

# Årsrapport 2023



Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern

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



**Rapportforfattere:** Aleksandra E. Isham, prosjektmedarbeider KvIP, Kari E. A. Lorentzen, nettverksleder KvIP, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Akershus Universitetssykehus HF (Ahus)

**Bidragstere:** Mathea Fretheim Walle & Bodil Skiaker, prosjektmedarbeidere KvIP, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus.

**Dato:** 12.04.2024

**Referanse:** Isham, A.E & Lorentzen, K.E.A (2024). *Årsrapport 2023 KvIP*. Akershus Universitetssykehus HF. <https://www.akuttnettverket.no/prosjekter/arsrapporter-for-kvip>

**Henvendelser vedrørende rapporten rettes til:** [Kvip@ahus.no](mailto:Kvip@ahus.no)



## Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUKSJON</b> .....	<b>7</b>
HVA ER KVIP? .....	7
ORGANISERINGEN AV KVIP .....	9
DELTAKENDE ENHETER .....	11
OM ÅRSRAPPORTEN .....	11
<b>KVIPS VIRKSOMHET 2023</b> .....	<b>12</b>
ØKONOMI .....	12
OPPSTARTSMØTE .....	12
BESØKSLEDERSAMLING .....	12
BESØK .....	12
RÅDETS ARBEID .....	12
ÅRSMØTE .....	13
UTVIKLING OG FORBEDRING AV KVIP .....	14
SØKNADER .....	14
PROSJEKTER .....	14
FORMIDLING, PRESENTASJONER, DELTAKELSE PÅ SEMINARER OG KONFERANSER .....	14
<b>OVERSIKT OVER STANDARDSETTET 2023</b> .....	<b>16</b>
<b>RESULTATER 2023</b> .....	<b>16</b>
NETTVERKETS TOTALE STANDARDOPPNÅELSE 2023 .....	16
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE INNENFOR HVERT STANDARDOMRÅDE 2023 .....	17
OMRÅDE 1: MILJØ OG FASILITETER .....	17
OMRÅDE 2: BEMANNING OG OPPLÆRING .....	20
OMRÅDE 3: INNLEGGELSE OG UTSKRIVELSE .....	22
OMRÅDE 4: BEHANDLING OG OMSORG .....	24
OMRÅDE 5: INFORMASJON, SAMTYKKE OG TAUSHETSPLIKT .....	26
OMRÅDE 7: KLINISK VIRKSOMHETSSTYRING .....	30
AVSLUTTENDE KOMMENTARER OM STANDARDOPPNÅELEN I 2023 .....	32
<b>OPPLYSNINGER OM KVIP-ENHETENE</b> .....	<b>32</b>
KAPASITET OG ORGANISERING .....	32
ANTALL INNLEGGELSER, BELEGG OG LIGGETID .....	33
VIKTIGE HENDELSER, UTFORDRINGER, FORBEDRINGSARBEID OG PROSJEKTER .....	33
TVANGSVEDTAK .....	34
BEMANNING .....	35
AVSLUTTENDE KOMMENTARER OM BUP AKUTTE ENHETERS LIKHETER OG FORSKJELLER .....	36
<b>RÅDSLEDERS AVSLUTTENDE REFLEKSJONER</b> .....	<b>37</b>
<b>VEDLEGG 1: EN SYNLIGGJØRING AV FORBEDRINGSPRAKSIS</b> .....	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 2: DAGSPLAN FOR KVIP BESØK 2023</b> .....	<b>39</b>
<b>VEDLEGG 3: NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE</b> .....	<b>42</b>



## Forord

I 2023 var alle 17 BUP akutte enheter i Norge med i KvIP. Sammen med brukerorganisasjonene Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU) nådde vi dermed målet om å bli et komplett nasjonalt nettverk for kvalitetsforbedrende samarbeid. I tillegg til vår faste aktivitet, som innebærer at fagansatte og brukerrepresentanter besøker andre enheter for å reflektere over praksis, jobbet vi med to prosjekter vi er stolte av. Det ene er et bokprosjekt for barn og unge om tvang, i samarbeid med Nordlandsforskning og MHU. Det andre er et filmprosjekt der det ble utviklet korte animasjonsfilmer om barn og unges rettigheter under døgninnleggelse, i samarbeid med Sykehuspartner.

En stor takk for innsatsen i 2023 rettes til alle involverte:

- Team fagutvikling, v/ prosjektmedarbeider PhD Aleksandra Eriksen Isham, prosjektmedarbeider Jorunn M. Rørvik og forskningskoordinator Bodil Skiaker, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus
- 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)
- MHU v/ sentralstyremedlem Aleksandra Lønøy og 1.vara i sentralstyret Marta Engevik Fjæreide
- VfB v/ avdelingsleder Karin Källsmyr og frivillige varaer Marita Sæth og Kjell Amundsen
- Alle KvIP enheters kontaktpersoner, ledelse, ansatte, pasienter og pårørende
- Alle lokale brukerrepresentanter ved KvIP enhetene



Kari Evelin Arellano Lorentzen,

Nettverksleder KvIP, Psykologspesialist, spesialrådgiver,

Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus



Det å få lov å være brukerrepresentant inn i KvIP nettverket fra Voksne for Barn, har for min del vært svært givende og lærerikt. Gjennom de årene jeg har vært med, har jeg sett enheter som jobber på tvers for å kvalitetssikre sine tjenester i møte med barn og unge og deres familie på en best mulig måte.

Jeg har dessverre ikke selv fått deltatt fysisk på KvIP besøk, som er en del av den årlige runden hver enhet har fysisk. Men, under pandemien der alt ble gjort digitalt holdt jeg et intervju med et foreldrepar som hadde sitt barn i behandling. Det å få innblikk i de utfordringer og tilbakemeldinger de hadde etter møtet med behandlingstedet, ga en ny vinkling enn å kun høre ansattes tilbakemelding på deres oppnåelse på standardene som et verktøy for kvalitetssikring av tjenestene. Det at besøksteamene i KvIP både har intervju med barn og unge og pårørende, ser jeg på som svært viktig for å nettopp kunne kvalitetssikre tjenestene fra de som er brukerne. Jeg håper derfor at hver enhet jobber aktivt for å få flest mulig intervjuobjekter til besøksteamet som kommer for sin årlige runde neste år. Særlig viktig tenker jeg det er å få tilbakemeldinger fra barn og unge, som er de som ytes hjelp til og som kan sitte inne med nyttig informasjon på egen opplevelse av hjelpen de mottar. For tjue år siden var jeg en av de unge som var i behov for hjelp over lengre tid ved en barne- og ungdomspsykiatrisk enhet, og min vei gjennom livet har nok gjort at mitt engasjement for denne gruppen ligger mitt hjerte nært.

Jeg har ellers satt stor pris på de nasjonale samlingene i Akuttnettverket der akutteneheter er samlet og som rundes av med et rådsmøte i KvIP. Der får vi både mye faglig påfyll og inspirasjon til veien videre. Viktigheten av at enheter og profesjoner møtes på tvers og får delta i drøfting gir også et løft i arbeidet med barn og unges psykiske helse, da en enhet kan ha mer faglig tyngde på et spesifikt område som deles, og kommer andre enheter og brukerne av hjelpeinstansene til nytte. Jeg ser frem mot et nytt år i KvIP nettverket og er klar for å jobbe for at barn og unges stemmer løftes frem gjennom mitt bidrag inn som brukerrepresentant fra Voksne for Barn.



Marita Sæth,

Frivillig i VfB, vara KvIP rådet



## Sammendrag

KvIP er et nasjonalt læringsnettverk for akuttenheter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Samarbeidet er organisert som en fast aktivitet under Akuttnettverket. KvIP opererer med felles kvalitetsmål. Målene formuleres som kvalitetsstandarder. Standardene er inndelt i syv områder som omhandler ulike deler av virksomheten ved en BUP akutt enhet. Standardene er kategorisert i tre nivåer av viktighet. Alle deltakende enheter evaluerer egen virksomhet etter disse standardene og drøfter forbedringstiltak i årlige KvIP besøk ved enhetene.

I 2023 ble alle nettverkets aktiviteter gjennomført i tråd med nettverkets årlige syklus, som inkluderte digitalt oppstartsmøte, digitale besøksledersamlinger, besøk til alle deltakende enheter, rådsmøter og årsmøte. Nettverket og nettverksledelsen søkte også å forbedre flere samarbeidsprosesser og aktiviteter. Utvikling og drift av nettverket (som inkluderte to nye enheter) fungerte godt med utvidet ledelse og etablering av en prosjektgruppe for KvIP v/ Ahus.

I 2023 ble 78% av standardene skåret «møtt» (mot 81% i 2022), 16% ble skåret «delvis møtt» (mot 13% i 2022), og 4% ble skåret «ikke møtt» (samme som i 2022). 1% av standardene ble skåret henholdsvis «vet ikke» og «ikke aktuelt» (samme som i 2022). Mange av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene. Samtidig var det også en del standarder som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter.

