

Årsrapport 2021



Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern

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



Rapportforfatter: Kari Evelin Arellano Lorentzen, nettverksleder KvIP, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Akershus Universitetssykehus HF (Ahus)

Dato: 18. mars 2022

Rapporten er tilgjengelig på: <https://www.akuttnettverket.no/prosjekter/arsrapporter-for-kvip>

Henvendelser vedr. rapporten rettes til: kari.lorentzen@ahus.no



Innhold

FORORD	4
SAMMENDRAG	5
INTRODUKSJON	6
HVA ER KVIP?	6
ORGANISERINGEN AV KVIP	7
DELTAKENDE ENHETER	8
OM ÅRSRAPPORTEN	9
KVIPS VIRKSOMHET 2021	10
ØKONOMI	10
OPPSTARTSMØTE	10
BESØKSLEDERSAMLING	10
BESØK	10
RÅDETS ARBEID	10
ÅRSMØTE	11
SAMARBEID MELLOM BESØK	11
UTVIKLING OG FORBEDRING AV KVIP	11
FORMIDLING OG PRESENTASJONER	12
DELTAKELSE PÅ SEMINARER OG KONFERANSER	12
OVERSIKT OVER STANDARDSETTET 2021	12
RESULTATER OG DISKUSJON	13
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE I 2020 OG 2021	13
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE PÅ ALLE STANDARDER 2021	14
DE LAVESTE SKÅREDE STANDARDENE I 2021	15
7 ÅR MED KVIP – SAMMENLIKNING AV ALLE ÅR FRA 2015 TIL 2021	15
7 ÅR MED KVIP - SAMMENLIKNING AV ÅR 2015 MED ÅR 2021	16
RESULTATER FOR HVERT OMRÅDE I 2021	16
OMRÅDE 1: MILJØ OG FASILITETER	17
OMRÅDE 2: BEMANNING OG OPPLÆRING	18
OMRÅDE 3: INNLEGGELSE OG UTSKRIVELSE	20
OMRÅDE 4: BEHANDLING OG OMSORG	22
OMRÅDE 5: INFORMASJON, SAMTYKKE OG TAUSHETSPLIKT	23
OMRÅDE 6: RETTIGHETER OG LOVVERK	25
OMRÅDE 7: KLINISK VIRKSOMHETSSTYRING	26
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE I FORHOLD TIL SPESIFIKKE UTFORDRINGER	28
BUP AKUTTE ENHETERS STYRKER OG UTFORDRINGER FRA ET KVIP PERSPEKTIV	30
RÅDSLEDERS REFLEKSJON RUNDT BETYDNINGEN AV KVIP, OG VEIEN VIDERE	33
VEDLEGG 1: EN SYNLIGGJØRING AV ÅRSSYKLUS	34
VEDLEGG 2: DAGSPLAN FOR DIGITALE KVIP BESØK	35
VEDLEGG 3: NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE	38



Forord

I 2021 var 13 av totalt 17 BUP akutte enheter i Norge med i KvIP (76%). Med pandemi og mange restriksjoner ble det enda et annerledes år for KvIP. Nettverket, som består av BUP akutte enheter og brukerorganisasjonene Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU) gjennomførte nesten alle aktiviteter digitalt. Tolv KvIP besøk ble avholdt, og ca. 150 ansatte, brukerrepresentanter, pasienter og pårørende var involvert i år også.

I 2021 var det viktig å holde KvIP aktiviteten oppe, uten å bidra til økt press og stress på de deltagende enhetene. Kvalitetsforbedrende arbeid forutsetter kontinuerlig innsats og mange involverte. Heldigvis var tilbakemeldingene på samarbeidet positive i år også, selv om det også krevde litt ekstra for mange.

På avdeling FOU, Ahus skjedde noen endringer. KvIP rådgiver og tidligere nettverksleder overlege dr.med, FRCPsych, Simon R. Wilkinson gitt ut av KvIP etter å ha vært delvis pensjonert i noen år. Som KvIPs etablerer og viktige støttespiller vil han bli savnet fremover. Det samme vil prosjektassistent Pia Jensen v/ FOU Ahus som avsluttet sitt engasjement i desember 2021. I 2021 kom også beskjeden om at tidligere nettverksleder og KvIP medarbeider v/ FOU Ahus, Gerd Haugen Mariniusson går av med pensjon og ut av KvIP våren 2022. Tomrommet etter Gerd vil bli veldig stort, og det vil søkes noen som kan ta over etter henne.

En ekstra stor takk for innsatsen rettes derfor til Gerd, Pia og Simon, og til alle andre involverte:

- Akuttnettverket, v/ leder og forsker Johan Siqveland, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus
- Fagrådet i KvIP, v/ rådsleder og fagutvikler Tarje Tinderholt, Oslo Universitetssykehus (OUS)
- Team fagutvikling, v/ forskningskoordinator Bodil Skiaker, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus
- MHU v/ sentralstyremedlem Aleksandra Lønøy og 1.vara i sentralstyret Marta Engevik Fjæreide
- VfB v/ avdelingsleder Karin Källsmyr og frivillig vara Marita Sæth
- Alle lokale brukerrepresentanter ved KvIP enhetene
- Alle KvIP enheters kontaktpersoner, ledelse, ansatte, pasienter og pårørende



Kari Evelin Arellano Lorentzen,

Nettverksleder KvIP

Psykologspesialist, spesialrådgiver,

Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus



Sammendrag

I år som i fjor ble KvIP besøkene, som er den viktigste aktiviteten i kvalitetsforbedringsarbeidet, gjennomført digitalt. Det ble ikke anledning til omvisning på enhetene og til å bli like godt kjent med kolleger og brukerrepresentanter. Likevel klarte nettverket å inspirere, veilede og støtte hverandre i det kvalitetsforbedrende arbeidet. Enhetene og brukerorganisasjonene bisto hverandre i en tid hvor alle egentlig hadde mer enn nok med sitt. Oppstartsmøtet og årsmøtet ble gjennomført digitalt, men i tråd med årssyklusen. Nettverket og nettverksledelsen søkte forbedring av flere samarbeidsprosesser og aktiviteter. Omlegging, utvikling og drift av nettverket krevde større innsats fra nettverksleder og det administrative støtteapparatet.

I 2021 møtte flere KvIP enheter store utfordringer med vedvarende smittevernstiltak som krevde omlegging av lokale rutiner. Mange enheter meldte også om økt pågang av barn og unge med spiseforstyrrelser. Flere KvIP-enheter rapporterte at de søkte råd hos hverandre i arbeidet med denne pasientgruppen, også utenfor KvIP besøk. Samarbeidet omhandlet blant annet behandling, foresattes medvirkning og reduksjon av tvang knyttet til sondeernæring. Samlet sett så denne pasientgruppen ut til å bli godt ivaretatt fordi ansatte og ledelse ved flere enheter b.la. klarte å omstille seg raskt.

I 2021 ble 78% av alle skårede standarder skåret «møtt» (mot 76% i 2020). 15 % av alle skårede standarder ble skåret «delvis møtt» (samme som i 2020). 5% av alle skårede standarder ble skåret «ikke møtt» (mot 7 % i 2020). 1% av standardene ble skåret «vet ikke» (samme som i 2020). 1 % av alle standardene ble skåret «ikke aktuelt» (samme som i 2020).

På område 1-5 var prosentandel standarder (alle nivå) som ble skåret «møtt» i 2021 nokså likt som i 2020. På område 6 og 7 ble en litt høyere prosentandel standarder (alle nivå) skåret «møtt» i 2021. Andel standarder skåret «møtt» i 2021 sammenliknet med 2015 viste en betydelig bedret måloppnåelse på område 6 og 7 i 2021.

Andel standarder skåret «møtt» i 2021, sammenliknet med andel standarder skåret «møtt» tidligere år, viste at de BUP akutte enhetene evner å holde godt tritt med hva som til enhver tid ansees som beste praksis,- også i pandemitid.



Introduksjon

Hva er KvIP?

KvIP er et nasjonalt læringsnettverk for akutenheter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP). KvIP er organisert som en fast aktivitet under Akuttnettverket. Akuttnettverket er et landsomfattende nettverk som eies av de regionale helseforetakene og drives for akuttpsykiatriske tjenester i psykisk helsevern. Formålet med Akuttnettverket er kvalitetsforbedring, fagutvikling og erfaringsutveksling i akutt-tjenestene innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Akuttnettverket er organisert under Ahus og ledes av forsker/psykologspesialist, PhD Johan Siqveland ved FOU, Ahus.

Formål

Helsetjenestene er pålagt å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. KvIP er et faglig nettverk som bidrar til dette arbeidet. Deltakerne møtes for å drøfte BUP akutte enheters utfordringer og muligheter. Møtene preges av åpenhet, nysgjerrighet, rådgivning og veiledning, fremfor kontroll, revisjon og sanksjon. Målet er gjensidig læring og utvikling av behandlingstilbudet i et psykologisk trygt miljø.

Historikk

Tidligere leder av Akuttnettverket, Torleif Ruud, besluttet i 2014 å opprette et pilotprosjekt som skulle utvikle en norsk versjon av et kvalitetsforbedringssystem utviklet ved College Centre for Quality Improvement (CCQI) for barne- og ungdomspsykiatriske enheter (Quality Network for Inpatient CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services), (QNIC)) ved The Royal College of Psychiatrists (RCPsych). Overlege dr.med, FRCPsych, Simon R. Wilkinson oversatte og tilpasset den norske versjonen som ble gitt korttittelen KvIP. Han ledet nettverket til 2018. Siden oppstart har Akuttnettverket finansiert ledelse, koordinering og administrasjon av nettverket, inkludert del-finansiering av samlinger og møter. I 2017 ble det gjennomført en evaluering av nettverkets arbeid. Alle de deltakende enhetene ønsket å videreføre samarbeidet gjennom en felles årlig kvalitetsforbedringssyklus. Akuttnettverket besluttet derfor i 2018 at KvIP skulle videreføres. Ingen enheter har forlatt nettverket siden oppstart, flere har kommet til, og ved årsskiftet 2021/2022 er femten av totalt sytten BUP akutte enheter i Norge med.

Metodikk

KvIP benytter seg av et vel utprøvd prosessorientert kvalitetsforbedringssystem utviklet av RCPsych, QNIC (Se: <https://www.rcpsych.ac.uk/>).

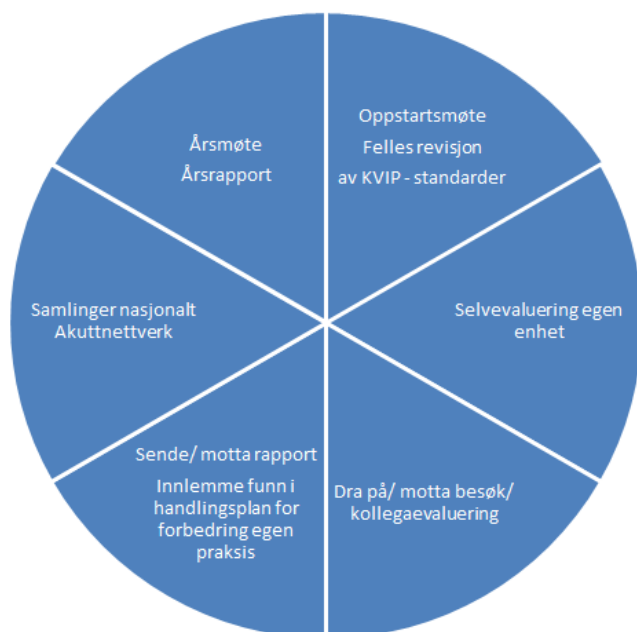
Det anvendes to tilnærminger til kvalitetsforbedring; Læringsnettverk og Forbedringsmodellen. Sentralt i dette arbeidet er at KvIP-enhetene blir enige om felles kvalitetsmål som formuleres som kvalitetsstandarder. Gjennom året jobbes det med å implementere tiltak og følge opp disse kvalitetsstandardene, evaluere resultatene og dokumentere forbedring over tid.

Nettverket har to årlige møter; årsmøte og oppstartsmøte. Man kan også treffe andre fra nettverket på Akuttnettverkets to årlige samlinger. I 2021 ble en av samlingene i Akuttnettverket gjennomført som webinar.

Hovedaktiviteten i KvIP innebærer at alle enheter får besøk og drar på besøk til andre enheter i løpet av året. I forkant av besøket evaluerer enheten selv i hvor stor grad den oppfyller kvalitetsstandardene. Under besøket bidrar besøksteamet med å tydeliggjøre velfungerende sider av driften, samt evaluere, drøfte og finne løsninger på utfordringer vertsenheten måtte ha (se figur 1 Årssyklus i KvIP).



Figur 1: Årssyklus i KvIP



Standardene er inndelt i syv områder som omhandler ulike deler av virksomheten ved en BUP akutt enhet: 1. Miljø og fasiliteter, 2. Bemanning og opplæring, 3. Innleggelse og utskrivelse, 4. Behandling og omsorg, 5. Informasjon, samtykke og taushetsplikt, 6. Rettigheter og Lovverk og 7. Klinisk virksomhetsstyring.

Standardene er kategorisert i tre nivåer av viktighet: Nivå 1: Svikt i å møte disse standardene er en trussel knyttet til pasientsikkerhet, rettigheter, verdighet eller er et brudd på lovverket. Nivå 2: Disse standardene er standarder det er rimelig å forvente at enhetene oppnår. Nivå 3: Dette er standarder som en utmerket institusjon bør oppnå, eller standarder som enheten selv ikke har direkte kontroll over.

Gjennom selvevaluering og i kombinasjon med drøfting på besøk, vurderes KvIP enhetenes kvalitet etter følgende kriterier hvor 2=Møtt, 1=Delvis møtt, 0=Ikke møtt, 7=Vet ikke og 8=Ikke aktuelt.

