

**Referat**

<b>Møte:</b>	<b>DDPS Brukerråd</b>		Benedikte-Marie Lio, Mental Helse Ungdom Wenche Steenstrup, Mental Helse Margrete Nysterud, avdelingssjef DDPS Stian Langli, seksjonsleder POLS 2 Pauline Johannesson, A-Larm Jonny Krogsund, LPP Ruth-Eline Iversen, LEVE Helene Hagen, Fungerende overlege POLS 3 Katinka og Niklas, studenter Synnøve Selmer, koordinator DDPS
<b>Møtedato:</b>	29.03.23		
<b>Tidspunkt:</b>	09.45-11.30		
<b>Sted:</b>	DDPS sentrum, Store møterom		
<b>Møteleder:</b>	Benedikte-Marie Lio		
<b>Referent:</b>	Synnøve Selmer	<b>Forfall:</b>	

**Saksliste:**

<b>Saksnr.</b>	
06 /23	<b>Velkommen ved leder</b>  Godkjenning av referat fra 8. februar- godkjent
07/23	<b>Oppdatering fra brukerrådsmedlemmene</b>  Mental helse har egen kursportefølje der Wenche er en av kurslederne – sørge for at alle har lik opplæring. Deltar også som brukerrepresentant i prosjekt til nasjonalt senter for aldring og helse.  ALARM – jobber med å få i gang mentorordning for brukere i Drammen.  LPP – Deltatt på styremøter og årsmøter. Seminar Asker og Bærum LPP.  LEVE – mest aktivitet nasjonalt. Ambassadørprogram – reiser rundt og holder foredrag.  Mental helse ungdom - deltar i sentralt brukerutvalg NAV – hvordan hjelpe dem som har det ekstra vanskelig innenfor NAV sine rammer
08/23	<b>Pasientsikkerhetsmålinger og prosedyrer</b>  Se vedlagt presentasjon

09/23

**Oppdatering fra ledelsen**

Stian informerer om felles henvisningsmottak. Alle henvisninger til psykisk helsevern skal via DPS for rettighetsvurdering. Avtalespesialistene inkluderes. Krevende oppgave da Drammen DPS allerede har ca. 1500 henvisninger og skal nå vurdere dem til avtalespesialistene også. Følger ikke med ekstra midler. Jobber med å bygge samarbeid med avtalespesialistene. Det er 17 avtalespesialister i Drammen DPS sitt opptaksområde. Drammen DPS skal fordele pasientene, men har ikke myndighet til å pålegge avtalespesialistene til å ta imot. Det foreligger ingen tall på hvor mange henvisninger som i dag går til avtalespesialistene.

Møtedatoer i 2023: 29.3, 24.5, 13.9, 25.10, 6.12

Brukerrådsmøte 29.03.2023

# Pasientsikkerhetsmålinger og aktuelle prosedyrer

Synnøve Selmer, kvalitetsrådgiver DDPS



# Pasientsikkerhetsmålinger i Drammen DPS

- Drammen DPS skal til enhver tid sikre god kvalitet i pasientbehandlingen og etterse at vi gjennomfører de kravene vi er pålagt
- Drammen DPS har ansvar for å følge opp de beslutningene som er tatt av klinikk for Psykisk helse- og rus, for oppfølging av tidligere «[Pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender](#)» (2014-2018), nå [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#) (2019-2023)
  - **Visjon:** En trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt
  - **Mål:** Færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
  - **Formål:** Handlingsplanen skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet, og legge til rette for at krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves
- Innsatsområdene som angår avdelingen følges opp gjennom etablerte rutiner for dokumentasjon og følges opp gjennom det avdelingen omtaler som «Sjekkliste for pasientsikkerhet»

# Prosedyrer og forskrifter

- [DDPS Pasientsikkerhetsmålinger og kontinuerlig forbedring](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

# Sjekkliste for pasientsikkerhet

# Journalgjennomgang

- 21 journaler per måling (nasjonal anbefaling)
- 42 journaler årlig fordelt på 2 målepunkter (mars og oktober)
- Avsluttede pasienter i en gitt periode

## Registreringsskjema Drammen DPS - poliklinikk: Sjekkliste for pasientsikkerhet

For hvert av punktene gis 10 poeng dersom det er krysset av for «ja» eller «ikke aktuelt», og 0 poeng dersom det er krysset av for «nei». Makssum: 200 poeng

