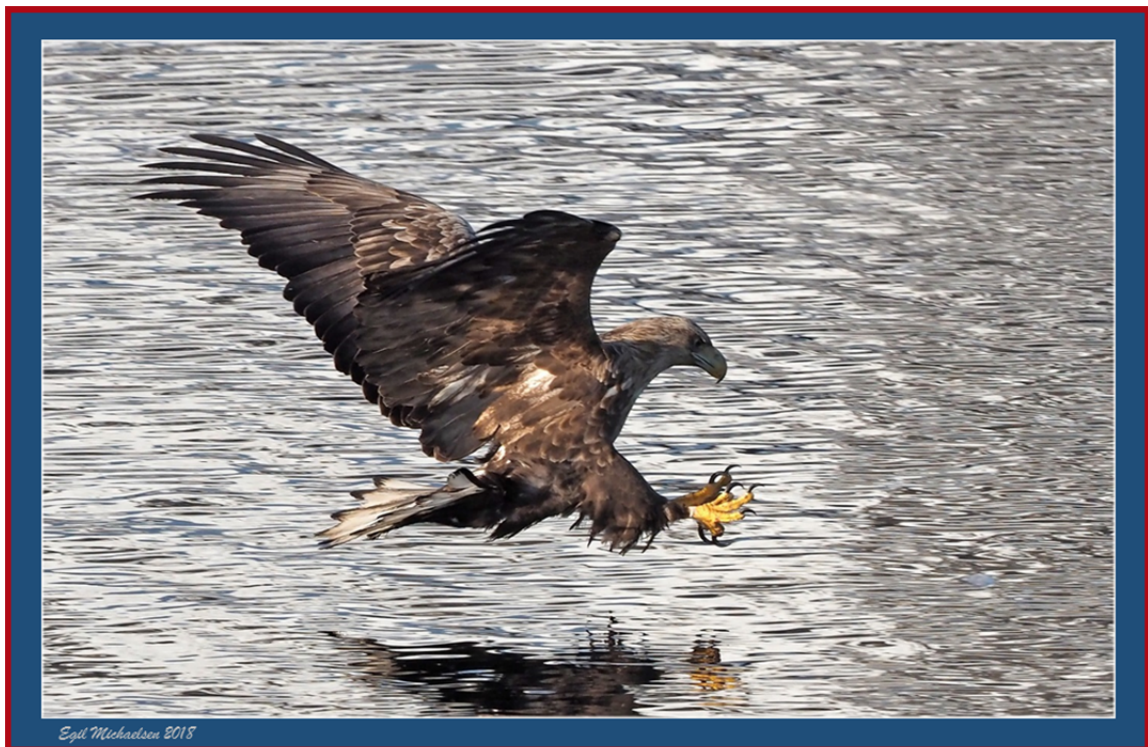


Kvalitetsstandardiseringsnettverk for enheter i akutt psykisk helsevern for voksne

Prosjektrapport



Åmund Fidjeland

akuttnettverket.no

September 2019

Forsidebilde ved Egil Michaelsen
markblomster.no

Referanse for denne rapporten:

Åmund Fidjeland
Kvalitetsstandardiseringsnettverk for enheter i akutt psykisk helsevern for voksne
Akuttnettverket, Åhus, 2019.

Forord

Prosjektleder har til dette arbeidet mottatt innspill fra en lang rekke personer, ingen nevnt, ingen glemt, men la det være sagt eksplisitt at uten deltakelse fra prosjektdeltakerne i de kliniske enhetene og fra brukerrepresentantene, ville det aldri ha blitt noe prosjekt. Alle deltakerne takkes hjerteligst for innsatsen.

Åmund Fidjeland
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

1. Sammenheng	6
1.1 Prosjektets bakgrunn og hensikt	6
1.2 Arbeidsmåte	6
1.3 Utforming av kvalitetsbeskrivelser	6
1.4 Måloppnåelse og resultater	6
1.5 Sluttvurdering og veien videre	7
2. Helsepolitisk og faglig bakgrunn	8
2.1 Akuttnettverket	8
2.2 Kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten og helsepolitiske styringssignaler	8
2.3 Bakgrunnen for prosjektet	9
3. Pilotprosjektets målsetting, deltakere, prosesser og resultater	10
3.1 Målsetting	10
3.2 Deltakere	10
3.3 Økonomiske rammer	11
3.4 Personvernopplysninger	11
3.5 Utvikling av kvalitetsbeskrivelser	11
3.5.1 Hovedprosesser	13
3.5.2 Om pakkeforløp	13
3.5.3 Ledelsesprosess	13
3.6 Hovedmodell for prosjektet	14
3.7 Egenevaluering og kollegaevaluering	16
3.8 Funn	16
3.8.1 Hovedprosesser/behandlingsforløp	17
3.8.2 Hovedprosesser/utdanning, opplæring og ivaretagelse av helsepersonell	18
3.8.3 Hovedprosesser/opplæring av pasient og pårørende	18
3.8.4 Hovedprosesser/forskning	18
3.8.5 Ledelsesprosess	18
3.8.6 Støtteprosesser	19
4. Erfaringer/vurderinger	20
4.1 Struktur	20
4.2 Etablere felles forståelse	20
4.3 Lærings- og refleksjonsbasert modell	20
4.4 Egen- og kollegaevalueringer	21
4.5 Tolkninger og forbehold vedrørende de kvantitative besøksresultatene	21
4.6 Åpenhet og tilgang på funn fra besøkene	21
4.7 Pakkeforløp	22
4.8 Forståelse av ledelsesprosessen	22
4.9 Funn i kollegaevalueringene	23
4.10 Brukerrepresentasjon	23
4.11 Samarbeid og kommunikasjon under prosjektets gang	23
4.12 Prosjektets slutfase i forhold til implementering	23
4.13 Videre arbeid	24
5. Sluttresultater og konklusjon	25
Litteratur og referanser	26
Vedlegg	27

1. Sammendrag

1.1 Prosjektets bakgrunn og hensikt

Akuttnettverket (1) har fra opprettelsen i 2009 arbeidet på ulike måter med kvalitetsarbeid

Etter politiske styringssignaler om å innføre kvalitetsstandarder i spesialisthelsetjenesten (2) har Akuttnettverket tidligere gjennomført et pilotprosjekt – i perioden januar 2016 – april 2017 (3), og nå dette større prosjektet. Hensikten har vært å utvikle kvalitetsverktøy i de akuttpsykiatriske tjenestene gjennom evaluering av tjenestene mot valgte kvalitetsbeskrivelser med fokus på prosessene underveis, faglig og læringsmessig. Dette større prosjektet har ønsket å utprøve selve prosessmetodikken enda mer systematisk og i et større format

Deltakere: 16 enheter fra 9 forskjellige helseforetak har deltatt og utgjort prosjektets nettverk. Deltakerne har hatt en bred faglig erfaringsbakgrunn, og har representert DPS og sykehusenheter i både urbane og rurale områder.

1.2 Arbeidsmåte

Prosjektet har arbeidet etter en prosessorientert kvalitetsforbedringsmetodikk (4) kombinert med læringsnettverk (5). Læringsnettverk er benyttet i en rekke kvalitetsforbedrende prosesser i helsevesenet, blant annet i Pasientsikkerhetsprogrammet (6) Den britiske modellen for kvalitetsforbedring (4) er basert på et sett av kvalitetsbeskrivelser og evalueringer i to faser (egen- og kollegaevaluering). Deltakerenhetene (enheter fra 16 enheter i 9 helseforetak) og prosjektdeltakerne fra enhetene har utgjort læringsnettverket. Dette prosjektet er inspirert av den nevnte britiske modell, men har også tatt inn en rekke nye momenter og tilnærminger. Så dette prosjektet har endt opp med å bli nokså langt fra å være bare en anvendelse av den britiske modellen.

1.3 Utforming av kvalitetsbeskrivelser

Kvalitetsbeskrivelsene er basert på forslag som er utformet av prosjektdeltakerne gjennom gruppeprosesser lokalt og i samlinger. Kvalitetsbeskrivelsene bygger på kravene i Forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester (7), og er organisert i hovedprosesser, ledelsesprosess og støtteprosesser. Kvalitetsbeskrivelsene utgjør kjernen eller strukturen i læringsnettverket.

1.4 Måloppnåelse og resultater

Det er utviklet en rekke kvalitetsbeskrivelser vedrørende hoved-, ledelses- og støtteprosesser som har betydning for kvalitet i døgnbaserte akutt-tjenester for voksne. Prosessmetodikken som del av et læringsnettverk har vist seg å fungere også ved bruk av mange kvalitetsområder og med en rekke deltakere. Det er gjennomført egevalueringer og kollegaevalueringer av alle deltakende enheter opp mot de foreslåtte kvalitetsbeskrivelsene. Kollegaevaluering fungerer etter intensjonen også når settet med kvalitetsbeskrivelser blir omfattende.

Enhetene rapporterer om høy nytteverdi både ved evaluering av egen enhet og deltakelse i evalueringer hos andre.

Det er også utviklet forslag til kvalitetsformuleringer på områdene tvangstiltak og klinisk ferdighetstrening/klinisk simulering.

Prosjektet har bidratt til vesentlig utvikling rundt utprøving av nevnte metode for kvalitetssikring av klinisk praksis, evaluering og videreutvikling av drift av døgnavdelinger.

