



Forsideark for GOI

Dato: _____ Fidelitykonsulent(er): _____

Navn enhet/team: _____

Adresse: _____

Kontaktperson: _____ (Tittel: _____)

Telefon: _____

E-post: _____

Informasjonskilder:

- Journalgjennomgang
- Brosjyrer om enheten eller teamet
- Observasjon av teammøter
- Observasjon av veiledningsmøte
- Intervju med leder for enheten eller teamet
- Intervju med klinikere
- Intervju med pasienter
- Intervju med veiledere
- Intervju med personale fra rehabiliteringstjenester
- Intervju med _____
- Intervju med _____

Antall klinikere som jobber med IDDT: _____

Antall pasienter som får integrert behandling av ROP-lidelser (IDDT): _____

Antall pasienter som fikk integrert behandling av ROP-lidelser siste året: _____

Antall journaler som er gjennomgått: _____

Oppstartsdato for IDDT i enheten/teamet: _____

▼ Skårings skjema GOI

Team/enhet: _____ Dato fidelitybesøk: _____

Deltakere i intervju (navn og stilling): _____

Antall journaler gjennomgått: _____

Fidelitykonsulent 1: _____ Fidelitykonsulent 2: _____

		KONSULENT 1	KONSULENT 2	KONSENSUS
G1	Programfilosofi			
G2	Egnethet og identifisering av pasienter			
G3	Gjennomslag			
G4	Kartlegging			
G5	Personlig tilpasset behandlingsplan			
G6	Personlig tilpasset behandling			
G7	Opplæring			
G8	Veiledning			
G9	Prosessmonitorering			
G10	Resultatmonitorering			
G11	Kvalitetssikring			
G12	Deltakernes valg av tjenester			
	GJENNOMSNITTSSKÅRE:			

G4. KARTLEGGING

Full standardisert kartlegging av alle pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen. Kartleggingen omfatter historikk og behandling av somatiske/psykiske/ruslidelser, nåværende situasjon for alle lidelsene, jobbhistorikk, sosialt nettverk og en vurdering av biopsykososiale risikofaktorer.

1	2	3	4	5
Kartlegging mangler helt eller gjøres uten bruk av noen standardiserte metoder	Gjennomgående mangler i to av følgende: standardisering, kvalitet, aktualitet, bredde/omfang	Gjennomgående mangler i en av følgende: standardisering, kvalitet, aktualitet, bredde/omfang	61%–80% av pasientene får standardisert kartlegging av høy kvalitet minst én gang i året <i>eller</i> informasjonen er mangelfull for et eller to kartleggingsområder	>80% av pasientene får standardisert kartlegging av høy kvalitet minst en gang i året. Informasjonen er omfattende for alle kartleggingsområdene og oppdateres minst én gang i året.

G5. PERSONLIG TILPASSET BEHANDLINGSPLAN

Alle pasientene som får den kunnskapsbaserte praksisen har personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med den kunnskapsbaserte praksisen, den er i tråd med kartleggingen (G4) og oppdateres hver tredje måned.

1	2	3	4	5
≤20% av pasientene som får praksisen har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og som oppdateres hver tredje måned	21%–40% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og som oppdateres hver tredje måned	41%–60% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og oppdateres hver tredje måned <i>eller</i> den personlig tilpassede behandlingsplan oppdateres hver sjettemåned for alle pasientene	61%–80% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og oppdateres hver tredje måned	>80% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og oppdateres hver tredje måned

G6. PERSONLIG TILPASSET BEHANDLING

Alle pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen mottar personlig tilpasset behandling som samsvarer med målene for praksisen.

1	2	3	4	5
≤20% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen	21%–40% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen	41%–60% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen	61%–80% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer målene for praksisen	>80% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen

fortsetter på neste side

G7. OPPLÆRING

Alle nyansatte klinikere får standardisert opplæring i den kunnskapsbaserte praksisen (minst 2 dagers workshop eller tilsvarende), *innen to måneder etter ansettelsen*. Alle klinikere får årlig gjenoppfriskningskurs (minst 1 dags workshop eller tilsvarende).