Besøksteamet består av en til to brukerrepresentanter, og ca. fire fagpersoner med kompetanse som leder, fagutvikler, lege, psykolog og miljøterapeut. En av disse er leder for besøksteamet. Besøksteamet bidrar til refleksjon over praksis og deling av tiltaksforslag i arbeidet for bedre kvalitet.

Lederen av besøksteamet skriver rapport fra besøket. Den oversendes til enheten ca. to uker etter besøket. Besøksrapporten kan benyttes i utvikling av enhetens handlingsplaner, og deles i de sammenhenger enheten vurderer som nyttig.

På slutten av året evalueres KvIP aktivitetene samlet sett og det skrives en årsrapport som beskriver nettverkets virksomhet gjennom året, og som oppsummerer resultater og hovedtrekkene ved KvIP enhetenes styrker og utfordringer.

Se vedlegg 1: En synliggjøring av årssyklus.

Organiseringen av KvIP

KvIP er organisert med en nettverksledelse og et faglig råd. Nettverket ledes av spesialrådgiver og psykologspesialist Kari E. A. Lorentzen med støtte fra Team Fagutvikling, FOU, Ahus. Nettverksleder



koordinerer alle aktiviteter, utarbeider besøksplan, organiserer revisjon av alt materiell og har ansvar for å planlegge og avholde nettverkets årlige møter.

Nettverksleder har et faglig råd bestående av to brukerrepresentanter og fem representanter fra de deltakende enhetene. Rådet møtes 2-4 ganger per år, vanligvis i tilknytning til Akuttnettverkets samlinger.

I 2021 var rådsmedlemmene:

Tarje Tinderholt Fagutvikler OUS,
rådsleder



Magnus Sjøstrand Psykologspesialist
Sykehuset Østfold



Ingvild Brunborg Morton Seksjonsoverlege,
Helse Bergen



Sonja Grønås Seksjonsleder St.
Olavs hospital



Inger Synnøve Valen Funksjonsleder UPP,
Helse Fonna



Karin Källsmyr Avdelingsleder VfB,
brukerrepresentant



Aleksandra Alice Lønøy Barne- og ungdomsarbeider,
sentralstyremedlem i MHU



Marita Sæth Frivillig i VfB, vara
KvIP rådet



Marta Engevik Fjæreide Sentralstyremedlem i
MHU, vara KvIP rådet



Deltakende enheter

I 2021 mottok tolv av tretten enheter digitale besøk. Vestre Viken deltok i besøk, men mottok ikke selv besøk. Rådsleder og nettverksleder inviterte de fire siste BUP akutte enhetene i Norge inn i nettverket. Sykehuset Sørlandet HF og Helse Førde HF besluttet å bli med fra 2022. For en oversikt over enhetene som deltok i 2021 og året de ble med i KvIP, se tabell 1.



Tabell 1: Deltakende enheter og året de ble med i KvIP

Helseforetak	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sykehuset Østfold	x	x	x	x	x	x	x
Oslo universitetssykehus	x	x	x	x	x	x	x
St. Olavs hospital	x	x	x	x	x	x	x
Helse Møre og Romsdal	x	x	x	x	x	x	x
Helse Fonna		x	x	x	x	x	x
Sykehus Innlandet		x	x	x	x	x	x
Helse Bergen			x	x	x	x	x
UNN			x	x	x	x	x
Sykehuset i Vestfold			x	x	x	x	x
Vestre Viken				x	x	x	x
Akershus universitetssykehus					x	x	x
Nordlandssykehuset					x	x	x
Helse Stavanger					x	x	x

Om årsrapporten

Årsrapporten er den 7. i rekken siden oppstart av KvIP. I år er årsrapporten utformet noe mer likt QNICs Annual Report. Rapporten gir en oversikt over årets resultater, men også flere sammenlikninger med resultater fra tidligere år.

Årsrapporten er forfattet slik at enhetene ikke gjenkjennes. Kulturen i læringsnettverket bygger på en likeverdig, åpen og ikke-dømmende holdning. Samtidig skal alle møte og dele erfaringer med omsorg og respekt. Slik oppnår KvIP at enhetene gjennom refleksjon over egen praksis, og i møte med kollegaer og brukerrepresentanter, kan forbedre egen praksis i et psykologisk trygt miljø.

Årsrapporten er basert på de lokale besøksrapportene, og kan benyttes i prioritering og planlegging på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Rapporten sendes til FoU Ahus, Akuttnettverket, VfB, MHU, de deltakende enhetene og deres helseforetak.

Årsrapporten gir:

- en introduksjon til KvIP (over)
- en beskrivelse av årets virksomhet (økonomi og aktiviteter)
- en oversikt over årets resultater sammenliknet med tidligere år
- en oversikt over årets resultater (som gir deltakende enheter anledning til å undersøke hvordan de ligger an i sitt kvalitetsforbedringsarbeid, sammenliknet med alle enhetene i nettverket sett under ett)
- innblikk i BUP akutte enheters styrker og utfordringer fra et KvIP perspektiv
- rådsleders refleksjon rundt betydningen av KvIP og veien videre



KvIPs virksomhet 2021

Økonomi

Kostnadene til nettverksarbeidet ble fordelt mellom Akuttnettverket og de deltagende enhetene. Akuttnettverket dekket kostnadene til nettverksledelse (30% leder, 20% medarbeider og 5% stab), møtelokaler og servering i forbindelse med møter, og utgifter knyttet til brukerrepresentasjonen i rådet. I 2021 utgjorde kostnadene dekket av Akuttnettverket kr. 45 127 (lønnsutgifter ledelse/ stab ekskludert). Det var mindre møteaktivitet og reiseutgifter pga. pandemien. Enhetene dekker vanligvis kostnader til reise og opphold i forbindelse med møter og besøk til andre enheter, inkl. utgifter knyttet til middag og lunsj, samt frikjøp av ansatte under besøk og kostnader til lokale brukerrepresentanter. Enhetenes utgifter utgjør anslagsvis kr. 100 000 per enhet.

Oppstartsmøte

Årets oppstartsmøte ble avholdt digitalt den 13.1.21, med 32 deltakere. Det ble gjennomført revisjon av standardene med fokus på å spesifisere og tydeliggjøre disse. Deltakerne ble delt i 5 grupper som la frem forslag til omformulering av maks tre standarder som ble vurdert å være uklare og vanskelig å skåre. Forslagene ble drøftet og standardene ble revidert. I forkant av møtet hadde Helsedirektoratet (som i 2020) sett over alle standarder som berørte pakkeforløp, for å se til at de samsvarte med de siste oppdaterte anbefalingene. I etterkant av møtet drøftet og reviderte rådet de standardene nettverket ikke konkluderte med. Årets aktiviteter ble planlagt med fokus på KvIP samarbeidsavtale og databehandleravtale, besøkskabal, og besøksledelse. Nettverket drøftet hvordan vi kan sikre brukerrepresentasjonen under KvIP besøk. Det var vanskelig å få med brukerrepresentanter til besøkene i 2021. Betydningen av å rekruttere representanter fra lokale organisasjoner, ungdomsråd, eller brukerråd ble fremhevet. Betydningen av god informasjon og forberedelser ble fremhevet. Nettverket ble minnet på å benytte animasjonsfilmen (<https://www.akuttnettverket.no/prosjekter/kvip-barn-og-unge/introduksjonsfilm-om-kvip>) som introduksjon til hvordan KvIP arbeider. Vfb v/ rådsrepresentant Karin Källsmyr formidlet at de har et nettverk av frivillige som kan bidra med å finne og forberede brukerrepresentanter til besøkene.

Besøksledersamling

18.02.21 ble det gjennomført en digital besøksledersamling for å lære opp, forberede og trygge besøksledere på digitale besøk. Gjennomføring av besøk og hvordan besøksledere best kan forberede og organisere seg før, under og etterpå ble gjennomgått. Rådsleder Tarje Tinderholt (OUS), besøksleder Sonja Grønås (St. Olav) og besøksleder Magnus Sjøstrand (Sykehuset Østfold), delte erfaringer, tips og råd.


Besøk

I 2021 ble det gjennomført digitale besøk hos 12 av 13 enheter. Gjennomføring av digitale besøk medførte noe merarbeid, men mindre enn året før hvor overgangen fra fysiske til digitale besøk innebar arbeid med testing og valg av tekniske løsninger, nye informasjonsskriv og samtykker, oppdatert besøksmateriell og formidling av nye rutiner og samarbeidsformer. Digitale besøk ble gjennomført på samme måte som året før. Alle vertsenheter valgte egne fokusområder for besøkene, og erfaringsutveksling ble prioritert foran detaljert gjennomgang av skårer og standarder. KvIP lunsj dagen før ble satt opp for test av teknisk utstyr og presentasjon.

[Se vedlegg 2: Dagsplan digitale besøk.](#)

Rådets arbeid

Rådet hadde 4 digitale og ett fysisk møte i 2021, i tillegg til mer sporadisk og fortløpende kontakt med nettverksleder. På starten av året evaluerte rådet den digitale gjennomføringen av KvIP i 2020. Selv om digitale besøk ikke ble vurdert som optimalt for KvIP, ble det besluttet å gjennomføre besøk i 2021 likt som i 2020. Rådet gjennomgikk og bearbeidet de standardene som ikke ble avklart på oppstartsmøtet. Rådet



utarbeidet nye intervjuguides for samtaler med pasienter og pårørende under KvIP besøk. Rådet var også opptatt av å rekruttere nye deltakende enheter, og inkludering av Sykehuset Sørlandet fra 2022 ble planlagt. Ingvild Morton ble gjenvalgt som medlem i rådet og Tarje Tinderholdt ble gjenvalgt som leder. Rådet valgte tre tema for revisjon av standarder for 2022; 1) skolegang under institusjonsopphold, 2) barn som pårørende og 3) kultursensitive tjenester.

Årsmøte

Digitalt årsmøte ble avholdt 8.12.2021. Nettverksleder og rådsleder oppsummerte årets KvIP aktiviteter og rådets arbeid i 2021. KvIP medarbeider Gerd H. Mariniusson presenterte resultatene fra årets selvevaluering av kvalitetsstandardene (se under). Noen av resultatene ble kommentert og drøftet. F.eks: Hvilken grad av oppnåelse skal man si seg fornøyd med som nettverk? Skal vi jobbe for 90% oppnåelse av standardene i fellesskap, eller skal enhetene selv definere hvilken oppnåelse de etterstreber? Diskusjonen vil videreføres. Alle 13 enheter fortalte kort om sitt forbedringsarbeid i pandemitid. De delte eksempler på ting man hadde lykkes med, beskrev samarbeid med andre enheter utenom KvIP besøkene og fortalte om hva KvIP hadde betydd siste året. Flere oppgav forbedringsarbeid som vanskelig å prioritere i en tid med omfattende smittevern, mer sykefravær og høyt pasientbelegg, men det ble gitt eksempler på ting man hadde lykkes med; Omlegginger og utvikling av retningslinjer for å imøtekomme pasienter med spiseforstyrrelser, kompetanseheving innen spiseforstyrrelser og familiebasert praksis, aggresjon- og voldshåndtering. Flere hadde også lykkes med arbeid knyttet til reduksjon av tvang, utbedring av lokaliteter, brukermedvirkning og implementering av faglige tilnærminger som dialektisk atferdsterapi (DBT). Mange enheter oppga at det hadde vært fint å vite at andre hadde møtt de samme utfordringene og at de opplevde støtte fra KvIP nettverket i det som hadde vært vanskelig. Det ble sagt at KvIP nettverket ga perspektiv på eget arbeid, fungerte som kilde til kunnskap, og førte til samarbeid med andre KvIP enheter utenom besøk.

Esben Olesen, Seniorforsker v/ Nordlandsforskning presenterte et forskningsprosjekt vedr. tvang. Alle KvIP enheter ble invitert med i forskning om bruken av tvang på barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Målet med studien er å kartlegge omfanget av tvangsinnleggelses og bruken av tvangsmidler, og å frembringe kunnskap om hvordan tvangsbruk utføres og oppleves av ansatte og pasienter. Prosjektet skal forgå med forskere fra Universitet i Tromsø, Universitetet i Agder, Københavns professionshøyskole og Høgskulen på Vestlandet. MHU skal inngå som en sentral samarbeidspartner.

Aleksandra Alice Lønøy, Sentralstyremedlem / Styreleder, Sotra MHU delte MHUs perspektiv på tvang og reduksjon av tvang. Hun fremhevet betydningen av «avtaler om tvangsbruk», kommunikasjon og respekt for alle involverte. Innlegget bidro til viktig refleksjon og dialog.

Samarbeid mellom besøk

De fleste enhetene hadde kvalitetsforbedrende samarbeid med andre, både mellom og på tvers av KvIP besøk. For noen var kontakten knyttet til enkelte saker, for andre omhandlet den overordnede forbedringstiltak. Til eksempel hadde flere enheter kontakt med andre vedrørende alvorlig spiseforstyrrelse, familiebasert terapi, sondeernæring og tvang.

Utvikling og forbedring av KvIP

Nettverket og nettverksledelsen søkte forbedring av flere samarbeidsprosesser og aktiviteter. Følgende tiltak ble gjennomført for å videreutvikle KvIP i 2021:

- Nyhetsbrev ble sendt ut jevnlig for å opprettholde kontakten og sikre informasjonsflyten i nettverket
- Nye intervjuguides for samtaler med pasienter og pårørende under KvIP besøk ble utarbeidet i samarbeid med rådet.