1.5 Sluttvurdering og veien videre

Prosjektet har anvendt en kvalitetsmodell som har blitt opplevd som svært nyttige for prosjektdeltakerne. For å kunne anvende denne modellen inn i driften, bør selve kvalitetsbeskrivelsene gjøres implementeringsklare gjennom ytterligere systematiseringer og presiseringer og på den måten gjøres mer operasjonelle og mindre redundante. Dette gjelder både hovedprosesser og støtteprosesser, og ikke minst ledelsesprosessene. Det må videre vurderes hvordan denne evalueringsmodellen kan komplettere og eventuelt integreres inn i pakkeforløpene. Det bør være mulig å utforme kvalitetsbeskrivelsene og gjennomføre evalueringer slik at deltakelse i læringsnettverket vil føre til et optimalt samsvar med kravene i Forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester (7). Finansieringsmodell for et nettverk må også vurderes. Her kan tenkes ulike måter å gjøre dette på. En mulighet er å formulere forpliktende utsagn i de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, slik at hvert enkelt helseforetak må avsette midler til deltakelse i et fremtidig læringsnettverk basert på de kvalitetsbeskrivelsene som utformes.

2. Helsepolitisk og faglig bakgrunn

2.1 Akuttnettverket

Akuttnettverket (1) er et nettverk av fagfolk og brukere i spesialisthelsetjenesten i Norge. Nettverket har siden etableringen i 2009 ønsket å bidra med fokus på faglige standarder for å øke kvaliteten på tjenestene, og arbeider for en bedring av de akuttpsykiatriske tjenester gjennom å dele erfaringer, samarbeide om forbedringsprosjekter og annet FoU-arbeid, samt å inspirere hverandre til å fornye og forbedre klinisk praksis. Nettverkets ledelse ved FoU-avdelingen ved Akershus universitetssykehus (Ahus) har vært formell oppdragsgiver for dette prosjektet.

2.2 Kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten og helsepolitiske styringssignaler

Etter Stortingsvalget høsten 2013 formidlet den påtroppende regjeringen en politisk plattform som omfattet kvalitetsarbeid på sykehusnivå som også fanget Akuttnettverkets interesse(2):

***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.***

I 2014 la regjeringen fram stortingsmelding 11 (2014-2015), Kvalitet og pasientsikkerhet 2013 (9), 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 (4), som ble lagt fram for Stortinget høsten 2015.

I Nasjonal helse- og sykehusplan(10) ble det erkjent at Internkontrollforskriften (8) ikke hadde fungert tilfredsstillende som styringsverktøy for kvalitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren, og det ble uttrykt behov for å plassere ansvar for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet tydeligere. Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kom høsten 2016 (7) og veilederen for forskriften våren 2017 (12).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (7) 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. Forskriften beskriver også ansvaret for styringssystem, omfanget av styringssystemet og krav til dokumentasjon. Slik stiller den nye forskriften klarere krav til ledelse på alle nivåer for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (10) ble det formidlet et mål om å innføre kvalitetssertifisering. Kravdokumentenes utforming ble ikke beskrevet, men meldingen beskrev tre alternative modeller for gjennomføring av sertifisering. Disse tre modeller har problematiske sider, og valg av foretrukket modell ble ikke foretatt.

Det er et klart styringssignal at det skal være åpenhet om tjenestekvaliteten. Å etablere kvalitetsstandarder er å beskrive ønsket, forventet eller riktig kvalitet for de sentrale områder av de tjenester som leveres. At en kvalitetsstandard er kjent og gjenstand for genuin diskusjon og kritikk, er en åpenhetsdimensjon. Åpenhet fordrer også at det gjøres kjent hvordan deltakende enheter tilfredsstiller de oppførte krav.

Et grunnlag for kvalitetsutvikling i helsetjenesten er formulert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten 2005-2015 (15). 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 Bakgrunnen for prosjektet

I 2014 besluttet Akuttnettverkets ledelse å opprette et pilotprosjekt som skulle etablere kvalitetsstandarder innenfor noen områder som er vesentlige for kvaliteten i døgnheter innen psykisk helsevern for voksne. Valgt system for prosjektet ble kvalitetsforbedringsmetodikken som er utviklet ved College Centre for Quality Improvement (CCQI) ved The Royal College of Psychiatrists (RCPsych) (8). Fire deltakerenheter utviklet kvalitetsbeskrivelser innenfor fire viktige områder innenfor de akuttpsykiatriske tjenester og evaluerte hverandre mot disse kvalitetsbeskrivelsene. Pilotprosjektet ble fullført i 2017, og prosjektrapporten er tilgjengelig på Akuttnettverket.no (3). Pilotprosjektet ble besluttet videreført med oppstart januar 2018. Åmund Fidjeland, som hadde ledet pilotprosjektet, fikk ansvar for prosjektet inkludert organisering av det nye prosjektet. Prosjektets navn, **Kvalitetsstandardiseringsnettverk for døgnheter i akutt psykisk helsevern for voksne (KNA)**, ble valgt for å tydeliggjøre de to sentrale elementene i prosjektet, kvalitetsbeskrivelser og nettverk. Kvalitetsforbedringsmetodikken bygger på velkjente prinsipper om lærende nettverk hvor kvalitetsbeskrivelsene utgjør kjernen i nettverksarbeidet.

3. Pilotprosjektets målsetting, deltakere, prosesser og resultater

3.1 Målsetting

- Overordnet formål har vært å utarbeide faglig relevante kvalitetsutsagn innenfor områder som har betydning for kvalitet i de akutte døgn tjenester i psykisk helsevern for voksne.
- Bidra til kontinuerlig kvalitetsutvikling i de akutte døgn tjenestene gjennom evaluering i et lærende nettverk.
- Prøve ut prosessmodellen fra pilotprosjektet på flere områder, med fokus på prosjektdeltakernes erfaring med læring underveis.
- Teste ut om det er mulig og ønskelig å gjennomføre kollegaevaluering under samme prosess med en omfattende samling kvalitetsutsagn.
- Sidemålsettinger har inkludert temaer som tvangstiltak, ferdighetstrening/klinisk simulering og driftsimplesmentering. Dette arbeidet har inngått som del av kjente helsepolitiske målsettinger som registreringskrav ved tvang og arbeid med reduksjon av uønsket tvang.

Prosjektet skulle også være til direkte nytte lokalt for det lokale fagutviklingsarbeid underveis, og ved at det faglige utviklingsarbeidet skulle kunne bidra til direkte samarbeid mellom enhetene under prosjektet og seinere.

3.2 Deltakere

Helseforetak*	Enhet	Lokalisering
Helgelandssykehuset	Allmenpsykiatrisk døgnavdeling	Mo i Rana
Helse Fonna	Seksjon for spesialisert behandling, akuttpost	Valen
Helse Møre og Romsdal	Avdeling for sykehuspsykiatri	Hjelset v. Molde
Helse Møre og Romsdal	Avdeling for sykehuspsykiatri	Ålesund
Jæren DPS*	Akuttpost K1	Bryne
St.Olavs hospital	Akuttseksjonen Østmarka	Trondheim
St.Olavs hospital	Nidaros DPS	Trondheim
St.Olavs hospital	Tiller DPS	Trondheim
Sykehuset Innlandet	Avd. for akuttpsykiatri og psykosebehandling	Sanderud
Sykehuset Innlandet	Lillehammer DPS	Lillehammer
Sykehuset Østfold	DPS-akutt	Sarpsborg
Sykehuset Østfold	Psykiatrisk avdeling	Sarpsborg
Sørlandet sykehus	Akutt enhet 6.1/6.2	Kristiansand
Sørlandet sykehus	Akutt enhet A/B	Arendal
Vestre Viken	Asker DPS	Asker
Vestre Viken	Mottaksseksjonen Blakstad	Asker
Sykehuset Innlandet Assosiert medlem med oppgaver knyttet til administrasjon, tvang og klinisk simulering:	Avd. for akuttpsykiatri og psykosebehandling	Reinsvoll

*Jæren DPS er en privat ideell institusjon som eies og drives av Norsk Kvinners Sanitetsforening, Rogaland. Institusjonen har driftsavtale med Helse Vest.

Brukere/pasienter/pårørende har vært representert med

Anna Margrethe Andersen	Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse – deltaker på og mellom prosjektsamlinger.
Gunn Helen Kristiansen	Mental helse – deltaker på og mellom prosjektsamlinger.
Borghild Spiten Mathisen	Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse – deltaker på og mellom prosjektsamlinger.
Lokale brukerrepresentanter	I lokale prosjektgrupper og under evalueringer.

3.3 Økonomiske rammer

Deltakende enheter har dekket reisekostnader og eventuell overnatting i forbindelse med prosjektet. Prosjektmøter har vært avholdt på Gardermoen. Akuttnettverket har dekket kostnader til prosjektledelse og møtekostnader for prosjektgruppa.

3.4 Personvernopplysninger

GDPR - General Data Protection Regulation (14) - er en EU-forordning som omfatter sikring av personvernopplysninger i EU- og EØS-området. Siden Akuttnettverket administrativt ligger under Ahus, er det personvernombudet her som tilrårder/ikke tilrårder prosjekter som omhandler lagring av personopplysninger.

Dette prosjektet inneholder ikke pasientopplysninger. Deltakerne er ikke i kontakt med pasienter i løpet av prosjekttiden i større grad enn andre tilsvarende besøkende til sykehus. Pasientene har ikke blitt involvert i prosjektaktivitetene under noen del av prosjektet.

Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus har tilrådet prosjektet under forutsetning av at personopplysninger (navn, e-postadresser og tilknytning til helseforetak) slettes etter prosjektslutt, seinest 31.12.2019, noe det også er gitt informasjon om til prosjektdeltakerne.

3.5 Utvikling av kvalitetsbeskrivelser

Allerede i 1995 ble det formulert at man innen år 2000 skulle ha helhetlige kvalitetssystemer i helsetjenesten i Norge (14). Dette ble imidlertid aldri realisert. I 2013 formulerte den påtroppende regjeringen utsagnet om kvalitetssertifisering av norske sykehus i Politisk plattform (2). Styringssignalene som har kommet i tiden etter dette er allerede beskrevet ovenfor.

Det finnes en rekke kvalitetssikringssystemer, og særlig kjent er ISO 9000-serien, hvor ISO 9001(16) beskriver rammekravene i et kvalitetssystem. Disse standardene er utviklet med bakgrunn i produksjon/industri, men har gradvis blitt mer relevante også for tjenesteproduserende virksomheter. Systemene skal bidra til at kravene fra kunden, egne krav og eksterne krav beskrives og følges. I helsesammenheng er vi ikke vant til å bruke begrepet kunde, men i denne konteksten vil våre kundegrupper for eksempel være pasienter, pårørende og kommunale instanser. I 2015 ble det foretatt en større revisjon av ISO 9001, og i 2016 kom en oppdatert beskrivelse av ledelsessystemer for kvalitet for helse- og omsorgstjenester basert på ISO 9001, NS-EN 15224:2016 (17).

Sørlandet Sykehus har vært sertifisert etter Den Danske Kvalitetsmodellen (DDKM) (18). To enheter fra dette sykehuset har deltatt i prosjektet. Erfaringene fra denne sertifiseringen var at standardene i beskjedne grad var rettet inn mot problemstillinger i psykisk helsevern, men mer nyttig for somatikk. I pilotrapporten beskrives det hvordan man i Danmark valgte å gå bort fra DDKM som et krav til sykehus fordi detaljert og

streng revisjon påvirket faglig engasjement negativt. Det danske systemet er derfor kraftig revidert, der de har gått over til modeller som er preget av åpne dialogbaserte prosesser hvor faginnholdet prioriteres.

Flere helseforetak er eller har vært sertifisert etter ISO 9001, enten som hele helseforetak eller deler av virksomhetene. Flere har imidlertid erfart at å være sertifisert krever mye ressurser og har uttrykt tvil om nytteverdien står i et fornuftig forhold til de ressursene som brukes på å tilfredsstille kravene.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (7) ble operativ i januar 2017. Denne tydeliggjør ledelsens ansvar og medarbeidernes involvering, i tillegg til å beskrive krav til brukermedvirkning. Forskriften forsterker kravene til forbedring og beskriver krav til kvalitet, system og kultur. Dette er det nye kravdokumentet for helse- og omsorgstjenesten. Derfor har forskriften vært sentral i prosjektets arbeid med beskrivelser av hva som er riktig kvalitet. Fordi forskriften inneholder svært mye av elementene fra ISO 9001, kan spørsmålet reises om det nå vil være bedre å ha en form for sertifisering knyttet til forskriften. Mye taler for at evaluering av virksomhetene i et læringsnettverk slik det er gjennomført i dette prosjektet, kan være en måte å sikre at implementering av forskriften finner sted.

I prosjektet ble arbeidet strukturert i utgangspunktet etter velkjente begreper i prosessterminologi(19):

- Hovedprosesser
- Ledelsesprosess
- Støtteprosesser

Direktoratet for forvaltning og IKT beskriver i sin begrepsliste (19) at denne bruken av begreper hjelper virksomheter til å forstå betydningen av de aktivitetene virksomheten har og sammenhengen mellom dem. Spesialisthelsetjenesten har fire tydelige oppdrag, som også kan kalles hoved- eller kjerneprosesser:

- Pasientbehandling
- Opplæring av pasient og pårørende
- Opplæring av helsepersonell
- Forskning

Myndighetene mente at det var helt nødvendig å inkludere alle områder som virker inn på kvaliteten i tjenestene, og etablere et system som kunne fange opp dimensjonene i forskriften.

Elisabeth Arntzen er en lege som har hatt en rekke lederstillinger i Helse Sør-Øst RHF og i Statens helsetilsyn og som har omtalt kvalitetens tre dimensjoner (20):

- Opplevd kvalitet
- Faglig kvalitet
- Ledelsens tilrettelegging for opplevd og faglig kvalitet

Det ble tidlig klart at prosjektet måtte utvikle kvalitetsformuleringer som rommet disse tre dimensjonene. Ledelsesprosessen måtte derfor være sentral i prosjektet. Prosjektet viste også at utforming av bygningsmassen der tjenestene utføres (støtteprosess, Facility Management/eiendom) har stor betydning for hvordan kvaliteten i tjenestene blir, dvs. at bygningsmasse også kan regnes som en del av behandlingen i vid forstand. Derfor måtte støtteprosessene også være med i utformingsarbeidet.

I alle forhold som kunne påvirke kvaliteten i tjenestene, skulle prosjektdeltakerne spørre seg selv og hverandre:

<i>Hva er riktig kvalitet?</i>

3.5.1 Hovedprosesser

Utvikling av kvalitetsformuleringene bygget på erfaringene fra pilotprosjektet, hvor det ble konsentrasjon på følgende områder:

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

Prosjektgruppa formulerte forslag til kvalitetsbeskrivelser som rommer en rekke områder innenfor de psykiatriske akutt-tjenester i døgnavdelinger. Lover og forskrifter som berører denne tjenesteproduksjonen var styrende for hva prosjektdeltakerne mente var riktig kvalitet. Nasjonale faglige retningslinjer og råd samt faglige veiledere og rundskriv har også vært viktige for utforming av disse forslag til kvalitetsbeskrivelser.

Kvalitetsområdene knyttet til hovedprosesser fikk denne strukturen i dette prosjektet:

Hovedprosesser	Behandlingsforløp	Henvisning
		Mottak av pasient
		Første behandlingsdøgn
		Planlegging av behandling
		Utredning
		Behandling
		Utskrivning/overgang til annen enhet/overgang til annet behandlingsnivå
		Generelt
		Ivaretagelse av og samarbeid med pårørende
	Utdanning, opplæring og ivaretagelse av helsepersonell	Formelle krav
		Introduksjon/opplæring av nye medarbeidere
		Spesifiserte kompetansekrav
		Bemanning- og kompetansesammensetning
		Vedlikehold av faglig kompetanse
		Veiledning
		Klinisk simulering
		Personalsikkerhet
		Dokumentasjon
	Opplæring av pasient og pårørende	
	Forskning	Omfattes ikke av dette prosjektet, men er en av helseforetakenes hovedoppgaver

3.5.2 Om pakkeforløp

Nasjonale pakkeforløp (20) er normerende pasientforløp for konkrete diagnoser eller grupper av pasienter. Pakkeforløpene ble introdusert etter at dette prosjektet kom i gang. De er derfor i liten grad tatt med i de kvalitetsbeskrivelsene som er formulert her, men det ble underveis diskutert ulike fruktbare måter disse to kvalitetsveiene kan integreres, til gjensidig faglig berikelse.

3.5.3 Ledelsesprosess

Ledelsesprosessen er dekkende beskrevet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (7) med tilhørende veileder (12). Ved prosjektoppstart hadde forskriften vært gjeldende styringsdokument for ledelse i ett år. Det var variabel kjennskap til og kunnskap om denne forskriften, og implementering av forskriften slik veilederen beskriver, var naturligvis da forskjellig mellom helseforetakene.

Det ble viktig for prosjektet å inkludere ledelsesprosessen i prosjektet ved å formulere kvalitetsutsagn knyttet til de forskjellige paragrafene i forskriften. Områdene ble inndelt på denne måten:

Ledelsesprosess	Verdier
	Styringssystemet
	Planlegging
	Gjennomføring
	Evaluering
	Korrigerer
	Pasientflyt/belegg

Støtteprosesser handler om alt som skal til for å produsere tjenestene, men som ikke direkte handler om spesialisthelsetjeneste-oppgavene, som for eksempel bygningsmasse, menneskelige ressurser, IKT-tjenester. I prosjektets første fase var det liten bevissthet om betydningen av støtteprosesser, og det ble derfor initialt kun laget en kvalitetsbeskrivelse i dette området. Etter at evalueringene var gjennomført, ønsket deltakerne flere kvalitetsbeskrivelser knyttet til støtteprosesser, og inndelingen endte slik:

Støtteprosesser	Facility Management
	Sykehustjenester
	Lederstøtte
	Annet

Prosjektet benyttet strukturen som er beskrevet over i arbeidet med de områdene som skulle formuleres. Styrende for dette arbeidet var lover, forskrifter, nasjonale faglige retningslinjer og råd samt veiledere og rundskriv som er relevante for fagfeltet, samt det som oppfattes som den beste praksis i fagfeltet. (Dette siste punktet må tematiseres ytterligere under implementeringsarbeidet.) Gjennom dette arbeidet fant vi fram til en felles forståelse for hvordan kvaliteten i tjenesten skal være. Prosjektmedarbeiderne brukte lang tid, over flere prosjektsamlinger, på å utvikle denne felles forståelsen av kvalitet, og de formuleringene av kvalitet som ble utformet var redskapet for å finne fram til den enhetlige forståelsen.