Flere enheter rapporterte om viktige eller alvorlige hendelser som kan ha påvirket driften ved enheten deres. Dette inkluderte blant annet bruk av tvang og andre utfordringer knyttet til spiseforstyrrelsesproblematikk, utfordringer knyttet til pasienter med emosjonell ustabilitet og ivaretagelse av pasienter og personale i forbindelse med alvorlig vold og drapstrusler. I tillegg nevnte enhetene utfordringer knyttet til blant annet økonomiske problemer, perioder med høyt belegg, sykefravær, utskiftninger og høy bruk av innleievikarer. Innføring av Helseplattformen ble også nevnt som utfordrende av de som ble berørt av det.

I 2023 var fokusområdene i enhetenes forbedringsarbeid blant annet innføring av tvang- og voldsreducerende tiltak, forbedringsarbeid knyttet til pasientbehandling, involvering av pasient og pårørende, og veiledning og ivaretagelse av pårørende. Bygningsmessige forhold ble også nevnt, og ti enheter hadde planer for flytting, nybygg, ombygging eller andre bygg relaterte endringer.



## Introduksjon

### Hva er KvIP?

KvIP er et nasjonalt læringsnettverk for akuttenheter 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 i spesialisthelsetjenesten. Akuttnettverket er organisert under Ahus og ledes av forsker/psykologspesialist, PhD Johan Sigveland ved Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU.

### 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 kvalitetsforbedringscyklus. Akuttnettverket besluttet derfor i 2018 at KvIP skulle videreføres. Gerd H. Mariniusson ledet nettverket i 2018. Siden 2019 har det vært ledet av Kari E. A. Lorentzen. Ingen enheter har forlatt nettverket siden oppstart, og fra 2023 er alle enheter med i det som har blitt et komplett nasjonalt nettverk.

### Metodikk

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

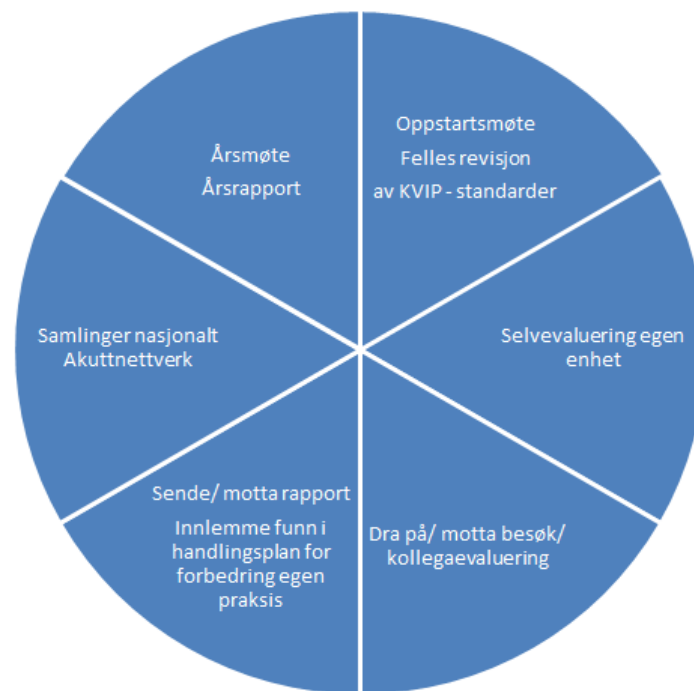
Det anvendes to tilnærminger til kvalitetsforbedring: Læringsnettverk og Forbedringsmodellen. Sentralt i dette arbeidet er at KvIP-enhetene blir enige om felles kvalitetsmål som formuleres som kvalitetsstandarder. Gjennom året jobbes det med å implementere tiltak og følge opp disse kvalitetsstandardene,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

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 vertsenheten selv i hvor stor grad den oppfyller kvalitetsstandardene. Under besøket bidrar fagansatte og brukerrepresentanter i besøksteamet med å tydeliggjøre velfungerende sider av driften, samt evaluere, drøfte og finne løsninger på utfordringer vertsenheten måtte ha (se diagram 1: Årssyklus i KvIP).



Diagram 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, i kombinasjon med drøfting under besøk, vurderer hver KvIP-enhet sin oppnåelse på de ulike standardene 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 fra andre enheter 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.

Besøksteamet skriver en rapport fra besøket. Den oversendes til enheten innen tre uker etter besøket. Besøksrapporten kan benyttes i utvikling av enhetens handlingsplaner for kvalitetsforbedring, 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. Årsrapporten oppsummerer også årets resultater og KvIP enhetenes trekk, slik som likheter, forskjeller, styrker og utfordringer.

Se vedlegg 1: En synliggjøring av forbedringspraksis

### Organiseringen av KvIP

KvIP er organisert med en nettverksledelse og et faglig råd. Nettverksledelsen består av ansatte fra forskningsgruppen Behandlings- og evalueringsforskning psykisk helse og avhengighet, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus.

Nettverksledelsens ansvar er å koordinere alle aktiviteter og besøk, lede prosjekter, samt planlegge og avholde nettverkets årlige møter.

I 2023 bestod nettverksledelsen av:

<b>Kari E. A. Lorentzen</b>	Nettverksleder KvIP, psykologspesialist, spesialrådgiver		<b>Aleksandra E. Isham</b>	Prosjektmedarbeider, Phd	
<b>Jorunn M. Rørvik</b>	Prosjektmedarbeider, spesialrådgiver		<b>Bodil Skiaker</b>	Prosjektmedarbeider	
<b>Johan Siqveland</b>	Leder Akuttnettverket, forsker/psykologspesialist, PhD				



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 2023 var rådsmedlemmene:

<b>Tarje Tinderholt</b>	Fagutvikler OUS, rådsleder		<b>Magnus Sjøstrand</b>	Psykologspesialist Sykehuset Østfold	
<b>Ingvild Brunborg Morton</b>	Seksjonsoverlege, Helse Bergen		<b>Sonja Grønås</b>	Seksjonsleder St. Olavs hospital	
<b>Marthe Austvik</b>	Ass. enhetsleder, Nordlandssykehuset		<b>Sindre Vevle</b>	Koordinator, miljøterapeut, Sykehuset Vestfold	
<b>Karin Källsmyr</b>	Avdelingsleder VfB, brukerrepresentant		<b>Aleksandra Alice Lønøy</b>	Barne- og ungdomsarbeider, sentralstyremedlem i MHU	
<b>Marita Sæth</b>	Frivillig i VfB, vara KvIP rådet		<b>Marta Engevik Fjæreide</b>	Sentralstyremedlem i MHU, vara KvIP rådet	
<b>Kjell Amundsen</b>	Frivillig i VfB, vara KvIP rådet				



## Deltakende enheter

I 2023 deltok 17 enheter i KvIP. Sykehuset Telemark og Helse Nord Trøndelag var nye deltakende enheter. Tabell 1 viser enhetene som deltok i 2023 og året de ble med i KvIP.

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

Helseforetak	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sykehuset Østfold	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oslo universitetssykehus	x	x	x	x	x	x	x	x	x
St. Olavs hospital	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Møre og Romsdal	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Fonna		x	x	x	x	x	x	x	x
Sykehuset Innlandet		x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Bergen			x	x	x	x	x	x	x
UNN			x	x	x	x	x	x	x
Sykehuset i Vestfold			x	x	x	x	x	x	x
Vestre Viken				x	x	x	x	x	x
Akershus universitetssykehus					x	x	x	x	x
Nordlandssykehuset					x	x	x	x	x
Helse Stavanger					x	x	x	x	x
Sykehuset Sørlandet								x	x
Helse Førde								x	x
Helse Telemark									x
Helse Nord-Trøndelag									x
<b>Totalt antall enheter</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>17</b>

## Om årsrapporten

Årsrapporten er den niende i rekken siden oppstart av KvIP. 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 møtes med omsorg, konfidensialitet og respekt. Slik ønsker KvIP at enhetene 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 Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus, Akuttnettverket, VfB, MHU, de deltakende enhetene og deres helseforetak.

Årsrapporten gir:

- en introduksjon til KvIP (over)



- en beskrivelse av KvIPs 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 likheter og forskjeller fra et KvIP perspektiv
- rådsleders avsluttende refleksjoner rundt betydningen av KvIP og veien videre

## KvIPs virksomhet 2023

### Økonomi

Kostnadene til nettverksarbeidet ble fordelt mellom Akuttnettverket og de deltakende enhetene. Akuttnettverket dekket kostnadene til nettverksledelse (25% leder og ca. 40% prosjektstøtte), møtelokaler og servering v/ møter, og utgifter knyttet til brukerrepresentasjonen i rådet. I 2023 utgjorde kostnadene dekket av Akuttnettverket kr. 49 676 (lønnsutgifter ledelse/stab ekskludert). Det var mindre enn foregående år pga. mindre reiser/møteaktivitet. Enhetene dekket egne kostnader til reise og opphold i forbindelse med møter og besøk til andre enheter (inkl. utgifter knyttet til middag og lunsj, frikjøp av ansatte under besøk og kostnader til lokale brukerrepresentanter). Enhetenes utgifter utgjorde antakelig ca. kr. 100 000 per enhet, men varierer litt fra år til år.

