

1 Miljø og fasiliteter																
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter siste året?														
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter det siste året?														
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder miljø og fasiliteter siste året?														
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder miljø og fasiliteter fremover?														
1.1	Nivå	Hensiktsmessige lokaler	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøkssteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder	
1.1.1	1	Inngangen er tydelig merket - det er lett å finne frem.						Nivå 1	32	0	0	0	0	0	0	
1.1.2	1	Det er mulig å kjøre helt frem til inngangen i en akutt situasjon.		LOV-1999-07-02-61 §2-2				Nivå 2	13	0	0	0	0	0	0	
1.1.3	2	Det er lett å komme til enheten med offentlig kommunikasjon eller bil.						Nivå 3	1	0	0	0	0	0	0	
1.1.4	1	Enheten oppfyller forsvarlige hygienestandarder.		FOR-2005-06-17-610 §1-1, §1-2, §2-1- §2-3				Total	46	0	0	0	0	0	0	
1.1.5	2	Enheten har tilstrekkelig tilgang på renholdstjenester, slik at klinisk personell kan prioritere pasientbehandling														
1.1.6	2	Enheten har gode rutiner for fast vedlikehold og mulighet for umiddelbar utbedring ved behov.	For eksempel ved hærverk (Omhandler omgivelers betydning på symbolsk nivå)													
1.1.7	1	Enheten er innredet for å passe til barn og unge under deres opphold.	Feks: bevisste fargevalg, tekstiler, møbler osv. tilpasset barn og unges behov (Omhandler omgivelers betydning på funksjonelt og symbolsk nivå)	FOR-2000-12-01-1217 §4												
1.1.8	2	Pasientene har mulighet til utsikt (f.eks til natur, grøntarealer eller omgivelser).	(Omhandler omgivelers betydning på estetisk nivå)													
1.1.9	2	Temperaturen i pasientrom kan reguleres.														
1.1.10	2	Venterom er lett tilgjengelige for pasienter, pårørende og besøkende.														
1.1.11	2	Hobbyrom er tilgjengelig, funksjonelt og store nok.		LOV-1999-07-02-63 § 6-3												
1.1.12	2	Pasientene har tilgang til hage/ uteområde som kan gi naturopplevelser	(Omhandler omgivelers betydning på estetisk nivå)													
1.1.13	1	Det er lett å ta pasientene med på utendørsaktiviteter. Også de som er underlagt tvang.		FOR-2011-12-16-1258 §3 d, LOV-1999-07-02-63 §6-3												
1.1.14	2	Enheten har rom som passer for både gruppemøter og individuelle samtaler.		FOR-2011-12-16-1258 §3												
1.1.15	1	Det finnes tilstrekkelig egnede rom for måltider som også egner seg for måltidsstøtte.														
1.1.16	1	Enheten har egne lokaler i nærheten som er egnet og utstyrt for å ivareta pasientenes undervisningsløp.	Med undervisningsløp menes skolegang.	Udir-6-2014 /FOR-2011-12-16-1258 §3c												
1.1.17	1	Det finnes skjermingsrom:	Skjermingsrom benyttes til å holde pasienter atskilt i egne lokaler, hvor man også kan nektes tilgang til fasilitetene i den delen av sengeposten der vanlig sosialt fellesskap foregår.	LOV-1999-07-02-62 § 4-3, FOR-2011-12-16-1258 §3h og §18												

1.1.18	1	i) med mulighet for observasjon av hele rommet.		FOR-2011-12-16-1258, kap.1 §3b															
1.1.19	1	ii) med god ventilasjon uten støy.		FOR-2011-12-16-1258, kap.1 §3															
1.1.20	1	iii) med eget toalett, vask og dusj.		FOR-2011-12-16-1258, kap.1 §3															
1.1.21	1	iv) uten risikoelementer for pasientene og ansatte.	NB: nøye gjennomgang av risikoelementer ved skjerming, -toalettløkk som kan fjernes - mulige hengningspunkter - andre gjenstander som kan skade om pasientene/ansatte faller på dem, osv.)	FOR-2011-12-16-1258 §3 f) g) h), IS-1511															
1.1.22	1	v) med system for enkel kommunikasjon med de ansatte på enheten.		FOR-2011-12-16-1258 §3 f) g) h)															
1.1.23	2	v) som er tilfredsstillende lydisolert.		FOR-2011-12-16-1258 §3 g															
1.1.24	3	I tillegg til et skjermingsrom og pasientrom finnes det et egnet areal hvor pasienter kan trekke seg tilbake																	
1.1.25	1	Minimum én pårørende har adgang til gratis mat v/ overnatting og samvær store deler av døgnet, og ellers tilgang til å kjøpe mat til personalarais.		FOR-2000-12-01-1217 § 9															
1.1.26	2	Pårørende har adgang til enkel servering som kaffe, te, vann.		LOV-1999-07-02-63 §6-2, FOR-2000-12-01-1217 §6															
1.1.27	1	Enheden kan tilby overnatting for minimum én pårørende for alle under 18 år.		FOR-2000-12-01-1217 §6, LOV-1999-07-02-63 § 6.2															
1.1.28	1	Når enheten er på samme område som psykiatriske enheter for voksne skal fasiliteter for pasientene være separat/adskilt.		FOR-2000-12-01-1217 §4, FOR-2011-12-16-1258 §3															
1.1.29	1	Lokalene har universell utforming - egner seg for alle; også funksjonshemmede.		FOR-2017-06-19-840 § 12-1 eller § 12-7															
1.1.30	1	Lokalene legges til rette for at journalforskriftene overholdes. Ingen taushetsbelagt opplysning er synlig, journalmateriale holdes i låste arkivskap, med mer.		LOV-1999-07-02-61 §3-2, FOR-2011-12-16-1258 §3, LOV-2014-06-20-42															
1.1.31	1	Enheden har tilgang på undersøkelsesrom for akutte medisinske/somatiske intervensjoner.		FOR-2011-12-16-1258 §3															
1.1.32	1	Ansatte har tilgang på eget spise- og pauserom.		FOR-2011-12-06-1356 § 3-5															
<b>1.2</b>		<b>Pasientens rettigheter og verdighet</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhets kommentarer</b>	<b>Besøkteamets kommentarer</b>												
1.2.1	1	Enheden har besøksrom (og oppholdsrom for pårørende), og dette er familievennlig med bl.a. leker.		LOV-1999-07-02-62 § 4-5, LOV-1999-07-02-63 §6-2, FOR-2000-12-01-1217 §6															
1.2.2	1	Pasienter kan bruke (evt. låne) telefon, sende og motta brev og pakker		LOV-1999-07-02-62 § 4-5, Barnekonvensjonen art. 16															
1.2.3	1	Pasientene har mulighet for å låse inn private eiendeler.		LOV-1999-07-02-62 §4-2, Barnekonvensjonen art. 14															
1.2.4	1	Pasientene har mulighet til å praktisere sitt livssyn.	Eks: delta i liturgiske handlinger, lytte til religiøs musikk og sang																
<b>1.3</b>		<b>Trygt miljø</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhets kommentarer</b>	<b>Besøkteamets kommentarer</b>												
1.3.1	1	Legemidler oppbevares forsvarlig og utligngjellig for uvedkommende.		FOR-2008-04-03-320 § 6															
1.3.2	1	Det er gode siktelinjer i enheten og lett å ha oversikt		FOR-2011-12-16-1258 §3															
1.3.3	1	Innganger/utganger er slik at ansatte kan se hvem som kommer og går. Hvis nødvendig brukes kameraovervåking.	Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Er det uforsvarlig uten kamera? I personvernregelverket finner man mange generelle regler for hvilke plikter en virksomhet har når den behandler personopplysninger - slik som opptak fra kamera. Disse pliktene må alle som driver kameraovervåking sette seg inn i.	FOR-2011-12-16-1258 §3 og LOV-1999-07-02-61 § 2-2															
1.3.4	1	Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessige brannøvelser, inkl. evakuering én gang årlig.	NHO har anbefalt øvelser minst hvert andre år. I følge norskbrannvern.no er det vanlig med minimum halvårlige øvelser på sykehus/eldresentre	FOR-2015-12-17-1710															
1.3.5	1	Det finnes hjertestarter på et tydelig markert sted og det er etablert rutine for at den sjekkes regelmessig og etter hver bruk. Alle pasienter kan sjekkes innen tre minutter etter at stans er oppdaget.		LOV-1999-07-02-64 §7; NNR retningslinjer 2015.															
1.3.6	1	Ansatte har et nødkommunikasjonssystem (alarm).		LOV-1999-07-02-64 §4, §7															
1.3.7	1	Pasient og pårørende kan raskt varsle personal i nødsituasjoner.		LOV-1999-07-02-61 § 2-2, FOR-2011-12-16-1258 §3															
<b>1.4</b>		<b>Mat</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhets kommentarer</b>	<b>Besøkteamets kommentarer</b>												
1.4.1	1	Det finnes et utvalg av mat i tråd med individuelle kulturelle, ernæringsmessige og kliniske behov.		LOV-1999-07-02-62 §4-2, Barnekonvensjonen art. 2															