3.6 Hovedmodell for prosjektet

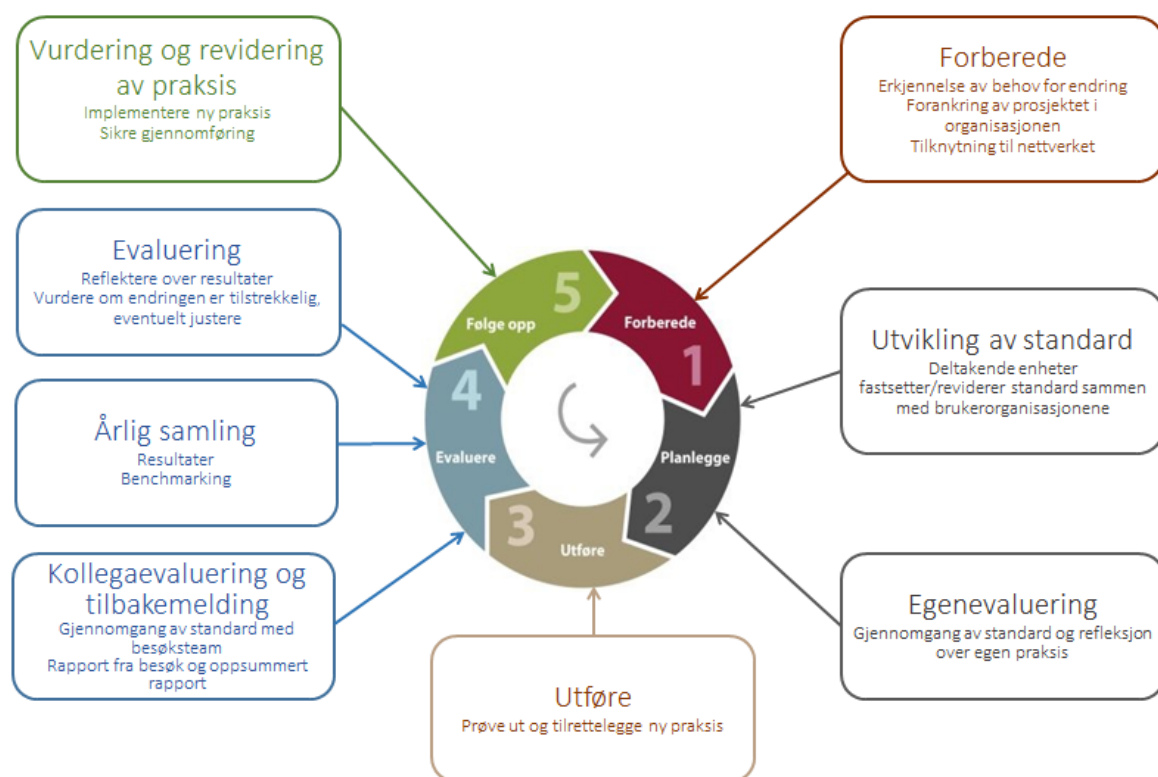
Det er benyttet en prosessorientert kvalitetsforbedringsmetodikk som er faglig inspirert av en evalueringsmetodikk som er utviklet i England ved Centre for Quality Improvement (CCQI), Royal College of Psychiatrists (8), kombinert med læringsnettverk. CCQI har nå 12 forskjellige kvalitetsnettverk for døgnstjenester i psykisk helsevern som arbeider etter samme metodikk. De beskriver virksomheten slik selv (4):

We work with mental health services across the UK to assess and improve the quality of care they provide. Our Quality Networks use a process of regular peer review and self-review against service standards to promote high quality care.

CCQI (8) har utviklet separate standarder for hvert enkelt nettverk, og har i tillegg utviklet kjernestandarder som inneholder de kvalitetsformuleringene som er felles for alle kvalitetsnettverkene (22). Standarden er utviklet i samarbeid med British Standard Institution (23), som tilsvarer Standard Norge. Foreløpig benyttes kjernestandarden sammen med hvert enkelt nettverks standard, og en del av områdene i disse er overlappende.

Deltakerne i dette prosjektet har bestått av medarbeidere fra 16 enheter i 9 forskjellige helseforetak. Det har deltatt enheter både fra DPS- og sykehusnivå med variert geografisk og demografisk representasjon. Enhetene har sammen fungert som et læringsnettverk hvor medarbeidere sammen med brukerrepresentanter har evaluert daglig drift med tilhørende utfordringer. Dialogen og erfaringsutvekslingene gir hjelp til å finne løsninger på utfordringene underveis slik at kvaliteten i tjenestene kan bli bedre.

Kjernen i nettverksarbeidet er beskrivelser av hva prosjektgruppen mener er riktig kvalitet innenfor en rekke områder. Prosessmodellen som er nevnt over innebærer evaluering mot elementene i standarden to ganger i året, lar seg enkelt sette inn i modell for kvalitetsforbedring, slik vi kjenner den fra bl.a. Helsebiblioteket (24):



De enhetene som deltar i nettverket, evaluerer egen virksomhet opp mot de formuleringer som er utarbeidet to ganger i året. Den første – egenevalueringen – er en del av kvalitetsforbedringsarbeidets planleggingsfase. Egenevaluering gjøres av enhetens ledelse og fagutviklingsrådgivere som gjennomgår alle områder som er beskrevet og svarer ut om formulert kvalitet er oppnådd eller ikke. Det kan være behov for å inkludere representanter fra forskjellige faggrupper ved usikkerhet om standardformuleringen er oppnådd. Egenevalueringen fungerer som et «sjekkpunkt», og gir en god indikasjon på hvilke områder som trengs prioritert for å oppnå riktig kvalitet i tjenesten.

Enheten arbeider så med endringer, og prøver disse ut i praksis. Det er naturlig å gjøre baseline-målinger og gjøre nye målinger når endringene har vært utprøvd over noe tid.

Neste fase er det som kalles kollegaevaluering. Dette innebærer at enheten får besøk fra en annen enhet i nettverket. Sammen gjennomgår kvalitetsformuleringene, og enheten skåres ut fra det som kommer fram i dialogen på hvert enkelt punkt. Etter besøket skrives en rapport av besøkende enhet, hvor skåringene fremkommer. I tillegg beskrives den besøkte enhetens sterke sider og forbedringsområder i fritekst.

Nettverket vil i en driftsfase ha en årlig samling, hvor akkumulerte resultater gjennomgås. De deltagende enhetene får også en oversikt over hvordan de andre enhetene oppfyller hver enkelt formulering innenfor de forskjellige områdene. Denne oversikten skal kun være tilgjengelig i nettverket og ikke deles eksternt. Årsaken til dette er at nettverket skal fungere som en læringsarena preget av åpenhet. Det forventes en ikke-dømmende holdning mellom enhetene, hvor man heller bidrar til å støtte hverandre for å heve kvaliteten på de områdene der enheter skårer lavt.

Etter den årlige samling vil hver enkelt enhet vurdere de områder hvor det fortsatt er behov for kvalitetsfremmende tiltak, samt evaluere ny praksis som er implementert etter egen- og kollegaevaluering. Dette arbeidet danner da grunnlag for en ny kvalitetssyklus. Man vil kunne benytte seg av andre enheters evalueringsresultater og det kjennskapet man får til andre i nettverket når nytt endringsarbeid planlegges.

3.7 Egenevaluering og kollegaevaluering

Egenevaluering ble utført 1 - 2 måneder før kollegaevalueringen, og fungerte som en forberedelse til kollegaevaluering. Fordi det ikke var mulig å gå igjennom alle områder på en dag, ble det i forkant av kollegaevaluering gjort en prioritering, hvor beskrivelser med lav skår utløste prioritering framfor beskrivelser som sannsynligvis var oppfylt. Det var den enheten som fikk besøk som prioriterte i forkant av besøk. De enhetene som kom på besøk, hadde merket seg hvilke områder hvor beskrivelser av kvalitet var oppfylt, og benyttet tid til å spørre om tema enheten som ble besøkt, var særlig god på.

Enhetene ble skåret på hver enkelt kvalitetsbeskrivelse med valgene «Helt oppfylt», «Ikke oppfylt», «Delvis oppfylt», «Vet ikke» og «Ikke aktuelt». Etter kollegaevaluering har alle resultater blitt samlet og summert, og gruppert etter områder. Under refereres disse med kommentarer. Se også vedlegg nr.1.

I pilotprosjektet (3) var det besøkende teams ansvar å lede gjennomgang av standard, og besøkende team hadde ansvar for å skrive rapport. For å sikre struktur og lik gjennomføring i alle kollegaevalueringer ledet prosjektleder kollegaevalueringene. Fritekstrapport ble utfylt av besøkende enhet og sendt til de som hadde fått besøk sammen med skåring i standard. Rapport og standardskåring ble så sendt til prosjektleder som sammenstilte alle data fra skåringene.

3.8 Funn

Tall og beskrivelser som følger er hentet fra vedlegg 1, som er en anonymisert oppstilling av skåringer fra prosjektets kollegaevaluering. Vedlegget er stort, og rent praktisk er det blitt benyttet forstørrelsesfunksjonen i Acrobat Reader for å kunne lese detaljene i oppstillingen. Det er en side for henholdsvis hoved-, Ledelses- og støtteprosesser.