### Oppstartsmøte

Årets oppstartsmøte ble avholdt digitalt den 25.01.23, med 25 deltakere. I forkant hadde alle enheter fått anledning til å vurdere hele standardsettet og melde inn tre forslag til endringer. Disse ble sammenstilt og gjennomgått på nytt. I møtet ble 15 endringsforslag fra områdene 1,2,3 og 7 diskutert. Flere endringer foreslått av enhetene ble godkjent av nettverket. Noen standarder ble tatt videre, drøftet og besluttet i rådet.

### Besøksledersamling

Digital besøksledersamling ble gjennomført 17.02.23 og 31.08.23 for å lære opp og trygge besøksledere på besøk. Gjennomføring av besøk, og hvordan besøksledere best kan forberede og organisere seg før, under og etterpå, ble adressert. Rådsleder Tarje Tinderholt (OUS), besøksleder Sonja Grønås (St. Olav) og besøksleder Magnus Sjøstrand (Sykehuset Østfold) delte erfaringer, tips og råd.

### Besøk

I 2023 ble det gjennomført 17 fysiske KvIP besøk. Under besøkene ble tema av betydning for vertsenhetens forbedringsarbeid drøftet, og intervju avholdt med pasienter, pårørende og ansatte for å få et overordnet inntrykk av tjenesten.

Se vedlegg 2: Dagsplan digitale og fysiske besøk.

### Rådets arbeid

Rådet i KvIP hadde fire møter i 2023. Viktigste fokus for møtene var:

- Revisjon av KvIP standardene
- Hvordan best gjennomføre digitalt oppstartsmøte med revisjon av standardsettet
- Videreutvikling av KvIP (med ønske om flere felles prosjekter)
- Pågående prosjekter (ANIMAF, bokprosjekt)
- Søknad om midler til Norges Forskningsråd i samarbeid med FHI til å utvikle et system for å innhente pasienter og pårørendes erfaringer systematisk



- Mulighet for utvidet rapportering om tvangsbruk i skjemaet «Opplysninger om enheten»
- Revisjon av dagsplanen for KvIP besøk
- Rekruttering av pasienter og pårørende til intervju, for å styrke deres stemmer på besøksdagene

### Årsmøte

Årsmøte ble avholdt 29.11.2023 på Radisson Red Airport Hotel, Gardermoen med totalt 33 deltakere. Nettverksleder Kari E.A. Lorentzen og rådsleder Tarje Tinderholt oppsummerte årets KvIP aktiviteter, prosjekter og rådets arbeid i 2023. Revisjon av KvIP standarder og KvIP besøk i 2024 ble drøftet og planlagt. Det ble vektlagt at i 2024 må alle stille med en besøksleder (opplæring gis). Videre har alle enheter ansvar for å forsøke å erstatte eventuelle deltakere som melder fravær til besøk. To lokale brukerrepresentanter etterstrebes på alle besøk, og det kan være fordelaktig om disse knyttes mer aktivt til enheten som brukermedvirkere over tid.

Nytt råd for 2024 ble innstilt:

Tarje Tinderholt og Magnus Sjøstrand var de eneste nominerte og fortsatte som medlemmer i rådet i en ny periode. Tarje Tinderholt ble takket for 5-årig innsats som rådsleder. I etterkant av årsmøtet stilte han som rådsleder for en ny periode.

Heidi Svendsen Tessand, Utvalgsmedlem NOU, Utviklingsleder Stillasbyggerne, Ahus delte de viktigste anbefalinger fra rapporten «NOU 2023: 24 Med barnet hele vegen». Rapporten ble utarbeidet på bakgrunn av utfordringer i samhandling mellom helsetjenestene og barnevernstjenestene; og med fokus på normalitet, kontinuitet i omsorg, barnas behov og ressurser.

Kristine Misvær Stenbeck og Jin Marte Øvreeide, seniorrådgivere, avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet presenterte «Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus». Forløpet er utarbeidet med bakgrunn i at barn som mottar hjelp fra barnevern har større forekomst av helseplager. Målet for forløpet er at barn i barnevernet blir kartlagt og utredet ved behov, slik at de får nødvendig helsehjelp med fokus på forebygging, god hjelp til riktig tid og samhandling mellom barnevernstjenestene og helsetjenestene. Det ble felles refleksjon rundt hvordan man kan fremme godt samarbeid mellom barnevernet og BUP akuttfeltet slik at barn i barnevernet får nødvendig helsehjelp.

KvIP medarbeider Aleksandra E. Isham presenterte resultatene fra årets selvevaluering av kvalitetsstandardene (se under). Noen av resultatene ble kommentert og drøftet. Tema og forhold som ble ansett som viktig for neste års revisjon av standardene ble også drøftet.

Rådsmedlemmer Marthe Austvik, ass. enhetsleder Nordlandssykehuset og Sindre Vevle, koordinator, Sykehuset i Vestfold inviterte til refleksjon rundt hvordan pasienter og pårørendes deltakelse på KvIP besøk kan fremmes. Følgende muligheter ble bl.a. skissert: etterstrebe å ha med to brukerrepresentanter på besøk (sånn at intervju med pårørende og pasienter kan gjennomføres samtidig), gjennomføre alle intervju parallelt etter lunsj (lettere for pasienter og pårørende som er skrevet ut å komme sammen inn til intervju), tilby individuelle intervju på telefon (samme tid eller i forkant av besøk) av besøksleder/ fagansatte i besøksteam, gi kortfattet/ mer engasjerende informasjon før samtykket, være ute i god tid og ta utgangspunkt i pasienter man vet skal komme inn (elektive), informere om intervju på informasjonstavle i miljøet i god tid før besøket.



## Utvikling og forbedring av KvIP

Nettverket og nettverksledelsen forbedret flere samarbeidsprosesser og aktiviteter. Følgende tiltak ble gjennomført for å videreutvikle KvIP i 2023:

- Nyhetsbrev ble sendt ut jevnlig for å opprettholde kontakten og sikre informasjonsflyten i nettverket.
- 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 tilgjengelig.
- Nettverksleder hadde fortløpende dialog med Personvernombudet v/ Ahus for å sikre at KvIP til enhver tid gjennomførte sine aktiviteter i tråd med krav og retningslinjer.

## Søknader

- I samarbeid med Folkehelseinstituttet ble det søkt Norges Forskningsråd om midler til å utvikle skjema for innhenting av pasienter og pårørendes erfaringer med innleggelse.

## Prosjekter

To prosjekter ble videreført i 2023:

- ANIMAF - animasjonsfilm om barn og unges rettigheter under døgninnleggelse, i samarbeid med Ahus sin eksterne leverandør av prosjektjenester; Sykehuspartner.
- Bokprosjekt for barn og unge om tvang, i samarbeid med Nordlandsforskning og Mental Helse Ungdom.

## Formidling, presentasjoner, deltakelse på seminarer og konferanser

KvIP ble ikke presentert og var ikke representert på seminarer eller konferanser i 2023.



## Ordforklaringer

**Selvevaluering:** Innebærer at KvIP enhetene gjennomgår og vurderer sin egen oppnåelse på standardene i standardsettet.

**Klinisk virksomhetsstyring:** Arbeidet med å styre en BUP akutt enhet ved å fastsette mål og resultatkrav, planlegge hvordan disse skal nås (f.eks. med bruk av prosedyrer), løpende rapportering av status ved enheten, analyser av hvordan enheten fungerer, samt planlegging og iverksettelse av tiltak som sikrer at enheten leverer de tjenestene den skal på en god måte.

**Normerte sengeplasser:** Det antall barn og unge en BUP akutt enhet er beregnet og bemannet for å kunne tilby innleggelse og oppfølging.

**Belegg/Beleggsprosent:** Beleggsprosent defineres som antall døgnpasienter i en enhet dividert på antall døgnpasienter som enheten er beregnet og bemannet for. Ved fullt belegg (100 % belegg) er antall innlagte døgnpasienter likt antall døgnpasienter som enheten er beregnet for.

**Elektiv/intermediær funksjon:** Noen BUP akutte enheter tilbyr planlagte innleggelser som er ønsket og forespeilet i god tid i forkant av innleggelse. Oppholdet kan f.eks. være istedenfor, før eller etter annen behandling. Denne funksjonen kommer i tillegg til akuttfunksjonen som ofte bærer preg av å være mindre planlagt og mer uforutsett.

