

# Årsrapport 2018

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

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



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

## Innhold

1. Innledning.....	3
Bakgrunnen for KvIP .....	3
Modellen.....	4
Organisering .....	5
Økonomi.....	6
2. Aktivitet i 2018.....	6
Utfordringer.....	8
3. Resultater fra 2018 .....	9
4. Refleksjoner rundt KvIP som kvalitetsforbedringsmetodikk .....	10
Rekruttering og muligheter i nettverket .....	10
Tilleggsmomenter til KvIP modellen .....	11
Vedlegg 1: Poster – til akuttnettverkets samling oktober 2015.....	13
Vedlegg 2: Dagsplan under kollegaevaluering.....	14
Vedlegg 3: Standardene med prosent oppnådd 2018 sammenlignet med 2017 .....	15

Desember 2018

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

Akershus universitetssykehus, FOU-avdelingen Divisjon psykisk helsevern, Akuttnettverket

## 1. Innledning

Årsrapporten er den fjerde i rekken siden oppstart av prosjektet «Kvalitet ved institusjonsbehandling i psykisk helsevern: barn og unge» (**KvIP**:BU). Årsrapporten har som mål å beskrive arbeidet som er gjort i løpet av året og i hvilken grad kvalitetsstandardene nettverket arbeider etter vurderes oppnådd, når man ser alle enheter under ett. Gjennom besøkene til de deltagende enheter får vi innblikk i de utfordringene akuttenehetene opplever. I årsrapporten oppsummerer vi dette og noterer spesielt endringer som måtte ha skjedd siste år. Rapporten belyser felles tema for alle deltagende enheter. Her beskrives styrker og svakheter ved de ungdomspsykiatriske akutteneheter i nettverket, for brukerne, for helseforetakene og for norske myndigheter. Enhetene kan se hvordan de ligger sammenlignet med gjennomsnittet av enhetene i nettverket (se vedlegg 3). Årlige evalueringer og oppsummeringer vil vise utviklingstrender, hvor tiltak bør settes inn, og effekten av tiltak som settes inn. Foreløpig oppnår ikke nettverket alle standardene de i fellesskap har bestemt seg for å arbeide for. Flere enheter har dessuten både akutte og elektive innleggelser. Ved enkelte enheter arbeider ansatte på tvers av funksjonsområder. Dette kan gjøre det vanskelig å få et entydig bilde av hva som er resultatet fra de rene akutte funksjonene.

Årsrapporten skrives på en slik måte at enhetene ikke gjenkjennes. Kulturen i læringsnettverket bygger på en likeverdig, åpen og ikke-dømmende holdning. Slik oppnår vi at enhetene gjennom selvrefleksjon over egen praksis, godt hjulpet med innspill fra kollegaer og brukerrepresentanter, kan forbedre egen praksis.

### Bakgrunnen for KvIP

Tidligere leder av Akuttnettverket, Torleif Ruud, besluttet i 2014 å opprette et pilotprosjekt som skulle utvikle en norsk versjon av kvalitetsforbedringsmetodikken utviklet ved College Centre for Quality Improvement (CCQI) ved The Royal College of Psychiatrists (RCPsych). Dette er en modell utviklet for barne- og ungdomspsykiatriske enheter (QNIC). I den norske versjonen er denne gitt tittelen «Kvalitet ved institusjonsbehandling i psykisk helsevern for barn og unge», forkortet til «**KvIP**: Barn og unge». Målet var å forbedre kvaliteten i akuttbehandling. Ved CCQI anvendes prinsippene i modellen i alle typer enheter og i poliklinisk virksomhet. Akuttnettverket har opprettet et tilsvarende pilotprosjekt for voksenpsykiatri. Siden oppstart har Akuttnettverket stått for ledelse, koordinering og administrasjon av nettverket, inkludert delfinansiering av aktuelle samlinger i nettverket, rådsmøter m.m.