- Besøksledersamling ble arrangert for å trene og trygge besøksledere på hvordan de best kan forberede, gjennomføre og slutføre besøk.
- Ressursbanken for deling av informasjon og dokumenter (slik som rutiner, prosedyrer, sjekklister m.m.) på KvIP nettsiden ble fylt med mer innhold.
- Nettsidene ble oppdatert systematisk for å sikre at alt materiell og nødvendig informasjon til enhver tid var oppdatert og tilgjengelig.
- Nettverksleder hadde fortløpende dialog med Personvernombudet v/ Ahus for å sikre at KvIP til enhver tid gjennomførte sine digitale aktiviteter i tråd med krav og retningslinjer.
- Det ble søkt om midler fra Eternistiftelsen, uten hell, til å skape gode opplevelser med kunst og håndverk for barn og unge som er akuttinnlagt.
- Det ble søkt om Den Norske Legeforeningens kvalitetspris, uten hell, for å synliggjøre KvIPs arbeid og dets relevans for andre deler av helsesektoren.

Formidling og presentasjoner

- Nettverksleder og rådsleder presenterte KvIPs arbeid med systematisk kvalitetsforbedring for BUP akutt v/ Sykehuset Sørlandet 21.9.2021.
- Nettverksleder presenterte KvIPs arbeid med systematisk kvalitetsforbedring og erfaringer med digitale besøk for styringsgruppen i Akuttnettverket 27.9.2021.
- KvIPs arbeid ble synliggjort med nyhetssak og temaside på Kompetansebroen høsten 2021, i forbindelse med Kompetansebroens arbeid med temaet barn og unge.
<https://www.kompetansebroen.no/article/kvip-sammen-blir-vi-bedre?o=ahus>
<https://www.kompetansebroen.no/kvip-sammen-blir-vi-bedre?o=ahus>
- Tidligere nettverksleder overlege dr.med, FRCPsych, Simon R. Wilkinson og nåværende nettverksleder Kari E. A. Lorentzen publiserte artikkel om KvIP i *British Journal of Psychiatry International*;
Wilkinson, S., & Lorentzen, K. (2022). How we do it in Norway: A golden middle way for quality development of in-patient services as applied to acute adolescent psychiatry. *BJPsych International*, 19 (1), 13-15. <https://doi.org/10.1192/bji.2021.7>
- Nåværende nettverksleder Kari E. A. Lorentzen og tidligere nettverksleder overlege dr.med, FRCPsych, Simon R. Wilkinson publiserte artikkel om KvIP i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*;
Lorentzen K. E. A., & Wilkinson S.R. (2021). Sammen blir vi bedre – kvalitetsforbedring i et lærende nettverk av akutenheter for barn og unge innen psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18 (04), 343–352. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-04-04>

Deltakelse på seminarer og konferanser

Kvip var ikke representert på seminarer eller konferanser under pandemien i 2021.

Oversikt over standardsettet 2021

Målene for KvIP enhetene (standardene) endrer seg fra år til år, i takt med helsepolitiske føringer, pålegg, lovkrav, forskning og faglige anbefalinger for hva som til enhver tid er «beste praksis». Tallmaterialet og



resultatene i KvIP egner seg således best til å gi et tilstandsbilde fra år til år om hvordan de deltagende enhetene ligger an i forhold til kvalitetsstandardene det jobbes etter.

I 2021 hadde standardsettet 226 standarder mot 228 i 2020.

Tabell 2 viser antall standarder fordelt på nivå i 2018, 2019, 2020, 2021.

Tabell 2: Antall standarder fordelt på nivå ulike år.

År	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Sum
2018	136	70	17	223
2019	178	52	14	244
2020	167	51	10	228
2021	167	48	11	226

Tabell 3 viser antall standarder fordelt på områder i 2018, 2019, 2020 og 2021

Tabell 3: Antall standarder fordelt på områder ulike år.

År	1 Miljø og fasiliteter	2 Bemanning og opplæring	3 Innleggelse og utskrivelse	4 Behandling og omsorg	5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt	6 Rettigheter og lovverk	7 Klinisk virksomhetsstyring	Sum
2018	52	54	15	27	20	19	36	223
2019	49	61	23	25	21	15	50	244
2020	46	58	21	23	20	13	47	228
2021	45	58	21	23	20	13	46	226

Resultater og diskusjon

Det minnes om at standardene er inndelt i syv områder som omhandler ulike deler av virksomheten ved en BUP akutt enhet: 1. Miljø og fasiliteter, 2. Bemanning og opplæring, 3. Innleggelse og utskrivelse, 4. Behandling og omsorg, 5. Informasjon, samtykke og taushetsplikt, 6. Rettigheter og Lovverk og 7. Klinisk virksomhetsstyring.

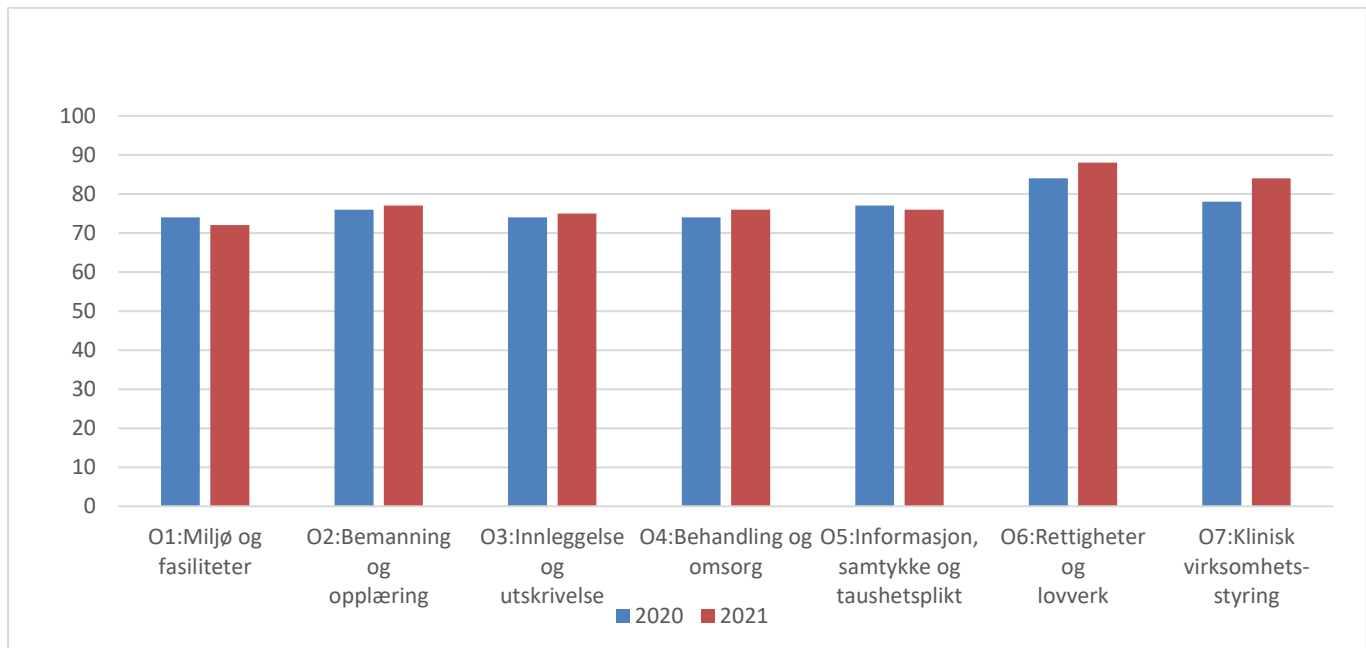
Nivåene på standardene defineres slik: Nivå 1: Svikt i å møte disse standardene er en trussel knyttet til pasientsikkerhet, rettigheter, verdighet eller er et brudd på lovverket. Nivå 2: Disse standardene er standarder det er rimelig å forvente at enhetene oppnår. Nivå 3: Dette er standarder som en utmerket institusjon bør oppnå, eller standarder som enheten selv ikke har direkte kontroll over

Nettverkets standardoppnåelse for hvert område i 2020 og 2021

Diagram 1 viser prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» per område i 2020 (blå kolonner) og 2021 (røde kolonner).



Diagram 1: Prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» per område i 2020 og 2021.

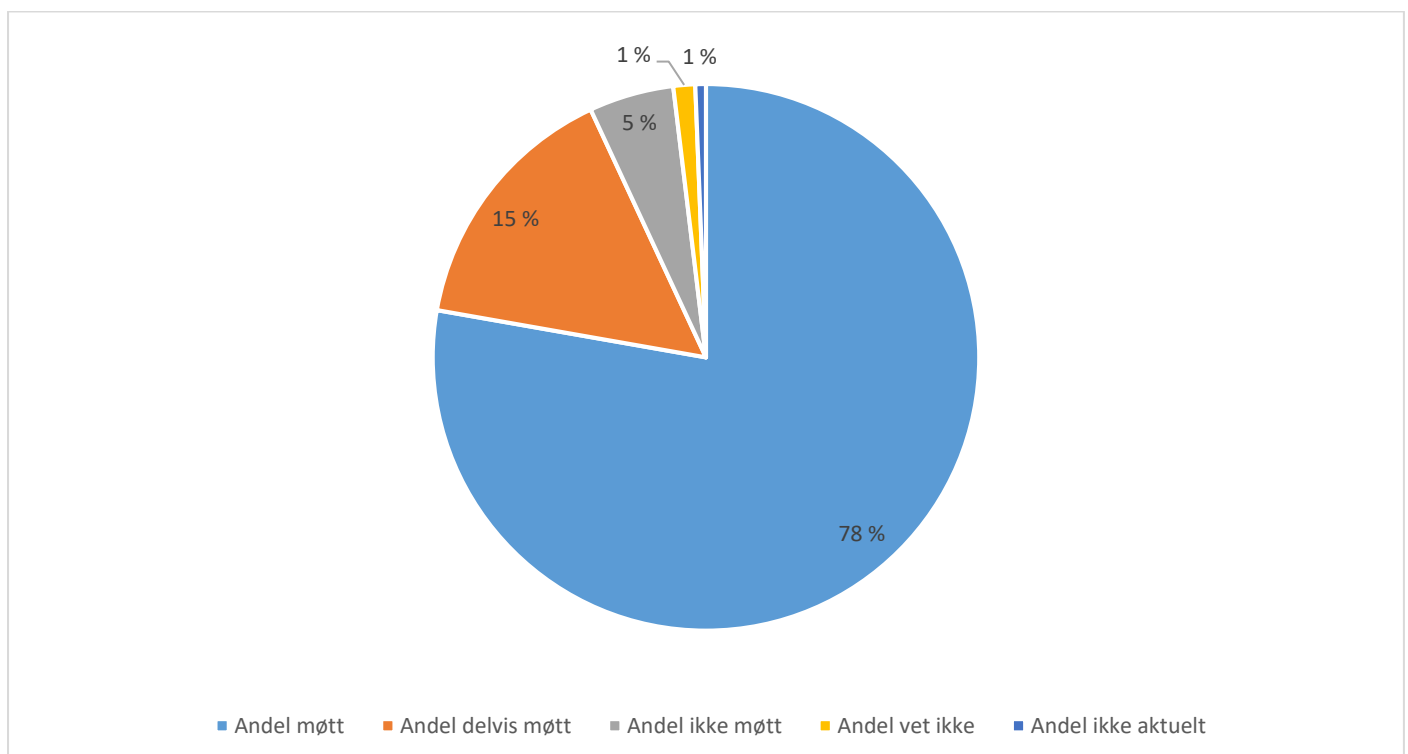


På område 1-5 er prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» nokså likt som i fjor. På område 6 og 7 sees en litt høyere prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» i år.

Nettverkets standardoppnåelse på alle standarder 2021

Diagram 2 viser prosentandel standarder (alle nivå og områder) som er henholdsvis skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell» i 2021.

Diagram 2: Nettverkets prosentvise resultat.





I 2021 ble 78% av alle skårede standarder skåret «møtt» (mot 76% i 2020). 15 % av alle skårede standarder ble skåret «delvis møtt» (samme som i 2020). 5% av alle skårede standarder ble skåret «ikke møtt» (mot 7 % i 2020). 1% av standardene ble skåret «vet ikke» (samme som i 2020). 1 % av alle standardene ble skåret «ikke aktuelt» (samme som i 2020).

For en oversikt over nettverkets standardoppnåelse for hvert område (prosentandel av skårede standarder for hvert område som er henholdsvis skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell»), se vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område.

De laveste skårede standardene i 2021

Tabell 4 viser hvilke standarder 5 eller flere enheter skåret “ikke møtt” i 2021.

Tabell 4: Standarder 5 eller flere enheter har skåret “ikke møtt”.

Standard	Nivå	Beskrivelse
1.1.22	2	Det finnes skjermingsrom som er tilfredsstillende lydisolert.
1.1.23	3	I tillegg til et skjermingsrom og pasientrom finnes det et eget stillerom hvor pasienter kan trekke seg tilbake.
1.1.31	1	Ansatte har tilgang på eget spise- og pauserom.
1.1.9	2	Pasientene kan styre ventilasjon/oppvarming på egne soverom.
1.3.7	3	Pasientene og pårørende kan selv varsle alarm i nødsituasjoner og er informert om dette.
2.6.1	2	Pasienter, tidligere pasienter og/eller brukerrepresentanter konsulteres i forbindelse med rekruttering.
3.3.3	2	Enheten har en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over lokale støttetiltak for pårørende.
3.4.3	1	Ved avslutning av behandling måles pasientenes og pårørendes brukertilfredshet med standardiserte metoder.
5.3.3	3	Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte.