**Median:** Medianen er den verdien som vi finner i midten av en rangert tallrekke. Når tallene 1, 2, 3 f.eks. sorteres i stigende rekkefølge, er medianen det midterste tallet. Median forteller hva som er en vanlig verdi i en samling av tall. I KvIP rapporteres f.eks. antall normerte sengeplasser som median.



## Oversikt over standardsettet 2023

KvIP sitt standardsett 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.

Standardsettet er videre delt inn i tre nivåer som sier noe om viktighetsgraden av den enkelte standard for å opprettholde kvaliteten i det BUP akutte arbeidet. Nivå 1: Manglende oppfyllelse av disse standardene utgjør 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.

Standardsettet til KvIP gjennomgår en årlig revisjon som tar hensyn til blant annet oppdaterte helsepolitiske føringer, pålegg, lovkrav og faglige anbefalinger. Enhetenes årlige resultater på skåring av standardsettet gir således et bilde av hvordan de ligger an i forhold til de gjeldende standardene det året.

I 2023 bestod standardsettet av totalt 225 standarder. Det var 169 nivå 1 standarder (mot 168 i 2022), 45 nivå 2 standarder (mot 46 i 2022) og 11 nivå 3 standarder (mot 10 i 2022). Tabell 2 viser antall standarder på hvert standardområde og nivå i 2023.

Tabell 2: Antall standarder fordelt på område og nivå i 2023

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Totalt
1 Miljø og fasiliteter	32	11	1	44
2 Bemanning og opplæring	35	17	5	57
3 Innleggelse og utskrivelse	18	3	0	21
4 Behandling og omsorg	17	4	1	22
5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt	16	2	4	22
6 Rettigheter og lovverk	12	1	0	13
7 Klinisk virksomhetsstyring	39	7	0	46
<b>Totalt</b>	<b>169</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>225</b>

## Resultater 2023

### Nettverkets totale standardoppnåelse 2023

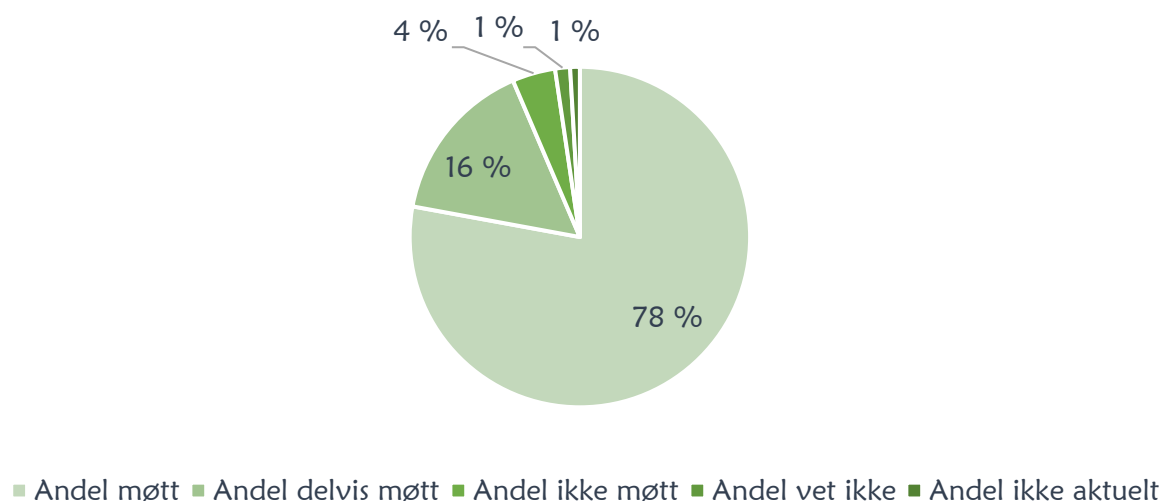
Diagram 2 viser KvIP-nettverkets standardoppnåelse totalt sett (alle nivå og områder) i 2023. Enhetene skåret 78% av standardene som «møtt» (mot 81% i 2022), 16% som «delvis møtt» (mot 13% i 2022) og 4% som «ikke møtt» (samme som i 2022). I tillegg ble 1% av standardene skåret henholdsvis «vet ikke» (samme som i 2022) og «ikke aktuelt» (samme som i 2022).

For en oversikt over nettverkets oppnåelse innenfor hvert standardområde, se [vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område](#).





**Diagram 2:** Samlet standardoppnåelse for alle standarder i 2023



### Oppsummering total standardoppnåelse

Andel standarder skåret som «møtt» var noe lavere i 2023 sammenliknet med 2022, mens andel delvis møtte standarder var noe høyere. Andel standarder skåret som «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuelt» var lik som i 2022.

### Nettverkets standardoppnåelse innenfor hvert standardområde 2023

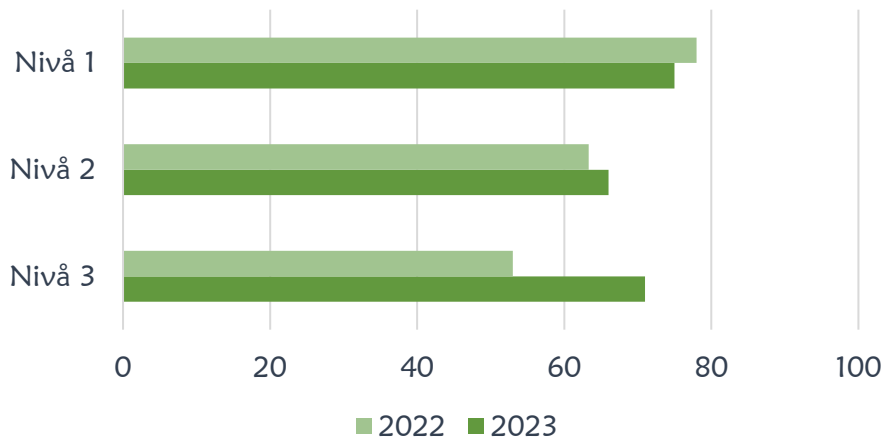
I avsnittene under presenteres gjennomsnittlig prosentandel av alle standarder innenfor hvert standardområde som ble skåret «møtt» av enhetene i 2023 sammenliknet med 2022. I tillegg rapporteres standarder som ble møtt av alle enhetene, og standarder som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter i 2023.

#### Område 1: Miljø og fasiliteter

Diagram 3 viser prosentandelen av alle standarder innenfor området «Miljø og fasiliteter» som ble skåret «møtt» av enhetene i 2023 sammenliknet med 2022. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 75% i 2023, som var noe lavere enn i 2022 (78%). Standardoppnåelsen for standardene på nivå 2 og nivå 3 var noe høyere enn i 2022, henholdsvis 66% og 71% (mot 63% og 53% i 2022). Standardoppnåelsen var høyest for de viktigste standardene.



**Diagram 3:** Prosentandel møtte standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» i 2023 sammenliknet med 2022



**Standarder oppnådd av alle enheter**

Tabell 3 viser standardene på området «Miljø og fasiliteter» som ble skåret «møtt» av alle enhetene i 2023. Åtte av de 32 viktigste standardene (nivå 1) på området ble møtt av alle enhetene. I tillegg ble én av totalt 11 nivå 2 standarder møtt av alle enhetene.

**Tabell 3:** Standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» møtt av alle enheter i 2023

Nivå	Standard
1	1.1.2: Det er mulig å kjøre helt frem til inngangen i en akutt situasjon.
1	1.1.14: Enheten har egne lokaler i nærheten som er egnet og utstyrt for å ivareta pasientenes undervisningsløp.
1	1.1.15: Det finnes skjermingsrom.
1	1.1.18: Det finnes skjermingsrom med eget toalett, vask og dusj.
1	1.1.23: Minimum én pårørende har adgang til gratis mat v/ overnatting og samvær store deler av døgnet, og ellers tilgang til å kjøpe mat til personalpris.
2	1.1.24: Pårørende har adgang til enkel servering som kaffe, te, vann.
1	1.2.4: Pasientene har mulighet til å praktisere sitt livssyn.
1	1.3.1: Legemidler oppbevares forsvarlig og utilgjengelig for uvedkommende.
1	1.4.1: Det finnes et utvalg av mat i tråd med individuelle kulturelle, ernæringsmessige og kliniske behov.

**Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter**

Tabell 4 viser standardene på området «Miljø og fasiliteter» som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2023. Tolv av de 32 viktigste standardene (nivå 1) ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter. I tillegg ble tre nivå 2 standarder delvis møtt og én ikke møtt av fem eller flere enheter.