Ved evalueringen i 2016 vurderte Akuttnettverket at prosjektfasene for barn og unge -prosjektet var vellykket. 01.01. 2017 endret nettverket status fra prosjekt til aktivitet, ettersom alle enhetene ønsket å videreføre samarbeidet med årlige kvalitetsforbedringssykluser. Fortsatt skjer koordinering og ledelse i regi av Akuttnettverket.

## Modellen

**KvIP** benytter en prosessorientert kvalitetsforbedringsmetodikk kombinert med læringsnettverk.

For en kortfattet oppsummering av modellen, se vedlegg 1. Nettverket startet med fire enheter i 2015, er utvidet hvert år og består i 2018 av ti enheter (se tabell 1, side 6). Enhetene er gått sammen i et læringsnettverk hvor ansatte, sammen med brukerrepresentanter, drøfter noen av de utfordringene de møter i den daglige driften. I prosessen drøfter og deler deltakerne forslag til løsninger på de utfordringene de møter.

Grunnlaget for arbeidet som gjøres i nettverket er 226 definerte kvalitetsstandarder, fordelt på syv områder:

1. Miljø og fasiliteter
2. Bemanning og opplæring
3. Innleggelse og utskriving
4. Behandling og omsorg
5. Informasjon, samtykke og taushetsplikt
6. Rettigheter og lovverket
7. Klinisk virksomhetsstyring

Disse standardene baserer seg på lover, forskrifter, retningslinjer samt det som oppfattes som beste praksisen i feltet. Kvalitetsstandardene har nettverket selv videreutviklet med utgangspunkt i QNIC sin modell.

I den årlige syklusen foretar først enheten en selvevaluering om den oppfyller kravene i standardsettet helt, delvis eller ikke. Deretter arrangeres det et dagsbesøk fra et team bestående av kolleger fra andre helseforetak og brukerrepresentanter. Dette teamet vurderer enheten etter samme standardsett. Enhetene besøker hverandre etter en oppsatt plan. Pasienter, pårørende, ledelse og ansatte gir feedback til besøks temaet. Resultatet beskrives i en besøksrapport enhetene benytter i oppdatering av sine handlingsplaner for videre kvalitetsforbedringsarbeid.

Hele prosessen (hvor alle enhetene både gjennomfører selvevaluering og tar imot besøk) tar ett år og bidrar til utførlig refleksjon på praksis. Beskrivelse av hva enheten har oppnådd, og hva som

eventuelt har hindret enheten fra å oppnå målene som er satt, vurderes i forbindelse med neste års kollegabesøk.

Standardsettet oppdateres årlig. Annet hvert år kan enhetene velge at besøksteamet fordypet seg i to eller flere av de syv funksjonsområdene, slik at man på den måten kan gå dypere inn i enkelte problemstillinger.

## Organisering

Prosjektet er forankret ved Akershus universitetssykehus, FoU-avdelingen psykisk helsevern ettersom driften av Akuttnettverket er lagt til denne enheten. Teamleder ved FoU avdelingen Gerd Haugen Mariniusson har vært nettverksleder i 2018 og har administrert og koordinert aktiviteten.

Psykologspesialist Kari Lorentzen har arbeidet med å dokumentere hjemler for standardene og har formulert forslag til revidering av standardene frem mot neste revisjon i januar 2019.

Brukerorganisasjoner har deltatt i arbeidet fra starten. Representanter til nettverket har blitt rekruttert gjennom henvendelser til både Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU). VfB hadde mulighet til å delta i alle faser under pilotfasen av prosjektet. MHU er kommet mer med etter hvert og begge organisasjonene er nå representert i fagrådet for **KvIP**.

Siden opprinnelig prosjektleder Simon R Wilkinson, dr.med., FRCPsych, gikk over i en mentorrolle overfor KvIP ved slutten av 2017, har det blitt opprettet et tverrfaglig fagråd med brukerrepresentanter. Medlemmene kommer fra enhetene og fra ulike helseregioner. Rådet har valgt fagutvikler Tarje Tinderholt fra OUS som leder. Medlemmer i Rådet er psykologspesialist Magnus Sjøstrand fra Sykehuset Østfold, fagkoordinator Ina Nergård fra VfB, student Mille Falstad fra MHU, funksjonsleder UPP Inger Synnøve Valen fra Helse Fonna, seksjonsleder Sonja Grønås fra St. Olav og enhetsleder Venke Koplund fra UNN. Fra 2019 inngår seksjonsoverlege Ingvild Brunborg Morton fra Helse Bergen i Rådet. Dette bidrar til en mer robust faglig forankring for KvIP fremover.