1	2	3	4	5
≤20% av klinikerne mottar standardisert opplæring hvert år	21%–40% av klinikerne mottar standardisert opplæring hvert år	41%–60% av klinikerne mottar standardisert opplæring hvert år	61%–80% av klinikerne mottar standardisert opplæring hvert år	>80% av klinikerne mottar standardisert opplæring hvert år

G8. VEILEDNING

Klinikere som gir behandling i tråd med den kunnskapsbaserte praksisen får strukturert ukentlig veiledning (gruppe- eller individuelt) fra en terapeut med erfaring fra den kunnskapsbaserte praksisen. Veiledning skal være pasientsentrert, den skal være knyttet til den kunnskapsbaserte praksisen og hvordan bruke denne i konkrete pasientsaker.

1	2	3	4	5
≤20% av klinikerne får veiledning	21%–40% av klinikerne får strukturert og pasientrettet veiledning hver uke <i>eller</i> alle klinikerne får uformell veiledning	41%–60% av klinikerne får strukturert og pasientrettet veiledning hver uke <i>eller</i> alle klinikerne får månedlig veiledning	61%–80% av klinikerne får strukturert og pasientrettet veiledning hver uke <i>eller</i> alle klinikerne får veiledning to ganger hver måned	>80% av klinikerne får strukturert veiledning hver uke der fokuset er på spesifikke pasientsaker, og veiledningsøkterne er <i>eksplisitt knyttet til den kunnskapsbaserte praksisen og hvordan denne kan brukes i behandlingen</i>

G9. PROSESSMONITORERING

Veiledere og ledere i organisasjonen monitorerer implementeringsprosessen for den kunnskapsbaserte praksisen hver sjette måned. Resultatene brukes til å forbedre tjenestene. Monitoreringen er standardisert, f.eks. ved bruk av en fidelityskala, eller andre, omfattende prosessindikatorer.

1	2	3	4	5
Det er ikke blitt gjort forsøk på å monitorere prosessen	Prosessmonitorering gjøres uformelt minst en gang i året	Prosessovervåking er mangelfull når det gjelder to av følgende tre kriterier: (1) omfattende og standardisert, (2) gjennomføres hver sjette måned, (3) brukes til å forbedre kvalitet på tjenestene <i>eller</i> standardisert monitorering skjer utelukkende én gang i året	Prosessovervåking er mangelfull når det gjelder ett av følgende tre kriterier: (1) omfattende og standardisert, (2) gjennomføres hver sjette måned, (3) brukes til å forbedre kvalitet på tjenestene	Standardisert og omfattende prosessmonitorering skjer minst hver sjette måned, og resultatene brukes til å forbedre tjenestene

fortsetter på neste side

G10. RESULTATMONITORERING

Veiledere og ledere i organisasjonen monitorerer utfallsmål for pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen. Dette gjøres hver tredje måned og resultatene deles med klinikerne som gir tjenester i tråd med praksisen. Monitoreringen er standardisert, og kartlegger viktige utfallsmål knyttet til praksisen, f.eks. innleggelser i psykisk helsevern, kartlegging av rusmiddelbruk eller andel pasienter i ordinær jobb.

1	2	3	4	5
Resultatmonitorering gjøres ikke	Resultatmonitorering gjøres minst én gang i året, men resultatene deles ikke med klinikerne	Standardisert resultatmonitorering gjøres minst én gang i året, og resultatene deles med klinikerne	Standardisert resultatmonitorering gjøres minst to ganger i året, og resultatene deles med klinikerne	Standardisert resultatmonitorering gjøres minst én gang hver tredje måned, og resultatene deles med klinikerne som gir tjenester i tråd med den kunnskapsbaserte praksisen

G11. KVALITETSSIKRING

Organisasjonen har et utvalg for kvalitetsforbedring eller en styringsgruppe som følger en konkret plan for gjennomgang av den kunnskapsbaserte praksisen, eller delområder, hver sjettemåned.