Tabell 4: Standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» som ble skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2023

Nivå	Standard
1	1.1.1: Inngangen er tydelig merket - det er lett å finne frem. (Delvis møtt)
1	1.1.4: Enheten oppfyller forsvarlige hygienestandarder. (Delvis møtt)
2	1.1.6: Enheten har gode rutiner for fast vedlikehold og mulighet for rask utbedring ved behov. (Delvis møtt)
1	1.1.7: Enheten er innredet for å passe til barn og unge under deres opphold. (Delvis møtt)
2	1.1.8: Temperaturen i pasientrom kan reguleres. (Delvis møtt)
1	1.1.11: Det er lett å ta pasientene med på utendørsaktiviteter. Også de som er underlagt tvang. (Delvis møtt)
1	1.1.13: Det finnes flere egnede rom for måltider som også egner seg for måltidsstøtte. (Delvis møtt)
1	1.1.16: Det finnes skjermingsrom med mulighet for observasjon av hele rommet. (Delvis møtt)
1	1.1.17: Det finnes skjermingsrom med god ventilasjon uten støy. (Delvis møtt)
1	1.1.19: Det finnes skjermingsrom uten risikoelementer for pasientene og ansatte. (Delvis møtt)
2	1.1.21: Det finnes skjermingsrom som er tilfredsstillende lydisolert. (Ikke møtt)
1	1.2.1: Enheten har besøksrom (og oppholdsrom for pårørende), og dette er familievennlig med bl.a. leker. (Delvis møtt)
1	1.3.2: Det er gode siktlinjer i enheten og lett å ha oversikt. (Delvis møtt)
1	1.3.3: Innganger/utganger er slik at ansatte kan se hvem som kommer og går. Hvis nødvendig brukes kameraovervåking. (Delvis møtt)
1	1.3.4: Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessige brannøvelser, inkl. evakuering én gang årlig. (Delvis møtt)
2	1.4.2: Det legges til rette for feedback fra ungdommene om kosttilbudet, og den benyttes i justering av kosttilbudet ved enheten. (Delvis møtt)



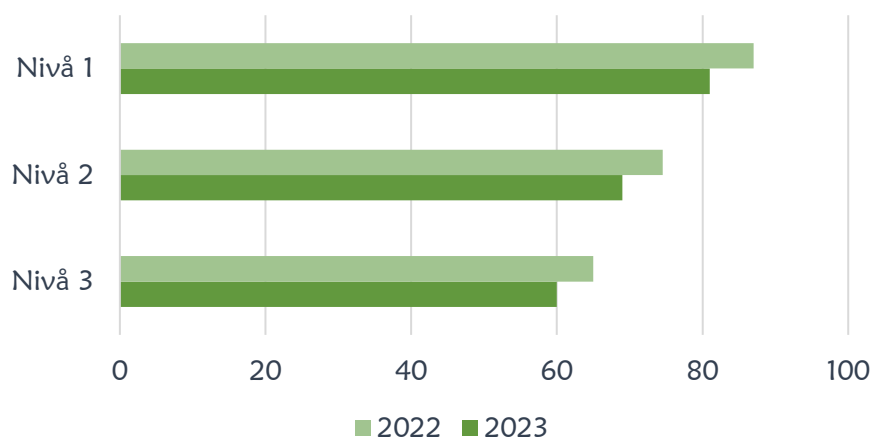
## Oppsummering standardoppnåelse område 1: Miljø og fasiliteter

Standardoppnåelsen innenfor området «Miljø og fasiliteter» var noe lavere i 2023 enn i 2022 for de viktigste standardene (nivå 1), og noe høyere for standardene på nivå 2 og nivå 3. Flere av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene, særlig standarder knyttet til hensiktsmessige lokaler. Det var imidlertid også en god del av disse standardene som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter. Også noen av standardene som omhandler trygt miljø ble kun delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter. Dette tyder på at en del av standardene som omhandler bygningsmessige forhold og utforming av lokaler kan være vanskelig å oppfylle for flere enheter. Dette kan kanskje dels skyldes at en del av disse forholdene krever endringer som ligger utenfor enhetenes kontroll, f.eks. ombygging.

## Område 2: Bemanning og opplæring

Diagram 4 viser prosentandel standarder innenfor området «Bemanning og opplæring» som ble skåret «møtt» i 2023 sammenliknet med 2022. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene var på 81% i 2023 og dermed noe lavere enn i 2022 (87%). Standardoppnåelsen for nivå 2 (69%) og nivå 3 (60%) var også noe lavere i 2023 enn i 2022 (henholdsvis 75% og 65%). Standardoppnåelsen var høyest for de viktigste standardene sammenliknet med standardene på nivå 2 og nivå 3.

Diagram 4: Prosentandel møtte standarder innenfor «Bemanning og opplæring» i 2023 sammenliknet med 2022



### Standarder oppnådd av alle enheter

På området «Bemanning og opplæring» var det 35 standarder på nivå 1, 17 standarder på nivå 2 og fem standarder på nivå 3 i 2022.



Tabell 5 viser standardene på området «Bemanning og opplæring» som ble møtt av alle enhetene i 2023. Fem av totalt 35 nivå 1 standarder ble oppnådd av alle enhetene. I tillegg ble én av 17 nivå 2 standarder oppnådd av alle enhetene.

Tabell 5: Standarder innenfor «Bemanning og opplæring» møtt av alle enheter i 2023

Nivå	Standard
1	2.1.2: Nattevaktdekning er minimum tre ansatte per ti senger. Det må være minimum to våkne nattevakter.
1	2.1.3: Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift.
1	2.1.5: Alle ekstravakter får opplæringsvakter.
1	2.2.3: Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt.
1	2.2.4: Enheten har minimum én overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri.
2	2.4.17: Lege i spesialisering (LIS) får avsatt tid til fordypning i sin arbeidsplan.

Standarder som ble skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Tabell 6 viser standardene innenfor området «Bemanning og opplæring» som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter i 2023. Syv av de 35 viktigste standardene (nivå 1), og seks av 17 standarder på nivå 2 ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter. I tillegg ble én nivå 3 standard delvis møtt og én ikke møtt av fem eller flere enheter.

Tabell 6: Standarder innenfor «Bemanning og opplæring» som ble skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2023

Nivå	Standard
1	2.1.1: Ved behov for tett oppfølging og intervensjon, kan grunnbemanning raskt suppleres tilstrekkelig for å sikre forsvarlig drift. (Delvis møtt)
1	2.2.1: Enheten har tilgang til utpekte forløpskoordinatorer med delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. (Delvis møtt)
3	2.2.8: Enheten har tilstrekkelig tilgang på klinisk ernæringsfysiolog. (Ikke møtt)
2	2.2.9: Administrativt personale bidrar til driften av enheten på en slik måte at enhetens klinikere i minst mulig grad må sette av arbeidstid til administrative oppgaver eller dekker behovet for administrative tjenester for klinikker. (Delvis møtt)
2	2.2.12: Det er oppdaterte funksjonsbeskrivelse for alle stillinger. (Delvis møtt)



- 2 2.2.18: Medarbeidersamtaler/ utviklingssamtaler gjennomføres minst årlig for å bidra til en åpen dialog om de ansattes tilfredshet og utføring av arbeid, med skriftlig avtale i etterkant. (Delvis møtt)
- 1 2.3.3: Alle ansatte skal ha en kompetanseplan. (Delvis møtt)
- 2 2.3.4: Enheten har en oppdatert opplæringsplan som inkluderer budsjettkonsekvenser. (Delvis møtt)
- 1 2.4.1: Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i risikovurderinger, inkl. suicid, vold og stoffbruk. (Delvis møtt)
- 1 2.4.3: Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i bruk av individuelle planer og ansvarsgrupper, herunder medvirkning som et viktig element. (Delvis møtt)
- 1 2.4.5: Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i aktuelt medisinsk utstyr (f.eks. sonde, sårstell, blodsukker, ekg, blodtrykk, puls). Opplæring skal dokumenteres. (Delvis møtt)
- 3 2.4.14: Ikke-kliniske ansatte får generell opplæring som øker bevisstheten om psykisk helse. Dette inkluderer lærere, administrative ansatte, og andre som jobber ved enheten. (Delvis møtt)
- 1 2.4.16: Alle ansatte får en introduksjonspakke og gjennomgang av driften ved enheten før de tar ansvar for behandling. (Delvis møtt)