Til venstre i oppstillingen ligger strukturen i kvalitetsbeskrivelsessettet med hoved- og underkategorier. Så følger kvalitetsbeskrivelsene og enhetenes skåring fra kollegaevalueringen. Enhetene blir altså skåret på hver enkelt kvalitetsbeskrivelse med valgene «Helt oppfylt», «Ikke oppfylt», «Delvis oppfylt», «Vet ikke» og «Ikke aktuelt». Til høyre finnes kolonner for summering av resultater for hver enkelt kvalitetsbeskrivelse og for summerte resultater fra hvert område.

Noen av kvalitetsbeskrivelsene er markert med en bunnfarge. Dette er gjort for å skille ut de kvalitetsbeskrivelsene som gjelder kun for DPS eller spesialisthelsetjeneste i sykehus. Et av DPS-ene var godkjent for tvang, og har da blitt skåret i forhold til disse kvalitetsbeskrivelsene.

Under følger funnene fra hoved-, ledelses- og støtteprosesser i fritekst med noen kommentarer. Summerte resultater fra hvert område oppgis i prosent, mens skåringer fra noen enkeltstående kvalitetsbeskrivelser blir angitt både i tall (antall enheter) og i prosent. Angitte gjennomsnittstall er aritmetiske. Dette er vel å merke bare prosjektfunn og ikke driftsfunn, og forbehold og tolkninger av nedenstående funn formidles nedenfor.

3.8.1 Hovedprosesser/behandlingsforløp:

Krav og forventning til **innhold i henvisningen** ble bare i noen grad innfridd, i gjennomsnitt skåret enhetene 27% på helt oppnådd i denne kategorien.

Innenfor **mottak av pasient** skåret nesten 86% av enhetene at de helt oppfylte beskrivelsene som var utformet.

Kravene knyttet til **første behandlingsdøgn** ble helt oppfylt for nær 63% av enhetene i gjennomsnitt. Denne kategorien hadde en rekke enkeltformuleringer.

Innenfor **planlegging av behandling** og **utforming av tverrfaglig behandlingsplan** skåret enhetene i gjennomsnitt i overkant av 50% på helt oppfylt, mens ca. 20% delvis oppfylte kvalitetsbeskrivelsene.

Innenfor tema **utredning** skåret enhetene i gjennomsnitt noe under 50% på helt oppnådd, her skilte ivaretagelse av pasienter med høy risiko for selvmord seg ut med en skår på over 75%.

I forhold til **pasients behov, forventning og medvirkning** i behandling skåret enhetene under 50%. Enkeltkravet om pasientens muligheter for involvering i egen behandlingsplan ble skåret til bare 12%, noe som er svært lavt tatt i betraktning de styringssignalene vi har på dette området. Dette kravet var formulert som et krav primært til DPS-enhetene, og kun 2 av 7 DPS-enheter (29%) oppfylte dette kravet.

Innenfor området **behandling** skåret enhetene noe under 50% på full oppnåelse innenfor behandlingstilnærming og tiltak, mens «andre biologiske intervensjoner (f. eks. ECT) ble helt oppfylt for over 70% av enhetene. Særlige krav til ressurspersoner og spesiell opplæring ble imidlertid kun skåret til ca. 30% av full oppnåelse.

Innenfor **legemiddelbehandling** skåret 50% av enhetene at de oppfylte kvalitetsformuleringene helt. Her hadde de fleste enhetene prosedyre som beskrev vurdering og opplæring av personell som forordner og administrerer legemidler, mens bare litt over 20% hadde prosedyre som beskrev at legemiddelinformasjon skal tilbys pasienten gjennom hele pasientforløpet. Bare 17% av enhetene hadde en plan for sammenligning av psykofarmakabruk mellom enheter internt og mellom foretak.

Kravene til **samvalg** ble bare helt oppfylt av 27% av enhetene.

Kravene til **samhandling for pasienter med langvarige eller sammensatte tjenester** ble helt oppfylt for nær 60% av enhetene.

Kravene til **evaluering av behandlingstiltak og kriterier for avslutning av behandling** ble helt oppfylt for over 80% av enhetene. Kravformuleringer knyttet til trygg utskrivning jfr. Pasientsikkerhetsprogrammet ble også helt oppfylt med over 80% av enhetene.

Kravene **vedrørende overgang til andre enheter** internt, annen institusjon eller kommunalt nivå lå på ca. 75%, mens de formuleringer som var utviklet vedrørende krevende overganger ble helt oppfylt i 45% av enhetene.

Når det gjelder **bruk og registrering av tvang** varierte oppfyllelsen av formuleringene fra ca. 30 til ca. 50%.

Når det gjelder **samarbeid med pårørende**, ble kravene helt oppfylt hos nærmere 70% av enhetene, mens formuleringer knyttet til barns behov for informasjon ble helt oppfylt i over 80% av enhetene. Det ble skåret 100% knyttet til formulering om helsepersonells opplysningsplikt ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt.

Kravene knyttet til **journalsystem, IKT-løsninger (Software), dokumentasjon og tverrfaglighet** ble helt oppfylt av 70% av enhetene.

3.8.2 Hovedprosesser/utdanning, opplæring og ivaretagelse av helsepersonell

Innenfor området **formelle krav til utdanning** varierte enhetenes skår for full oppfyllelse mellom 60 og 70% for de forskjellige yrkesgruppene, og leger i spesialisering fikk ikke overraskende høyest skåring.

For temaet **introduksjon av nye medarbeidere** oppfylte i gjennomsnitt 67% av enhetene de formulerte kravene.

Innenfor området **spesifiserte kompetansekrav** som blant annet brukermedvirkning, samvalg, og veiledning, var det bare 42% av enhetene som skåret full oppnåelse av kravene. Enkelt om opplæring i brukermedvirkning ble kun helt oppfylt ved 2 av enhetene (12%). Kravet som beskrev opplæring i samvalg ble kun helt oppfylt for 1 av de 17 enhetene (6%), mens bare 5 av enhetene (30%) hadde kontinuerlig veiledning for medarbeidere.

Kun 29% av enhetene skåret full oppnåelse på **systematisk veiledning** av både behandlere og miljøpersonell.

60% av enhetene skåret full oppnåelse på formuleringer vedrørende **muligheter og tilrettelegging for etter- og videreutdanning**.

Innenfor området **personalsikkerhet** svarte enhetene i gjennomsnitt 70% på full oppnåelse av kravene, mens området trivsel og arbeidsmiljø ble skåret til 78% mht. hel oppnåelse av kravene.

68% av enhetene skåret full oppnåelse innenfor området **dokumentasjonssystem/opplæring og tverrfaglig dokumentasjon**.

3.8.3 Hovedprosesser/opplæring av pasient og pårørende

Innenfor dette området utviklet prosjektgruppen kun et krav, **igangsetting av psykoedukasjon til pasient og pårørende**. Bare 3 av enhetene (17%) oppfylte dette kravet helt, mens 7 enheter (41%) av enhetene oppfylte kravet delvis.

3.8.4 Hovedprosesser/forskning

Prosjektet valgte å ikke utforme kvalitetsbeskrivelser innfor dette oppdragsområdet som helseforetakene har, fordi det var en svært liten andel som var aktivt engasjert i forskningsprosjekter.

3.8.5 Ledelsesprosess

De formuleringene som ble utviklet innenfor denne viktige dimensjonen tar utgangspunkt i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten(7) med tilhørende veileder (12). En av enhetene ble, på grunn av en feil under gjennomføringen ikke skåret på ledelsesprosess under kollegaevalueringen.

Planlegging

Her skåret enhetene 80% i gjennomsnitt for full oppnåelse av de formulerte kravene, men det var stor variasjon mellom skåring i enkeltelementene. For eksempel gjennomførte 15 av 16 enheter (93%) risiko- og sårbarhetsanalyser, mens bare 8 av enhetene (50%) hadde oversikt over sin tjenesteproduksjon basert på disse analysene. Bare 7 av enhetene (43%) oppfylte helt beskrivelsen om systematisk innhenting av brukerfaringer og beskrivelser på hvordan funnene skulle trekkes aktivt inn i forbedringsarbeidet.

Gjennomføring

80% av enhetene hadde hel oppnåelse innenfor dette området, og det var mindre variasjon mht. skåring. 8 av 16 enheter (50%) hadde et system for innhenting av data om brukertilfredshet, og 7 av 16 enheter (44%) oppfylte helt system for brukermedvirkning.

Det samlede inntrykket vedørende gjennomføring av ledelsesprosesser var høy bevissthet på dette området.

Evaluering

Her var gjennomsnittet for full oppnåelse av formulerte krav på 50%. 7 av 16 enheter oppnådde helt formulering knyttet til evaluering av data fra avvikssystemet ble skåret til (69%), mens bare 4 enheter (25%) oppfylte helt et system for journalrevisjon knyttet til voldsrisikovurdering. Bare 10 enheter (62%) skåret helt oppnådd på journalrevisjon knyttet til selvmordsrisikovurdering. Dette er et interessant funn fordi det generelle inntrykket er at veilederen innenfor dette området er godt implementert, men i denne evalueringen er det langt fra full skår på evaluering av de selvmordsrisikovurderingene som utføres. Nesten alle bekreftet at man hadde et styringssystem/kvalitetssystem 15 av 16 enheter - 93%), mens bare 9 av 16 enheter kunne bekrefte at kvalitetssystemet til enhver tid er oppdatert og lett tilgjengelig (56%).

Korrigerer

Innenfor området korrigerer var det sprikende kvalitetskrav som må følges opp under implementering.

