektlederen er involvert. Det har vært en stor fordel at prosjektlederen i sin 20 % stilling har arbeidet fleksibelt med mulighet til å svare på spørsmål når de dukker opp. På sikt kan ikke dette forventes å bli mulig med en i 20 % stilling. I løpet av 2017 bør grunnlaget legges for mer robuste ressurser hos administrasjonen, og videre opplæring av de som leder besøk/skriver rapporter. Dette vil kreve mer av prosjektlederens tid i en overgangsperiode.

Vedlegg 1: KvIP årshjul



Akuttnettverkets prosjekt “Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern (KvIP)- barn og unge” bygger på et selvlærings nettverk. Ideen er at enheten kombinert med støtte fra de andre deltagende enheter finner løsninger for egne utfordringer.

Kvalitetsstandarder dannes i fellesskap, og er revidert i lys av erfaring hvert år i mars.

Standardene anvendes først til en selv-evaluering ved enheten, fulgt av en kollega-evaluering i perioden april-november, med bistand fra brukerorganisasjoner. Representanter fra andre enheter og bestående av lege, psykolog og miljøterapeut, er med i kollega-evalueringen.

Hensikten med kollegaevalueringen er å bidra til refleksjon på praksis, og deling av løsninger andre enheter har forsøkt – i en ikke-dømmende kultur av likemenn som inkluderer brukerorganisasjoner.

En rapport, skrevet av lederen for kollegaevalueringen, oversendes enheten, deres overordnet samt lokal kvalitetsansvarlig innen to uker etter besøket. Det oppfordres til at rapporten brukes ved utvikling og oppdatering av enhetens handlingsplaner.

I slutten av november evalueres KvIP sammen med lederne av deltagende enheter og representanter fra brukerorganisasjoner. I desember og sist i årshjulet, skrives det en oppsummerende rapport om hovedtrekk på tvers av nettverket. Den oppsummerende rapporten leveres leder av Akuttnettverket og styringsgruppen, og videresendes helseforetakene.

Prosessen er nøkkelen til et vellykket KvIP nettverk – og det er avhengig av gjentakelse hvert år for å bidra til kontinuerlig forbedring i fellesskap.

Vedlegg 2: Poster – til akuttnettverkets samling oktober 2015

En synliggjøring av årssyklus



Helse Møre og Romsdal

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



St. Olavs Hospital

Årlig syklus

5) Forbedring av praksis

4) Vurdering og revidering av praksis

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

- Oppdaterte handlingsplaner

3) Kollegaevaluering og tilbakemelding

a) Dagsbesøk fra 3 andre enheter, brukerorganisasjon og prosjektleder

- Gjennomgang selvevalueringen
- Prioritet på nivå 1 standardene
 - Styrker og utfordringer

b) Oppsummerende, sammenlignende rapport på tvers av enhetene.

Standardområder

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

Standardnivåer

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

1) Utvikle felles standarder

Deltakende enheter sammen med brukerorganisasjonene fastsetter /reviderer standardene.

- Kvalitetsstandarder

2) Selvevaluering

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

- Selvevaluering



Oslo Universitetssykehus

Mer informasjon og dokumenter

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



Sykehuset Østfold

Vedlegg 3: Dagsplan under kollegaevaluering

Kl		
08.30-08.45	Besøksteamet avholder eget møte Taushetsplikt undertegnes, roller og oppgaver fordeles og avklares.	
08.45-09.30	Oppstart 08.45-09.00 Prosjektleder gir en <u>kort</u> innledning, målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen, bekrefter deltagelse av ungdommene og pårørende samt at deres samtykke skjema er i orden. 09.00-09.10 Kollega fra andre enheter gir en <u>kort</u> innføring i hovedtrekk ved deres enheter 09.10-09.30 Enheten gir en orientering, inkludert hovedsatsing siste året og ev barrierer til fremgang	
09.35-10.00	Omvisning Det fint om et par pasienter kan lede omvisningen	
10.00-10.15	Kaffe/te pause	
10.15-11.10	Diskusjon av standardene evt. vektlegging av forhåndsavtalt fokus ⁴ med ledere og "seniorene" (2-8)	
11.15-12.15	Diskusjon av standardene, evt. forhåndsavtalt fokus – fortsetter	Gruppeintervju med pårørende Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, sekretær fra besøksteamet.
12.15-13.00	Lunsj	
13.00-14.00	Gruppeintervju med ansatte uten leder/veiledningsroller ⁵ Tema velges ut fra svarene på standardene, og drøfting med seniorene	Gruppeintervju med ungdommene Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i

⁴ Ved første kollegaevaluering vil tiden sannsynligvis raskt brukes opp på gjennomgang av alle standardene. Valg av fokusområde blir viktig for enheter som har deltatt/hatt besøk tidligere år.