	J	N	I	Kommentar
1. Selvmordsrisikofaktorer er kartlagt i henhold til klinikkens prosedyre i førstesamtalen				
2. Selvmordsrisikovurdering av lege/psykolog – på indikasjon fra kartlegging - er foretatt i første samtale				
3. Ved selvmordsrisiko: Er mestringsplan utarbeidet?				
4. Selvmordsrisikovurdering av lege/psykolog på indikasjon er foretatt ved avslutning				
5. Selvmordsrisikovurdering av lege/psykolog på indikasjon er foretatt ved overganger				
6. Russtatus er kartlagt i henhold til klinikkens prosedyrer i mottakssamtalen				
7. Overdoserisikovurdering – på indikasjon fra kartlegging – er foretatt i mottakssamtalen				
8. Ved overdoserisiko: er avdelingens prosedyre fulgt <u>ift</u> vurdering av tiltak				
9. Er overdoserisiko og behov for tiltak vurdert ved avslutning				
10. Er helsekrav vurdert <u>ift</u> førerkort ved mottak				
11. Er helsekrav vurdert <u>ift</u> førerkort ved avslutning				
12. Er voldsrisiko kartlagt ved mottak				
13. Er voldsrisiko kartlagt ved overganger				
14. Er voldsrisiko kartlagt ved avslutning				
15. Pårørende er registrert i Pasientopplysninger (F5)				
16. Barn som pårørende - vurdering er utført i henhold til kartleggingsskjema				
17. Behandlingsplan er utarbeidet				
18. Somatisk helse og levevaner er kartlagt i behandlingsplan				
19. Brukermedvirkning - fremkommer det i behandlingsplan pasientens syn på hva som er viktig?				
20. Sikre gode interne overganger mellom behandlere og mellom seksjoner i DDPS – har ansvarlig behandler ved utskrivende seksjon dokumentert overgangen i henhold til aktuelle prosedyrer?				
<b>SUM</b>				

Andre innspill/kommentarer til forbedrings- og bevaringsområder i egen seksjon:

Scoring nr:

Dato inn

Dato ut

NPR-id

Seksjon:

Signatur:

Revidert: 18.05.22



# Definisjonsark

## Pasientsikkerhetstiltak, poliklinikk Drammen DPS – definisjoner

1.	<p><b>Selvmondsrisikofaktorer er kartlagt i henhold til klinikkens prosedyre i førstesamtalen – se mottaksnotat</b></p> <p>Alle pasienter skal spores om dette ved inntak: Risikofaktorer kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanker om selvmord</li> <li>- Planer om selvmord</li> <li>- Psykisk lidelse, eksempelvis depressiv lidelse, psykoselidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse Rusmiddelavhengighet/rusmiddelbruk</li> <li>- Tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad)</li> <li>- Brudd i relasjon (inkludert avslutning av behandling)</li> <li>- Selvmord i familien</li> <li>- Tap av selvaktelse/æreskrenkelse</li> <li>- Manglende nettverk</li> </ul> <p>Prosedyre: <a href="#">PHR Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko</a></p>
2.	<p><b>Selvmondsrisikovurdering av lege/psykolog på indikasjon fra kartlegging, er foretatt i første samtale – se mottaksnotat</b></p> <p>Det er ikke krav til lege og psykolog skal være spesialist, men det må være mulighet for å kunne konsultere med spesialist i særlig krevende saker. Høyskoleutdannet personell kan gjøre kartlegging av selvmordsrisiko på selvstendig grunnlag, men en fullstendig selvmordsrisikovurdering må gjøres sammen med lege/psykolog</p> <p>Prosedyre: <a href="#">PHR Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko</a></p>
3.	<p><b>Ved selvmordsrisiko: Er mestringsplan utarbeidet? – se mestringsplan</b></p> <p>Regnet som gjennomført dersom det foreligger et eget dokument kalt mestringsplan/kriseplan i journal, eller det var dokumentert i journal at mestringsplan/kriseplan ble utarbeidet i samarbeid med pasienten, og beskrevet hvilke tiltak som var planlagt. Dersom mestringsplan ikke er aktuelt må dette dokumenteres.</p> <p>Prosedyre: <a href="#">PHR Mestringsplan</a></p>
4.	<p><b>Selvmondsrisikovurdering av lege/psykolog på indikasjon er foretatt ved avslutning – se epikrise</b></p> <p>Det skal i epikrisen være et punkt som beskriver kartlegging av selvmordsfare ved avslutning. Hvis positivt svar på et eller flere av punktene under skal selvmordsrisikovurdering være foretatt av lege/psykolog:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanker om selvmord</li> <li>- Planer om selvmord</li> <li>- Tidligere forsøk på selvmord</li> </ul> <p>Prosedyre: <a href="#">PHR Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko</a></p>
5.	<p><b>Selvmondsrisikovurdering av lege/psykolog på indikasjon er foretatt ved overgang – se epikrise, overføringsnotat eller en sekundærhenvisning</b></p> <p>Ved overgang – <a href="#">MERK her som siste aktuelle overgang</a> (utskrivelse, permisjoner, utgang, endret behandlingsopplegg, bytte av behandler, overgang til ny avdeling/seksjon) eller endring i pasientens tilstand/levissituasjon skal en være ekstra oppmerksom og vurdering av selvmordsrisiko gjentas ved behov.</p> <p>Hvis positivt svar på et eller flere av punktene under skal selvmordsrisikovurdering være foretatt av lege/psykolog:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanker om selvmord</li> <li>- Planer om selvmord</li> <li>- Tidligere forsøk på selvmord</li> </ul> <p>Prosedyre: <a href="#">PHR Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko</a></p>
6.	<p><b>Russtatus er kartlagt i henhold til klinikkens prosedyrer i mottakssamtalen – se mottaksnotat</b></p> <p>Kartlegging av bruk av rusmidler skal foretas i mottakssamtale. Herunder kartlegging av bruk av alkohol, Benzodiazepiner (legalt/illegalt), opiater (legalt/illegalt), samt kombinasjonen av disse og alkohol. Bruk av illegale rusmidler, og steroider.</p> <p>POLS 3: gaming og gambling kartlegges (kartlegging av avhengighet).</p>
7.	<p><b>Overdoserisikovurdering – på indikasjon fra kartlegging – er foretatt i mottakssamtalen – se mottaksnotat</b></p> <p>Vurdering av overdoserisiko skal foreligge på bakgrunn av kartlegging.</p> <p>Bruker pasienten rusmidler som kan gi overdosefare? (Diploider, GHB, blanding av flere medikamenter og alkohol)</p> <p>Hvis ja: Hvordan administrerer pasienten rusmiddelet, bruker pasienten flere rusmidler samtidig, inntar alene, hatt lengere perioder uten bruk (eks nettopp utskrevet fra institusjon), tidligere overdoser, ukritisk bruk</p> <p>Prosedyre: <a href="#">DDPS Overdoserisikovurdering</a></p>
8.	<p><b>Ved overdoserisiko: er avdelingens prosedyre fulgt ift vurdering av tiltak</b></p> <p>Ved overdoserisiko skal tiltak beskrives.</p> <p>Er overdosekortet gitt?</p> <p>Referanse: <a href="https://www.helseidrettsforbundet.no/fasling-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid">https://www.helseidrettsforbundet.no/fasling-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid</a></p>
9.	<p><b>Er overdoserisiko og behov for tiltak vurdert ved avslutning – se epikrise</b></p>
10.	<p><b>Er helsekrav vurdert ift førerkort – se mottaksnotat</b></p>