Det generelle inntrykket etter ledelsesprosessen er at deltakende enheter har høy bevissthet på gjennomføring av ledelse innenfor aktuelle områder. Det er imidlertid lavere bevissthet om ledelse som dynamisk prosess hvor også alle områder skal ha en sirkel for planlegging, gjennomføring og evaluering, for så å korrigere ved behov – med derpå følgende restart av planlegging med ny kjennskap til de kritiske områdene i tjenesteproduksjonen.

Prosjektgruppen valgte å ha et særlig fokus på pasientflyt/belegg, som er en kontinuerlig utfordring i enheter som arbeider akutt. Her skåret enhetene i gjennomsnitt 75% på full oppnåelse av de formulerte krav.

3.8.6 Støtteprosesser

Eiendomsforvaltning – bygningsmasse: Her skåret enhetene bare 17% på full oppnåelse av formulert krav, mens hele 53% skåret delvis oppnåelse. Dette gir et signal om at mange sliter med bygningsmasse og inventar som ikke er tilstrekkelig for levering av gode tjenestetilbud. Imidlertid var formulering innenfor dette området svært generell, og svarene er derfor lite presise på hvilke områder hvor kvaliteten på bygninger og inventar er for dårlig.

4. Erfaringer/vurderinger

4.1 Struktur

Både arbeidet med kvalitetsformuleringene og gjennomføring av evalueringer viste liten grad av bevissthet for prosesterminologi (19). Begrepene fra prosesterminologi bidrar til økt kunnskap om hvordan de enkelte aktivitetene (prosessene) i virksomheten virker inn på hverandre, slik at resultatene kan bli bedre. Økt kunnskap om dette vil kunne gi bedre styring og hjelpe medarbeidere til økt forståelse av enkeltaktivitetenes betydning for tjenestene. Derfor ble prosesterminologien valgt i formuleringsarbeidet i stedet for en temabasert struktur. Denne tilnærmingen var til å begynne med frustrerende for en del prosjektdeltakere. Det ble vanskelig å forstå at samme undertema ble gjentatt flere ganger, innenfor forskjellige områder. Etter hvert som prosjektdeltakerne arbeidet med strukturen (særlig i evalueringene) økte en felles forståelse for at eksempelvis selvmordsrisikovurdering er et tema både innenfor hovedprosess/mottak og første behandlingsdøgn, og ved overflytting/utskrivning. Eller i forhold til ledelsesprosess – at selvmordsrisikovurdering vil være et tema i planlegging av helsetjenesten, for eksempel ved ressurs/kompetanse-situasjonen i virksomheten, og at samme tema vil komme under evaluering av tjenestene, hvor journalrevisjonen gjøres, for å sjekke ut om selvmordsrisikovurderingene faktisk gjennomføres.

Funnene bekrefter at ledelse i liten grad baseres på identifikasjon og oppfølging av de kritisk viktige aktivitetene, og at disse områdene ikke i tilstrekkelig grad monitoreres. Det antas at bedre kunnskap om risikobasert tilnærming i ledelsesprosessen vil kunne heve kvaliteten i tjenestene.

Etter gjennomføring av evalueringene, ble andre inndelinger innenfor ledelsesprosess diskutert. Eksempelvis kan dette arbeidet antakelig optimaliseres ved å skille ut omfang og dokumentasjon som et eget område.

4.2 Etablere felles forståelse

Til daglig arbeider alle akuttenheter separat i sin organisasjon og prøver å forstå og tolke lover, forskrifter, veiledere og faglige anbefalinger ut fra sin kontekst. Arbeidet med formulering av hva som er riktig kvalitet har ført til økt felles forståelse for hvordan tjenestene skal være, mere uavhengig av geografi og demografi. Prosjektdeltakerne har satt stor pris på å snakke sammen om hvordan styringsdokumenter skal forstås inn i den enkeltes lokale sammenheng.

Det er grunn til å regne med at denne prosessen vil kunne styrkes ved fortsatt bruk av denne metodikken.

4.3 Lærings- og refleksjonsbasert modell

Enhetene har i rapporter og evaluering lagt vekt på nytteverdien av å delta i et nettverk som arbeider mot en struktur, samtidig som refleksjon og læring vektlegges i prosessene. 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. Deltakerne sier at de også har blitt bedre kjent med eget foretaks kvalitetsdokumenter, fordi dette arbeidet har medført gjennomgang av egne dokumenter som var «ukjente».

Deltakerne har formidlet at det har vært nyttig å høre om hvordan andre løser daglige utfordringer som man kjenner seg igjen i. Det har vært spennende diskusjoner også omkring utfordringer som ikke alle har kunnet identifisere seg med, men hvor man har kunnet bidra med nye perspektiver.

Deltakerne har rapportert en rekke problemstillinger som har vært tema enten i gruppeprosessene i forbindelse med utforming av kvalitetsformuleringer eller fra evaluering som har blitt bragt tilbake til den

enkelte enhet. På denne måten har engasjementet fra prosjektet smittet over på medarbeidere som ikke har vært aktive deltakere i selve prosjektprosessen.

4.4 Egen- og kollegaevalueringer

Det snakkes ofte om prosedyrer i helseforetakene. Noen steder har et høyt antall prosedyrer, andre steder er antallet mindre. Tilgjengelighet er også forskjellig, mange steder er det vanskelig å finne fram til den prosedyren som trengs i en situasjon. Flere helseforetak har utilstrekkelig versjonskontroll slik at arkiverte prosedyrer fortsatt er tilgjengelig i utskriftform. I hvilken grad prosedyrer er kjent for medarbeiderne er åpenbart forskjellig.

I egenevaluering undersøker den enkelte enhet hva som finnes av kvalitetsdokumenter og hva som gjøres i praksis. Derfor fungerer egenevaluering som en gjennomgang av både kvalitetsdokumentasjonen og observasjoner om samsvaret mellom dokumentasjonen og praksis. En av prosjektdeltakerne skriver i sin tilbakemelding om egenevalueringen: «Vi har slått opp utallige prosedyrer - og fått innblikk i en rekke prosedyrer som var ukjente for oss».

Deltakerenhetene har uttrykt unisont at nytteverdien ved både å få besøk av andre og dermed få innspill inn i egen hverdag og det å reise på besøk har vært verdifullt. Man verdsetter andres vurdering av eget arbeid, refleksjoner knyttet til bygningsmasse og utforming, og det oppfattes som givende selv å bidra med det en enhet er god på og har fått til inn i andre arbeidsfellesskap. Det har vært en betydelig entusiasme i etterkant av evalueringsbesøkene – og enhetene beskriver stor nytteverdi for denne delen av prosjektet.

4.5 Tolkninger og forbehold vedrørende de kvantitative besøksresultatene

Kvalitetsbeskrivelsene (Vedlegg 1) som ble testet ut i kollegaevaluering inneholdt 221 beskrivelser knyttet til hovedprosessene behandlingsforløp, utdanning, opplæring og ivaretagelse av helsepersonell samt opplæring av pasient og pårørende. Ledelsesprosessen inneholdt 41 beskrivelser og støtteprosessene hadde en kvalitetsbeskrivelse. Det ble samlet 263 kvalitetsbeskrivelser.

Kollegaevalueringen hadde tidsramme på en arbeidsdag. Den enheten som fikk besøk og ble evaluert hadde gjennomgått egenevaluering i forkant, og prioritert i viktige og mindre viktige områder. Dette var en god forberedelse, som førte til struktur og effektiv bruk av dagen. De fleste kollegaevalueringer ble gjennomført med skåring av alle kvalitetsutsagn.

Prosjektet har altså testet ut hvordan en nokså omfattende kvalitetsbeskrivelse fungerer i en kollegaevaluering innenfor en ramme på en arbeidsdag. Kollegaevalueringer kan tidvis kreve mer tid, ideelt sett, men ved gjennomførte prioriteringer i forkant av besøk og en stram styring av gjennomføringen, har det vist seg mulig å holde seg innenfor tidsrammen. Slik sett har erfaringer gjort i pilot også blitt overførbare til et rammeverk som var langt mer omfattende.

Det er viktig å være oppmerksom på at resultatet i form av tallmaterialet her er bare fra et prosjekt med uferdige kvalitetsbeskrivelser, og derfor ikke må tolkes som et driftsresultat, og bør oppfattes mer som mulige eksempler på resultattyper etter en prosess i henhold til en modell. Resultatene også i driftsfase vil for øvrig bli langt mer interessante over tid for å følge prosess og utvikling.

4.6 Åpenhet og tilgang på funn fra besøkene

Skåringene ble gjort tilgjengelige for de deltakende enhetene uten at data ble anonymisert. Dette ble gjort under full konsensus med de deltakende enheter, særlig av to grunner:

- Forutsetningen for hele prosjektarbeidet var en gjensidig tillit mellom deltakerne, med åpenhet overfor hverandre, i en trygg setting etter oppnådd tillit om at man vil hverandre vel. Alle ville bidra til å heve kvalitet, ikke bare i egen enhet, men også hos andre.
- Når en enhet vet hvordan andre har skåret, kan det hentes bistand fra de som har oppfylt kravene.

Fordi denne åpne tilnærmingen internt i nettverket er essensiell, ble erfaringen at det ikke behøves i denne sammenheng en egen prosedyrebank, slik som vurdert i pilot-prosjektet. Arbeidet med å vedlikeholde og oppdatere en slik bank vil også være svært ressurskrevende. Det bør derfor heller vurderes å dele data internt i nettverket, og la deltakere i nettverket ha tilgang på resultatene fra andre enheter. Dette forutsetter imidlertid at skåringene ikke deles med andre utenfor nettverket.