Med opprettelsen av fagrådet ble utviklingen av nettverket i større grad forankret i enhetene som deltar i nettverket. Fortsatt er det avgjørende at arbeidet ledes og koordineres fra FoU-avdelingen, Ahus. Dette innebærer bl.a. koordinering av besøksplan, organisering av revisjon av standardene, utlevering av grunnlaget for selvevaluering, og alt besøksteamet behøver for å sikre et vellykket besøk, samt organisering av oppstarts- og evalueringsmøter. I 2018 stod fem erfarne klinikere for ledelse av besøkene og rapportskrivning i etterkant.

## Økonomi

Kostnadene til nettverksarbeidet fordeles mellom Akuttnettverket og de deltakende enhetene.

Akuttnettverket dekker kostnadene til nettverksledelse, dagpakker og møtelokaler i forbindelse med møtene i nettverket, koordinering av besøk og møter, årsrapportskriving, m.m. I 2018 utgjorde dette ca kr 250.000. Enhetene dekker kostnader med reise og opphold i forbindelse med møter og besøk til andre enheter, samt mottak av besøksteam og kostnader til lokale brukerrepresentanter.

## 2. Aktivitet i 2018

Ti akuttenheter av totalt 17 norske akuttenheter som har vedtaksrett, har deltatt i **KvIP**:BU i 2018.

Ingen enheter som har deltatt i **KvIP** har meldt seg ut av nettverket. Nettverksledelsen sendte høsten 2018 invitasjon til de gjenværende syv enhetene om å tiltre nettverksarbeidet. Dette resulterte i at Nordlandssykehuset og Akershus universitetssykehus meldte seg på og har deltatt i planleggingen av aktiviteter for 2019. Vi ønsker fortsatt å rekruttere enhetene fra Stavanger universitetssykehus, Helse Nord-Trøndelag (Levanger), Helse Førde, Sykehuset Telemark (Skien) og Sørlandet sykehus (Kristiansand).

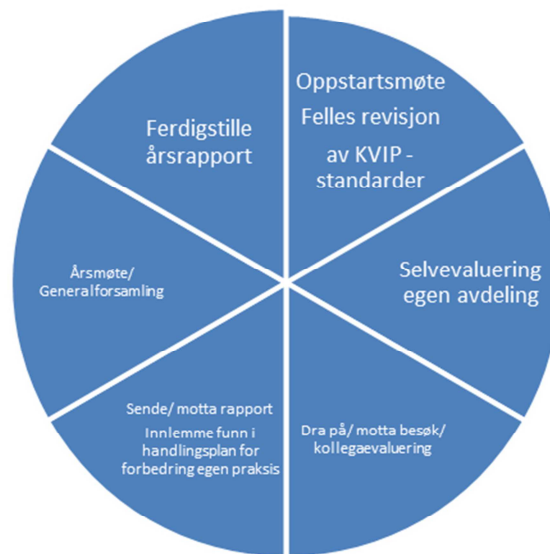
### Deltakende enheter/ helseforetak og året de ble med i nettverket.

Helseforetak	2015	2016	2017	2018	2019
Sykehuset Østfold	x	x	x	x	x
Oslo universitetssykehus	x	x	x	x	x
St. Olavs Hospital	x	x	x	x	x
Helse Møre og Romsdal	x	x	x	x	x
Helse Fonna		x	x	x	x
Sykehus Innlandet		x	x	x	x
Helse Bergen			x	x	x
UNN			x	x	x
Sykehuset i Vestfold			x	x	x
Vestre Viken				x 1	x
Akershus universitetssykehus					x
Nordlandssykehuset i Bodø					x

Tabell 1

<sup>1</sup> Besøk skjer først i begynnelsen av 2019 pga. omorganisering.