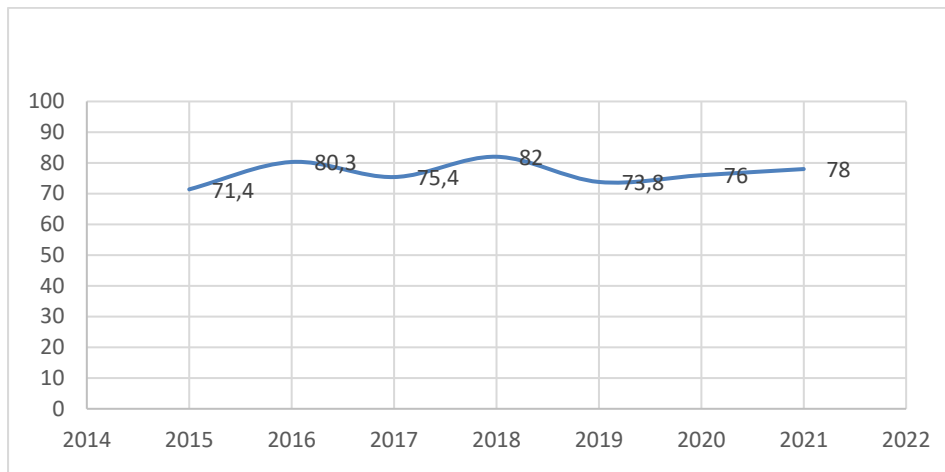
Flere av disse standardene omhandler område 1: Miljø og fasiliteter. Forhold som omhandler miljø og fasiliteter er forhold vi av erfaring vet det kan være vanskelig å oppnå endring på med mindre man tilførs mer ressurser, flytter eller bygger om en enhet. Fra tidligere revisjon av standardsettet er noen av disse standardene (eks. 2.6.1 og 5.3.3) standarder nettverket har vært usikker på om gjenspeiler ønsket praksis. Fordi de BUP akutte enhetene har store opptaksområder med mange kommuner/ bydeler er standard 3.3.3 en standard flere har opplevd som urealistisk. Man vet også at standard 3.4.3 er problematisk, fordi det ikke er utviklet et egnet og validert skjema eller system som adresserer brukertilfredshet under døgnopphold. Standarder som 5 eller flere enheter har skåret «ikke møtt» blir drøftet ved neste års revisjon.

7 år med KVIP – sammenlikning av alle år fra 2015 til 2021

Diagram 3 viser prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» fra 2015 til 2021.



Diagram 3: Prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» fra 2015 til 2021.

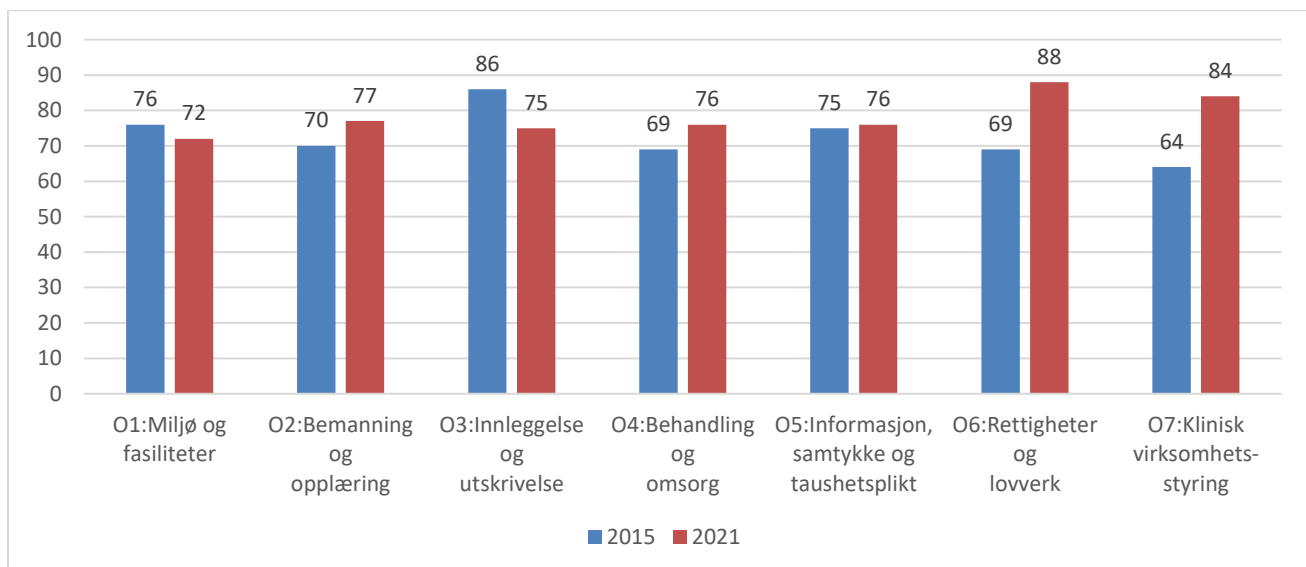


Antall deltagende enheter og antall standarder har variert fra år til år. Vi viser her hvor stor prosentandel av standardene som er oppnådd de enkelte år. Av linjediagrammet kan man se at det er noe endring i grad av måloppnåelse fra 2015 til 2021. I år med store endringer i retningslinjene, som ved innføring av pakkeforløp i 2019, ble det noe vanskeligere å oppnå målsettingen. Linjediagrammet viser imidlertid at de BUP akutte enhetene evner å holde godt trinn med hva som til enhver tid ansees som beste praksis.

7 år med KvIP - sammenlikning av år 2015 med år 2021

Diagram 4 viser prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» per område i 2015 (blå kolonner) og 2021 (røde kolonner).

Diagram 4: Prosentandel standarder (alle nivå) skåret «møtt» per område, 2015 og 2021.



Antall enheter og antall standarder har som nevnt variert fra 2015 til 2021. Av kolonnediagrammet kan man se at det var noe lavere grad av måloppnåelse på område 1 og 3 i 2021. Grad av måloppnåelse på område 5 er nokså uendret. Det var høyere grad av måloppnåelse på område 2, 4, 6 og 7 i 2021.

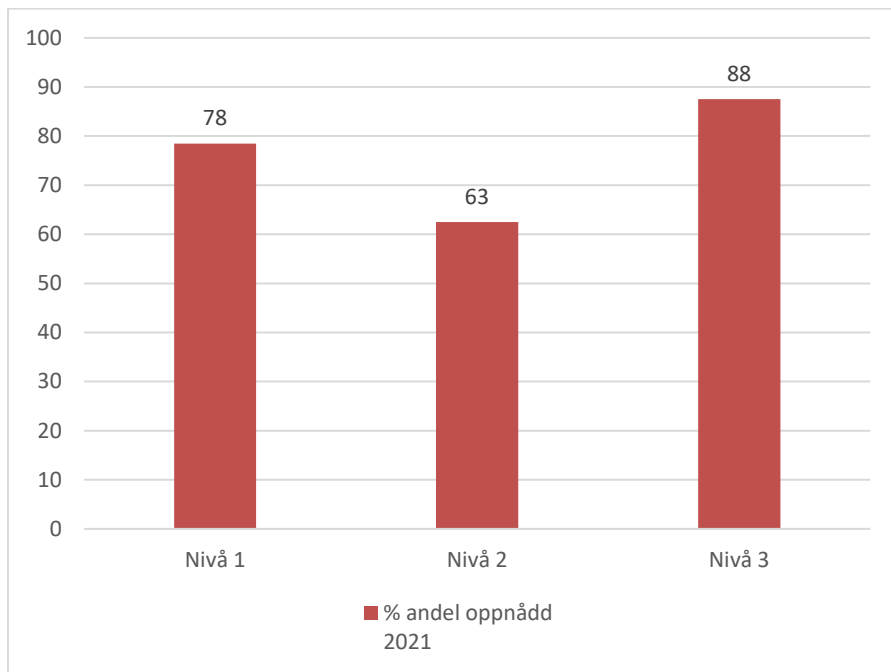
Resultater for hvert område i 2021

Diagram 5 til 11 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for hvert område, per nivå, i 2021.

Område 1: Miljø og fasiliteter

Diagram 5 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for område 1, per nivå, i 2021.

Diagram 5: Prosentandel standarder skåret «møtt» område 1, per nivå, 2021.



Område 1 hadde 45 standarder i 2021; 31 på nivå 1, 12 på nivå 2 og 2 på nivå 3.

De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 78%, og lå således litt høyere enn standardoppnåelsen på område 1 (alle nivå) (72%). Antall standarder på de ulike nivåene varierte.

Høyeste oppnådde standarder

Tabell 5 viser de standardene alle 12 enheter oppnådde på område 1 i 2021.

Tabell 5: Standarder alle 12 enheter oppnådde, område 1, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
1.1.2	1	Det er mulig å kjøre helt frem til inngangen i en akutt situasjon.
1.1.16	1	Det finnes skjermingsrom:
1.1.19	1	Det finnes skjermingsrom: iii) med eget toalett, vask og dusj.
1.1.25	2	Pårørende har adgang til enkel servering som kaffe, te, vann.
1.1.30	1	Enheten har tilgang på undersøkelsesrom for akutte medisinske/somatiske intervensjoner.
1.2.2	1	Pasienter kan bruke (evt. låne) telefon, sende og motta brev og pakker
1.2.4	1	Pasientene har mulighet til å praktisere sitt livssyn.
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.
1.3.6	1	Ansatte har et nødkommunikasjonssystem (alarm).



1.4.1	1	Det finnes et utvalg av mat i tråd med individuelle kulturelle, ernæringsmessige og kliniske behov.
-------	---	---

Laveste oppnådde standarder

Tabell 6 viser hvilke standarder 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt», eller 5 eller flere enheter skåret «delvis møtt», på område 1 i 2021.

Tabell 6: Standarder 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt»/ »delvis møtt», område 1, 2021.

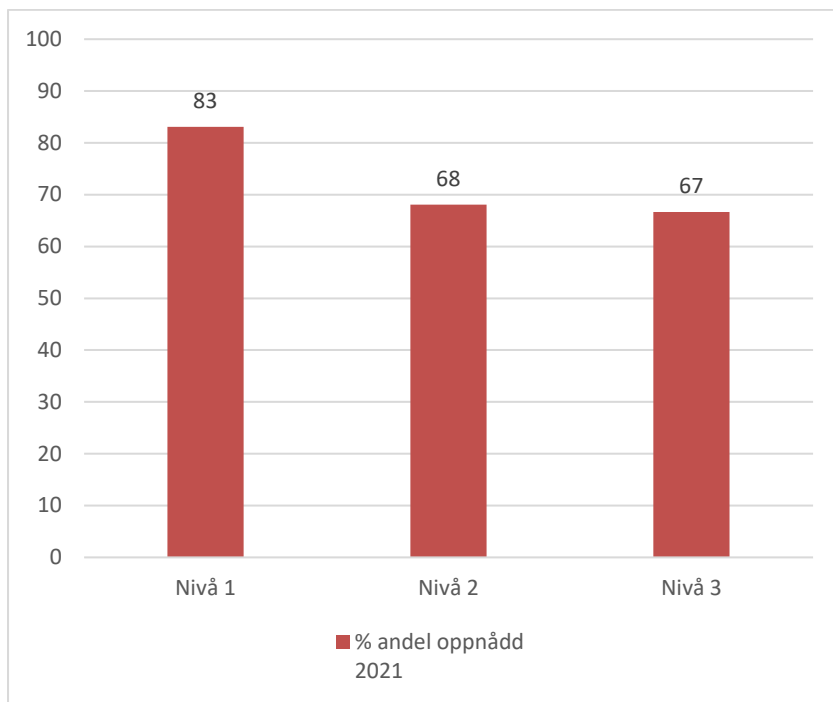
Standard	Nivå	Beskrivelse
1.1.17	1	Det finnes skjermingsrom i) med mulighet for observasjon av hele rommet.
1.1.20	1	Det finnes skjermingsrom iv) uten risikoelementer for pasientene og ansatte.
1.1.22	2	Det finnes skjermingsrom vi) som er tilfredsstillende lydisolert.
1.1.7	1	Enheten er innredet for å passe til barn og unge under deres opphold.
1.1.8	2	Ansatte kan regulere ventilasjonsanlegget og oppvarmingen av enheten.
1.2.1	1	Enheten har besøksrom (og oppholdsrom for pårørende), og dette er familievennlig med bl.a. leker.
1.3.2	1	Det er gode siktlinjer i enheten og lett å ha oversikt.
1.3.7	2	Pasientene og pårørende kan selv varsle alarm i nødsituasjoner, og er informert om dette.

Område 2: Bemanning og opplæring

Diagram 6 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for område 2, per nivå, i 2021.



Diagram 6: Prosentandel standarder skåret «møtt» område 2, per nivå, 2021.



Område 2 hadde 58 standarder i 2021; 35 på nivå 1, 18 på nivå 2 og 5 på nivå 3.

De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 83%, og lå således høyere enn standardoppnåelsen på område 2 (alle nivå) (77%).

Høyeste oppnådde standarder

Tabell 7 viser de standardene alle 12 enheter oppnådde/ skåret «møtt» på område 2 i 2021.

Tabell 7: Standarder alle 12 enheter oppnådde, område 2, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
2.1.2	1	Nattevaktdekning er minimum tre ansatte per ti senger. Det må være minimum to våkne nattevakter.
2.1.3	1	Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift.
2.1.5	1	Alle ekstravakter får opplæringsvakter.
2.1.6	1	Det er minimum én sykepleier/ vernepleier på hver vakt. Drift er lagt til rette for forsvarlig legemiddelhåndtering med mulighet for dobbelkontroll.
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.
2.2.3	1	Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt.
2.2.4	1	Enheten har minimum én overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri.



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 vaktssystemet kontaktes er lett tilgjengelig på vaktrommet.
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.
2.2.16	1	Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk pasientjournal.
2.2.17	1	Det finnes varslingsprosedyrer slik at ansattklager kan fremmes uten at deres arbeidsforhold settes i fare.