1.4.2	2	Det legges til rette for feedback fra ungdommene om kosttilbudet, og den benyttes i justering av kosttilbudet ved enheten.	På noen enheter blir dette et nivå 3 standard fordi de har ingen påvirkningsmuligheter over maten som serveres, men i en tilpasset helsevesen bør det finnes slike muligheter og derfor er det plassert på nivå 2.)														
1.5		<b>Utforming av miljøet</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluering (skåre)</b>	<b>Enhets kommentarer</b>	<b>Besøktsteamets kommentarer</b>										
1.5.1	2	Brukermedvirkning benyttes når det gjøres endringer i enhetens fysiske miljø og fasiliteter på pasientrom og i fellesarealer.		LOV-1999-07-02-62 §4-2, Barnekonvensjonen, art. 12													

2 Bemanning og opplæring															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder bemanning og opplæring siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder bemanning og opplæring det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder bemanning og opplæring siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder bemanning og opplæring fremover?													
2.1		Bemanningsnormer	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkssteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder
2.1.1	1	Ved behov for tett oppfølging og intervensjon, kan grunnbemanning raskt suppleres tilstrekkelig for å sikre forsvarlig drift.		FOR-2011-12-16-1258 §4				Nivå 1	35	0	0	0	0	0	0
2.1.2	1	Nattevaktdekning er minimum tre ansatte per ti senger. Det må være minimum to våkne nattevakter.		FOR-2011-12-16-1258 §4				Nivå 2	17	0	0	0	0	0	0
2.1.3	1	Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift.		FOR-2011-12-16-1258 §4				Nivå 3	5	0	0	0	0	0	0
2.1.4	2	Minimum 85 % av faste ansatte på dag- og kveldsvaktene har heltidsstillinger.						Total	57	0	0	0	0	0	0
2.1.5	1	Alle ekstravakter får opplæringsvakter.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b											
2.1.6	1	Det er minimum én sykepleier/ vernepleier på hver vakt. Driften sikrer forsvarlig legemiddelhåndtering og somatisk behandling hele døgnet.		FOR-2008-04-03-320 §7-8											
2.2		Flerfaglig teamarbeid	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkssteamets kommentarer								
2.2.1	1	Enheten har tilgang til utpekte forløpskoordinatorer med delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid.	Forløpskoordinatorer er pasienters kontaktperson underveis i lengre behandlingsforløp, og skal sørge for at pasienten er godt informert og slipper unødig ventetid	Nasjonale pasientforløp PBU kap. 1											
2.2.2	1	Enheten har en eller flere ansatte som er barneansvarlige med nødvendig kompetanse og tid til å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn som pårørende (eks. søsken).		LOV-1999-07-02-61 §3-7 a, Pårørendevedleddet kap. 5											
2.2.3	1	Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt.	En vedtaksansvarlig kan forvalte tvang i psykisk helsevern	FOR-2011-12-16-1258, kap 1 §4											
2.2.4	1	Enheten har minimum én overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri.		FOR-2011-12-16-1258, kap 1 §4											
2.2.5	1	Enheten har minimum én psykologspesialist i barne- og ungdomspsykiatri (med vedtakskompetanse).	Vedtakskompetanse betyr å kunne forvalte tvang i psykisk helsevern	FOR-2011-12-16-1258, kap 1 §4											
2.2.6	2	Enheten har minimum én lege i spesialisering.													
2.2.7	2	Enheten har minimum én psykolog i spesialisering.													
2.2.8	3	Enheten har tilstrekkelig tilgang på klinisk ernæringsfysiolog.													
2.2.9	2	Administrativt personale bidrar til driften av enheten på en slik måte at enhetens klinikere i minst mulig grad må sette av arbeidstid til administrative oppgaver eller dekker behovet for administrative tjenester for klinikker.													
2.2.10	2	De relevante ansatte kjenner til sykehusets farmasøytiske oppslagsverk (RELIS, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, sykehusapotek, m.fl.)													
2.2.11	1	Enheten har et vaktssystem som sikrer at faglig ansvarlig for vedtak er tilgjengelig hele døgnet. Vedkommende skal kunne stille ved enheten ved behov. Informasjon om hvordan vaktsystemet kontaktes er lett tilgjengelig på vaktrommet.		FOR-2011-12-16-1258, kap 1 §4											
2.2.12	2	Det er oppdaterte funksjonsbeskrivelse for alle stillinger.	F.eks årlig revisjon av funksjonsbeskrivelser.												
2.2.13	1	Enheten har en fast møttestruktur med faste kommunikasjonskanaler som sikrer tverrfaglig drøfting, diagnostisering, behandling og evaluering (inkl. spesialistinvolvering) gjennom hele pasientoppholdet.		LOV-1999-07-02-61 §2-2, Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2 og 3											
2.2.14	2	Det er personalmøter med skriftlige referater minst én gang i måneden.													
2.2.15	1	Det er øremerket tid til vaktskifter, for eksempel 30 min.		LOV-1999-07-02-64 kap 3, § 16											
2.2.16	1	Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk pasientjournal.	Det er viktig å huske at miljøterapeuter er behandlere med behov for de pasientopplysningene som er skrevet i journalene til andre faggrupper.	LOV-1999-07-02-64 kap 3, § 16, kap 8, §39											
2.2.17	1	Det finnes varslingsprosedyrer slik at ansattklager kan fremmes uten at deres arbeidsforhold settes i fare.		LOV-1999-07-02-64 kap. 3 §17, LOV-2017-12-15-107 §6, FOR-2016-10-28-1250 §6g											