Aktiviteten i læringsnettverket er visualisert i en årssyklus (se også vedlegg 1):



Figur 1

Enhetene ble invitert til et oppstartsmøte 22.3.18. I oppstartsmøtet ble blant annet standardene gjennomgått for å ta høyde for pålegg fra tilsynsmyndigheter og lovendringer, samt ny evidens angående faglige momenter («Felles revisjon av standardene» i fig 1). Sammensetning av besøksteamene som skulle utføre kollegaevaluering ble bestemt. Teamene består av en leder, en psykologspesialist, en overlege og en miljøterapeut, alle fra ulike helseforetak, og en brukerrepresentant oppnevnt lokalt av enheten. Årsplanen for besøk ble utarbeidet. Påfølgende dag var det opplæring for de som skulle lede kollegabesøk i 2018. Før hvert kollegabesøk gikk enhetene som skulle motta besøket, gjennom alle standardene, scoret seg selv og anga hvilket nivå av oppnåelse («selvevaluering») de mente de hadde. Selvevalueringen ble oversendt besøksteamet.

Alle tok deretter imot et besøksteam. Dette teamet brukte en hel dag ved enheten og møtte ledelsen, nøkkelpersonell, øvrige ansatte, ungdommene og pårørende. Intervjuene av ungdommene og pårørende ble ledet av en brukerrepresentant. Ved slutten av besøket fikk enheten feedback på om det besøksteamet oppfattet som enhetens sterke sider, utfordringer og forslag til forbedringstiltak eller metoder. Besøksteamet formidlet også erfaring fra egne enheter eller som brukere. Se vedlegg 2; dagsplan for besøket.

Etter besøket ble det skrevet en oppsummerende rapport, med vurderinger og forslag til løsninger, som inkluderte oversikt over endringer av evalueringen fra året før.

## Utfordringer

Nettverket går årlig gjennom prosessen og arbeider kontinuerlig med forbedringer av alle aktiviteter.

I årsmøtet i desember 2018 ble det drøftet forbedring av brukermedvirkning, rapportskrivning og besøksledelse. Nettverket ble enige om tiltak for 2019 som skal bidra til å øke kvaliteten i disse delene av nettverksarbeidet.



### 3. Resultater fra 2018

Gjennomgangen av alle rapportene fra besøksteamene viser at svært mye av kravene er oppfylt og driften fungerer godt. Vi ser en generell bedring på følgende funksjonsområder – 4. *Behandling og Omsorg*, 5. *Informasjon, Samtykke og Taushetsplikt*, 6. *Rettigheter og lovverk*, og 7. *Klinisk virksomhetsstyring* (se vedlegg 3). Det var spesielt gledelig å registrere den markante bedring i nivå 1 standardene på område 5 hvor samtykke har vært et spesielt fokus fra sentralt hold i 2018.

I et kvalitetsforbedringsnettverk er det likevel utfordringer og forbedringsområder som må få mest oppmerksomhet. På områdene 1. *Miljø og Fasiliteter* og 2. *Bemanning og Opplæring*, var det ikke tegn til bedring av de nivå 1 og 2 standardene enhetene selv har mulighet til å bidra til å kvalitetssikre. Det er noe grunn til bekymring for dårligere resultater ift nivå 3 standarder på disse to områdene, som er de områder hvor nivå 3 standarder gjør seg spesielt gjeldene. Dette er som kjent kvalitetskrav som enten vurderes som utenfor enhetens egen kontroll, eller standarder som en utmerket institusjon bør oppnå, men ikke er pålagt å oppnå. Det kan eksempelvis gjelde bygningsmessige forhold (område 1) og hvordan og når stillinger utlyses (område 2). Muligens ser vi her tegn på forhold som vil kunne påvirke behandlingsresultater i årene fremover. I neste års kvalitetsrunde bør dette vurderes nøye.

Rapportene sett under ett avdekker noen utfordringer som går igjen ved flere enheter.