Laveste oppnådde standarder

Det var ingen standarder på område 2 hvor 5 eller flere enheter har skåret "ikke møtt".

Tabell 8 viser hvilke standarder 5 eller flere enheter skåret «delvis møtt», på område 2 i 2021.

Tabell 8: Standarder 5 eller flere enheter skåret «delvis møtt», område 2, 2021.

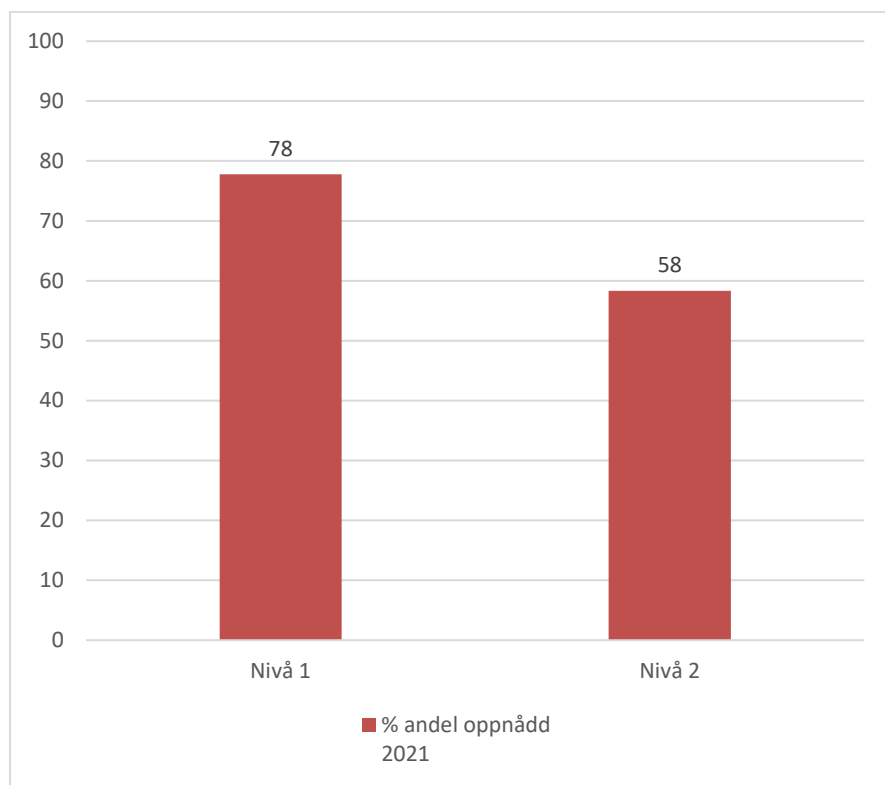
Standard	Nivå	Beskrivelse
2.2.12	2	Det er oppdaterte funksjonsbeskrivelse for alle stillinger.
2.4.12	1	Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i: Bruker- og pårørende medvirkning.
2.4.5	1	Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i: Aktuelt medisinsk utstyr (f.eks sonde, sårstell, blodsukker, ekg, blodtrykk, puls). Opplæring skal dokumenteres.
2.5.1	1	Alt klinisk personell har tilgang på veiledning og/ eller simulering - minst én g i mnd i to timer per gang.
2.6.3	2	I forbindelse med langtidsfravær eller svangerskapspermisjon handler ledelsen raskt for å sikre vikar.

Område 3: Innleggelse og utskrivelse

Diagram 7 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for område 3, per nivå, i 2021.



Diagram 7: Prosentandel standarder skåret «møtt» område 3, per nivå, 2021.



Område 3 hadde 21 standarder i 2021; 18 på nivå 1, 3 på nivå 2 og 0 på nivå 3.

De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 78%, og lå således litt høyere enn standardoppnåelsen på område 3 (alle nivå) (75%).

Høyeste oppnådde standarder

Tabell 9 viser de standardene alle 12 enheter oppnådde/ skåret «møtt» på område 3 i 2021.

Tabell 9: Standarder alle 12 enheter oppnådde, område 3, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
3.1.5	1	Ved slutten av vurderingssamtale er hensikten med innleggelsen forklart til pasienten og pårørende.
3.3.4	1	Pårørende inkluderes ved innleggelse og videre opphold (med mindre det finnes lovlige journalførte grunner til at dette ikke skal gjøres).
3.4.6	1	Epikrisen inkluderer vurdering av suicidrisiko på utskrivingsdagen.

Laveste oppnådde standarder

Tabell 10 viser de standarder 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt», eller 5 eller flere enheter skåret «delvis møtt» på område 3 i 2021.



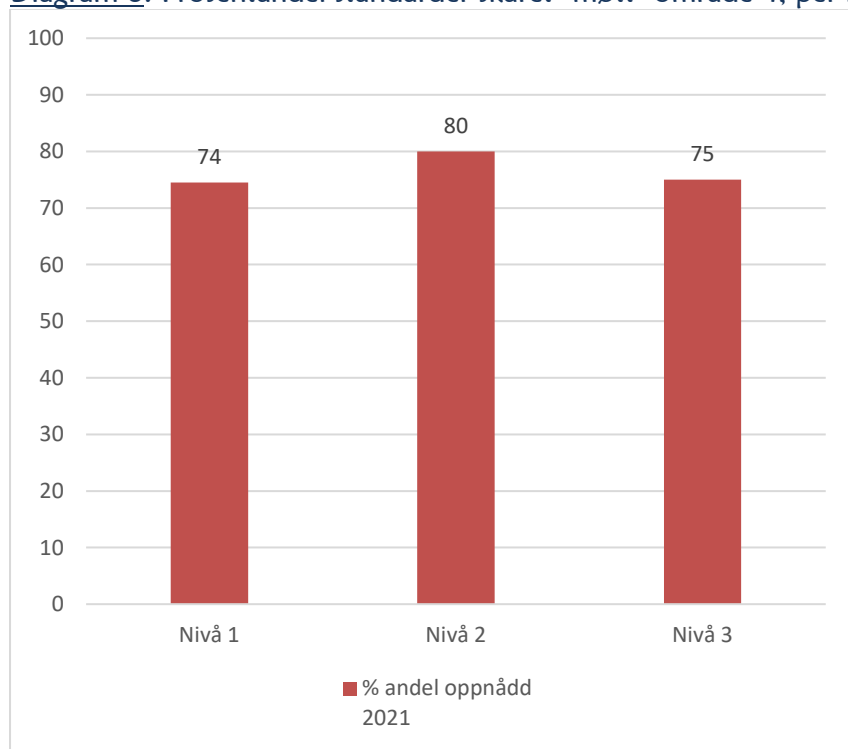
Tabell 10: Standarder 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt»/ »delvis møtt», område 3, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
3.1.6	1	Enheten benytter standardiserte metoder for å måle effekt av behandling på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet som minimum (jfr. kravene i pakkeforløp).
3.3.3	2	Enheten har en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over lokale støttetiltak for pårørende.
3.4.3	1	Ved avslutning av behandling måles pasientenes og pårørendes brukertilfredshet med standardiserte metoder.

Område 4: Behandling og omsorg

Diagram 8 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for område 4, per nivå, i 2021.

Diagram 8: Prosentandel standarder skåret «møtt» område 4, per nivå, 2021.



Område 4 hadde 23 standarder i 2021; 16 på nivå 1, 5 på nivå 2 og 2 på nivå 3.

De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 74%, og lå således litt lavere enn standardoppnåelsen på område 4 (alle nivå) (76%).

Høyeste oppnådde standarder

Tabell 11 viser de standardene alle 12 enheter oppnådde/ skåret «møtt» på område 4 i 2021.



Tabell 11: Standarder alle 12 enheter oppnådde, område 4, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
4.4.5	1	Sikkerhetsplan/kriseplan er utviklet i samarbeid med pasienten og om mulig med pårørende. Den er tilgjengelig skriftlig for å ta med ved utskriving.
4.4.6	2	Mestringsplan er utviklet i samarbeid med pasienten, når det er mulig.
4.5.5	1	Lærerne og enhetens helsepersonell hjelper pasientene med reintegrering i hjemmeskolen.
4.5.8	3	Pasienter kan gjennomføre eksamener på enheten.

Laveste oppnådde standarder

Tabell 12 viser de standardene 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt», eller 5 eller flere enheter skåret «delvis møtt» på område 4 i 2021.

Tabell 12: Standarder 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt»/ »delvis møtt», område 4, 2021.

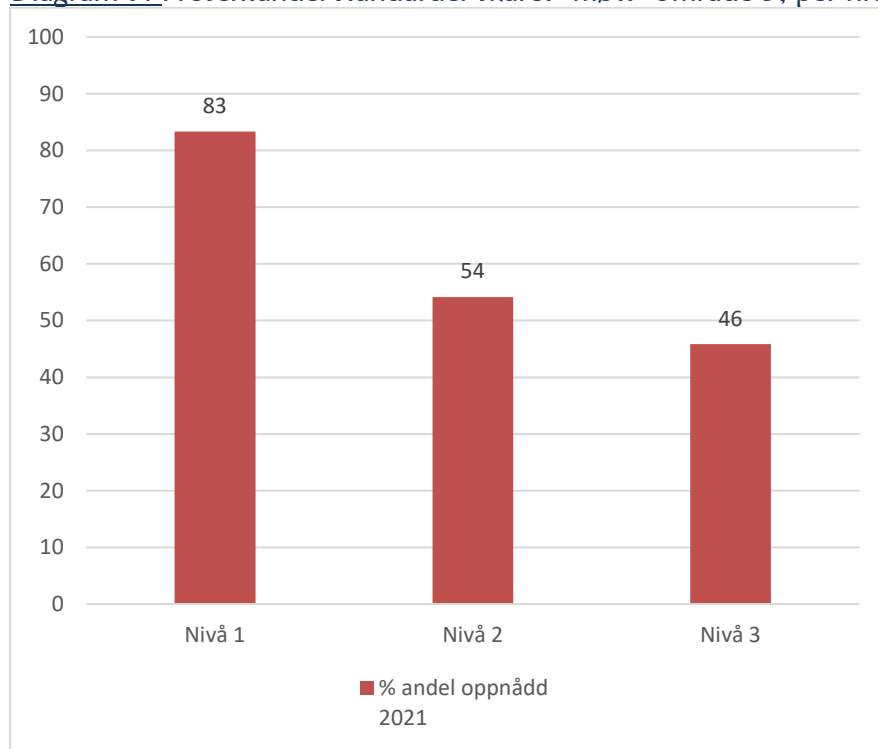
Standard	Nivå	Beskrivelse
4.1.1	1	Risiko for suicid, vold og rus vurderes med kartleggingsverktøy ved innleggelse og under oppfølging.
4.4.1	1	Det benyttes plan for basis (evt. utvidet utredning) i samarbeid med pasient/pårørende med seks ukers tidsaspekt jf. Pakkeforløp.
4.4.3	1	Alle pasienter vurderes 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.
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.
4.4.7	1	Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan).
4.4.8	1	Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette.

Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Diagram 9 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for område 5, per nivå, i 2021.



Diagram 9: Prosentandel standarder skåret «møtt» område 5, per nivå, 2021.



Område 5 hadde 20 standarder i 2021; 16 på nivå 1, 2 på nivå 2 og 2 på nivå 3.

De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 83%, og lå således høyere enn standardoppnåelsen på område 5 (alle nivå) (76%).

Høyeste oppnådde standarder

Tabell 13 viser de standardene alle 12 enheter oppnådde/ skåret «møtt» på område 5 i 2021.

Tabell 13: Standarder alle 12 enheter oppnådde, område 5, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
5.2.1	1	Pasienter og pårørende gis en tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om følgende temaer; i) Rutiner og tilbud i avdelingen (hva tilbudet innebærer, hvordan pasientene deltar, struktur på dagene, husregler osv.).
5.4.3	1	Pasienter og pårørende informeres om aktuell behandling (utover medisiner), ønsket effekt, mulige bivirkninger og forsiktighetsregler.
5.4.4	1	Pasientenes samtykkekompetanse er vurdert og journalført i tilknytning til spørsmål som krever samtykke.
5.4.5	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir deres synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket.
5.4.6	1	Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir pårørende sine synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket.



5.4.7	1	Navnet på den/de som har foresatte ansvaret og hvem som har daglig omsorg er journalført.
-------	---	---

Laveste oppnådde standarder

Tabell 14 viser de standardene 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt», eller 5 eller flere enheter skåret «delvis møtt» på område 5 i 2021.