## Oppsummering standardoppnåelse område 2: Bemanning og opplæring

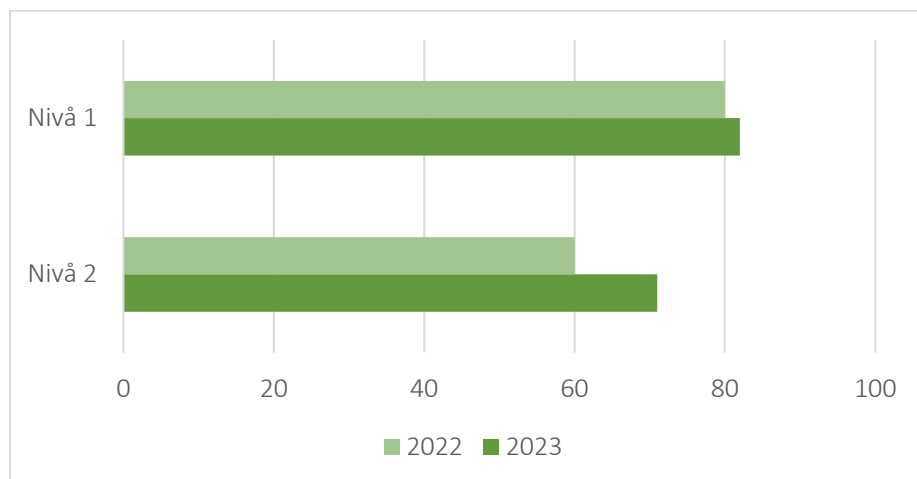
Standardoppnåelsen innenfor området «Bemanning og opplæring» var noe lavere i 2023 enn i 2022 for alle nivåer. En del av standardene ble møtt av alle enheter, særlig standarder knyttet til bemanningsnormer og flerfaglig teamarbeid. Det var imidlertid også en del standarder knyttet til flerfaglig teamarbeid, samt en del standarder knyttet til planer, rutiner, eller prosedyrer for opplæring av ansatte som kun ble delvis møtt av fem eller flere enheter. Dette tyder på at noen forhold knyttet til bemanning og opplæring kan være utfordrende for enhetene å oppnå.

### Område 3: Innleggelse og utskrivelse

Diagram 5 viser standardoppnåelsen for området «Innleggelse og utskrivelse» i 2023 sammenliknet med 2022. Prosentandel standarder som ble skåret «møtt» var noe høyere i 2023 enn i 2022 for både nivå 1 standardene (82% i 2023 mot 80% i 2022) og nivå 2 standardene (71% i 2023 mot 60% i 2022). Standardoppnåelsen var høyest for de viktigste standardene (nivå 1).



**Diagram 5:** Prosentandel møtte standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» i 2023 sammenliknet med 2022



#### Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 7 viser standardene innenfor området «Innleggelse og utskrivelse» som ble møtt av alle enhetene i 2023. Syv av de 18 viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene.

**Tabell 7:** Standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» møtt av alle enheter i 2023

Nivå	Standard
1	3.1.7: Det er etablert rutiner for vaktskifter, slik at vaktlaget er forsvarlig oppdatert når de overtar ansvaret.
1	3.3.2: I akutte situasjoner og kriser bidrar enheten med psykososial støtte og informasjon til pårørende.
1	3.3.4: Pårørende inkluderes ved innleggelse og videre opphold (med mindre det finnes lovlige journalførte grunner til at dette ikke skal gjøres).
1	3.3.5: Når foresatte er separert/ skilt bistår enheten til at den med daglig omsorg overholder sin plikt til å holde den andre med ansvar orientert om behandlingen til pasienten.
1	3.4.4: Pasienten og pårørende får informasjon før utskrivelse om diagnoser på de akser som er relevante for videre tiltak.
1	3.4.6: Epikrisen inkluderer vurdering av suicidrisiko på utskrivingsdagen.

#### Standarder skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Tabell 8 viser standardene på området «Innleggelse og utskrivelse» som ble skåret som «delvis møtt» i 2023. Tre av de 18 viktigste standardene (nivå 1) og én av totalt tre standarder på nivå 2 ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» i 2023.



**Tabell 8:** Standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» som ble skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2023

Nivå	Standard
1	3.1.6: Enheten benytter standardiserte metoder for å måle effekt av behandling på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet som minimum. (Delvis møtt)
2	3.3.3: Enheten har en rutine for å informere om støttetiltak for pårørende. (Delvis møtt)
1	3.4.1: Behandlingsansvarlig ved poliklinikken er som hovedregel tilgjengelig (evt. på Skype/telefonmøte eller lignende) under oppsummerende behandlingsmøter og avslutningsmøtet der planlegging av videre tiltak / behandling er tema. Dersom pasientansvarlig ikke kan være tilstede, blir poliklinikken informert. (Delvis møtt)
1	3.4.3: Ved avslutning av behandling samtales det om brukertilfredshet med pasient og pårørende. (Delvis møtt)
1	3.4.6: Ved utskriving får pasienter og pårørende med seg skriftlig informasjon som også sendes poliklinikk og fastlege. Den inkluderer bl.a. kontaktdetaljer til oppfølgende instans, tidspunkt for første møte ved poliklinikken og ev. medisiner. (Delvis møtt)

### Oppsummering standardoppnåelse område 3: Innleggelse og utskrivelse

På området «Innleggelse og utskrivelse» var standardoppnåelsen i 2023 noe høyere enn i 2022 for alle nivåer. En god del av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene, særlig blant standardene som omhandler involvering av familie og pårørende. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter. Noen standarder ble imidlertid skåret som kun «delvis møtt» av fem eller flere enheter, særlig standarder knyttet til utskrivelse. Dette tyder på at det er noen forhold knyttet til utskrivelse som kan være vanskelig å oppnå helt for en del enheter.

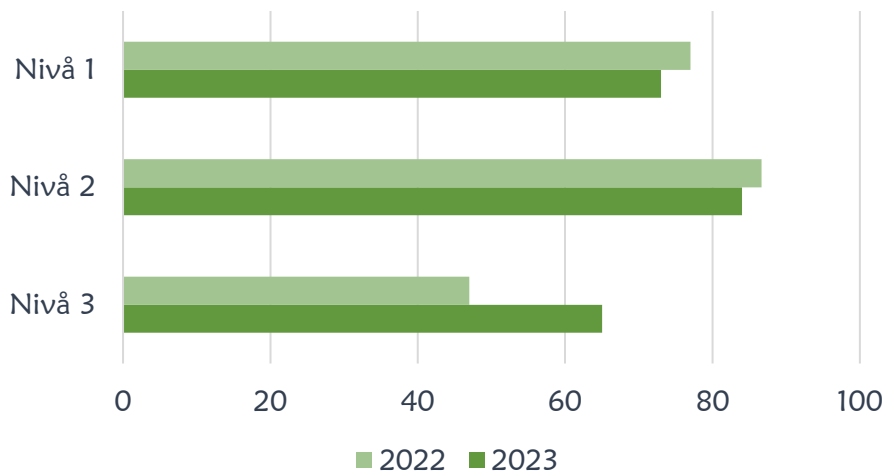
### Område 4: Behandling og omsorg

Diagram 6 viser prosentandel møtte standarder innenfor området «Behandling og omsorg» i 2023 sammenliknet med 2022. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) var på 73%, noe lavere enn i 2022 (77%). På nivå 2 var det også noe lavere andel møtte standarder i 2023 (87%) enn i 2022 (84%), mens standardoppnåelsen på nivå 3 var høyere i 2023 (65%) enn i 2022 (47%). De viktigste standardene hadde noe lavere oppnåelse enn nivå 2 standardene, men høyere oppnåelse enn standardene på nivå 3.





**Diagram 6:** Prosentandel møtte standarder innenfor «Behandling og omsorg» i 2023 sammenliknet med 2022



**Standarder som alle enheter oppnådde.**

Tabell 9 viser standardene som alle enhetene oppnådde i 2023. Tre av de 17 viktigste standardene ble møtt av alle enhetene. I tillegg ble to av totalt fire standarder på nivå 2 oppfylt av alle enhetene.

**Tabell 9:** Standarder innenfor «Behandling og omsorg» møtt av alle enheter i 2023

Nivå	Standard
2	4.3.2: Pasientene har mulighet til daglig fysisk aktivitet avhengig av tilstand.
2	4.3.3: Aktivitetene som tilbys drøftes med pasientene på forhånd.
1	4.5.1: Pasientene får dekket sine krav til obligatorisk skole. Det reguleres i en tydelig samarbeidsavtale mellom Helseforetak og Fylkeskommunen om opplæring under opphold i spesialisthelsetjenesten.
1	4.5.2: Pasientene kan følge sin videregående opplæring. Det ordnes i samarbeid med elevens skole, for eksempel: spesifikke lærebøker, interaktivt utstyr og lignende.
1	4.5.3: Lærerne kartlegger hver pasients opplæringsbehov og lager en opplæringsplan i samarbeid med hjemskolen. Aktuelle momenter tas med i Individuell Plan der dette er opprettet.

**Standarder skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter**

Tabell 10 viser standardene på området «Behandling og omsorg» som kun ble delvis møtt av fem eller flere enheter i 2023. Fem av de 17 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret som delvis møtt av fem eller flere enheter i 2023. I tillegg ble én av fire standarder på nivå 2, og én av én standarder på nivå 3, skåret delvis møtt av fem eller flere enheter. Ingen standarder innenfor «Behandling og omsorg» ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2023.