2.2.18	2	Medarbeidersamtaler/ utviklingssamtaler gjennomføres minst årlig for å bidra til en åpen dialog om de ansattes tilfredshet og utføring av arbeid, med skriftlig avtale i etterkant.	Ofte er dette samtaler mellom leder og ansatt.	FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b															
<b>2.3</b>		<b>Opplæring og rammebetingelser for kompetanseheving</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluering (skåre)</b>	<b>Enhetens kommentarer</b>	<b>Besøkssteamets kommentarer</b>												
2.3.1	1	For klinisk personell skal IKT være tilgjengelig fra første dag i jobben.	IKT = informasjons- og kommunikasjonsteknologi	LOV-1999-07-02-64 kap 3 §16 og kap 8, §39															
2.3.2	2	Alle ansatte får opplæring i elektroniske hjelpemidler som sykehusets avvismeldingssystem, eHåndbok, EQS, eller lignende og hvor de finner oppdaterte opplysninger om lovverket og faglitteratur.	Hensikten er at de alltid finner frem til siste oppdateringer, inkl. vant til å bruke lovdata.no.	LOV-1999-07-02-64 kap. 3 §17, LOV-1999-07-02-61 §13-10, FOR-2016-10-28-1250 §6f, §6c og §7b															
2.3.3	1	Alle ansatte skal ha en kompetanseplan.	En kompetanseplan beskriver f.eks. hvilke forventninger som stilles til den ansatte, og hvilke kompetansehevede tiltak som kan bidra til at den ansatte skal kunne innfri disse	LOV-1999-07-02-61§3-10, LOV-1999-07-02-64 kap 3 §16, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b															
2.3.4	2	Enheten har en oppdatert opplæringsplan som inkluderer budsjettkonsekvenser.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, IS-1511, FOR-2016-10-28-1250 §6f og §7b															
2.3.5	2	Ansatte mottar utdanningspermisjon i tråd med sin kompetanseplan.																	
2.3.6	1	Utgifter til obligatorisk utdanning dekkes etter ev. fratrukk av DnLs eller NPFs sine bidrag.	DnL er Den norske Legeforening. NPF er Norsk Psykologforening. Omhandler betingelser for å beholde godkjente utdanningsstillinger for lege i spesialisering (LIS) og psykologer	LOV-1999-07-02-61 §3-5, §3-10															
<b>2.4</b>		<b>Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i:</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluering (skåre)</b>	<b>Enhetens kommentarer</b>	<b>Besøkssteamets kommentarer</b>												
2.4.1	1	Risikovurderinger, inkl. suicid, vold og stoffbruk.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b, IS-1511															
2.4.2	1	Pasientrettigheter.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.4.3	1	Bruk av individuelle planer og ansvarsgrupper, herunder medvirkning som et viktig element.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.4.4	1	Håndtering av fysisk kontakt og intimitet med pasienten, inkludert negative effekter av fysisk grensesetting.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.4.5	1	Aktuelt medisinsk utstyr (f.eks sonde, sårstell, blodsukker, ekg, blodtrykk, puls). Opplæring skal dokumenteres.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2013-11-29-1373 §8															
2.4.6	1	Bruk av strukturerte utredninger, for eksempel psykose obs., ADL funksjoner.	Eks: psykose observasjoner, activities of daily living (ADL)	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.4.7	1	Samtykke og samtykkekompetanse.	Samtykkekompetanse handler om pasientens evne til å forstå hva han faktisk sier ja eller nei til. Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen, som har ansvar for å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse.	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.4.8	1	Gjeldende lovverk.	F.eks. pasientrettighetsloven, PHL, Barnevernslovverk, Helsepersonelloven, Journalforskrifter, Barnekonvensjonen, mm.	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.4.9	1	Hjerte- og lungeredning for alle ansatte, årlig.		LOV-1999-07-02-61 §3-10 FOR-2016-10-28-1250 §7b, FOR-2013-11-29-1373 §8 (gjelder medisinsk utstyr)															
2.4.10	1	Forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk . Minimum seks ganger for ansatte, per år.	Slik systematisk opplæring har fokus på hvordan man forebygger og forhindrer vold i tillegg til håndtering av episoder som kan oppstå.	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.4.11	1	Kunnskap om barns utvikling og behov, mulige reaksjoner i forbindelse med sykdom/plager og institusjonsopphold, med hensyn tatt til barnets oppvekstkultur	Forskriften sier; Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet	LOV-1999-07-02-61 §3-10 FOR-2000-12-01-1217 §5															
2.4.12	1	Bruker- og pårørende medvirkning, inkludert barn/søsken som pårørende.		LOV-1999-07-02-61 §3-10 Pårørendeveileder Kap. 2.2.															
2.4.13	1	Kompetanse på involvering og støtte til pårørende, inkludert barn/søsken som pårørende.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, Pårørendeveileder kap. 2.2, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
<b>2,5</b>		<b>Diverse vedr. opplæring og kompetanseheving</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevant lovverk</b>	<b>Evaluering (skåre)</b>	<b>Enhetens kommentarer</b>	<b>Besøkssteamets kommentarer</b>												

2.5.1	3	Ikke-kliniske ansatte får generell opplæring som øker bevisstheten om psykisk helse Dette inkluderer lærere, administrative ansatte, og andre som jobber ved enheten.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.5.2	1	Det finnes rutiner for innføring av nye leger i vaktlaget. Praksis er nedskrevet og utdelt før første vakt.		FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.5.3	1	Alle ansatte får en introduksjonspakke og gjennomgang av driften ved enheten før de tar ansvar for behandling.	God praksis inkluderer «føtfølgning» av en kollega på første dag, med innføring i holdningene nødvendig for en behandlingsfremmende kultur	LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §6a, §6f og §7b															
2.5.4	2	Lege i spesialisering (LIS) får avsatt tid til ferdypning i sin arbeidsplan.	Kriteria for godkjenning som utdanningsinstitusjon i Serøs rapportering til Den norske legeforening																
2.5.5	3	Det gis støtte til de som bidrar til relevant forskning på enhetens målgruppe og andre akademiske tiltak som undervisning om målgruppen.																	
<b>2.6</b>		<b>Veiledning</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevant lovverk</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhets kommentarer</b>	<b>Besøksteamets kommentarer</b>												
2.6.1	1	Allt klinisk personell har tilgang på veiledning og/ eller simulering - minst én g i mnd i to timer per gang.		LOV-1999-07-02-61 §3-10, FOR-2016-10-28-1250 §7b															
2.6.2	2	Ansatte i utdanningsstillinger får dekket sine krav om opplæring og veiledning.		LOV-1999-07-02-61 §3-5, §3-10, Reglementet for spesialistutdanningen NPF, FOR-2021-12-21-3790 §25															
2.6.3	2	Enhetsleder får veiledning/ konsultasjon/ supervisjon fra sin overordnede minst to timer totalt pr måned																	
2.6.4	2	Alle ansatte får adgang til emosjonell førstehjelp i etterkant av alvorlige hendelser.																	
<b>2.7</b>		<b>Rekruttering</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhets kommentarer</b>	<b>Besøksteamets kommentarer</b>												
2.7.1	1	Alle ansatte som deltar i pasientbehandling blir sjekket opp mot autorisasjon i helseregister og har framvist gyldig politilattest før oppstart		LOV-1999-07-02-64 Kap 4, §20a, LOV-1999-07-02-61 §3-17 (Disse															
2.7.2	2	I forbindelse med langtidsfravær eller svangerskapspermisjon handler ledelsen raskt for å sikre vikar.	For eksempel er det ikke god praksis at vikar for en gravid ansatt ikke er på plass ved termin.																
2.7.3	2	Ved avslutning av arbeidsforhold gjennomfører ledelsen en avsluttende samtale med vedkommende, og feedback gis til overordnede ledelse.																	
2.7.4	3	Ledige stillinger lyses ut både eksternt og internt.																	
2.7.5	3	Enheten har tilgang på HR-kontakt som kjenner til enhetens behov.																	