I formuleringen fra politisk plattform 2013 (3) var et av målene med kvalitetssertifisering å sikre mer åpenhet rundt kvaliteten ved tilbudene i spesialisthelsetjenesten. Å dele enhetenes skåring åpent utenfor nettverket vil i kunne ødelegge den tillit som ønskes oppnådd i nettverket. Det bør imidlertid vurderes å kunne være en målsetting på lengre sikt at resultatene kan være offentlig tilgjengelige.

Vektlegging av ovennevnte vurderinger vil kunne føre til at sertifisering i så fall neppe vil inngå i en slik arbeidsmodell. Generelt er det lett å se at det kan være en motsetning mellom metoden brukt som her og tilsvarende metode der det er krav om sertifisering, som fort blant annet kan få revisjonspreg over seg, med helt andre konsekvenser. Dette store tema blir ikke diskutert mer i denne rapporten.

4.7 Pakkeforløp

Pakkeforløp i psykisk helsevern (21) ble introdusert midt i prosjektperioden. Det er på dette området fortsatt beskjedent med systematiserte erfaringer.

Hvis pakkeforløpene skal fungere som tiltenkt, forutsettes pålitelige registreringer.

Helseforetakene etablerer nå analyseverktøy for å kunne holde data fra pakkeforløp opp mot andre pasientdata, og vil dermed kunne registrere avvik. Men analyseverktøyene er forskjellige fra helseforetak til helseforetak, fordi det per i dag ikke følger tilstrekkelig med analyseverktøy med pakkeforløpene. Det må avsettes ressurser til oppfølgingen av de avvik man finner. Derfor vil lokal oppfølging av data vil kunne bli svært forskjellige mellom de ulike helseforetakene.

Innhold fra pakkeforløpene vil kunne reformuleres til kvalitetsutsagn og inkluderes i hovedprosess på et senere tidspunkt. Det vil kunne være mulig å formulere kvalitetsbeskrivelser knyttet til gjennomføringen av pakkeforløpene, slik at man kan få en kvalitativ indikasjon på om pakkeforløp gjennomføres slik de er beskrevet.

Det som en del mener synes å tegne seg som et bilde, er at pakkeforløpene kan trenge supplement av mer faglig innhold. Et faglig nettverk og en arbeidsmetodikk som er brukt i dette prosjektet kan være et bidrag som vil gi et mer faglig innhold i pakkeforløpene.

4.8 Forståelse av ledelsesprosessen

Funnene over og de prosesser som er gjennomført i prosjektgruppa viser at forståelsen av ledelsesprosessens 4 dimensjoner – planlegge – gjennomføre – evaluere – korrigere kunne ha vært bedre. Forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester (7) er ennå forholdsvis ny for mange, og det er sannsynlig at det er behov for å tilføre kompetanse i ledelse på alle nivå for å kunne forstå hva disse dimensjonene innebærer i daglig ledelse. Kvalitetsformuleringene i ledelsesprosessen bærer også preg av manglende forståelse for hva de forskjellige dimensjonene av ledelse og kvalitetsutvikling innebærer.

4.9 Funn i kollegaevalueringene

Hvis kollegaevalueringen var blitt utført på basis av en ferdig kvalitetsbeskrivelse, ville funnene vært å anse som en baseline, som så skal benyttes videre i utviklingen av arbeidet. De refleksjonene som er knyttet til prosjektfunnene her har derfor naturligvis klare begrensninger.

Under en driftsfase, ville det bli gjort etterhvert flere kollegaevalueringer med tilnærmet lik utforming av kvalitetsformuleringene. Det ville da bli mulig å se om enhetene tar til seg tilbakemeldingen fra evalueringen, planlegger og gjennomfører endringer, evaluerer disse og gjøre korreksjoner når det er behov for dette. Om det skjer, vil ny skåring føre til andre verdier. Man vil også kunne se hvordan enheter som har vært med i flere evalueringsrunder skåres sammenlignet med eventuelle nye enheter som knyttes til nettverket.

4.10 Brukerrepresentasjon

Brukerrepresentasjon har vært av stor viktighet. Brukerorganisasjonene med sine representanter har vært aktive gjennom hele dette prosjektet. Brukerne har deltatt i samlinger, evalueringer og kommunikasjon på lik linje med enhetene i prosjektet. Innspillene gjennom hele prosjektprosessen har vært svært verdifulle. I arbeidet med kvalitetsbeskrivelser (standardelementer) som omhandler ivaretagelse av og samarbeid med pårørende har bidrag fra brukerorganisasjonene vært særlig viktige. Brukermedvirkning har vært et sentralt element i alle faser av behandlingsforløpet. Brukerrepresentantenes tilbakemelding har vært at de har følt seg inkludert og hørt, og de har uttrykt tilfredshet med arbeidet som er utført i prosjektet.

4.11 Samarbeid og kommunikasjon under prosjektets gang

Det har vært gjennomført 5 samlinger i løpet av prosjektiden. Hovedtema for samlingene har vært

Samling 1	06.03.2018	Presentasjon, formål, beskrive kvalitet, organisering
Samling 2	30.05.2018	Utforme kvalitetsutsagn, diskusjon, organisering
Samling 3	18.09.2018	Gjennomgang formuleringer, egenevaluering
Samling 4	07.11.2018	Kvalitetsarbeid og organisasjonsutvikling, kollegaevaluering
Samling 5	22.01.2019	Resultater kollegaevaluering, struktur/områder

Som det fremgår av tabellen over, ble det brukt mye tid til utforming av kvalitetsutsagn første halvår, mens siste del av prosjektet besto av egen- og kollegaevaluering samt arbeid med struktur/områder knyttet til kvalitetsformuleringene.

Det var løpende kontakt mellom enhetene og prosjektleder vedrørende arbeid som ble utført mellom samlingene. Under kollegaevaluering var det mye koordineringsarbeid for å få besøk til å gå som planlagt, og i etterkant av besøk oppfølging for å sikre resultater fra evalueringene.

4.12 Prosjektets slutfase i forhold til implementering

I en tidligere formulering av formål for prosjektet ble det uttrykt at ved prosjektslutt skulle en overgang til ordinær drift være realistisk å skissere. I møter prosjektleder har hatt med representanter for Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har det blitt uttrykt en ambisjon om oppstart av et permanent nettverk allerede i 2020 forutsatt at godkjenninger og økonomi var på plass.

Det lå i prosjektplanen at prosjektet skulle ha en tett kontakt med HOD også i siste fase av prosjektet, ikke minst om resultater, vurderinger vedrørende eventuell permanent drift og mulig finansiering.

I prosjektets siste fase har prosjektets oppdragsgiver, Akuttnettverkets ledelse ved Ahus, tatt eget initiativ til samtaler med HOD og andre, om videreføring av prosjektarbeidet uten at prosjektleder har blitt orientert

eller spurt om å bidra med kunnskap og erfaringer fra det pågående prosjektet. Samme organisasjon – Akuttnettverket - kan ikke ha samtidig to parallelle implementeringsprosesser – det er uryddig og også umulig som del av en respektfull arbeidstilnærming overfor tredje-instans. Derfor er arbeidet med planer og aktiviteter i siste fase i forhold til implementering av prosjektet ikke blitt slutført.

Etter at Akuttnettverkets ledelse/Ahus overtok prosjektets kontakt hos helsemyndighetene om implementering, ble dette påpekt av prosjektleder, men dette førte ikke til at prosjektleder fikk tilgang til opplysninger om den ovennevnte kontakt oppdragsgiver innledet.

Prosjektleder har tidligere mottatt svært gode tilbakemeldinger fra Akuttnettverkets råd og styringsgruppe, Helse- og omsorgsdepartementet, prosjektdeltakere og deltakere i Akuttnettverkets halvårslige samlinger. Akuttnettverkets ledelse/Ahus har valgt å avslutte prosjektleders engasjement ved prosjektslutt uten noe tilbud om deltakelse i videre arbeid.

Prosjektleder har etter dette valgt å avstå fra å gå inn i kommunikasjon/polemikk om disse forholdene. Fokus har vært å fullføre prosjektet til avtalt tid med denne rapporten.

4.13 Videre arbeid

Å ha en struktur som omfatter alle dimensjoner med betydning for kvalitet i tjenestene har vært viktig for prosjektet. Det har vært viktig å etablere et rammeverk som gjør at en ved deltakelse i prosessene oppfyller kravene i Forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester (7).

Det er behov for kritisk å gjennomgå de prosjektformuleringer som er utarbeidet. CCQI (8) har gjort en slik evaluering av sin kjernestandard for døgnbaserte psykiatriske tjenester (26). Her har et fagteam med brukerrepresentasjon vurdert alle formuleringer med et særlig fokus på pasientopplevd kvalitet. Man har også vurdert om kvalitetsformuleringene er tilstrekkelig presise og om de er målbare. Her gjenstår det mye faglig og kommunikativt arbeid med involverte instanser.

Prosjektet har anvendt en kvalitetsmodell som har blitt opplevd som svært nyttige for prosjektdeltakerne. For å kunne anvende denne modellen inn i driften, bør selve kvalitetsbeskrivelsene gjøres implementeringsklare gjennom ytterligere systematiseringer og presiseringer og på den måten gjøres mer operasjonelle og mindre redundante innunder en revidert optimalisering av kategori-arbeidet. Dette gjelder både hovedprosesser og støtteprosesser, og ikke minst ledelsesprosessene.