**Tabell 10:** Standarder innenfor «Behandling og omsorg» som ble skåret «delvis møtt» i 2023

Nivå	Standard
2	4.3.1: Det er strukturert bruk av tid på kveldene og i helgene som tar utgangspunkt i pasientene som er innlagt til enhver tid. Miljøterapien evalueres regelmessig slik at pasientene opplever at deres feedback er betydningsfull.
1	4.4.2: Kopi av utredningsplaner gis pasient og/ eller pårørende og fastlege så sant ikke pasient motsetter seg dette.
1	4.4.3: 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.
1	4.4.4: 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.
1	4.4.6: Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan).
1	4.4.7: Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette.
3	4.5.4: Relevant informasjon fra enhetens skole dokumenteres i epikrisen.

### Oppsummering standardoppnåelse område 4: Behandling og omsorg

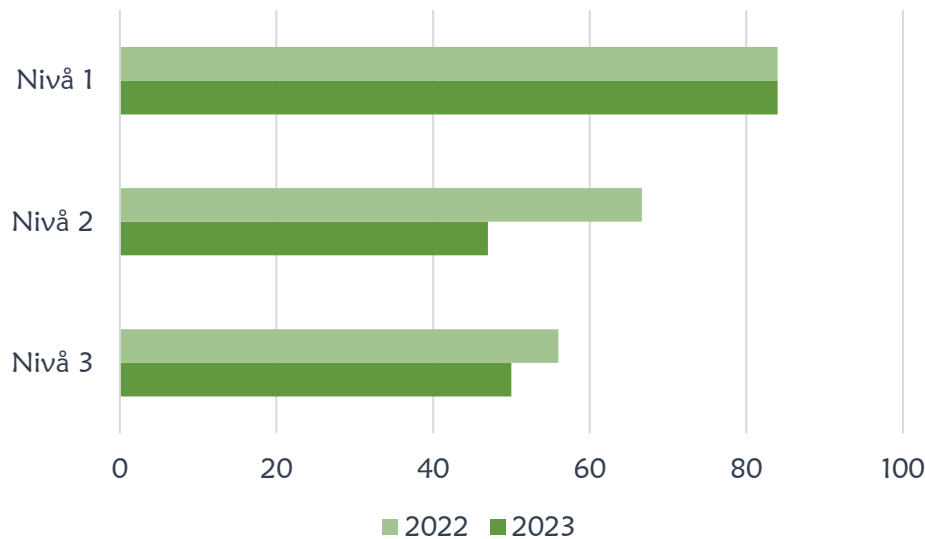
Standardoppnåelsen på området «Behandling og omsorg» var noe lavere i 2023 enn i 2022 for de viktigste og nest viktigste standardene, og noe høyere for nivå 3 standardene. Flere standarder på området ble møtt av alle enhetene, særlig standarder knyttet til skolegang ved opphold over tid. Ingen standarder ble skåret «ikke møtt» av fem eller flere enheter, men noen ble skåret som kun «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Dette gjaldt særlig standarder knyttet til utredningsplan, behandlingsplan og individuell plan. Dette tyder på at noen forhold knyttet til behandling og omsorg kan være utfordrende å oppnå for en del enheter.

### Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Diagram 7 viser prosentandel standarder som ble skåret «møtt» på området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» i 2023 sammenliknet med 2022. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) var på 84% i 2023 og dermed lik året før. Standardoppnåelsen på nivå 2 og nivå 3 var lavere i 2023 (47% og 50%) enn i 2022 (67% og 56%). Nivå 1 hadde høyest andel møtte standarder sammenliknet med de andre nivåene.



**Diagram 7:** Prosentandel møtte standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» i 2023 sammenliknet med 2022



**Standarder som alle enheter oppnådde**

Tabell 11 viser standardene innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» som ble møtt av alle enhetene i 2023. Seks av de 16 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret «møtt» av alle enhetene. Ingen standarder på nivå 2 og nivå 3 ble møtt av alle enhetene.

**Tabell 11:** Standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» møtt av alle enheter i 2023

Nivå	Standard
1	5.4.1: Samtykke blir innhentet før opplysninger deles med andre enn henvisende instans, oppfølgende instans eller fastlegen.
1	5.4.3: Pasienter og pårørende informeres om aktuell behandling (utover medisiner), og hva som kan forventes. Informasjon til søsken tilpasses alder dersom aktuelt.
1	5.4.4: Pasientenes samtykkekompetanse er vurdert og journalført i tilknytning til spørsmål som krever samtykke.
1	5.4.5: Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir deres synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket.
1	5.4.6: Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir pårørende sine synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket.
1	5.4.7: Navnet på den/de som har foresatte ansvaret og hvem som har daglig omsorg er journalført.



### Standarder skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2023

Tabell 12 viser standardene på området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2023. Én av de 16 viktigste standardene (nivå 1) ble ikke møtt, og tre ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter. I tillegg ble én av to nivå 2 standarder og to av fire nivå 3 standarder kun delvis møtt. Én nivå 3 standard ble ikke møtt av fem eller flere enheter.

**Tabell 12:** Standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» som ble skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2023

Nivå	Standard
3	5.1.1: Informasjon om enheten er lett tilgjengelig på internett for henvisere og samarbeidspartnere. (Delvis møtt)
1	5.1.2: På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorene for de ulike pakkeforløpene. (Ikke møtt)
1	5.2.5: Pasienter og pårørende gis en tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om følgende tema: hvordan de kan kontakte brukerorganisasjoner eller andre aktuelle instanser, som barneombudet, pasientombudet og sivilombudsmannen. (Delvis møtt)
1	5.3.1: Pasienter og pårørende blir orientert, muntlig og skriftlig, om hvem som er oppnevnt som behandlingsansvarlig, spesialist, og kontaktperson/ miljøterapeuter/ ansvarlig miljøterapeut i teamet. (Delvis møtt)
2	5.3.2: Ansatte bruker navneskilt. (Ikke møtt)
3	5.3.3: Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte. (Delvis møtt)
3	5.3.4: Det finnes en lett tilgjengelig oversikt over hvem som er på jobb i miljøet til enhver tid. (Ikke møtt)
1	5.4.2: Pasienter og pårørende informeres muntlig og skriftlig om aktuell medisiner, ønsket effekt, mulige bivirkninger og forsiktighetsregler. Informasjon til søsken tilpasset alder dersom aktuelt. Samtykke blir innhentet og dokumentert. (Delvis møtt)

### Oppsummering standardoppnåelse område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

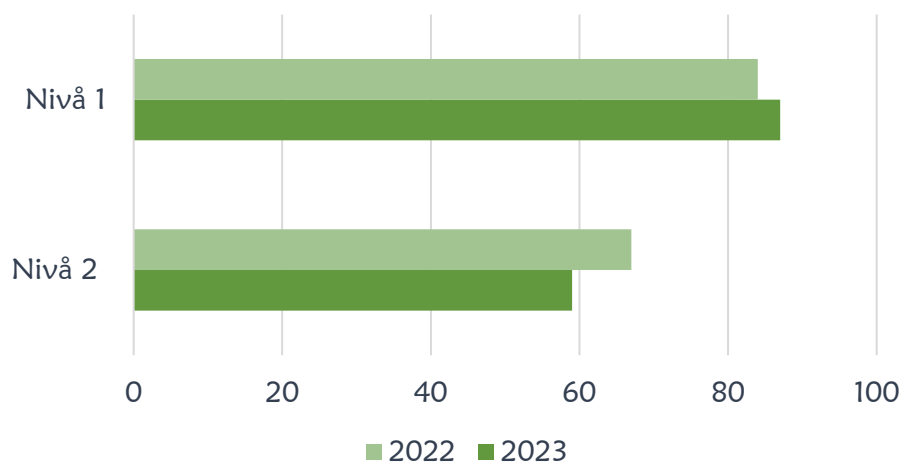
Innenfor området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» var standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) lik i 2023 som 2022. Andel møtte standarder på nivå 2 og nivå 3 var noe lavere i 2023 enn året før. Nesten alle standardene som omhandlet samtykke og samtykkekompetanse ble møtt av alle enhetene. Det var imidlertid også en del standarder som ikke ble møtt eller kun delvis ble møtt. Dette var særlig standarder knyttet til informasjon om kontaktpersoner og ansatte i miljøet. Deling av informasjon om ansatte har blitt tatt opp i nettverket som et sensitivt tema med tanke på personvern, og særlig bilder av ansatte er noe ikke alle er komfortable med.