1	2	3	4	5
Ingen gjennomgang, eller organisasjonen har ikke et utvalg/ styringsgruppe som gjør gjennomgangen	Organisasjonen har et utvalg/styringsgruppe, men de har ikke utført en gjennomgang	Spesifikk gjennomgang gjøres av utvalget/ styringsgruppen sjeldnere enn én gang i året <i>eller</i> gjennomgangen er overfladisk	Spesifikk gjennomgang i forbindelse med kvalitetsforbedringsarbeid gjøres én gang i året	Spesifikk gjennomgang gjøres hver sjettemåned av et utvalg for kvalitetsforbedring eller en styringsgruppe for den kunnskapsbaserte praksisen

G12. PASIENTENES VALG AV TJENESTER

Alle pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen blir tilbudt valgmuligheter. Klinikerne som gir praksisen tar hensyn til og retter seg etter pasientenes ønsker når de tilbyr tjenestene.

1	2	3	4	5
Pasientsentrerte tjenester er fraværende (eller klinikerne tar alle avgjørelser knyttet til den kunnskapsbaserte praksisen)	Det er få kilder som viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker	Halvparten av kildene viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker	De fleste kildene viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker <i>eller</i> organisasjonen respekterer pasientenes valg fullt ut, med et unntak	Alle kildene viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker

VEDLEGG



SKALA FOR PERSONLIG TILPASSEDE TJENESTER OG KVALITETSFORBEDRING: Å KARTLEGGJE PASIENT- OG ORGANISATORISKE FAKTORER I IMPLEMENTERING

Forskning innen psykisk helse har i økende grad rettet fokuset mot implementeringsprosessen for kunnskapsbaserte metoder. Forskerne har sett behovet for pålitelige og gyldige (reliable og valide) verktøy for å kunne måle kvaliteten av implementeringen. Implementeringsveiledere må være oppmerksomme på kvaliteten av implementeringen på *enhets-/organisasjonsnivå* både i implementeringsfasen, og i den påfølgende fasen der enheten skal opprettholde arbeidet med den nye kunnskapsbaserte praksisen. Dette gjøres ved å måle troskap til hovedelementene i den kunnskapsbaserte praksisen. Modelltrofasthet på organisasjonsnivå ble ivaretatt i utviklingen av IDDT fidelityskala. For å lykkes med implementeringen er det også viktig å undersøke faktorer på pasientnivå og organisatoriske faktorer. Bond, Drake, Rapp, McHugo og Xie (2009) har utviklet to skalaer som kartlegger faktorer på pasient- og organisasjonsnivå. Disse to skalaene er basert på Generell Organisatorisk Indeks (GOI) i vedlegg B. Ved å bruke disse to skalaene samtidig med IDDT fidelityskala så får man mer detaljert kunnskap om implementeringsprosessen.

Begrepet personlig tilpassede tjenester (individualisering)

Det har vært mye oppmerksomhet rundt personlig tilpasset behandling og kvalitetsforbedring som to viktige forutsetninger for å få til gode tjenester. I den siste rapporten til president George W. Bush sin *New Freedom Commission on Mental Health*, "*Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*" fra 2003, skriver kommisjonen at personlig tilpasset behandling og behandlere som er oppmerksomme på pasientenes ønsker er grunnleggende faktorer for kunnskapsbasert medisin og psykiske helsetjenester av høy kvalitet. Personlig tilpassede tjenester betyr at tjenestene er skreddersydde og samsvarer med den enkelte pasients ønsker, verdier, livsmål og valg. For eksempel, en pasient kan ha et ønske om å bo selvstendig i egen leilighet, en annen pasient ønsker å bo hjemme med foreldrene, mens en tredje pasient ønsker å bo i et recovery-orientert bofellesskap for personer med rusproblemer. Personlig tilpasset kartlegging, planlegging og behandling bør være i tråd med disse ønskene.

Skala for personlig tilpassede tjenester (Individualization Scale)

Vi kartla personlig tilpassede tjenester ved hjelp av fem elementer som i stor grad er intuitive (høy face-value): personlig egnethet, personlig tilpasset kartlegging, personlig tilpasset behandlingsplan, personlig tilpasset behandling og pasientenes egne valg. For eksempel, definisjonen av elementet "personlig tilpasset behandlingsplan" er at "alle pasienter som får kunnskapsbaserte tjenester har en spesifikk og personlig tilpasset behandlingsplan som er knyttet til den kunnskapsbaserte praksisen, den er i tråd med kartleggingen og oppdateres hver tredje måned". For å få skåren 5 må journalgjennomgangen vise at minst 80 prosent av et tilfeldig utvalg pasienter har en slik behandlingsplan. De lavere skårene er knyttet til lavere prosentandel som har en slik plan.