Det bør også utformes kvalitetsutsagn knyttet til pakkeforløpene. Her bør man også finne fram til kvalitative utsagn som kan hente fram det man ikke får ut ved kvantitative analyser av pakkeforløpsdata. I ledelsesprosess/evaluering bør det utformes kvalitetsbeskrivelser om behandlingen av data fra pakkeforløpene, slik at kvaliteten på data kan bli optimal.

I tillegg til utarbeiding av ferdige kvalitetsformuleringer, må også erfaringer av selve prosessarbeidet følges opp med forbedringsforslag, det gjelder særlig ledelsesprosessen, som har vist seg ikke å være godt nok utarbeidet for de 4 brukte dimensjonene.

Om denne modellen ønskes implementert, må naturligvis den finansielle siden av en slik driftsmodell være på plass. I Storbritannia finansieres deltakelse i nettverk med medlemsavgift. I Norge er en mulighet å formulere forpliktende utsagn i de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, slik at hvert enkelt helseforetak må avsette midler til deltakelse i et fremtidig læringsnettverk basert på de kvalitetsbeskrivelsene som utformes. Men her finnes også flere scenarier som bør diskuteres.

5. Sluttresultater og konklusjon

Det er utarbeidet faglig relevante kvalitetsutsagn innenfor områder som har betydning for kvalitet i de akuttpsykiatriske tjenestene. Disse er basert på forståelsen av hvordan hoved-, ledelses- og støtteprosesser virker sammen når det ytes tjenester i akutte døgntjenester i psykisk helsevern for voksne. Sett med prosjektkvalitetsbeskrivelsene bør være et godt utgangspunkt for videre utvikling, og strukturen kan være et verdifullt bidrag til kontinuerlig kvalitetsutvikling i dette fagfeltet.

Prosessmodellen som ble som ble benyttet i pilot er her utprøvd på en rekke nye områder. Prosjektet har også hatt som målsetting å arbeide med kvalitetsendring på alle områder som har betydning for disse tjenestene. Prosjektdeltakerne har fått erfaring med prosess-arbeid, og har gitt tilbakemelding om at kontakt med andre som arbeider med like oppgaver i andre helseforetak har vært verdifullt. Åpenhet i det lærende nettverket skapte samhold og støtte.

Det er også påbegynt et arbeid med kvalitetsformuleringer om tvangstiltak og klinisk ferdighetstrening/simulering. Formuleringene inneholder blant annet registreringsforslag for tvungent vern og arbeid med reduksjon av uønsket tvang. Målsetting vedrørende alle sider ved driftsimplicering er ikke nådd, men prosjektet har identifisert en rekke områder som må løses før implementering.

Prosjektet synes, ut fra tilbakemeldingene, å ha vært til stor nytte for enhetene. Underveis i prosjektet har det blitt lagt til rette for et direkte samarbeid mellom enhetene. Dette har medført at enheter som har ønsket å heve kvaliteten på et område har fått kunnskap om hvilke enheter i nettverket som kan tilføre kunnskap og erfaring på det aktuelle området, slik at også driften gjennom det lokale fagutviklingsarbeid har blitt lettere å gjennomføre.

Litteratur og referanser

1. Akuttnettverket. <https://akuttnettverket.no/>
2. Sundvolden-plattformen, politisk plattform <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/>
3. Åmund Fidjeland: Utvikling av kvalitetsstandarder for akuttenheter I psykisk helsevern voksne, Rapport fra et pilotprosjekt <https://akuttnettverket.no/file/rapport-pilotprosjekt-kvalitetsstandard-2017.pdf>
4. RC Psych/CCQI/Quality networks and accreditation: <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/ccqi/quality-networks-accreditation>
5. Hva er et læringsnettverk? Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-et-laringsnettverk/>
6. Pasientsikkerhetsprogrammet. <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
7. Forskrift for ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift ledelse kvalitet](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20ledelse%20kvalitet)
8. CCQI: College Centre for Quality Improvement, Royal Collage of Psychiatrists, UK (2017): <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/ccqi>
9. Meld.St. 11 (2014-2015), Kvalitet og pasientsikkerhet 2013 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>
10. Meld.St.11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
11. Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127?q=internkontrollforskrift>
12. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
13. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten...Og bedre skal det bli! IS-1162.Helsedirektoratet, (1.9.2005): <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/om-nettstedet/innholdet-er-arkivert#hva-gjor-jeg-hvis-jeg-trenger-innholdet-likevel>
14. General Data Protection Regulation (GDPR) [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUK Ewipupn4zO kAhVFwqYKHYNiA kQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fgdpr-info.eu%2F&usq=AOvVaw1akHzzz224Oq1yU0pd6qSw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwipupn4zO kAhVFwqYKHYNiA kQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fgdpr-info.eu%2F&usq=AOvVaw1akHzzz224Oq1yU0pd6qSw)
15. Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn: Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995 (IK-2482)
16. Ledelsessystemer for kvalitet - Krav (ISO 9001:2015) <https://www.standard.no/nettbutikk/kampanjer/iso-9001-kvalitetsstyring/?gclid=EAlaIQobChMI9 qjq6nS5AIV0qiaCh0k5gyrEAAAYiAAEgIEy D BwE>

17. Ledelsessystemer for kvalitet – NS-EN ISO 9001:2015 for helse- og omsorgstjenester
<https://www.standard.no/abonnement/Standarder/>
18. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) <https://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/>
19. DIFI/Internkontroll – informasjonssikkerhet/begrepsliste: Kjerneprosesser, støtteprosesser og styringsprosesser <https://internkontroll-infosikkerhet.difi.no/begrepsliste-kjerneprosesser-stotteprosesser-og-styringsprosesser>
20. Arntzen, Elisabeth; Ledelse og kvalitet i helsetjenesten, Gyldendal Norsk Forlag, 2014
21. Nasjonale pakkeforløp, Helsedirektoratet
<https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=pakkeforlop>
22. RC Psych/CCQI/CCQI resources/Core Standards project <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/ccqi/resources/core-standards-project>
23. The British Standards Institution. <https://www.bsigroup.com/en-GB/>
24. Helsebiblioteket/Modell for kvalitetsforbedring
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
25. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>
26. CCQI: Standards for Inpatient Mental Health Services, second edition 2017
https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/ccqi-resources/ccqi-resources-core-standards-inpatient-mental-health-services.pdf?sfvrsn=d503ffca_2

Vedlegg

1. Funn kollegaevaluering – oppsummering basert på prosjektarbeidsdokument

Funn kollegaevaluering - oppsummering basert på prosjektarbeidsdokument

	Evalueringsskema	Underkategori	Nr.	Beskrivelse av kvalitet	Score																Sum					
					Enh11	Enh12	Enh13	Enh14	Enh15	Enh16	Enh17	Enh18	Enh19	Enh20	Enh21	Enh22	Enh23	Enh24	Enh25	Oppfylt 1	Sum oppfylt 1	Oppfylt 2	Sum oppfylt 2	Oppfylt 3	Sum oppfylt 3	
Planlegging	Mål, oppgaver og organisering	Ansvare, myndighet og oppgavefordeling	1	Det foreligger beskrivelser av mål, oppgaver og organisering	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0	
			2	Det foreligger kompetanseskrivelser som beskriver ansvar, oppgaver og myndighet	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	13	0	0	0	0
			3	Enheter har oversikt over tjenesteproduksjonen basert på planer for arbeid	1	1	2	0	2	1	2	2	7	7	2	2	2	2	2	7	2	9	1	2	4	0
			4	Det foreligger rutiner for planlegging av tjenesteproduksjonen og beredning av ressurser etter en beredningsplan (for eksempel beredningsplaner)	2	1	2	0	2	0	2	0	2	0	1	2	2	2	2	1	1	1	7	4	5	0
			5	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	13	0	2	1	0
			6	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			7	Enheter har planer for internkontroll og/eller internkontroll basert på planer for arbeid	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	0	2	0	0
			8	Det foreligger system for kompetanseutvikling	2	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	0	1	1	0
			9	Det foreligger en plan og system for registrering av opplæring av personale	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	12	2	2	0	0
			10	Det foreligger prosedyrer for vasking av ansatte, pasienter og utrustning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	0	2	0	0
			11	Det foreligger rutiner for vasking av ansatte, pasienter og utrustning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	0	2	0	0
			12	Det foreligger rutiner for vasking av ansatte, pasienter og utrustning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	0	2	0	0
			13	Det foreligger rutiner for vasking av ansatte, pasienter og utrustning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	0	2	0	0
			14	Det foreligger rutiner for vasking av ansatte, pasienter og utrustning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	14	0	2	0	0
Gjennomføring	Oppgaver, organisering, planer	Ansvare, myndighet og oppgavefordeling	15	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0	
			16	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			17	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			18	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			19	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			20	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			21	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			22	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			23	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			24	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			25	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			26	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			27	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			28	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
29	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0			
Evaluering	Mål, oppgaver, tilbak, planer og oppfølging	Ansvare, myndighet og oppgavefordeling	30	Det foreligger en rutine for evaluering av medarbeiderens kompetanse og beredning for å kunne utføre sin funksjon	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0	
			31	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			32	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			33	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			34	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			35	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			36	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			37	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			38	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			39	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			40	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			41	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0
			42	Det foreligger system for å følge opp og følge opp og oppfølging av endringer i beredning, beredning og beredning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	15	0	1	0	0