⁵ Poenget er at ingen i denne gruppen skal bli hemmet i å si hva de ønsker å si ved at en overordnet eller veileder er i samme gruppe. Det er her LiS og psykologer (ikke spesialister) deltar.

		intervjuguide, sekretær fra besøksteamet.
14.00-14.15	Kaffe/Te pause	
14.15-15.00	Besøksteamet avholder eget møte Oppsummerer inntrykk og identifiserer styrker, utfordringer og forslag til løsninger	
15.00-15.30	Oppsummerende møte med tilbakemelding og diskusjon Det er en fordel om overordnet administrasjon og kvalitetsansvarlige ved sykehuset/divisjonen, er representerte, i tillegg til enhetens ledere og "seniorer".	
15.30-16.15	Besøksteamet avholder eget møte Oppsummerer inntrykk og legger plan for skriving av rapporten	

Vedlegg 4: Standardene med prosent oppnådd 2016 sammenlignet med 2015

Standardnivå

Standardene kategoriseres i tre nivåer:

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

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

Noen standarder ble klassifisert under andre overskrifter eller annet nivå, introdusert eller omskrevet i 2016. Antall vises 'tall 2016/tall 2015' – totalt 228 standarder i 2016. Foreløpig er det ikke mulig å vite om forbedring/forverring i prosent innfridd standarder skyldes de to nye enheter i nettverket eller en generell endring i nivå ut fra erfaring i nettverket.

Standardene kan fåes fra Prosjektleder Simon R Wilkinson, simonrwilkinson@gmail.com

Område 1: Miljø og fasiliteter

Standard	Antall	Gj. % Infridd 2016	Gj. % Infridd 2015
Nivå 1	27/22	82	84
Nivå 2	19/19	87	69
Nivå 3	8/8	81	68
Total	54/49		

Område 2: Bemanning og opplæring

Standard	Antall	Gj. % Infridd 2016	Gj. % Infridd 2015
Nivå 1	29/28	82	72
Nivå 2	22/24	75	66
Nivå 3	5/5	86	79
Total	56/57		

Område 3: Innleggelse og utskriving

Standard	Antall	Gj. % Infridd 2016	Gj. % Infridd 2015
Nivå 1	10/10	82	84
Nivå 2	4/4	94	87
Nivå 3	1/1	100	100
Total	15/15		

Område 4: Behandling og omsorg

Standard	Antall	Gj. % Infridd 2016	Gj. % Infridd 2015
Nivå 1	19/16	76	66
Nivå 2	6/6	81	87
Nivå 3	1/3	83	46

Total	26/26		
--------------	-------	--	--

Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Standard	Antall	Gj. % Infridd 2016	Gj. % Infridd 2015
Nivå 1	16/17	74	82
Nivå 2	4/4	67	56
Nivå 3	1/1	33	25
Total	21/22		

Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Standard	Antall	Gj. % Infridd 2016	Gj. % Infridd 2015
Nivå 1	19/18	88	53
Nivå 2	19/20	77	73
Total	38/38		

Område 6: Rettigheter og lovverket

Standard	Antall	Gj. % Infridd 2016	Gj. % Infridd 2015
Nivå 1	16/17	81	70
Nivå 2	2	58	62
Total	18/19		

Vedlegg 5: Opplysning om enhetene

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

Ved at enhetene i nettverket har diverse organisasjonsformer, med varierende grad av kombinert dekning av elektive innleggelser med øyeblikkelig hjelp er det foreløpig ikke mulig å finne ut hvor mye resurser brukes overfor øyeblikkelig hjelp henvendelser i hvert opptaksområde.

Vennligst se på dette vedlegget som noe å streve mot i årene som kommer.

Opplysning om enhetene

Bredden som finnes i nettverket

Normerte sengeplasser for ØHj	
Gj.snitt. liggetid for ØHjelp	
Gj.snitt. beleggprosent	
Median innleggelsestid	
Befolkningsgrunnlag 13-18 år	

Bemanning

Psykologspesialist	
Psykolog under spesialisering	
Barne- og ungdomspsykiater	
LiS	
Miljøterapeuter med utd. i psykisk helse	
Sykepleier	
Vernepleier	
BVPedagoger	
Andre	
Miljøterapeuter uten utd. i psykisk helse	
Sykepleier	
Vernepleier	

BVPedagoger	
Andre	
Admin.konsulenter/sekretær	

Opplysninger om feil ressursbruk

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