	<p>Dersom ja, er det vurdert om pasienten oppfyller helsekravene? Er aktuelle tiltak iverksatt på indikasjon?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ilagt muntlig kjøreforbud?</li> <li>2) Ilagt skriftlig kjøreforbud?</li> <li>3) Melding sendt til fylkesmannen?</li> </ol> <p>Prosedyre: <a href="#">VV Helsekrav til førerkort</a></p>
11.	<p><b>Er helsekrav vurdert ift førerkort – se epikrise</b></p> <p>Dersom ja, er det vurdert om pasienten oppfyller helsekravene? Er aktuelle tiltak iverksatt på indikasjon?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ilagt muntlig kjøreforbud?</li> <li>2) Ilagt skriftlig kjøreforbud?</li> <li>3) Melding sendt til fylkesmannen?</li> </ol> <p>Prosedyre: <a href="#">VV Helsekrav til førerkort</a></p>
12.	<p><b>Er voldsrisiko vurdert – se mottaksnotat</b></p> <p>Voldsrisiko skal kartlegges ved oppstart av behandling, overgang og avslutning. Den første kartleggingen baserer seg på henvisen, pasientens journal, komparentopplysninger og samtale med pasienten. Dersom det beskrives tidligere voldelig atferd, utagerende atferd eller verbale trusler om vold, er det indikasjon for å gjøre ytterligere kartlegging av voldsrisiko.</p> <p>Prosedyre: <a href="#">DDPS Voldsrisiko - kartlegging og vurdering</a> <a href="#">PHR Vurdering/oppfølging av voldsrisiko ved utskrivning/overføring</a></p>
13.	<p><b>Er voldsrisiko vurdert – se overføringsnotat</b></p> <p>Voldsrisiko skal kartlegges ved oppstart av behandling, overgang og avslutning. Den første kartleggingen baserer seg på henvisen, pasientens journal, komparentopplysninger og samtale med pasienten. Dersom det beskrives tidligere voldelig atferd, utagerende atferd eller verbale trusler om vold, er det indikasjon for å gjøre ytterligere kartlegging av voldsrisiko.</p> <p>Prosedyre: <a href="#">DDPS Voldsrisiko - kartlegging og vurdering</a> <a href="#">PHR Vurdering/oppfølging av voldsrisiko ved utskrivning/overføring</a></p>
14.	<p><b>Er voldsrisiko vurdert – se epikrise</b></p> <p>Voldsrisiko skal kartlegges ved oppstart av behandling, overgang og avslutning. Den første kartleggingen baserer seg på henvisen, pasientens journal, komparentopplysninger og samtale med pasienten. Dersom det beskrives tidligere voldelig atferd, utagerende atferd eller verbale trusler om vold, er det indikasjon for å gjøre ytterligere kartlegging av voldsrisiko.</p> <p>Prosedyre: <a href="#">DDPS Voldsrisiko - kartlegging og vurdering</a> <a href="#">PHR Vurdering/oppfølging av voldsrisiko ved utskrivning/overføring</a></p>
15.	<p><b>Pårørende er registrert i Pasientopplysninger (FS)</b></p> <p>Opplysningene kan også være beskrevet i mottaksnotat.</p> <p>Punktet regnes som gjennomført dersom dette beskrives eller kommenteres som ikke aktuelt.</p>
16.	<p><b>Barn som pårørende og mindreårige søsken – vurdering er utført i henhold til kartleggingskjema</b></p> <p>Punktet regnes som gjennomført dersom dette beskrives eller kommenteres som ikke aktuelt. Punktet kan også godkjennes dersom barnansvarlig alltid vurderes om bør være involvert.</p> <p>Har barnansvarlig deltatt i drøfting av vurdering/tiltak? Fremgangsmåten beskrives i prosedyrene i følgende rekkefølge:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Barn som pårørende - Kartlegging</li> <li>2. Barn som pårørende - Interne tiltak</li> <li>3. Barn som pårørende - Samhandling</li> <li>4. Barn som pårørende - Betyringsmelding</li> </ol> <p>Prosedyre: <a href="#">VV Barn som pårørende</a></p>
17.	<p><b>Behandlingsplan er utarbeidet – se behandlingsplan</b></p> <p>Riktig dokumenttype benyttet?</p> <p>Riktig frase benyttet (Iht seksjonens frase)?</p> <p>Prosedyre:</p> <p>POLS 1 og 2: <a href="#">PHR Behandlingsplan voksne</a></p> <p>POLS 3:</p>
18.	<p><b>Somatisk helse og levevaner er kartlagt i behandlingsplan – se behandlingsplan</b></p> <p>Ved poliklinisk behandling er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten ansvarlig for at det er tydelig avklart hvem som følger opp pasienten somatisk, enten det er fastlegen eller lege i spesialisthelsetjenesten. Det bør i samråd med pasienten gjøres en konkret vurdering ut fra pasientens tilstand og behov hvem som bør følge opp pasienten.</p>