Begrepet kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring krever strukturer og aktiviteter som organisasjonen bruker for å forbedre sine tjenester. Dette er en prosess som har fokus på opplæring, utvikling og bruk av data for å forbedre behandlingstilbudet. Prosesser som hjelper klinikerne med å styrke ferdighetene og til å være oppmerksomme på hvordan det går med pasientene basert på utvalgte utfallsmål, antas å øke kvaliteten. For eksempel, i en enhet som jobber med integrert behandling av ROP-lidelser så er veiledning i felt og regelmessig gjennomgang av pasientenes utfallsmål med veileder vanlige kvalitetsforbedrende tiltak. Forskning tyder på at enheter som jobber godt med kvalitetsforbedring også kan vise til bedre utfall for pasientene.

Skala for kvalitetsforbedring

Vi kartla kvalitetsforbedring ved hjelp av fem elementer som i stor grad er intuitive (høy face-value): opplæring, veiledning, prosessmonitorering, resultatmonitorering og prosedyrer for kvalitetsforbedring. For eksempel, definisjonen av elementet "resultatmonitorering" er "veiledere og ledere i organisasjonen gjennomgår resultatene for pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen hver tredje måned, og deler resultatene med klinikerne som tilbyr de kunnskapsbaserte tjenestene". For å få skåren 5 må enheten gjennomføre resultatmonitorering og dele disse dataene hver tredje måned. Enheter som gjør dette sjeldnere får lavere skåre. Gjennomsnittsskåren på tvers av de fem elementene gir totalskåren for kvalitetsforbedring.

Implikasjoner for administrative ledere og politiske beslutningstakere

De fleste psykiske helsemyndighetene i de ulike statene i USA oppfordrer til og/eller krever at de lokale psykiske helsetjenestene har et system for kvalitetsforbedring, og at de sørger for personlig tilpassede tjenester som et grunnlag for pasientsentrerte tjenester. De to skalaene som er beskrevet i denne rapporten er enkle å bruke og kan lett tilpasses mange ulike kunnskapsbaserte praksiser. Elementene i skalaene er i stor grad intuitive for klinikere og ledere. Tilbakemelding fra deltakere i forskningsprosjekter har vært at de er

positive til tilleggsinformasjonen som disse skalaene gir.

***Merk:** Skalaen for personlig tilpassede tjenester og skalaen for kvalitetsforbedring presenteres på de neste sidene. Disse skalaene har samme utforming som IDDT fidelitetskala.*

Referanser

Bond, G. R., R. E. Drake, C. A. Rapp, G. J. McHugo, and H. Xie. 2009. Individualization and Quality Improvement: Two new scales to complement measurement of program fidelity. *Administration and Policy in Mental Health* 36:349–57.

New Freedom Commission on Mental Health. 2003. *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report*. DHHS Pub No. SMA-03-3832, Rockville, MD.