3 Innleggelse & utskrivelse															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder innleggelse og utskrivelse siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder innleggelse og utskrivelse fremover?													
3.1		Innleggelse	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkssteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder
3.1.1	1	Enheten har skriftlige kriterier for øyeblikkelig-hjelp-innleggelse på akutteneheten.	Når enheten har blandete funksjoner blir det viktig at innleggelseskriterier skiller mellom dekning av øyeblikkelig hjelp, akutte henvendelser og planlagte innleggelse.	LOV-1999-07-02-61 §3-1, FOR-2016-10-28-1250 §7c				Nivå 1	18	0	0	0	0	0	0
3.1.2	2	Praktisk informasjon om enheten blir formidlet også skriftlig ved innleggelse.						Nivå 2	3	0	0	0	0	0	0
3.1.3	1	Ved innleggelse av pasienter som er i behov for, eller som allerede mottar kommunale tjenester, og som samtykker til informasjonsdeling, må PLO melding sendes innen 24 timer (eller så snart det lar seg gjøre)	Dette er en MÅ i Nasjonale pasientforløp. PLO står for Pleie og omsorgsmelding.	Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3, FOR-2011-11-18-1115 §8 og §11, HOD, 2012				Nivå 3	0	0	0	0	0	0	
3.1.4	2	Når en vurderingssamtale ikke fører til innleggelse, blir begrunnelsen gitt til henvisende instans, pasienten og pårørende med anbefalinger/ råd for annen aktuell behandling eller oppfølging.						Total	21	0	0	0	0	0	0
3.1.5	1	Ved slutten av vurderingssamtale er hensikten med innleggelsen forklart til pasienten og pårørende.		Nasjonale pasientforløp PBU											
3.1.6	1	Enheten benytter standardiserte metoder for å måle effekt av behandling på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet som minimum		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3											
3.1.7	1	Det er etablert rutiner for vaktskifter, slik at vaktlaget er forsvarlig oppdatert når de overtar ansvaret.		FOR-2016-10-28-1250 §6											
3.2		Kontakt med pasientenes nettverk av profesjonelle hjelpere	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkssteamets kommentarer								
3.2.1	1	De involverte instansene kartlegges innen slutten av første virkedag.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3											
3.3		Involvering av familie/pårørende, inkludert barn/søsken som pårørende	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkssteamets kommentarer								

3.3.1	1	Det avklares med foresatte om pasienten har mindreårige søsken, og bidras til at deres behov for informasjon og oppfølging kartlegges og følges opp.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2 og 5, Pårørendeveilederen kap. 5, Helsepersonelloven §10-a og b														
3.3.2	1	I akutte situasjoner og kriser bidrar enheten med psykososial støtte og informasjon til pårørende.		FOR-2000-12-01-1217 §6, Nasjonale pasientforløp PBU kap. 5														
3.3.3	2	Enheten har en rutine for å informere om støttetiltak for pårørende.		Pårørendeveileder kap. 2.2, 6.1 og 6.2, LOV-1999-07-02-64 §10, LOV-1999-07-02-63 kapittel 3, Nasjonale pasientforløp PBU														
3.3.4	1	Pårørende inkluderes ved innleggelse og videre opphold (med mindre det finnes lovlige journalførte grunner til at dette ikke skal gjøres).		LOV-1999-07-02-63 § 3-1, §3-3, § 3-4, § 6-2, Barnekonvensjonen art.5, Pårørendeveileder, Nasjonale pasientforløp PBU														
3.3.5	1	Når foresatte er separert/ skilt bistår enheten til at den med daglig omsorg overholder sin plikt til å holde den andre med ansvar orientert om behandlingen til pasienten.	Om ungdommen er under Barnevernets omsorg, inkludert som fosterbarn, skal enheten bistå barnevern ved behov å sikre at eventuelt andre med foreldreansvar for den orientering om behandling de har krav på.	LOV-1999-07-02-63 §3-4, Barnekonvensjonen art.5														
3.4		<b>Utskriving</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhets kommentarer</b>	<b>Besøkteamets kommentarer</b>											
3.4.1	1	Behandlingsansvarlig ved poliklinikken er som hovedregel tilgjengelig (evt. på video/telefonmøte eller lignende) under oppsummerende behandlingsmøter og avslutningsmøtet der planlegging av videre tiltak /behandling er tema. Dersom pasientansvarlig ikke kan være tilstede, blir poliklinikken informert.	Det øker sjansen for vellykket tilbakeføring om pasienten har klokkeslett for sitt første poliklinisk time etter utskrivning før de drar fra enheten, og pasientansvarlig og enheten er forent om prioriterte behandlingsfokus fremover. Ved rask utskrivning etter øyeblikkelig hjelp innleggelse kan telefonisk kontakt vise seg eneste mulighet fremfor den mer ideelle tilstedeværelse på møtet.	Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3														
3.4.2	1	Ved overføring til annen enhet inviteres mottakende tjeneste til felles samarbeidsmøter.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3														



3.4.3	1	Ved avslutning av behandling samtales det om brukertilfredshet med pasient og pårørende.	Standardisert validert skjema for BUP døgn finnes ikke enda.	Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3														
3.4.4	1	Pasienten og pårørende får informasjon før utskrivelse om diagnoser på de akser som er relevante for videre tiltak.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2														
3.4.5	1	Epikrisen er sendt ut til fastlege og henviser innen syv dager / lovpålagte frister med mindre pasienten motsetter seg det.	En epikrise er en kort skriftlig og sammenfattende framstilling av gjennomført undersøkelse eller behandling av en pasient, basert på tilgjengelige journalopplysninger	H5Ø RHF 2015, Nasjonale pasientforløp PBU, LOV-1999-07-02-64 §45a														
3.4.6	1	Epikrisen inkluderer vurdering av suicidrisiko på utskrivingsdagen.	En epikrise er en kort skriftlig og sammenfattende framstilling av gjennomført undersøkelse eller behandling av en pasient, basert på tilgjengelige journalopplysninger	IS-1511, LOV-1999-07-02-64 §45 a														
3.4.7	1	Ved utskrivning får pasienter og pårørende med seg skriftlig informasjon som også sendes poliklinikk og fastlege. Den inkluderer bl.a. kontaktdetaljer til oppfølgende instans, tidspunkt for første møte ved poliklinikken og ev. medisiner.		IS-1511														
3.4.8	1	Epikrisen inneholder aktuell medisiner og indikasjon og fremtidig forventning om behov for medisiner.	En epikrise er en kort skriftlig og sammenfattende framstilling av gjennomført undersøkelse eller behandling av en pasient, basert på tilgjengelige journalopplysninger	LOV-1999-07-02-64 §45 a, Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3														