	<p>Ved poliklinisk oppfølging har spesialisthelsetjenesten ansvar for å kartlegge levevaner som kan påvirke den somatiske helsen. Det må vurderes i samråd med pasient og eventuelt pårørende om det er behov for tiltak.</p> <p>Prosedyre: <a href="#">PHR Behandlingsplan voksne</a></p> <p>Referanse: <a href="https://www.helseidrettsforbundet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levetvaner-ved-psykiiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/varettakelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levetvaner-pakkeforlop-for-psykiisk-helse-og-rus">https://www.helseidrettsforbundet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levetvaner-ved-psykiiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/varettakelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levetvaner-pakkeforlop-for-psykiisk-helse-og-rus</a></p>
19.	<p><b>Brukermedvirkning - Fremkommer det i pasientens behandlingsplan eller innkommensamtale/mottak hva som er viktig for pasienten? – se behandlingsplan</b></p> <p>Punktet godkjennes dersom det er beskrevet mål for behandling og at det fremkommer at pasienten har vært involvert i utarbeidelse av behandlingsplan.</p> <p>Prosedyre: <a href="#">PHR Behandlingsplan voksne</a></p>
20.	<p><b>Sikre gode interne overganger mellom behandlere innad i seksjonen eller på tvers av seksjoner i DDPS – har ansvarlig behandler ved utskrivende seksjon dokumentert overgangen i henhold til prosedyre? – se overføringsnotat, sekundærhenvisning eller epikrise</b></p> <p>Ved flere overføringer er det aktuelt å se på siste overgang.</p> <p>Prosedyre: <a href="#">DDPS POLS Registrering av oppsummeringsnotat når pasient skal overføres til ny behandler i seksjonen</a> (obs, husk å redigere linken når du prosedyre er godkjent) <a href="#">DDPS - Pasientoverføringer mellom seksjoner</a> <a href="#">PHR Time i hånden</a></p>

## Registreringsskjema for innsatsområdet: Forebygging av selvmord, overdose, Trygg utskrivelse og LMS.

Sett tydelige kryss i passende rubrikk. For hvert av punktene gis det 10 poeng dersom det er krysset av for "ja" eller "ikke aktuelt", og 0 poeng dersom "nei". Avslutt med å summere opp poengsum i boksen nederst til høyre

Tiltak				Dato / sign	Poeng
1. Er spesialistvurdering foretatt innen ett døgn? (Strukturert diagnostisk prosess, f.eks MINI og bruk av maler for inntakstnotat, evt andre aksepterte verktøy)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
2. Er beskyttelsestiltak iverksatt? (Dialog omkring medbrakte medisiner/eiendeler, tilsynsstatus og utgang)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
3. Er selvmordsrisikovurdering foretatt ved følgende tidspunkt? (Doc-id 39365)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
A. Ved inntakst					
B. Før utskrivelse / overføring	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
4. Er PHR Utrednings-/ Behandlingsplan voksne etablert i løpet 3 dager/før permisjon(Doc-id 93937)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
5. Er legemiddelsamstemming gjennomført: (Doc-id 101214)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
A. Ved inntakst					
B. Ved utskrivelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
6. Er følgende to tiltak på plass før permisjon innvilges? (Doc-id 87139)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
A. Selvmordsrisikovurdering ifm permisjon					
B. Pårørende involvert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
7. Er pasienten informert om overdosefare slik det er beskrevet i informasjonsveilederen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
8. Er følgende fem tiltak på plass før utskrivelse?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
A. Utarbeidet mestringsplan (Doc-id 59333)?					
B. Pasienten har mottatt avtale om oppfølging ("time i hånda" Doc-id 89742) og jf. prosedyre DDPS - Pasientoverføringer mellom seksjoner Doc-id 102286	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
C. Pårørende involvert i utskrivelsesprosessen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
D. Pasienten har mottatt overdosekort	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
E. Gjennomført utskrivningssamtale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
				Samlet poengsum	

Utskrevet dato: \_\_\_\_\_

Signatur personell: \_\_\_\_\_

# Definisjonsark

## **DPS. Definisjon Tiltakspakke forebygging av selvmord/trygg utskrivning og legemiddelsamstemming.**

Hvert punkt fra tiltakspakken ble gjennomgått, samt hva hvert enkelt tiltak innebærer.

### **Punkt 1 «Spesialistvurdering foretatt innen ett døgn?»**

Spesialist ble her definert som overlege i psykiatri, konstituert overlege i psykiatri og psykologspesialist. Tiltaket ble regnet som gjennomført dersom spesialisten hadde opprettet et eget journalnotat med vurdering innen ett døgn, eller det kom klart fram i annen behandler journalnotat at en navngitt spesialist hadde vært med i vurderingssamtale med pasienten innen ett døgn etter innleggelse.

### **Punkt 2 «Beskyttelsestiltak iverksatt?»**

Tiltaket ble regnet som gjennomført dersom følgende beskyttelsestiltak ble vurdert, dokumentert og iverksatt ved behov.