• • •



Skala for personlig tilpassede tjenester

*EGNETHET/IDENTIFISERING AV AKTUELLE PASIENTER				
<p>Alle pasienter med avorlige psykiske lidelser, inkludert akutt syke pasienter og innlagte pasienter kartlegges for å avgjøre om de er aktuelle for den kunnskapsbaserte praksisen. Kartleggingen skjer ved hjelp av standardiserte verktøy eller inntakskriterier som samsvarer med den kunnskapsbaserte praksisen. Enheten eller organisasjonen holder systematisk oversikt over aktuelle pasienter.</p>				
1	2	3	4	5
<p>≤20% av pasientene får standardisert kartlegging og/eller enheten/organisasjonen <i>identifiserer ikke</i> aktuelle pasienter systematisk</p>	<p>21%–40% av pasientene får standardisert kartlegging og aktuelle pasienter identifiseres systematisk</p>	<p>41%–60% av pasientene får standardisert kartlegging og aktuelle pasienter identifiseres systematisk</p>	<p>61%–80% av pasientene får standardisert kartlegging og aktuelle pasienter identifiseres systematisk</p>	<p>>80% av pasientene får standardisert kartlegging og aktuelle pasienter identifiseres systematisk</p>
KARTLEGGING				
<p>Full standardisert kartlegging av alle pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen. Kartleggingen omfatter historikk og behandling av somatiske/psykiske/rus lidelser, nåværende situasjon for alle lidelsene, jobbhistorikk, sosialt nettverk og en vurdering av biopsykososiale risikofaktorer.</p>				
1	2	3	4	5
<p>Kartlegging mangler helt eller gjøres uten bruk av noen standardiserte metoder</p>	<p>Gjennomgående mangler i to av følgende: standardisering, kvalitet, aktualitet, bredde/omfang</p>	<p>Gjennomgående mangler i en av følgende: standardisering, kvalitet, aktualitet, bredde/omfang</p>	<p>61%–80% av pasientene får standardisert kartlegging av høy kvalitet minst én gang i året <i>eller</i> informasjonen er mangelfull for et eller to kartleggingsområder</p>	<p>>80% av pasientene får standardisert kartlegging av høy kvalitet minst en gang i året. Informasjonen er omfattende for alle kartleggingsområdene og oppdateres minst én gang i året.</p>

fortsetter på neste side

*Dette elementet er basert på alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse som følges opp i organisasjonen eller ved enheten. Alle andre elementer gjelder kun de pasientene som får den kunnskapsbaserte praksisen.

_____ Totalt # pasienter i målgruppen

% aktuelle: _____ %

_____ Totalt # pasienter aktuelle for praksisen

Gjennomslag: _____

_____ Totalt # pasienter som får praksisen

PERSONLIG TILPASSET BEHANDLINGSPLAN				
Alle pasientene som får den kunnskapsbaserte praksisen har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med den kunnskapsbaserte praksisen og som er i tråd med kartleggingen (G4) og som oppdateres hver tredje måned.				
1	2	3	4	5
≤20% av pasientene som får praksisen har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og som oppdateres hver tredje måned	21%–40% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og som oppdateres hver tredje måned	41%–60% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og som oppdateres hver tredje måned <i>eller</i> personlig tilpasset behandlingsplan oppdateres hver sjettede måned for alle pasienter	61%–80% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og som oppdateres hver tredje måned	>80% av pasientene har en konkret og personlig tilpasset behandlingsplan som samsvarer med praksisen, og som oppdateres hver tredje måned
PERSONLIG TILPASSET BEHANDLING				
Alle pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen mottar personlig tilpasset behandling som samsvarer med målene for praksisen.				
1	2	3	4	5
≤20% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen	21%–40% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen	41%–60% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen	61%–80% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen	>80% av pasientene som får praksisen mottar personlig tilpassede tjenester som samsvarer med målene for praksisen
PASIENTENES VALG AV TJENESTER				
Alle pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen blir tilbudt valgmuligheter. Klinikerne som gir praksisen tar hensyn til og retter seg etter pasientenes ønsker når de tilbyr tjenestene.				
1	2	3	4	5
Pasientsentrerte tjenester er fraværende (eller klinikerne tar alle avgjørelser knyttet til den kunnskapsbaserte praksisen)	Få kilder viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker	Halvparten av kildene viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker	De fleste kildene viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker <i>eller</i> organisasjonen respekterer pasientenes valg fullt ut, med et unntak	Alle kildene viser at type og hyppighet av kunnskapsbaserte tjenester avspeiler pasientenes valg og ønsker