- brukerinvolvering
- tilfredsstillende kompetanseutvikling
- kvalitet og omfang av faglig veiledning av miljøpersonale
- mangler knyttet til bygningsmessige forhold
- skriftliggjøring av rutiner og informasjon
- pårørendeinvolvering

Vi vil oppfordre enhetene å se på hvordan de har scoret opp mot det som er gjennomsnitt i nettverket (vedlegg 3). Her er det viktig å vurdere om besøket i 2019 skal ha fokus på de områder hvor enheten scoret lavest. I så fall kan besøksteamet bidra med ideer til forbedringer. Resultatene gir enhetene mulighet for å reflektere på egen praksis i forhold til andre enheter i nettverket. For foretakene gir det informasjon om hvordan deres enheter fungerer sammenlignet med gjennomsnittet i landet. Rapporten fra den enkelte enhet er tilgjengelig via enhetslederne.

## 4. Refleksjoner rundt KvIP som kvalitetsforbedringsmetodikk

Vi mener at **KvIP**-modellen bidrar til å oppfylle de overordnede nasjonale føringene om kvalitetssikring og kvalitetsforbedring som har kommet i de siste årene

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

**KvIP** modellen arbeider etter de kvalitetskrav som er angitt i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten 2005-2015 om at helsetjenesten skal

- Være virkningsfulle
- Være trygge og sikre
- Involvere brukerne
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene, er godt ivaretatt i den kvalitetsforbedringssyklusen som benyttes i **KvIP**. I år har Simon Wilkinson og Anne Aasen, Styreleder i Akuttnettverket, hatt et møte med fagdirektørene i Helse Sør-Øst som ble orientert om aktiviteten.

### Rekruttering og muligheter i nettverket

Vi har som mål at alle enheter med akutt tilbud i BUP blir med i nettverket. I drøftingene om videreutvikling av nettverket vil vi etter hvert ta opp spørsmål om akuttteam også kan inkluderes i nettverket. Dette vil innebære andre tilpassede kvalitetsindikatorer som akutteamene selv vil være med på å utvikle.

For å sikre at nye enheter melder seg til nettverket, vil vi orientere helseforetakene om muligheten ifm utsending av denne årsrapporten – samt at enhetene får invitasjon til å delta.

## Tilleggsmomenter til **KvIP** modellen

Nettverket drøfter mulig videreutvikling av de felles aktivitetene på fire områder:

1. Det er et mål at årsrapporten kan belyse utvikling på tema av nasjonal interesse som eksempelvis tvangsbruk. Foreløpig har oppmerksomheten vært på lovanvendelsen og trygghet ved den enkelte enhet, inkludert skjermingsenhetene, fremfor statistikk om mengde tvangsbruk. Ved å innhente og sammenstille nøkkeltall, vil begge behovene kunne bli oppfylt. Nettverket prioriterer nå å utvikle de grunnleggende prinsippene om læring gjennom likeverdig samarbeid, og videre utvikling vil skje planmessig.
2. En samlet oversikt over de løsninger de forskjellige enheter har utviklet, ville kunne være til stor hjelp for videreutvikling av enhetene. Dette krever en fungerende og enkel tilgjengelig IKT løsning. Hensikten med dette er at enhetene kan finne de løsninger andre enheter har kommet frem til slik at andre kan dra nytte av det. Dette kan gjelde for eksempel enhetenes husordensregler, rømningsprotokoller, rutiner for rask sedering, m.m.
3. Nettverket har også drøftet andre tema som å registrere og samle indikatorer på utfall av behandling. Etter at nettverket ble etablert, ble de oppfordret til å registrere sine behandlingsresultater på en sammenlignbar måte slik at de kunne benchmarke sine resultater mot gjennomsnittet i nettverket. For å bidra til å etablere en slik modul, deltok tidligere prosjektleder og administrasjonsleder, FoU, på et møte i desember 2017 hos RCPsych, London, for å lære om de utfordringene QNIC møtte ved innføring av deres Routine Outcome Measures modul, og hvordan de kunne planlegge tilpasninger i 2018. Denne modulen trenger bl.a. personvern godkjenning og IKT- støtte slik at aidentifiserbare pasientdata kan lagres på en felles lagringsplass, for å kunne måle fremgangen i pasientens behandling på minst to tidspunkter. Nettverket vurderer hvorvidt denne metoden er egnet for opphold under en uke som er det som er gjennomsnittlig liggetid for akutteneheter. Rådet vil ta stilling til og foreslå for nettverket eventuell fremtidig bruk av denne metoden.
4. Det fjerde tema som jevnlig er oppe til diskusjon er om arbeidet som gjøres i nettverket etter hvert kan utvikles til et Sertifiseringssystem. Dette kan sees som alternativ til ekstern revisjon. En mulig sertifisering kan bygge på at enheter som har oppnådd en høy grad av måloppnåelse på alle standardene, kan gis en sertifisering. Etter QNIC modell gjøres dette ved en alternativ form for ledelse av besøket. Eksempelvis kan en sertifisering bygge på at dersom enheten har oppnådd tilfredsstillende grad av oppnådd nivå 1-standarder (100 %), nivå 2- standarder (80 %) og nivå 3- standarder (60 %), gis en sertifisering. Dette ville innebære at det under besøket ble innhentet dokumentasjon som bekrefter at standardene er møtt. Dokumentasjon kunne gjennomgås i nettverksledelsen. Deretter kunne funnene legges frem for et Råd som enten umiddelbart kunne gi lederen en godkjent sertifisering, eller kreve ytterligere dokumentasjon som måtte innleveres