4															
Behandling og omsorg															
Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder behandling og omsorg siste året?															
Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder behandling og omsorg det siste året?															
Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder behandling og omsorg siste året?															
Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder behandling og omsorg fremover?															
4.1		Utredning	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder
4.1.1	1	Risiko for suicid, vold og rus vurderes med kartleggingsverktøy ved innleggelse og under oppfølging.		Selv mord; IS-1511, Vold/ seksuelle overgrep; LOV-1999-07-02-61 §2-1 f				Nivå 1	17	0	0	0	0	0	0
4.1.2	1	En somatisk legeundersøkelse er foretatt innen 4-72 timer etter innleggelse.	Vaktlaget skal kunne håndtere de nød-situasjoner som oppstår for eksempel overfor en bevisstløs pasient. Innen 4 t skal enheten ha tilgjengelig opplysning om sykdomshistorie, medisiner, ev. bivirkninger, og grunnleggende parametre som puls og blodtrykk. Dette blir mye lettere om enheten har adgang til journalen ved poliklinikken. En mer fullstendig undersøkelse skal tas innen 72 timer.					Nivå 2	4	0	0	0	0	0	0
4.2		Bredden av tiltak	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Nivå 3	1	0	0	0	0	0	0
4.2.1	1	Enheten har familie og nettverksfokuset praksis.	Avgjøres ut fra vanlige krav til forsvarlighet i den konkrete situasjonen" Inkluderer familierapi og/ eller tiltak med systemisk perspektiv (pasient inkluderes i familiearbeid)	Pårørendeveileder				Total	22	0	0	0	0	0	0
4.2.2	1	Blodprøver kan tas ved enheten.													
4.3		Strukturerte opplegg	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
4.3.1	2	Det er strukturert bruk av tid på kveldene og i helgene som tar utgangspunkt i pasientene som er innlagt til enhver tid. Miljøterapien evalueres regelmessig slik at pasientene opplever at deres feedback er betydningsfull.		LOV-1999-07-02-62 §4-2											
4.3.2	2	Pasientene har mulighet til daglig fysisk aktivitet avhengig av tilstand.		FOR-2000-12-01-1217 §12, LOV-1999-07-02-63 §6-3, LOV-1999-07-02-62 § 4-2, FOR-2011-12-16-1258 §3d og §3c											
4.3.3	2	Enhetens aktivitetstilbud (eks. trening i gymsal, hobbyaktiviteter, fellestur) utvikles gjennom brukermedvirkning		LOV-1999-07-02-62 § 4-2, Barnekonvensjonen art. 12, Grunnloven art. 104											
4.4		Utredningsplaner, behandlingsplaner og individuell plan (IP)*	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluering (skåre)	Enhetens kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
4.4.1	1	Det benyttes plan for basis (evt. utvidet utredning) i samarbeid med pasient/pårørende med seks ukers tidsaspekt jf. Nasjonale pasientforløp.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2											
4.4.2	1	Kopi av utredningsplaner gis pasient og/ eller pårørende og fastlegte så sant ikke pasient motsetter seg dette.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2											
4.4.3	1	Alle pasienter vurderes ift. behov om IP og vurderingen er journalført. Konklusjoner og oppdatering av status i IP inkluderes i epikrisen, inkludert ansvar for tiltak. Vurderingen skjer i samarbeid med pasienten og oppfølgende instans.	IP = Individuell Plan. En IP beskriver hvordan tjenestene skal samarbeide slik at man får en helhetlig oppfølging. Kommunen står for koordineringen av planen, mens enheten må vurdere om det er behov.	LOV-1999-07-02-64, kap. 7 §38a, LOV-1999-07-02-61 §2-5, LOV-1999-07-02-63§2-5, Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3											
4.4.4	1	Det lages behandlingsplaner i samarbeid med pasienten og hvis mulig med pårørende. Hvis det ikke skjer i samarbeid med pasienter eller pårørende er grunnen journalført.		LOV-1999-07-02-62 §4-2, LOV-1999-07-02-63 § 3-1 til § 3-3, Barnekonvensjonen art. 12, Grunnloven art. 104, Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3											
4.4.5	1	Planer for mestring og håndtering av forverring/kriser lages i samarbeid med pasient (og pårørende/spaken om mulig). Den er tilgjengelig skriftlig og dokumentert i journal.	Her menes opplysning som kan komme til nytte i praktisk håndtering av situasjoner som kan oppstå når pasienten ikke er ved enheten, for eksempel tlf til legevakst, kontaktperson ved poliklinikken, o.l.	Pårørendeveilederen											
4.4.6	1	Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan).	IP = Individuell Plan	Nasjonale pasientforløp PBU											

4.4.7	1	Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2, Pårørendeveileder kap. 4															
4.5		<b>Skole ved opphold over tid (over fem døgn)</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhetens kommentarer</b>	<b>Besøkssteamets kommentarer</b>												
4.5.1	1	Pasientene får dekket sine krav til obligatorisk skole. Det reguleres i en tydelig samarbeidsavtale mellom Helseforetak og Fylkeskommunen om opplæring under opphold i spesialisthelsetjenesten.	Hvis opptaksområde er større enn en Fylkeskommune bærer avtalen gjelder hele opptaksområde	LOV-1999-07-02-63 § 6-4, Barnekonvensjonen art. 28, FOR-2000-12-01-1217 §14, LOV-1998-07-17-61 § 2-1, § 3-1 og § 5-1, Udir-6-2014															
4.5.2	1	Pasientene kan følge sin videregående opplæring. Det ordnes i samarbeid med elevens skole, for eksempel: spesifikke lærebøker, interaktivt utstyr og lignende.		LOV-1998-07-17-61 § 13-3a, Udir-6-2014															
4.5.3	1	Lærerne kartlegger hver pasients opplæringsbehov og lager en opplæringsplan i samarbeid med hjemskolen. Aktuelle momenter tas med i Individuell Plan der dette er opprettet.		LOV-1998-07-17-61, Udir-6-2014 kap.4															
4.5.4	3	Relevant informasjon fra enhetens skole dokumenteres i epikrisen.																	
4.5.5	1	Lærerne og enhetens helsepersonell hjelper pasientene med reintegrering i hjemmeskolen.		LOV-1998-07-17-61, Udir-6-2014															
4.5.6	2	Lærerne skal tilby møter med pårørende dersom undervisning varer i over fem dager og den skal fortsette videre en periode. Dette gjøres i samråd med eleven, hvis denne er over 15 år.																	
4.5.7	1	Lærerne deltar på teammøter.		Udir-6-2014 kap.4															
4.5.8	1	Pasienter kan gjennomføre eksamener på enheten.																	

Informasjon, samtykke og taushetsplikt															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt siste året?													
		Howdan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder informasjon, samtykke og taushetsplikt fremover?													
5.1		Offentlig tilgjengelig informasjon om enheten.	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder
5.1.1	3	Informasjon om enheten er lett tilgjengelig på internett for henvisere og samarbeidspartnere.	Inkl. retningslinjer for øyeblikkelig hjelp og akutte henvendelser. Inkludert inklusjons og eksklusjons kriterier for øyeblikkelig hjelp er spesifisert	Nasjonale pasientforløp PBU kap. 1				Nivå 1	16	0	0	0	0	0	0
5.1.2	1	På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorene for de ulike nasjonale pasientforløpene.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 1				Nivå 2	2	0	0	0	0	0	0
5.2		Informasjon til pasienter og pårørende; Pasienter og pårørende gis en tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om følgende temaer:	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer	Nivå 3	4	0	0	0	0	0	0
5.2.1	1	i) Rutiner og tilbud i avdelingen (hva tilbudet innebærer, hvordan pasientene deltar, struktur på dagene, husregler osv.).	Orienteringen om tilbudet bidrar til at de får en forståelse for hensikten med flerfaglighet, team sammensetning og behandlingsmøter	Pårørendeveileder, LOV-1999-07-02-63 kap. 3				Total	22	0	0	0	0	0	0
5.2.2	1	ii) hvordan pasientene kan få innsyn i egen journal, inkludert rutiner for å lese elektronisk journal.		Pårørendeveileder, LOV-1999-07-02-63 kap. 3											
5.2.3	1	iii) håndtering av taushetsplikt og opplysningsplikt til pårørende.		Pårørendeveileder, LOV-1999-07-02-63 kap. 3											
5.2.4	1	iv) når opplysning blir delt, internt og med andre instanser eller pårørende.		Pårørendeveileder, LOV-1999-07-02-63 kap. 3											
5.2.5	1	v) hvordan de kan kontakte brukerorganisasjoner eller andre aktuelle instanser, som barneombudet, pasientombudet og sivilombudsmannen.		Pårørendeveileder, Nasjonale pasientforløp PBU, LOV-1999-07-02-63 kap. 3											
5.2.6	1	vi) Enhets tilbud til pårørende under innleggelse (eks. tilbud om kontakt med psykolog, sosionom, annet støttepersonell).		Pårørendeveileder, Nasjonale pasientforløp PBU, LOV-1999-07-02-63 kap. 3											
5.2.7	1	vii) at det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion dekker reiseutgifter for pårørende ledsager i forbindelse med innleggelse og utskrivning, når de tilkalles institusjonen, og én gang i uken ved innleggelse utover 14 dager.		LOV-1999-07-02-63 §2-6, FOR-2000-12-01-1217 §10, FOR-2015-06-25-793 § 1											
5.2.8	2	Informasjonen som deles ut om temaene nevnt i standardene over, er utarbeidet med brukermedvirkning.													
5.3		Kontaktpersoner	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
5.3.1	1	Pasienter og pårørende blir orientert, muntlig og skriftlig, om hvem som er oppnevnt som behandlingsansvarlig, spesialist, og kontaktperson/ miljøterapeuter/ ansvarlig miljøterapeut i teamet.		Pårørendeveileder, LOV-1999-07-02-63 kap. 3											
5.3.2	2	Ansatte bruker navneskilt.	Det er ikke godt nok med bilde og navn på et kort hengende fra livet. Det skal være på øye høyder.												
5.3.3	3	Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte.													
5.3.4	3	Det finnes en lett tilgjengelig oversikt over hvem som er på jobb i miljøet	samtykkekompetanse handler om pasientens evne til å forstå hva han faktisk sier ja eller nei til. Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen, som har ansvar for å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse.												
5.4.		Samtykke og samtykkekompetanse	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøkteamets kommentarer								
5.4.1	1	Samtykke blir innhentet før opplysninger deles med andre enn henvisende instans, oppfølgende instans eller fastlegen.		LOV-1999-07-02-63 §4-1, § 4-2 og §4 3											