Skala for kvalitetsforbedring

OPPLÆRING				
<p>Alle nyansatte klinikere får standardisert opplæring i den kunnskapsbaserte praksisen (minst 2 dagers workshop eller tilsvarende), <i>innen to måneder etter ansettelsen</i>. Alle klinikere får årlig gjenoppfriskningskurs (minst 1 dags workshop eller tilsvarende).</p>				
1	2	3	4	5
≤20% av klinikerne mottar standardisert opplæring årlig	21%–40% av klinikerne mottar standardisert opplæring årlig	41%–60% av klinikerne mottar standardisert opplæring årlig	61%–80% av klinikerne mottar standardisert opplæring årlig	>80% av klinikerne mottar standardisert opplæring årlig >
VEILEDNING				
<p>Klinikere som gir behandling i tråd med den kunnskapsbaserte praksisen får strukturert ukentlig veiledning (gruppe- eller individuelt) fra en terapeut med erfaring fra den kunnskapsbaserte praksisen. Veiledning skal være pasientsentrert, den skal være knyttet til den kunnskapsbaserte praksisen og hvordan bruke denne i konkrete pasientsaker.</p>				
1	2	3	4	5
≤20% av klinikerne får veiledning	21%–40% av klinikerne får strukturert og pasientrettet veiledning hver uke <i>eller</i> alle klinikerne får uformell veiledning	41%–60% av klinikerne får strukturert og pasientrettet veiledning hver uke <i>eller</i> alle klinikerne får månedlig veiledning	61%–80% av klinikerne får strukturert og pasientrettet veiledning hver uke <i>eller</i> alle klinikerne får veiledning to ganger hver måned	>80% av klinikerne får strukturert veiledning hver uke der fokuset er på spesifikke pasientsaker, og veiledningsøktene er eksplisitt knyttet til den kunnskapsbaserte praksisen og hvordan denne kan brukes i behandlingen
PROSESSMONITORERING				
<p>Veiledere og ledere i organisasjonen monitorerer implementeringsprosessen for den kunnskapsbaserte praksisen hver sjette måned. Resultatene brukes til å forbedre tjenestene. Monitoreringen er standardisert, f.eks. ved bruk av en fidelityskala, eller andre, omfattende prosessindikatorer.</p>				
1	2	3	4	5
Det er ikke blitt gjort forsøk på å monitorere prosessen	Prosessmonitorering gjøres uformelt minst en gang i året	Prosessovervåking er mangelfull når det gjelder to av følgende tre kriterier: (1) omfattende og standardisert, (2) gjennomføres hver sjette måned, (3) brukes til å forbedre kvalitet på tjenestene <i>eller</i> standardisert monitorering skjer utelukkende én gang i året	Prosessovervåking er mangelfull når det gjelder ett av følgende tre kriterier: (1) omfattende og standardisert, (2) gjennomføres hver sjette måned, (3) brukes til å forbedre kvalitet på tjenestene	Standardisert og omfattende prosessmonitorering skjer minst hver sjette måned, og resultatene brukes til å forbedre tjenestene

fortsetter på neste side

RESULTATMONITORERING

Veiledere og ledere i organisasjonen monitorerer utfallsmål for pasienter som får den kunnskapsbaserte praksisen. Dette gjøres hver tredje måned og resultatene deles med klinikerne som gir tjenester i tråd med praksisen. Monitoreringen er standardisert, og kartlegger viktige utfallsmål knyttet til praksisen, f.eks. innleggelse i psykisk helsevern, kartlegging av rusmiddelbruk eller andel pasienter i ordinær jobb.

1	2	3	4	5
Resultatmonitorering gjøres ikke	Resultatmonitorering gjøres minst én gang i året, men resultatene deles ikke med klinikerne	Standardisert resultatmonitorering gjøres minst én gang i året, og resultatene deles med klinikerne	Standardisert resultatmonitorering gjøres minst to ganger i året, og resultatene deles med klinikerne	Standardisert resultatmonitorering gjøres minst én gang hver tredje måned, og resultatene deles med klinikerne

KVALITETSSIKRING

Organisasjonen har et utvalg for kvalitetsforbedring eller en styringsgruppe som følger en konkret plan for gjennomgang av den kunnskapsbaserte praksisen, eller delområder, hver sjette måned.

1	2	3	4	5
Ingen gjennomgang eller organisasjonen har ikke et utvalg eller styringsgruppe som gjør gjennomgangen	Organisasjonen har et utvalg/styringsgruppe, men de har ikke utført en gjennomgang	Spesifikk gjennomgang gjøres av utvalget/styringsgruppen sjeldnere enn én gang i året <i>eller</i> gjennomgangen er overfladisk	Spesifikk gjennomgang i forbindelse med kvalitetsforbedringsarbeid gjøres én gang i året	Spesifikk gjennomgang gjøres hver sjette måned av et utvalg for kvalitetsforbedring eller en styringsgruppe for den kunnskapsbaserte praksisen