Beskyttelsestiltak:

- Tilsynsstatus
- Observasjon + sikring av rom og omgivelser

### **Punkt 3a «Selvmordsrisikovurdering foretatt ved innkommst?»**

Regnet som gjennomført dersom det i innkommstnotat foreligger dokumentert risikofaktorer for selvmord, i henhold til avdelingenes prosedyrer.

### **Punkt 3b «Selvmordsrisikovurdering foretatt før utskrivelse/overføring?»**

Registreringen basert på utskrivelsesnotat og/eller epikrise, dersom denne var datert skrevet samme dag som utskrivelsen. Regnet som gjennomført dersom gjort etter samme metode som punktet over. Vurderinger av typen "Pasienten er ikke suicidal", der det ikke fremkom ytterligere begrunnelse eller gjennomgang av risikofaktorer, ble registrert som ikke gjennomført tiltak.

### **Punkt 4 «Er PHR Utrednings-/ Behandlingsplan voksne etablert?»**

Regnet som gjennomført når det er dokumentert at PHR Utrednings-/ Behandlingsplan voksne er opprettet i løpet av 3 dager/før permisjon.

### **Punkt 5a «Er legemiddelsamstemming gjennomført ved innkommst?»**

Regnes som gjennomført når det er dokumentert at legemiddelsamstemming (LMS) er gjort i forbindelse med innleggelse. (Se lommekort ID 101214).

### **Punkt 5b «Er legemiddelsamstemming gjennomført ved utskrivelse?»**

Regnes som gjennomført når det er dokumentert at legemiddelsamstemming (LMS) er gjort i forbindelse med utskrivelse. (Se lommekort ID-101214)

### **Punkt 6a «Selvmordsrisikovurdering i forbindelse med permisjon?»**

Regnet som gjennomført dersom samme metode som beskrevet over var benyttet. Ved innleggelse uten permisjon, ble punktet scoret som "ikke aktuelt".

### **Punkt 6b «Pårørende involvert før permisjon innvilges?»**

Scoret som gjennomført dersom dokumentert at pårørende var involvert i samtale før permisjonen. Scoret som "ikke aktuelt" dersom innleggelsen ikke inneholdt permisjoner, eller det var dokumentert i journal at pasienten motsatte seg at pårørende ble involvert.

### **7. Er pasienten informert om overdosefare slik det er beskrevet i informasjonsveilederen? (Russtatus er kartlagt og behov for tiltak vurdert).**

### **Punkt 8a «Er følgende tiltak gjennomført før utskrivelse? Mestringsplan for pasienten utarbeidet»**

Regnet som gjennomført dersom det forelå et eget dokument kalt Mestringsplan i journal, eller det var dokumentert bruk av andre hjelpemidler i arbeid med pasientens mestringsstrategier

### **Punkt 8b «Er følgende tiltak gjennomført før utskrivelse? Pasient har mottatt tilbud om oppfølging ("time i hånda")»**

Regnet som gjennomført dersom dokumentert i journal at man hadde ordnet en rask oppfølging for pasienten, det vil si umiddelbart etter utskrivelse, dog ikke mer enn 1 uke etter utskrivelsen. Dette kunne være time ved psykiatrisk poliklinikk, ambulant/akuttpsykiatris team, hos privatpraktiserende psykiater/psykolog, fastlege, fengsel eller ruskonsulent. En time hos fast behandler som naturlig falt rett etter utskrivelse ble bare registrert som "time i hånda" dersom behandleren var spesifikt kontaktet om den aktuelle problemstillingen for pasienten, eller det var snakk om en fremskyndet time til fast behandler. Punktet ble scoret som "ikke aktuelt" i de tilfeller der pasienten ble overflyttet til annen døgnbehandling eller der det ikke var aktuelt med videre oppfølging.

### **Punkt 8c «Er følgende tiltak gjennomført før utskrivelse? Pårørende involvert i utskrivelsesprosessen?»**

Regnet som gjennomført dersom dokumentert at pårørende var involvert i samtale før utskrivelsen (samme dag eller få dager før utskrivelsen, dersom utskrivelsesdato fastsatt). Scoret som "ikke aktuelt" dersom det var dokumentert i journal at pasienten motsatte seg at pårørende ble involvert.