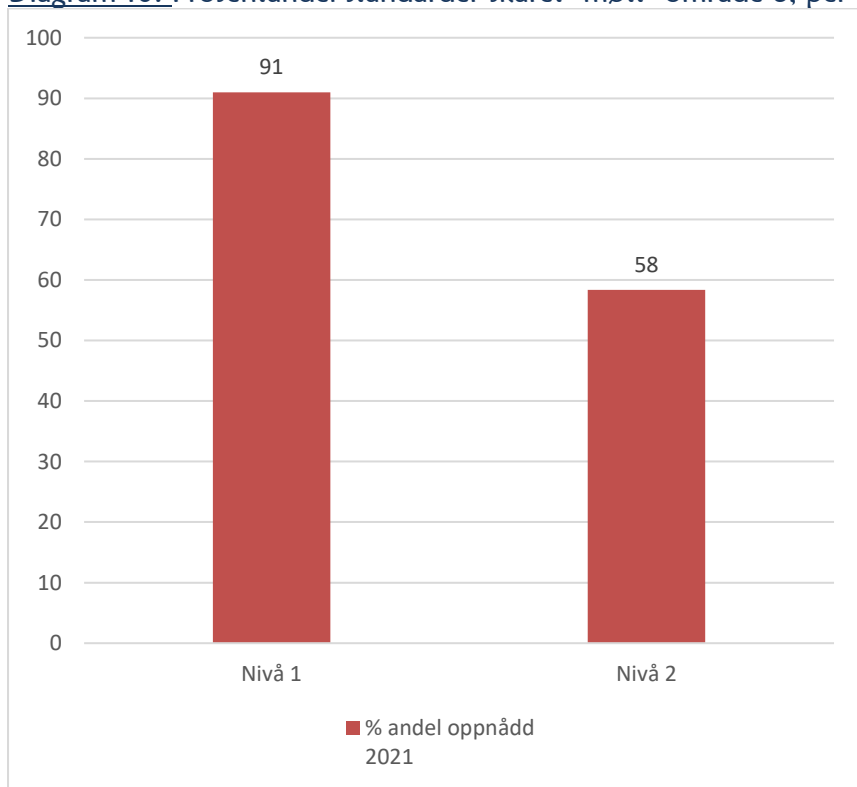
Tabell 14: Standarder 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt»/ »delvis møtt», område 5, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
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.
5.4.2	1	Pasienter og pårørende informeres muntlig og skriftlig, om aktuell medisiner, ønsket effekt, mulige bivirkninger og forsiktighetsregler. Samtykke blir innhentet og dokumentert.
5.3.3	3	Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte.

Område 6: Rettigheter og lovverk

Diagram 10 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for område 6, per nivå, i 2021.

Diagram 10: Prosentandel standarder skåret «møtt» område 6, per nivå, 2021.





Område 6 hadde 13 standarder i 2021; 12 på nivå 1, 1 på nivå 2 og 0 på nivå 3.

De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 91%, og lå således høyere enn standardoppnåelsen på område 6 (alle nivå) (88%).

Høyeste oppnådde standarder

Tabell 15 viser de standardene alle 12 enheter oppnådde/ skåret «møtt» på område 6 i 2021.

Tabell 15: Standarder alle 12 enheter oppnådde, område 6, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
6.1.1	1	Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene.
6.2.4	1	Enheter har raskt tilgang til tolketjeneste. Familiemedlemmer (eks. foresatt/søsken) eller personalet brukes ikke utenom nødsituasjoner.
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.
6.4.3	1	Ved risiko for gjentatt bruk av tvangsmidler (der pårørende skal ha informasjon), avtales det hvordan informasjonen skal gis.

Laveste oppnådde standarder

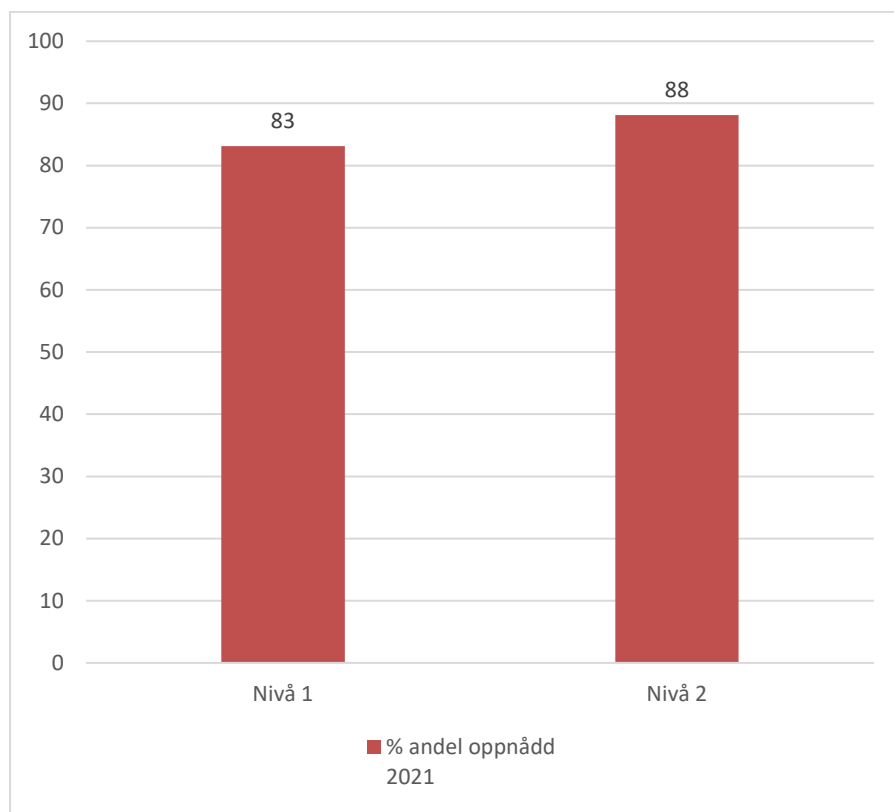
Ingen standarder på område 6 hadde 5 eller flere enheter skåret "ikke møtt" eller «delvis møtt».

Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Diagram 11 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for område 7, per nivå, i 2021.



Diagram 11: Prosentandel standarder skåret «møtt» område 7, per nivå, 2021.



Område 7 hadde 46 standarder i 2021; 39 på nivå 1, 7 på nivå 2 og 0 på nivå 3.

De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 83%, som var omtrent lik standardoppnåelsen på område 7 (alle nivå) (84%).

Høyeste oppnådde standarder

Tabell 16 viser de standardene alle 12 enheter oppnådde/ skåret «møtt» på område 7 i 2021.

Tabell 16: Standarder alle 12 enheter oppnådde, område 7, 2021.

Standard	Nivå	Beskrivelse
7.4.10	1	Det finnes prosedyre for opplæring i kartlegging og vurdering av suicidrisiko.
7.4.11	1	Det finnes prosedyre for kartlegging og vurdering av suicidrisiko (Dette er en "bør" i lovverket).
7.4.13	2	Det finnes skriftlige prosedyrer eller husregler for bruk av mobiltelefoner og internett.
7.4.15	1	Enheten har prosedyre for tilsyn og observasjon av pasienter (står "bør" i veileder).
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.



7.4.17	1	Prosedyre for ransaking og vedtak om gjennomgang av rom og eiendeler er tydelige.
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.
7.6.1	2	Enheten gjennomfører rutinemessig HMS-kartlegging i vernerunde, som er i tråd med foretakets overordnede HMS-plan.
7.6.3	1	Enheten har et avvikssystem og et system for implementering av forbedringsarbeid i HMS.
7.6.4	2	Enheten har årlig revisjon av HMS - handlingsplaner.

Laveste oppnådde standarder

Ingen standarder på område 7 hadde 5 eller flere enheter skåret "ikke møtt" eller «delvis møtt».

Nettverkets standardoppnåelse i forhold til spesifikke utfordringer

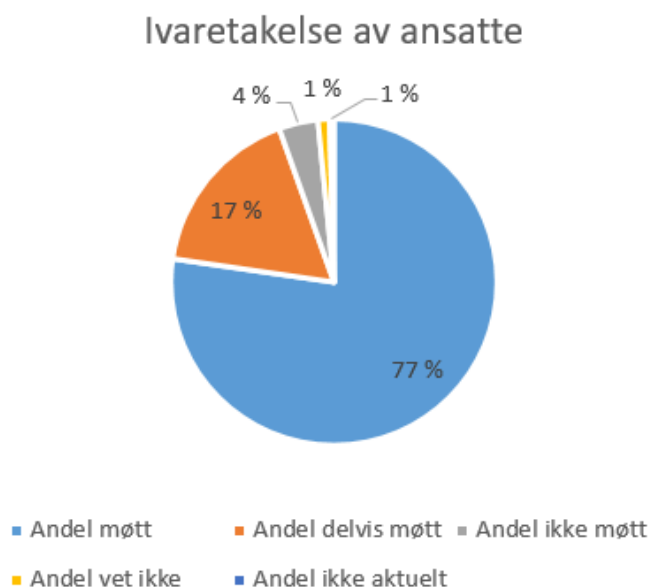
I 2018 ble det påpekt noen utfordringer som gikk igjen ved flere enheter. Dette var brukerinvolvering, ivaretagelse av ansatte gjennom tilfredsstillende kompetanseutvikling og faglig veiledning. Enhetenes mulighet for å påvirke bygningsmessige forhold ble også betvilt. Derfor valgte man å se nærmere på oppnåelse på standarder som berørte brukermedvirkning, bygningsmessige forhold, ivaretagelse av ansatte og skriftliggjøring av rutiner og informasjon til pasienter, pårørende og ansatte i 2019 og 2021. En ny utfordring i 2019 var innføringen av pakkeforløp og arbeidet med å forstå hvordan dette skulle påvirke de BUP akutte virksomhetene og deres arbeid. Derfor ble standardoppnåelse på standarder som berørte pakkeforløp også sett nærmere på i 2019 og 2020. Gjennomgangen av disse spesifikke utfordringene antydte at enhetene oppnådde tilnærmet lik grad av endring og forbedring på disse områdene som andre områder. Siden pakkeforløpsinnføring er nokså nytt, og ivaretagelse av ansatte ansees svært viktig, besluttet man å studere pakkeforløp og ivaretagelse av ansatte videre i 2021.

Ivaretagelse av ansatte

Det var 58 standarder (samme som i 2020, mot 40 standarder i 2019), som berører ivaretagelse av ansatte direkte, som ble inkludert.

Diagram 12 viser prosentandel standarder som berører ivaretagelsen av ansatte (alle nivå og områder) som ble henholdsvis skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell» i 2021.

Diagram 12: Prosentvis oppnåelse av standarder vedrørende ivaretakelse av ansatte



77% ble skåret møtt (likt som i 2020, mot 80% i 2019), 17% ble skåret delvis møtt (mot 18% i 2020 og 15% i 2019), 4% ble skåret ikke møtt (likt som i 2020 mot 5% i 2019), 1% ble skåret vet ikke (samme som i 2020 mot 0% i 2019) og 1% ble skåret ikke aktuelt (mot 0% i 2020 og 2019). Sammenlignet med total standardoppnåelse, kom ivaretakelse av ansatte ut med omtrent samme måloppnåelse (77 % mot 78 % totalt). Inntrykket fra KvIP besøk var at ansatte i stor grad blir ivaretatt, og at mange tiltak ble iverksatt for å ivareta ansatte under pandemien. Men, nettverket oppnådde ingen forbedring i resultat på dette feltet i 2021. Ansatte er de BUP akutte enhetenes viktigste ressurs, og ansees essensielt for kvaliteten på helsetilbudet. Ivaretakelse av ansatte bør derfor få vedvarende oppmerksomhet i nettverkets forbedringsarbeid.

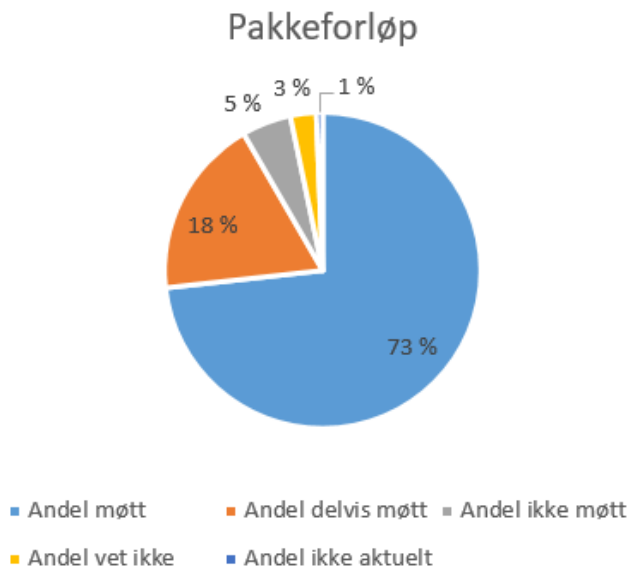
Pakkeforløp

Det var 38 standarder (mot 33 standarder i 2020 og 29 i 2019) som berører pakkeforløp direkte, som ble inkludert.

Diagram 13 viser prosentandel standarder som berører pakkeforløp (alle nivå og områder) som ble henholdsvis skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell» i 2021.



Diagram 13: Prosentvis oppnåelse av standarder vedrørende pakkeforløp



Av utvalgte utfordringer som er beskrevet i årets rapport, er det her vi finner lavest måloppnåelse. 73% ble skåret møtt (mot 70% i 2020 og 64% i 2019). 18% ble skåret delvis møtt (likt som i 2020 og mot 17% i 2019), 5% ble skåret ikke møtt (mot 9% i 2020 og 13% i 2019), 3% ble skåret vet ikke (samme som i 2020 mot 2% i 2019) og 1% ble skåret ikke aktuelt (mot 0% i 2020 og 4% i 2019). Sammenlignet med total standardoppnåelse, kom pakkeforløp ut med noe lavere oppnåelse (73% opp mot 78 % totalt). Flere enheter har jobbet med implementering av pakkeforløp, og selv om pakkeforløpene gradvis ser ut til å ha funnet sin form i klinikk, kan det se ut til at pakkeforløpenes anbefalinger ikke er så lett å sette raskt ut i BUP akutt arbeid.

Gjennomgangen av alle rapportene og resultatene for 2021 tydet i 2021, som i 2020, på at svært mange av kvalitetskravene for BUP akutt virksomhet er oppfylt. Året 2021 bekreftet det inntrykk man har hatt av at enhetene fremstår med god evne til å tilpasse seg nye anbefalinger, flyktige betingelser og krevende omstendigheter. De ansees å holde godt trinn med endringer i sine omgivelser, målgruppe, helsepolitiske føringer, juridiske krav og kunnskapsgrunnlag, til tross for omorganiseringer, pandemi og smittevern. Enhetene viste som tidligere, at de setter høye krav til seg selv og deler det de faktisk ikke får til.