5.4.2	1	Pasienter og pårørende informeres muntlig og skriftlig om aktuell medisiner, ønsket effekt, mulige bivirkninger og forsiktighetsregler. Informasjon til søsken tilpasset alder dersom aktuelt. Samtykke blir innhentet og dokumentert.	Kan gjøres unntak for pasienter over helseerettslig alder. Det er ikke nok med innhenting av en generell samtykke. Det optimalt er at pasienter gis et valg mellom tilnærmingene med orientering om deres sterke og svake sider.	Nasjonale pasientforløp PBU kap.3, LOV-1999-07-02-63 kapittel 3 og 4														
5.4.3	1	Pasienter og pårørende informeres om aktuell behandling (utover medisiner), og hva som kan forventes. Informasjon til søsken tilpasses alder dersom aktuelt.	Kan gjøres unntak for pasienter over helseerettslig alder.	LOV-1999-07-02-63 §3-2 og §4-1, Nasjonale pasientforløp PBU kap.3														
5.4.4	1	Pasientenes samtykkekompetanse er vurdert og journalført i tilknytning til spørsmål som krever samtykke.	Samtykkekompetanse handler om pasientens evne til å forstå hva han faktisk sier ja eller nei til. Det er den som er ansvarlig for helsehjelpen, som har ansvar for å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse.	LOV-1999-07-02-63 §4-3, §4-4 §4-5														
5.4.5	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir deres synspunkter innhentet, notert og ivarettatt i tråd med lovverket.		LOV-1999-07-02-63 §4-3, §4-4 §4-5														
5.4.6	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir pårørende sine synspunkter innhentet, notert og ivarettatt i tråd med lovverket.		LOV-1999-07-02-63 §4-3, §4-4 §4-5														
5.4.7	1	Navnet på den/de som har foresatte ansvaret og hvem som har daglig omsorg er journalført.																
5.5.		Barnevernsansvarlig	Utfyllende beskrivelse/ kommentar															
5.5.1	3	Enhetene har kontakt med barnevernsansvarlig i eget foretak.																

Rettigheter og lovverk															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder rettigheter og lovverk siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder rettigheter og lovverk fremover?													
6.1		Innleggelse etter PHL Se ellers pkt 5.2 som omhandler informasjon gitt til pasienter og pårørende	Alle pas. legges inn etter PHL. Innleggelse etter PHL §3-2/3-3: her er det frist for vurdering innen 24t. Journal skal føres uten unødig opphold/snarest.	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder
6.1.1	1	Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene.		LOV-1999-07-02-62 kap.3				Nivå 1	12	0	0	0	0	0	0
6.2		Respekt for rettigheter og medvirkning	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Nivå 2	1	0	0	0	0	0	0
6.2.1	1	Det finnes skriftlige rutiner for hvordan retten og muligheten til medvirkning på enheten blir ivare tatt og praktisert.		LOV-1999-07-02-62 § 4-2				Nivå 3	0	0	0	0	0	0	
6.2.2	1	Pasienter og pårørende blir informert om sine rettigheter både muntlig og skriftlig.	Helsedirektoratet har fin brosjyre som kan printes ut. KvIP utarbeider filmsnutter som ferdigstilles 1. kvartal 2024 til dette formål.	LOV-1999-07-02-63 kap.3				Total	13	0	0	0	0	0	0
6.2.3	1	Pasienter og foresatte mottar tilpasset informasjon og involveres i planlegging av helsehjelpen. Dette dokumenteres i journal.		LOV-1999-07-02-63 kap.3, LOV-1999-07-02-64 §40											
6.2.4	1	Enheten har rask tilgang til tolketjeneste. Familienmedlemmer (eks. foresatt/ søsken) eller personalet brukes ikke utenom nødsituasjoner.		LOV-1999-07-02-63 §3-1, §3-2 og §3-5, Veileder IS-1924 kap 5, Barnekonvensjonen art. 36											
6.3		Klagerett	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
6.3.1	1	Informasjon om klageretten til enhetsleder, vedtaksansvarlig, kontrollkommissjonen, statsforvalteren, sivilombudet og pasientombudet formidles skriftlig og muntlig til pasienter og pårørende.	Hvis alle informeres skåres 2.	Pårørendevulleder, LOV-1999-07-02-63 kap. 3, §7-2, §7-4 og §8-3, LOV-1999-07-02-64 §10, LOV-1999-07-02-62 §6-1											
6.3.2	1	I informasjonen som utgis kommer det tydelig frem at enheten ønsker å legge til rette for klager fra pasienter og pårørende.													
6.4		Bruk av fysisk tvang/holdig	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
6.4.1	1	Før det treffes vedtak om bruk av tvangsmidler, gis pasienter anledning til å uttale seg, om mulig. Tidligere erfaringer med tvangsbruk kartlegges tidlig i forløpet, og ligger særlig til grunn for vedtaket.		LOV-1999-07-02-62 § 4-2											
6.4.2	1	I etterkant av bruk av tvangsmidler evalueres episoden sammen med pasienten.	Eks: med Experienced Coercion Scale (ECS)	LOV-1999-07-02-62 § 4-2											
6.4.3	1	Ved risiko for gjentatt bruk av tvangsmidler (der pårørende skal ha informasjon), avtales det hvordan informasjonen skal gis.		LOV-1999-07-02-63 §3-3											
6.4.4	1	Enheten har retningslinje for protokollføring av tvangsvedtak.		FOR-2011-12-16-1258 §30											
6.5		Samarbeid med barnevern og kommune	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluerings (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
6.5.1	1	Enheten har retningslinjer (inkludert bekymringsmelding ved behov), for hvordan praktisere opplysningsplikten vedrørende pasient og eventuelle søsken til barnevernstjenesten. Ansatte har kjennskap til denne.		LOV-1999-07-02-64 §33											