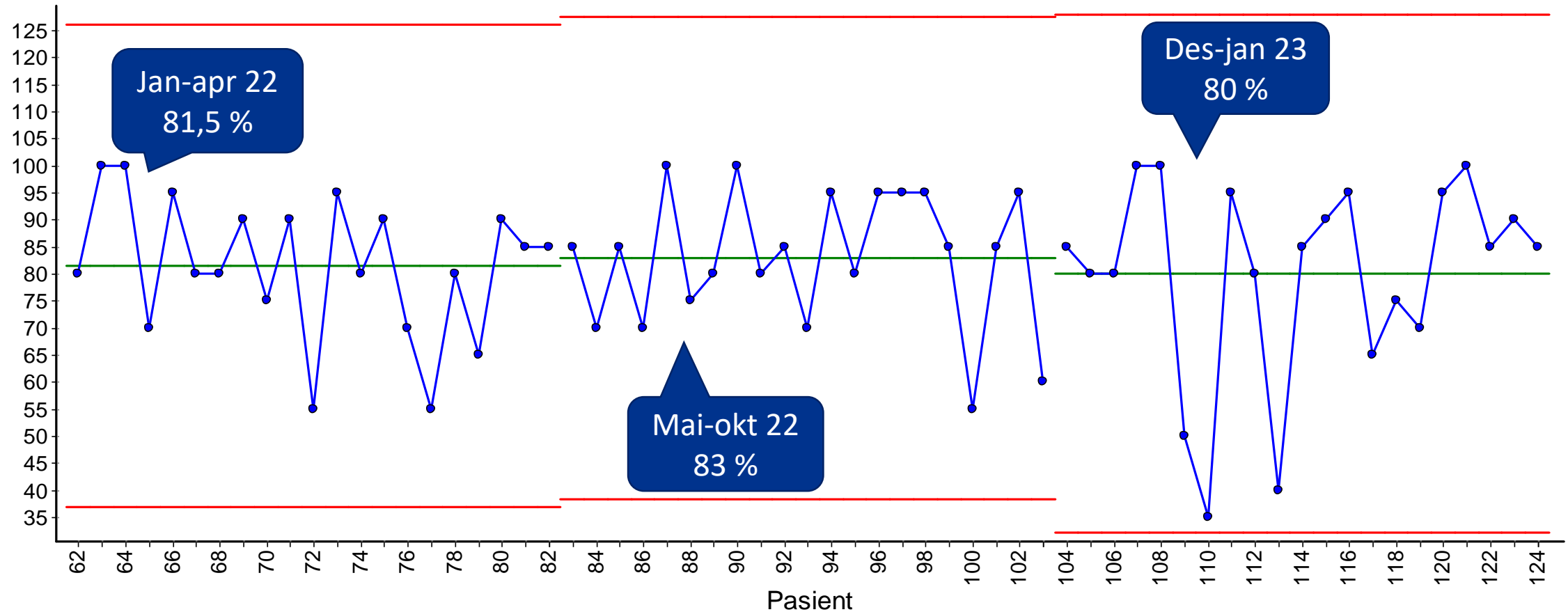
### **Punkt 8 e «Er følgende tiltak gjennomført før utskrivelse? Gjennomført utskrivningssamtale»**

Regnes som utført når det er dokumentert i epikrise at utskrivningssamtale er gjennomført

# Resultater

- Fremstilles gjennom SPC analyser og diagram i Excel
- Presenteres i lokalt kvalitetsutvalg (LKU) og avdelingens kvalitetsutvalg (AKU)