innen en viss tid. Hvis enheten ikke oppnådde sertifisering, kunne den søke på nytt etter ett år med et ordinært **KvIP** besøk.

En av utfordringene for **KvIP** med hensyn til sertifisering er dagens organisering og tilknytning til Ahus og Akuttnettverket, som ikke kan ansees å være uavhengige instanser slik RCPsych i London er.

# Vedlegg 1: Poster – til akuttnettverkets samling oktober 2015

En synliggjøring av årssyklus

## “Sammen blir vi bedre” - et lærende nettverk i praksis



Helse Møre og Romsdal

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



St. Olavs Hospital

### Årlig syklus

#### 5) Forbedring av praksis

#### 4) Vurdering og revidering av praksis

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

- Oppdaterte handlingsplaner

#### 3) Kollegaevaluering og tilbakemelding

a) Dagsbesøk fra 3 andre enheter, brukerorganisasjon og prosjektleder

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

- Rapport fra kollegabesøk

b) Oppsummerende, sammenlignende rapport på tvers av enhetene.

#### Standardområder

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

#### Standardnivåer

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

#### 1) Utvikle felles standarder

Deltakende enheter sammen med brukerorganisasjonene fastsetter /reviderer standardene.

- Kvalitetsstandarder

#### 2) Selvevaluering

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

- Selvevaluering



Oslo Universitetssykehus

#### Mer informasjon og dokumenter

- Dagsplan til kollegaevaluering
- Veiledning til besøksteamet
- Mal for rapporten
  - Inkl. Standardene
- Se [www.akuttnettverket.no](http://www.akuttnettverket.no)