BUP akutte enheters styrker og utfordringer fra et KvIP perspektiv

12 av 13 enheter delte opplysninger om sin enhet i 2021 som kan belyse enhetens styrker og utfordringer.

Gjennomsnittlig antall normerte sengeplasser for de 12 enhetene var 8,58. Minste antall normerte senger var 5 og flest antall senger var 14. Noen driftet bare akutt, andre hadde også elektive senger og intermediær funksjon. Noen hadde fleksible senger (som kan benyttes til både akutte og planlagte innleggelser). Flere enheter fungerte som eneste tilbud om institusjonsbehandling i sitt opptaksområde, andre hadde andre døgnenheter de kunne samarbeide med (som tok elektive/ lengre innleggelser). De fleste enhetene var samlokalisert med andre enheter for barn og unge eller voksne, og noen hadde også samdrift med sideliggende enheter. Fem enheter hadde eget psykiatrisk akuttmottak, med f.eks. eget mottaksrom, og egen vakt- og mottaksordning. Åtte enheter hadde egne, eller tilgang til, ambulante tjenester, med f.eks. tilbud om arenaflexibel oppfølging i utskrivelsesfasen. Elleve av enhetene rapporterte gjennomsnittlig liggetid gjennom



12 måneder. Samlet sett var gjennomsnittet 13,1 døgn, med medianverdi på 10,5. 12 enheter rapporterte beleggspersent gjennom 12 måneder. Samlet sett var gjennomsnittet 69,54%, med medianverdi på 67,76. Enhetene var gitt anledning til å rapportere liggetid og belegg fra selvvalgt periode. Noen oppga tall fra 2020, andre fra siste halvdel av 2020 og første halvdel av 2021, mens atter andre rapporterte fra «siste 12 måneder», som ble ulikt ettersom enhetens rapportering skjedde i forkant av enhetenes KvIP besøk. 10 enheter oppga at det foreligger planer for nytt bygg, sammenslåing med andre enheter, eller andre store forandringer. Av alvorlige eller viktige hendelser som påvirket driften i 2021 ble pandemirelaterte utfordringer, økning i antall henvisninger (bla. spiseforstyrrelser), krevende og langvarige innleggelses, samt problematikk og tvangsbruk knyttet til spiseforstyrrelser nevnt. Antall tvangsinnleggelses og antall tvangsvedtak varierte.

Tabell 17 viser gjennomsnittlig tvangsbruk siste 12 månedene, samt laveste og høyeste antall tvangsvedtak i hver vedtakskategori. Noen tvangsinnleggelses kan ha blitt underkjent og varighet varierte. Det var et lite antall pasienter som var knyttet til en stor andel av tvangsvedtakene, og flere oppga økt tvangsbruk knyttet til sondeernæring.

Tabell 17: Gjennomsnittlig tvangsbruk siste 12 månedene, og høyeste og laveste antall vedtak.

Tvangsbruk siste 12 mnd	Gjennomsnitt over 12 mnd	Laveste antall	Høyeste antall
Antall tvangsinnleggelses § 3-2	7,33	2	19
Antall tvangsinnleggelses § 3-3	6,08	0	15
Antall vedtak om skjerming § 4-3	6,00	0	16
Antall vedtak om ernæring uten samtykke § 4-4	5,83	0	34
Antall vedtak om tvangsbehandling med legemidler § 4-4	2,00	0	7
Antall vedtak om innskrenkinger med omverden §4-5	1,08	0	6
Antall vedtak om undersøkelse av rom, eiendeler samt kroppsvitasjon § 4-6	5,33	0	32
Antall vedtak om rusmiddeltesting § 4-7a	0,00	0	0
Antall vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler § 4-8a	6,58	0	38
Antall vedtak om korttidsvirkende legemiddel § 4-8c	3,50	0	32
Antall vedtak om kortvarig fastholding § 4-8d	175,75	7	983

Man kan se en stor variasjon i antall vedtak om tvang. Enhetene er preget av stor variasjon. Antall senger, type senger og type målgruppe varierer og bidrar til variasjonen man kan se i tvangsbruk.

Flere enheter i nettverket har ønsket en oversikt over bemannings situasjonen hos KvIP enhetene. At enhetene er preget av stor variasjon er også viktig å ha med seg når bemanningstall studeres. Noen hadde egne fagutviklere/ fagkoordinatorer i deltid- eller fulltidsstilling, andre hadde f.eks. lagt dette til enhetsleder/ ass. enhetsleder eller overlege. Noen oppga at ingen var tildelt ansvaret for enhetens fagutvikling.

Tabell 18 viser gjennomsnittlig bemanning og bemanningsratio, beregnet for de stillings- og bemanningskategorier hvor mer enn ti enheter rapporterte tall. Tabell 18 viser også laveste og høyeste antall stillinger i hver stillingskategori.

Tabell 18: Gjennomsnittlig bemanning, laveste og høyeste antall stillinger og bemanningsratio.

Stillingsstype	Gjennomsnitt	Laveste antall	Høyeste antall	Ratio (gj.snitt stillinger : gj.snitt antall senger)
Psykologspesialist	2,00	0	5	2,00:8,58
Psykolog	1,38	0	4	1,38:8,58
Barne- og ungdomspsykiater	1,83	0	3	1,83:8,58
Leger / LIS	1,50	0	3	1,50:8,58
Miljøterapeuter med videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	6,16	4	15	6,16:8,58
Vernepleier	2,42	0	8	2,42:8,58
Barnevernspedagoger	1,70	0	5	1,70:8,58
Andre, spesifiser	1,93	0	4	1,93:8,58
Miljøterapeuter uten videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	6,11	1	10	6,11:8,58
Vernepleier	3,43	1	9	3,43:8,58
Barnevernspedagoger	4,41	0	13,66	4,41:8,58
Andre, spesifiser	4,39	0	12	4,39:8,58
Lærer tilknyttet enhetens skoletilbud	3,08	0	6	3,08:8,58
Admin. konsulenter/sekretærer/ merkantilt ansatte	1,52	0	4	1,52:8,58
Andre stillinger med terapeutiske oppgaver. Spesifiser type (eks. klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, musikkterapeut, kunst- og uttrykksterapeut)	0,87	0	3,4	0,87:8,58
Grunnbemanning				
Grunnbemanning ukedag dagtid	6,50	4	12	6,50:8,58
Grunnbemanning ukedag kveldstid	6,17	4	12	6,17:8,58
Grunnbemanning ukedag natt	3,00	2	5	3,00:8,58
Grunnbemanning helg dagtid	4,50	2	7	4,50:8,58
Grunnbemanning helg kveld	4,58	2	7	4,58:8,58
Grunnbemanning helg natt	3,00	2	4	3,00:8,58

Omsorg til pasienter med spiseforstyrrelser og psykososer, terapeutisk konflikthåndtering, bedre organisering og samhandling, psykososialt arbeidsmiljø og implementering av faglige tilnærminger som Illness management Recovery (IMR), Dialektisk atferdsterapi (DBT) og Familiebasert terapi (FBT) sto i hovedfokus for mange av KvIP enhetenes forbedringsarbeid.

Smittevern og andre pandemi relaterte utfordringer påvirket mange, og skapte hindringer i forbedringsarbeidet. Høyt belegg, stort arbeidspress, lite tid, omorganiseringer og omstillinger skapte også hindringer for systematisk utviklingsarbeid. Mange enheter klarte å forankre KvIP arbeidet bredt og flerfaglig og hadde mange ansatte involvert i besøk i 2021. Det gir et godt utgangspunkt for videre samarbeid lokalt og nasjonalt, for kvalitetsfremmende arbeid krever nøye planlegging og involvering av alle parter. KvIP



besitter den fremste og mest klinikknære kompetanse på BUP akutt arbeid i Norge, og det eksisterer heldigvis fortsatt mye iver, engasjement og ønske om å jobbe systematisk sammen om kvalitetsforbedring i 2021.

Rådsleders refleksjon rundt betydningen av KvIP, og veien videre

Ønsket om å jobbe med kvalitet, for å opprettholde og forbedre behandlingstilbudet, er kjernen i arbeidet i KvIP. Det å ha en felles måte å gjøre det på, er et godt redskap og det oppleves støttende for enhetene som deltar. Nå har vi holdt på med dette siden 2015, og det har utviklet seg en god kultur i nettverket hvor vi støtter hverandre og er positivt nysgjerrige.

Også i 2021 har pandemien lagt sterke føringer og begrensninger for vår aktivitet, som er de fysiske besøkene. Vi har derfor fortsatt med digitale besøk i hele 2021.

Mange av enhetene har under pandemien opplevd økt pågang, særlig av pasienter med spiseforstyrrelser. KvIP-besøkene har vært en mulighet for å dele erfaringer og forslag om hvordan de ulike enhetene har håndtert dette og hvordan tilbudet og organisering utvikles.

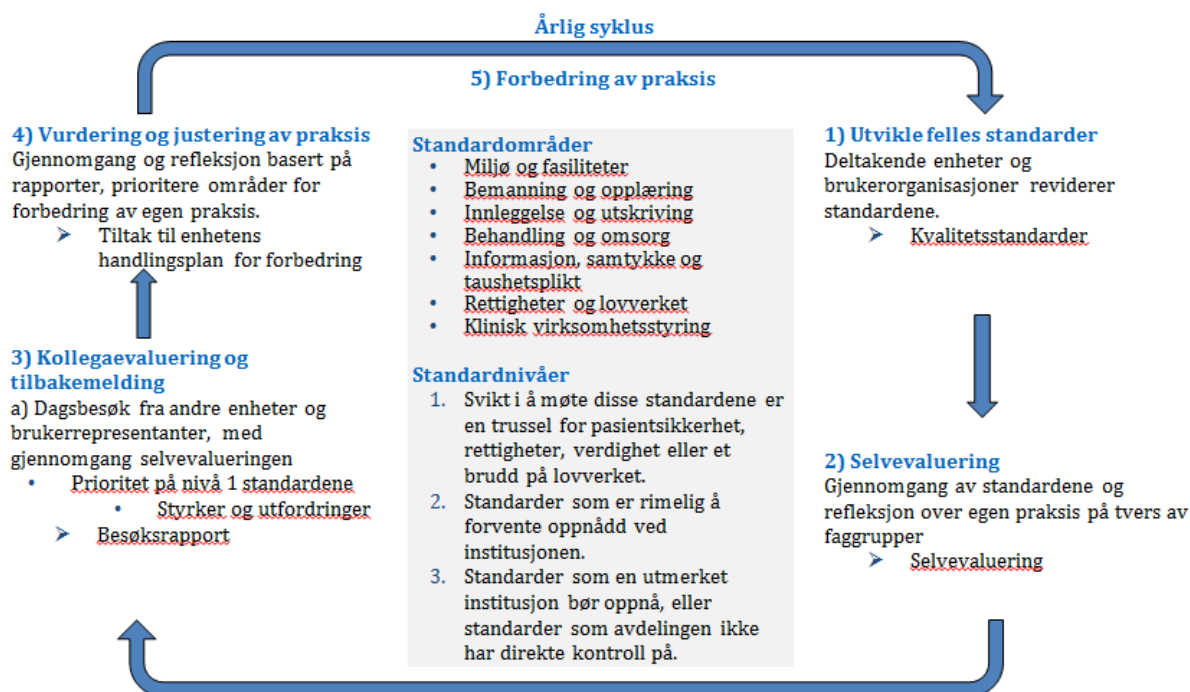
KvIP håper å kunne fortsette rekrutteringen av nye medlemmer i 2022. Vi tenker også at vi, som representerer store deler av akutttilbudet i psykisk helse for ungdom, kan bli en relevant bidragsyter i utviklingen av dette fagfeltet.



Tarje Tinderholt, Rådsleder i KvIP, fagutvikler,
Akutt døgnbehandlingsenhet, Oslo Universitetssykehus

Vedlegg 1: En synliggjøring av årssyklus

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





Vedlegg 2: Dagsplan for digitale KvIP besøk

Dagsplan digitale KvIP besøk 2021

Dagen før: Besøkslunsj med testing av teknisk utstyr

Møterom	Kl.	Program
Norsk Helsenett/Join https://join.nhn.no/ Møteroms ID: 716175	11.30 – 12.30	<ul style="list-style-type: none">- Vertsenhet og besøksteam sjekker at lyd og bilde fungerer tilfredsstillende.- De som strever med teknisk utstyr kontakter lokal IT support eller Ahus brukerstøtte på 32 81 52 85 (Åpningstider: 08:00-15:30).- Alle presenterer seg kort.- Besøksleder sjekker at alle i besøksteam har sendt taushets- og lojalitetserklæring til kontaktperson v/ vertsenhet på epost.- Besøksteam planlegger intervju med pas/pårørende. Intervjuene foregår parallelt i tid neste dag:<ul style="list-style-type: none">- Hvem i besøksteamet skal intervju pasient? (2 stk.)- Hvem i besøksteamet skal intervju pårørende? (2 stk.)- Husk å ikke sende synspunkter fra intervju med pas/pårørende til besøksleder på epost. Det holder å formidle hvilket inntrykk man sitter igjen med i det oppsummerende møtet med besøksteamet på slutten av besøksdagen.- Vertsenhet skal sette opp intervju med pasient og pårørende i Whereby eller i et sensitivt møterom i løsningen Norsk Helsenett/Join. Ikke flytt intervjuet til annen løsning.- Sjekk at vertsenhet vet hvem som skal inviteres og har riktig epost til de som skal delta i intervjuene.