# Etterlevelse av sjekkliste for pasientsikkerhet

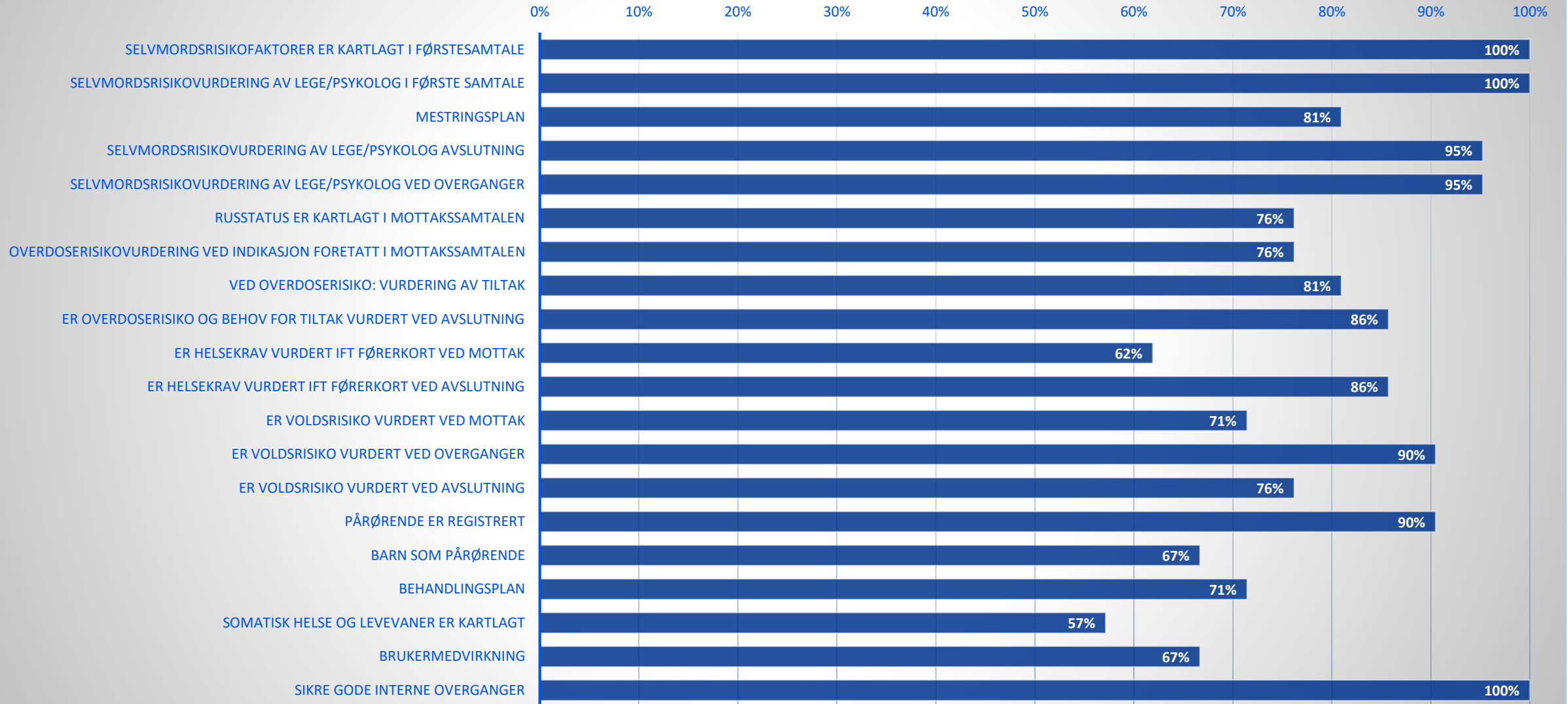


Mean: 81.43 LCL: 36.87 UCL: 125.98 | Mean: 82.86 LCL: 38.30 UCL: 127.41 | Mean: 80.00 LCL: 32.12 UCL: 127.88

EpiData Analysis Graph

	Prosent (x av 21)	Antall (x)
Selvmondsrisikofaktorer er kartlagt i førstesamtale	100 %	21
Selvmondsrisikovurdering av lege/psykolog i første samtale	100 %	21
Mestringsplan	81 %	17
Selvmondsrisikovurdering av lege/psykolog avslutning	95 %	20
Selvmondsrisikovurdering av lege/psykolog ved overganger	95 %	20
Russtatus er kartlagt i mottakssamtalen	76 %	16
Overdoserisikovurdering ved indikasjon foretatt i mottakssamtalen	76 %	16
Ved overdoserisiko: vurdering av tiltak	81 %	17
Er overdoserisiko og behov for tiltak vurdert ved avslutning	86 %	18
Er helsekrav vurdert ift førerkort ved mottak	62 %	13
Er helsekrav vurdert ift førerkort ved avslutning	86 %	18
Er voldsrisiko vurdert ved mottak	71 %	15
Er voldsrisiko vurdert ved overganger	90 %	19
Er voldsrisiko vurdert ved avslutning	76 %	16
Pårørende er registrert	90 %	19
Barn som pårørende	67 %	14
Behandlingsplan	71 %	15
Somatisk helse og levevaner er kartlagt	57 %	12
Brukermedvirkning	67 %	14
Sikre gode interne overganger	100 %	21

## Etterlevelse per tiltak i sjekkliste -



# Hvordan jobbe videre med funn

- Behov for justeringer?
  - Fraser
  - Prosedyrer/praksis
  - Sjekklisten
  - Definisjonsark
- Informasjon
- Revisjon