Sykehuset Østfold

## Vedlegg 2: Dagsplan under kollegaevaluering

Tidspunkt	Aktivitet
08.30-08.45	<b>Besøksteamet avholder eget møte</b> Taushetsplikt undertegnes, roller og oppgaver fordeles og avklares.
08.45-09.30	<b>Oppstart</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>08.45-09.00: Prosjektleder gir en <u>kort</u> innledning, målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen, bekrefter deltagelse av ungdommene og pårørende samt at deres samtykke skjema er i orden.</li> <li>09.00-09.10: Kollega fra andre enheter gir en <u>kort</u> innføring i hovedtrekk ved deres enheter</li> <li>09.10-09.30: Enheten gir en orientering, inkludert hovedsatsing siste året og ev barrierer til fremgang</li> </ul>
09.35-10.00	<b>Omvisning</b> Det fint om et par pasienter kan lede omvisningen
10.00-10.15	Kaffe/te pause
10.15-11.10	<b>Diskusjon av standardene evt. vektlegging av forhåndsavtalt fokus<sup>2</sup></b> med ledere og "seniorene" (2-8)
11.15-12.15	<b>Diskusjon av standardene, evt. forhåndsavtalt fokus – fortsetter</b>   <b>Gruppeintervju med pårørende</b> Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, sekretær fra besøksteamet.
12.15-13.00	Lunsj
13.00-14.00	<b>Gruppeintervju med ansatte uten leder/veiledningsroller<sup>3</sup></b> Tema velges ut fra svarene på standardene, og drøfting med seniorenene   <b>Gruppeintervju med ungdommene</b> Brukerorganisasjon representant leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, sekretær fra besøksteamet.
14.00-14.15	Kaffe/Te pause
14.15-15.00	<b>Besøksteamet avholder eget møte</b> Oppsummerer inntrykk og identifiserer styrker, utfordringer og forslag til løsninger
15.00-15.30	<b>Oppsummerende møte med tilbakemelding og diskusjon</b> Det er en fordel om overordnet administrasjon og kvalitetsansvarlige ved sykehuset/divisjonen, er representerte, i tillegg til enhetens ledere og "seniorer".
15.30-16.15	<b>Besøksteamet avholder eget møte</b> Oppsummerer inntrykk og legger plan for skriving av rapporten

<sup>2</sup> Ved første kollegaevaluering vil tiden sannsynligvis raskt brukes opp på gjennomgang av alle standardene. Valg av fokusområde blir viktig for enheter som har deltatt/hatt besøk tidligere år.

<sup>3</sup> Poenget er at ingen i denne gruppen skal bli hemmet i å si hva de ønsker å si ved at en overordnet eller veileder er i samme gruppe. Det er her LiS og psykologer (ikke spesialister) deltar.

## Vedlegg 3: Standardene med prosent oppnådd 2018 sammenlignet med 2017

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

Noen standarder ble klassifisert under andre overskrifter eller annet nivå, introdusert eller omskrevet i 2018. Antall vises 'tall 2018/tall 2017' – totalt 226 standarder i 2018. Årsrapport skrives før Vestre Viken har hatt sitt besøk. Ved to besøk var fokus på kun to funksjonsområder, slik at data fra disse enheter ble ufullstendig, slik at tallgrunnlaget for tabellene gjelder primært 7 enheter.

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

### Område 1: Miljø og fasiliteter

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2018	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2018
Nivå 1	25/25	78	77	92-60
Nivå 2	20/20	73	80	90-58
Nivå 3	7/7	61	75	100-29
<b>Total</b>	52			

## Område 2: Bemanning og opplæring

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2018	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2018
Nivå 1	29/29	81	79	100-49
Nivå 2	20/20	74	73	95-40
Nivå 3	5/5	69	77	100-0
<b>Total</b>	54			

## Område 3: Innleggelse og utskriving

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2018	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2018
Nivå 1	11/11	85	84	91-73
Nivå 2	3/3	81	78	100-67
Nivå 3	1/1	2/7 enheter ikke innfridde	2/8 enheter ikke innfridde	
<b>Total</b>	15			

## Område 4: Behandling og omsorg

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2018	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2018
Nivå 1	18/19	83	78	94-72
Nivå 2	6/6	86	76	100-67
Nivå 3	3/1	81	1/8 ikke innfridd	100-67
<b>Total</b>	27/26			



### Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2018	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2018
Nivå 1	14/16	84	59	93-79
Nivå 2	5/4	71	64	100-40
Nivå 3	1/1	3/7 ikke innfridde	7/8 ikke innfridde	
<b>Total</b>	21			

### Område 6: Rettigheter og lovverket

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2018	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2018
Nivå 1	16/16	88	75	100-67
Nivå 2	3/2	81	65	100-67
<b>Total</b>	19/18			

### Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Standard	Antall	Gj. % Innfridd 2018	Gj. % Innfridd 2017	Maks-Min 2018
Nivå 1	23/25	86	80	96-70
Nivå 2	13/13	75	69	100-54
<b>Total</b>	38/38			