Den digitale besøksdagen:

Møterom	Kl.	Program
Norsk Helsenett/Join https://join.nhn.no/ Møteroms ID: 716175 (Benyttes hele dagen bortsett fra under intervju med pasient/pårørende)	08.30-09.00	Besøksteamet avholder eget møte <ul style="list-style-type: none"> - Sjekk at alle har signert og sendt inn Taushets- og lojalitetserklæring til kontaktperson v/ vertsenhet på epost - Avklar roller og oppgaver; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hvem skal fungere som sekretær under besøksdagen? ➤ Hvem kan assistere besøksleder med chatten? ➤ Hvem skal lede og hvem skal være sekretær under intervju med pasient? Fint om brukerrepr. i besøksteam leder intervjuet (benytter intervjuguide) og har med sekretær fra besøksteamet. ➤ Hvem skal lede og hvem skal være sekretær under intervju med pårørende? Fint om brukerrepr. i besøksteam leder intervjuet (benytter intervjuguide) og har med sekretær fra besøksteamet.
	09.00-09.30	Oppstartsmøte <ul style="list-style-type: none"> - Kort presentasjon av vertsenhet og besøksteam - Gjennomgang av «møteregele»; Skru av lyden når man ikke snakker, chatten benyttes til å rekke opp hånda m.m. - Besøksleder sjekker om pasienter og pårørende stiller til intervju, samt om deres samtykker er signert. - Få bekreftelse fra de som skal delta i intervju med pasient/pårørende at de har mottatt invitasjon til sensitivt rom satt opp av vertsenheten. - Besøksleder gir en <u>kort</u> innledning, målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen - Besøksteamet gir en <u>kort</u> introduksjon av egne enheter - Vertsenheten gir en introduksjon av enheten og orienterer om hovedsatsinger siste året, hva de har oppnådd, hvilke hindringer de har møtt m.m.
	09.30 – 09.45	Pause
		Drøfting og erfaringsutveksling knyttet til fokusområder og tema som vertsenheten har meldt inn med ledere og nøkkelpersonell (2-8 stykker) Vertsenheten avslutter besøksdagen etter dette.



	11.30 – 12.00	Lunsj
Vertsenhet setter opp dette møtet	12.00 – 13.00	Intervju med én pårørende og en pasient
	13.00 – 13.15	Pause
	13.15 - 14.15	Besøksteamet avholder eget møte <ul style="list-style-type: none">- Oppsummering av intervju med pasient og pårørende.- Oppsummering av dagen og erfaringsutvekslingene. Hva er vertsenhetens styrker, utfordringer? Hva er besøksteamets forslag til løsninger?- Oppsummering og refleksjon rundt hva man selv har lært/ tar med seg fra dagen.- Planlegging av rapportskrivning.- Besøksleder får tilbakemelding på ledelsen av den digitale besøksdagen.



Vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område

Diagrammene V3.1 til V3.7 under viser andel i prosent av alle standarder i hvert område som er skåret henholdsvis «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell» i 2021.

Diagram V3, 1: Standardoppnåelse område 1 - Miljø og fasiliteter

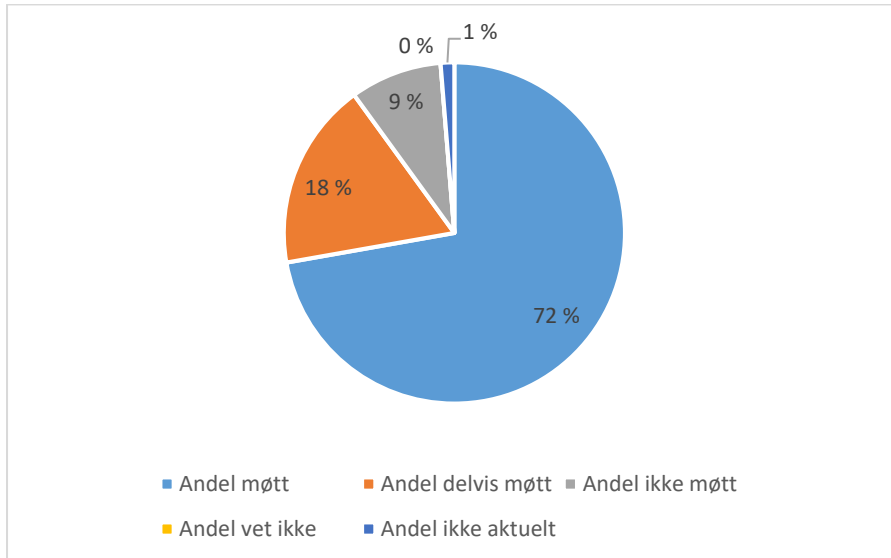


Diagram V3, 2: Standardoppnåelse område 2 - Bemanning og opplæring

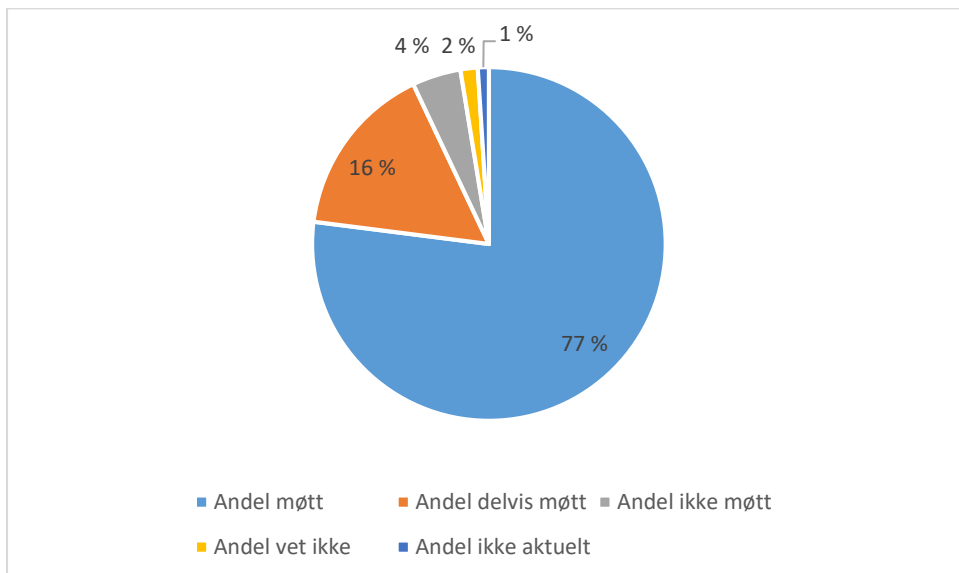




Diagram V3, 3: Standardoppnåelse område 3 - Innleggelse og utskrivning

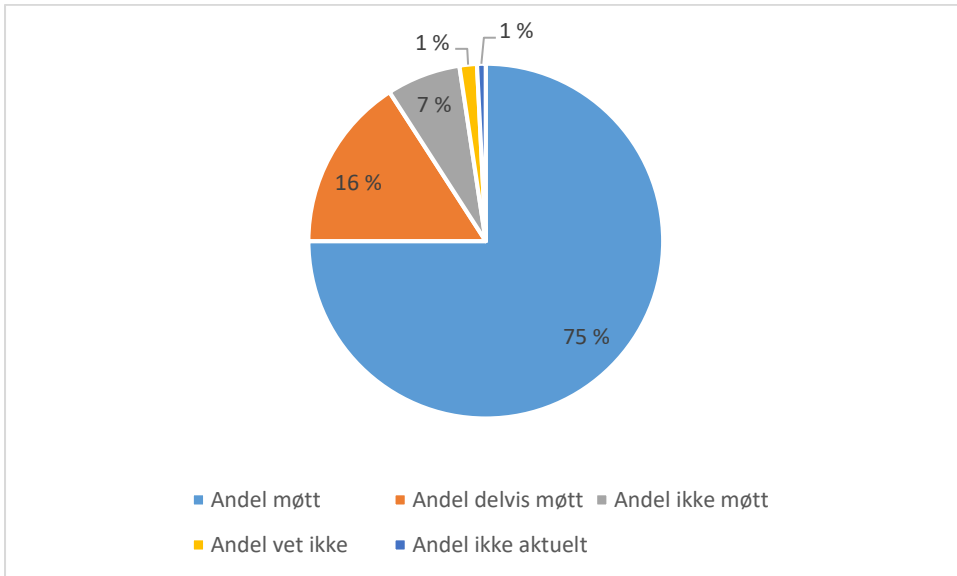


Diagram V3, 4: Standardoppnåelse område 4 - Behandling og omsorg

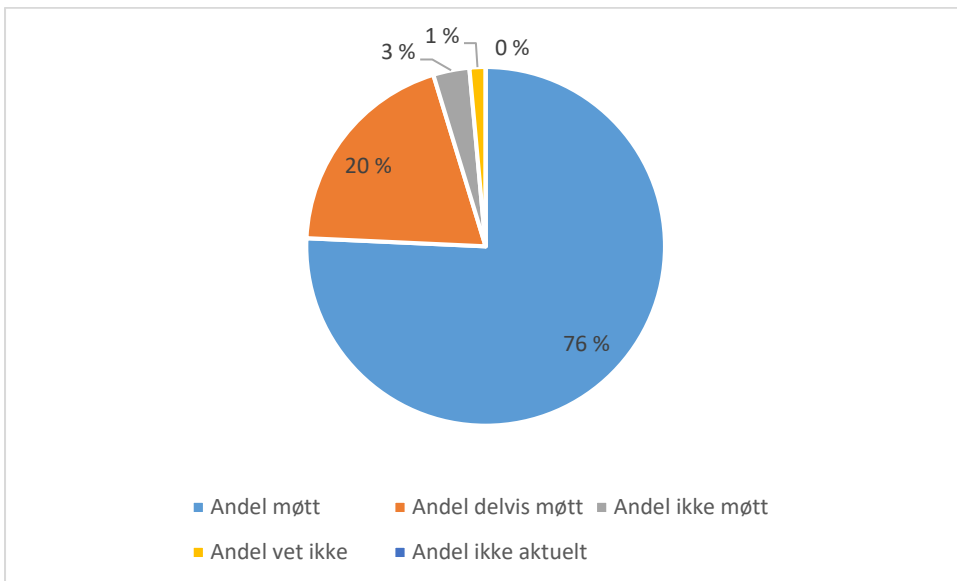




Diagram V3, 5: Standardoppnåelse område 5 - Informasjon, samtykke og taushetsplikt

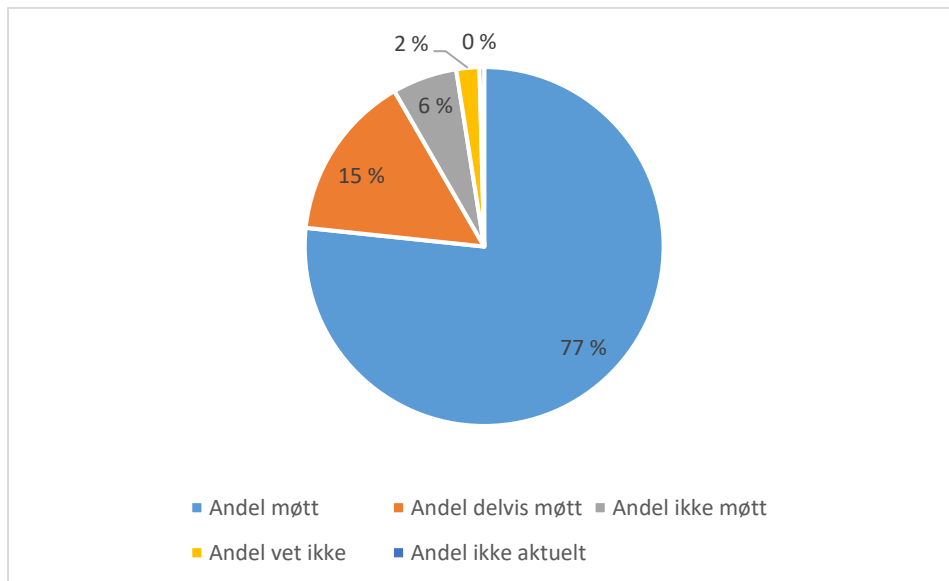


Diagram V3, 6: Standardoppnåelse område 6 - Rettigheter og lovverk

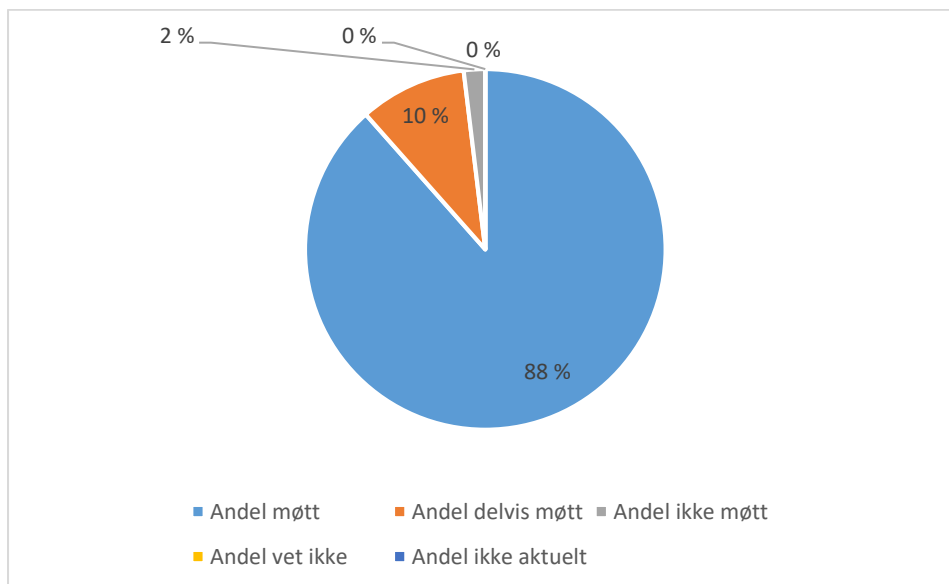




Diagram V3, 7: Standardoppnåelse område 7 - Klinisk virksomhetsstyring