6.5.2	2	Hvis utskrivelse forsinkes grunnet manglende omsorgstilbud fra barnevern eller kommunen, finnes det retningslinjer for hvordan dette skal håndteres.													
-------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7 Klinisk virksomhetsstyring															
		Hvilke mål har dere hatt for forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring siste året?													
		Hva har dere oppnådd av forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring det siste året?													
		Hva har vært hindringene for forbedring når det gjelder klinisk virksomhetsstyring siste året?													
		Hvordan vil dere videreutvikle enheten når det gjelder klinisk virksomhetsstyring fremover?													
7.1		Evaluerer av enheten/teamets arbeid	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer	Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder
7.1.1	1	Enheten har et velfungerende IT system for tilstandskoding, prosedyrekoding og Nasjonale pasientforløpskoding.	IT= Informasjons teknologi. Det finnes flere kodeverk. Se Direktorat for e-helse. Med prosedyrekoder menes koding av hvilke tjenester som er utført (NCMP)	Nasjonale pasientforløp PBU kap. 7				Nivå 1	38	0	0	0	0	0	0
7.1.2	1	Vurderinger fra pasienter og pårørende innhentes og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet		LOV-2001-06-15-93 §35, FOR-2016-10-28-1250 § 7e og §8d, Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3				Nivå 2	7	0	0	0	0	0	0
7.1.3	1	Virksomhetens medarbeidere medvirker i kvalitetsforbedring slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.	Eks: gjennom deltakelse i KvIP	FOR-2016-10-28-1250 §6-§9				Nivå 3	1	0	0	0	0	0	0
7.1.4	1	Enheten dokumenterer systematisk arbeid for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomhetens aktivitet.	Eks: systematisk arbeid med KvIP	LOV-1999-07-02-61§ 3-4 a, LOV-2017-12-15-107 §5, FOR-2016-10-28-1250 §6-§9				Total	46	0	0	0	0	0	0
7.2		Læring fra risikosituasjoner	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
7.2.1	1	Enheten gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen.	Alvorlige hendelser er ikke nødvendigvis et avvik.	FOR-2016-10-28-1250 §8											
7.2.2	1	Enheten gjennomgår avvismeldinger regelmessig.		FOR-2016-10-28-1250 §8											
7.2.3	1	Enheten gjennomgår vedtaksbruk, inkludert bruk av tvang, minst hver sjettede måned. Enheten gjennomgår vedtak/skademeldinger iht. Psykisk Helsevernloven én gang per år													
7.2.4	1	Enheten deler erfaring og kunnskap om håndtering av risikosituasjoner med aktuelle samarbeidspartnere.	F.eks at BUP akutt veileder barnevernet mer i utfordringer som BUP akutt har særlig erfaring med (eks. utagering, selvskadning og suicidal atferd)												
7.3		Samarbeid	Utfyllende beskrivelse/ kommentar	Relevante lover, normer, retningslinjer	Evaluering (skåre)	Enhets kommentarer	Besøksteamets kommentarer								
7.3.1	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Poliklinikken.		LOV-1999-07-02-61 §2-1e											
7.3.2	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med skoler og PPT.	PPT = Pedagogisk Psykologisk Tjeneste	LOV-1999-07-02-61 §2-1e											
7.3.3	1	Helseforetaket har utpekt en barnevernansvarlig og det finnes oppdaterte avtaler for samarbeid som gjelder enheten og barnevernet.		LOV-1999-07-02-61 §2-1e Barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge Nasjonale faglige råd, 2017											



7.3.4	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Legevakt og psykiatrisk legevakt.		LOV-1999-07-02-61 §2-1e														
7.3.5	1	Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Polit.		LOV-1999-07-02-61 §2-1e														
7.4		<b>Maler, prosedyrer og protokoller</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluering (skåre)</b>	<b>Enhetens kommentarer</b>	<b>Bespiksteamets kommentarer</b>											
7.4.1	1	Enheten har tilgang på mal for førstegangssamtale som ivaretar "bør - anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2														
7.4.2	1	Enheten har tilgang på en mal for basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2														
7.4.3	1	Enheten har tilgang på en mal for vurdering og beslutning om videre oppfølging etter basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2														
7.4.4	1	Enheten har tilgang på en mal for utvidet utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 2														
7.4.5	1	Enheten har tilgang på en mal for behandlingsplan som ivaretar "bør-anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3														
7.4.6	1	Enheten har tilgang på en mal for evalueringsmøter med pasient/pårørende som ivaretar "bør-anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 3														
7.4.7	1	Enheten har tilgang på en mal for epikrise som ivaretar "bør-anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.		Nasjonale pasientforløp PBU kap. 4														
7.4.8	1	Nye prosedyrer sirkuleres og er lett tilgjengelige.		FOR-2016-10-28-1250 §6c, § 7c og §9														
7.4.9	1	Det finnes skriftlig prosedyre for utskriving.	Den inkluderer når pasienten skriver seg selv ut	FOR-2016-10-28-1250 §7c														
7.4.10	1	Det finnes prosedyre for opplæring i kartlegging og vurdering av suicidrisiko.		IS-1511, LOV-1999-07-02-64 §4 LOV-1999-07-02-61 §3-10														
7.4.11	1	Det finnes prosedyre for kartlegging og vurdering av suicidrisiko	(Dette er en "bør" i lovverket)	IS-1511														
7.4.12	1	Det finnes prosedyre for håndtering av aggresjon og vold, og bruk av tvang.		FOR-2016-10-28-1250 §7c														
7.4.13	2	Det finnes skriftlige prosedyrer eller husregler for bruk av mobiltelefoner og internett.		FOR-2016-10-28-1250 §7c														
7.4.14	1	Det finnes retningslinjer for håndtering av rusmiddelbruk og ruset person.		FOR-2016-10-28-1250 §7c														
7.4.15	1	Enheten har prosedyre for tilsyn og observasjon av pasienter	(står "bør" i veileder)	IS-1511, FOR-2016-10-28-1250 §7c														
7.4.16	1	Enheten har prosedyre for gjennomgang og oppbevaring av private klær og eiendeler med formål om å sikre at pasienter ikke har med seg gjenstander som ikke skal oppbevares fritt i avdelingen.		LOV-1999-07-02-62 § 4-6 og § 4-7, IS-1511														
7.4.17	1	Prosedyre for ransaking og vedtak om gjennomgang av rom og eiendeler er tydelige.		FOR-2016-10-28-1250 §7c														
7.4.18	1	Enheten har rømningsprosedyre og rømningsprotokoll.		FOR-2016-10-28-1250 §7c														
7.4.19	1	Enheten har en prosedyre for skjerming.	Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter.	FOR-2016-10-28-1250 §7c														

7.4.20	1	Enheten har skriftlige prosedyrer for vurdering av utgangstatus, permisjon og overflytting mellom ulike enheter.	Utgangstatus omhandler f.eks. hvordan pasienten har det og fungerer når vedkommende forlater enheten	IS-1511, FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.21	1	Enheten har prosedyrer for å hindre at uvedkommende kommer inn i enheten. Det finnes rutiner for å håndtere brudd på disse, f.eks. når uvedkommende har kommet inn på enheten.		FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.22	1	Enheten har prosedyrer for håndtering av medisinske nødsituasjoner. Disse inkluderer når det skal ringes 113 og når vakthavende lege skal tilkalles.		LOV-1999-07-02-61 §3-1, FOR-2016-10-28-1250 §7c												
7.4.23	1	Enheten har en skriftlig prosedyre for kartlegging og ivaretagelse av søsken som pårørende.		LOV-1999-07-02-64, kap. 2 §10a, Pårørendevedleder kap. 5, Nasjonale pasientforløp PBU kap. 5												
7.4.24	1	Enheten har prosedyrer for hvordan forebygge seksuelle overgrep og vold.	Prosedyre bør inkludere bevissthet rundt overgrep mellom både pasient/ pasient og ansatt/ pasient	LOV-1999-07-02-61 §2-1 f												
7.5		<b>Enhetens plass i det totale barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet i foretaket</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhetens kommentarer</b>	<b>Besøkssteamets kommentarer</b>									
7.5.1	1	Målbeskrivelse for enheten er tydelig og er i samsvar med helseforetakets forventninger.	Denne standarden trenger dialog mellom nivå 1 i foretaket, men er satt som nivå 1 og ikke nivå 3, fordi enheten skal sikre at den er et tydelig dokument egnet for målstyring av enheten.													
7.5.2	2	Enheten deltar i det lokale foretakets helhetlige evaluering av psykisk helsevern for barn og unge, som akutenheten er endel av.														
7.6		<b>HMS</b>	<b>Utfyllende beskrivelse/ kommentar</b>	<b>Relevante lover, normer, retningslinjer</b>	<b>Evaluerings (skåre)</b>	<b>Enhetens kommentarer</b>	<b>Besøkssteamets kommentarer</b>									
7.6.1	2	Enheten gjennomfører rutinemessig HMS-kartlegging i vernerunde, som er i tråd med foretakets overordnede HMS-plan.	HMS omhandler Helse, Miljø og Sikkerhet	FOR-1996-12-06-1127												
7.6.2	2	Lederen får tydelige forventninger om resultatmål fra sin overordnet.														
7.6.3	1	Enheten har et avvikssystem og et system for implementering av forbedringsarbeid i HMS.	Avvik er generelt sett hendelser som faller utenfor det som regnes som normalen. Innenfor helse, miljø og sikkerhet (HMS) klassifiseres alle uønskede hendelser, som kan føre til eller har ført til skade, som HMS-avvik	LOV-1999-07-02-61 §2-2 og §3-4a, LOV-1999-07-02-64 §17, LOV-2017-12-15-107 §5, FOR-2016-10-28-1250 §6g, FOR-2016-10-28-1250 §8												
7.6.4	2	Enheten har årlig revisjon av HMS - handlingsplaner.	En HMS-handlingsplan er et utfyllende og detaljert dokument som inneholder en oversikt over alle HMS-tiltak man ønsker å utføre. Grunnlaget for handlingsplanen dannes gjerne gjennom kartlegging og risikovurdering, vernerunde, statistikk og erfaringer ved enheten.	FOR-1996-12-06-1127												
7.6.5	2	Enheten har utarbeidet et årshjul som viser årlige aktiviteter og oppgaver.	Årshjul er en enkel registrering og oversiktlig framstilling av hendelser og aktiviteter, over et år.	FOR-2016-10-28-1250 §6-9												
7.6.6	2	Enheten har en miljøprofil som vises blant annet i kildesortering av ikke-farlig avfall.														
7.6.7	3	Enheten har rutiner for å ivareta HMS-ansvaret overfor følgepersonell og sikrer at alt personell som utfører sitt arbeid i enheten har et forsvarlig arbeidsmiljø. (jf. AML §2.2)														
		<b>Revisjon av KviP standarder:</b>														
		Er det noen standarder dere mener bør omformuleres?														
		Er det noen standarder dere mener bør slettes?														
		Er det noen standarder dere synes KviP mangler?														
		Er dere kjent med endringer i lovverk, retningslinjer eller nasjonale anbefalinger som kan ha betydning for en eller flere standarder?														
														<b>Total oppnåelse</b>		

	Relevante lover, normer, retningslinjer	Opprinnelig	Sist endret (jmf ref. i standard)	Kommentar				Standard	Antall	Møtt	Delvis møtt	Ikke møtt	Vet ikke	Ikke aktuelt	% Møtt av aktuelle standarder	
	Barnekonvensjonen			<a href="https://www.unicef.no/vart-arbeid/internasjonalt/barnekonvensjonen?utm_source=google&amp;utm_medium=cpc&amp;utm_campaign=UNI_GOOGEN_COR_E&amp;gad_source=1&amp;clid=EA1a1QobChMlic_Igeqz2hAMV6KXBR3GAmwEAYAlAAEgEi_D_BwE">https://www.unicef.no/vart-arbeid/internasjonalt/barnekonvensjonen?utm_source=google&amp;utm_medium=cpc&amp;utm_campaign=UNI_GOOGEN_COR_E&amp;gad_source=1&amp;clid=EA1a1QobChMlic_Igeqz2hAMV6KXBR3GAmwEAYAlAAEgEi_D_BwE</a>				Nivå 1	168	0	0	0	0	0	0	0
	Forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften)	FOR-2011-12-06-1356	FOR-2024-04-10-616 (Oppdatert i skjema 03.07.24)					Nivå 2	47	0	0	0	0	0	0	
	Forskrift om tekniske krav til byggverk (Byggeteknisk forskrift (TEK 17))	FOR-2017-06-19-840	FOR-2023-06-22-1092 (Oppdatert i skjema 15.11.2023)					Nivå 3	12	0	0	0	0	0	0	
	Definisjonskatalog - Styringsparametre og nasjonale kvalitetsindikatorer medisin og helsefag (HSØ RHF 2015)	HSØ RHF 2015	HSØ RHF 2019					<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
	Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon	FOR-2000-12-01-1217	FOR-2021-09-20-2838													
	Forskrift om brannforebygging	FOR-2015-12-17-1710	FOR-2020-06-11-1176													
	Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)	FOR-2011-12-16-1258	FOR-2021-10-08-2958													
	Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr	FOR-2013-11-29-1373	FOR-2023-12-20-2165 (Oppdatert i skjema 03.07.2024)													
	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	FOR-2016-10-28-1250	FOR-2020-02-04-119													
	Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp	FOR-2008-04-03-320	FOR-2022-06-02-977													
	Forskrift om pasienters, ledsgeres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsejenester (pasientreiseforskriften)	FOR-2015-06-25-793	FOR-2023-12-19-2234 (Oppdatert i skjema 03.07.24)													
	Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)	FOR-2016-12-08-1482	FOR-2023-08-25-1372 (Oppdatert i skjema 03.07.2024)													
	Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)	FOR-1996-12-06-1127	FOR-2017-06-09-719													
	Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)	LOV-1999-07-02-62	LOV-2022-12-20-115													
	Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)	LOV-1998-07-17-61	LOV-2024-06-25-53 (Oppdatert i skjema 03.07.2024)													
	Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)	LOV-2001-06-15-93	LOV-2022-06-10-97													
	Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)	LOV-1999-07-02-64	LOV-2023-04-28-8 (Oppdatert i skjema 15.11.2023)													
	Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)	LOV-1999-07-02-63	LOV-2024-06-25-53 (Oppdatert i skjema 03.07.2024)													
	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)	LOV-1999-07-02-61	LOV-2024-06-25-53 (Oppdatert i skjema 03.07.2024)													
	Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)	LOV-2017-12-15-107 opphever LOV-1984-03-30-15	LOV-2023-04-28-9 (Oppdatert i skjema 15.11.2023)													
	Nasjonale faglige råd for Barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge			<a href="https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/barnevernansvarlig-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge">https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/barnevernansvarlig-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge</a>												
	Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern	IS-1511	2008	Ikke tilgjengelig på Lovdatas åpne sider, men ligger tilgjengelig på nett: <a href="https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20i%20E%28%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer.pdf/_/attachment/nline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3-f889797fc63d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20i%20E%28%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer.pdf">https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20i%20E%28%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer.pdf/_/attachment/nline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3-f889797fc63d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20i%20E%28%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer.pdf</a>												
	Psykiske lidelser – barn og unge (Nasjonale pasientforløp)	Nasjonale pasientforløp PBU <a href="https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge">https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge</a>	30.09.2022													
	Retten til opplæring i barnevern- og helseinstitusjon, og i hjemmet ved langvarig sykdom (Udir-6-2014)	Udir-6-2014	11.03.2021													
	Rundskriv Barn som pårørende	IS-5/2010	Erstattet av Pårørendeveileder kapittel 5													

		Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste	IS-11/2015	2020	Ligger tilgjengelig på nett: <a href="https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf/_/attachme nt/inline/3318e1cd-d0cb-4314-9990-f17b9d5a40ec:3ac134796a4fd80095714fb43a577d6d3f16331c/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf">https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf/_/attachme nt/inline/3318e1cd-d0cb-4314-9990-f17b9d5a40ec:3ac134796a4fd80095714fb43a577d6d3f16331c/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf</a>												
		St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD); 2012.	HOD, 2012														
		Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene	IS-1924	2011	Ligger tilgjengelig på nett: <a href="https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/go d%20kommunikasjon">https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/go d%20kommunikasjon</a>												
		Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (Pårørendeveileder)	Pårørendeveileder (Hdir) <a href="https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder">https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder</a>	13.03.2024 (Oppdatert i skjema 03.07.2024)													