## Område 6: Rettigheter og lovverk

Diagram 8 viser prosentandel standarder på området «Rettigheter og lovverk som ble skåret «møtt» i 2023 sammenliknet med 2022. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) i 2023 var 87%, og dermed litt høyere enn i 2022 (84%). Prosentandel møtte standarder på nivå 2 var noe lavere i 2023 (59%) enn i 2022 (67%). Nivå 1 standardene hadde høyest standardoppnåelse av de to nivåene.

**Diagram 8:** Prosentandel møtte standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» i 2023 sammenliknet med 2022



### Standarder som alle enheter oppnådde i 2023

Tabell 13 viser standardene som ble oppnådd av alle enhetene i 2023. Fem av de 12 viktigste standardene ble skåret som «møtt» av alle enhetene. Ingen standarder på nivå 2 ble møtt av alle enhetene.

**Tabell 13:** Standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» møtt av alle enheter i 2023

Nivå	Standard
1	6.1.1: Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene.
1	6.4.2: I etterkant av bruk av tvangsmidler evalueres episoden sammen med pasienten.
1	6.4.4: Enheten har retningslinje for protokollføring av tvangsvedtak.

### Standarder skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2023

Tabell 12 viser standarder innenfor «Lovverk og rettigheter» som ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter i 2023. Én standard ble delvis møtt av fem eller flere enheter. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter.



Tabell 14: Standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» som ble skåret «delvis møtt» i 2023

Nivå	Standard
1	6.3.1: Informasjon om klageretten til enhetsleder, vedtaksansvarlig, kontrollkommisjonen, Statsforvalteren, sivilombudsmannen og pasientombudet formidles skriftlig og muntlig til pasienter og pårørende.

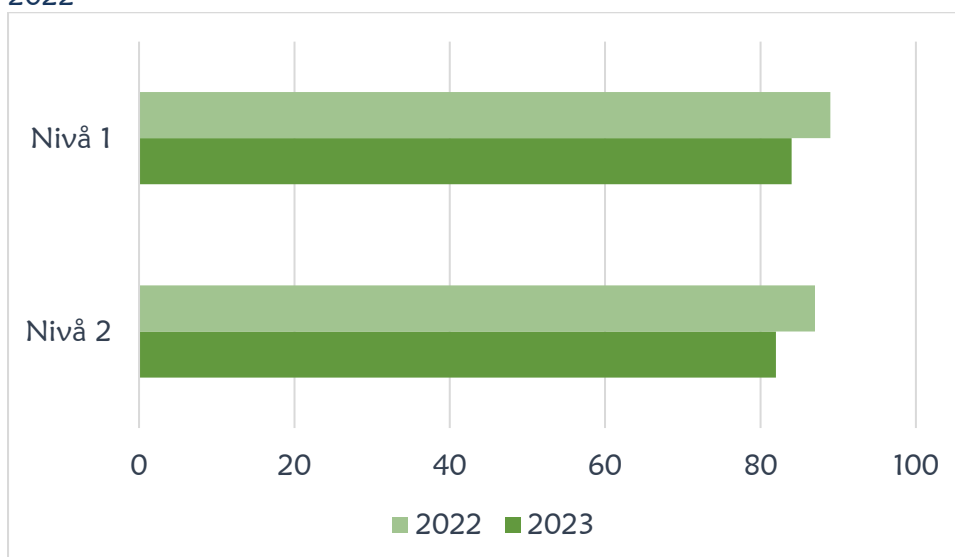
### Oppsummering standardoppnåelse område 6: Rettigheter og lovverk

Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) innenfor «Rettigheter og lovverk» var noe høyere i 2023 enn i 2022. Andel møtte standarder på nivå 2 var noe lavere i 2023 enn året før. En del av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene, særlig standarder knyttet til bruk av fysisk tvang. Ingen standarder ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter, og kun én standard, knyttet til klagerett, ble skåret som delvis møtt av fem eller flere enheter.

### Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Diagram 9 viser prosentandel standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» som ble skåret «møtt» i 2023 sammenliknet med 2022. Både de viktigste standardene (nivå 1) og nivå 2 standardene hadde noe lavere måloppnåelse i 2023 (henholdsvis 84% og 82%) enn i 2022 (henholdsvis 89% og 87%). Andel møtte standarder var høyest for de viktigste standardene sammenliknet med nivå 2 standardene.

Diagram 9: Prosentandel møtte standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» i 2023 sammenliknet med 2022





### Standarder som alle enheter oppnådde i 2023

Tabell 15 viser standardene på området «Klinisk virksomhetsstyring» som alle enhetene oppfylte i 2023. Seks av de 39 viktigste standardene ble skåret «møtt» av alle enhetene. Ingen nivå 2 standarder ble møtt av alle enhetene.

Tabell 15: Standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» møtt av alle enheter i 2023

Nivå	Standard
1	7.4.10: Det finnes prosedyre for opplæring i kartlegging og vurdering av suicidrisiko.
1	7.4.11: Det finnes prosedyre for kartlegging og vurdering av suicidrisiko (Dette er en "bør" i lovverket).
1	7.4.16: 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.
1	7.4.22: Enheten har prosedyrer for håndtering av medisinske nødsituasjoner. Disse inkluderer når det skal ringes 113 og når vakthavende lege skal tilkalles.
1	7.6.1: Enheten gjennomfører rutinemessig HMS-kartlegging i vernerunde, som er i tråd med foretakets overordnede HMS-plan.
1	7.6.3: Enheten har et avvikssystem og et system for implementering av forbedringsarbeid i HMS.

### Standarder skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2023

Tabell 16 viser hvilke standarder som ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter i 2023. Fire av de 39 viktigste standardene, og ingen av nivå 2 standardene ble skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Det var ingen standarder på dette området som ble skåret «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2023.

Tabell 16: Standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» som ble skåret «delvis møtt» i 2023

Nivå	Standard
1	7.1.2: Vurderinger fra pasienter og pårørende innhentes og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet.
1	7.1.4: Enheten dokumenterer systematisk arbeid for kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktivitet.
1	7.4.8: Nye prosedyrer sirkuleres og er lett tilgjengelige.
1	7.4.24: Enheten har prosedyre for hvordan forebygge seksuelle overgrep og vold.



## Oppsummering standardoppnåelse område 7: Klinisk virksomhetsstyring

På området «Klinisk virksomhetsstyring» var standardoppnåelsen noe lavere i 2023 enn i 2022. Flere av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene. Dette gjaldt særlig standarder knyttet til maler, prosedyrer og protokoller. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter. Noen standarder, knyttet til prosedyrer og evaluering av enhetene, ble imidlertid kun delvis møtt av fem eller flere enheter. Dette kan tyde på at noen forhold knyttet til prosedyrer og evaluering kan være krevende å oppnå for en del enheter.

## Avsluttende kommentarer om standardoppnåelsen i 2023

Gjennomgangen av standardoppnåelsen for 2023 viser at svært mange av kvalitetskravene for BUP akutt virksomhet var oppfylt i 2023. Samtidig var kravene, forventningene og mulighetene mange. Det gir, som alltid, potensiale for ytterligere forbedring. Enhetene fremstod imidlertid med god evne til å tilpasse seg og holde tritt med de endringer, krav og forventninger som stilles til dem, slik det er formulert i KvIP standardene. Dette til tross for store behandlings- og omsorgsoppgaver, begrenset økonomi, pågående omorganiseringer, periodevis høyt belegg, stort arbeidspress og endringer i personalet.

## Opplysninger om KvIP-enhetene

Hver enhet som var med i KvIP delte opplysninger om organisering, kapasitet, bemanning og andre egenskaper ved enheten forut for besøk. Disse opplysningene kan gi et bilde av likheter og forskjeller ved de BUP akutte enhetene.

### Kapasitet og organisering

I 2023 var gjennomsnittlig antall normerte sengeplasser ved de 17 enhetene 8.65 (median 8; laveste 5; høyeste 14). Om lag halvparten av enhetene driftet kun akutte sengeplasser, mens resten hadde elektiv eller intermediær funksjon i tillegg til akutt funksjon. Noen av enhetene hadde fleksible sengeplasser som kan brukes både til akutte og elektive innleggelser.

Et flertall av enhetene hadde andre døgneheter for barn og unge i opptaksområdet sitt, men det var også en del som fungerte som eneste tilbud om døgntilbud for barn og unge. Nesten alle enhetene var samlokalisert med en eller flere enheter for barn og unge eller voksne, og om lag halvparten av enhetene var delt opp i flere poster.

Alle enhetene hadde øyeblikkelig hjelp funksjon 24/7. Flere av enhetene hadde egen vaktordning og mottaksrom til å dekke ø-hjelpesfunksjonen, men en god del samarbeidet også med vaktlag fra samlokaliserte enheter. Om lag halvparten av enhetene hadde eget, eller tilgang til et ambulant team.





### Antall innleggelser, belegg og liggetid

Fjorten enheter rapporterte antall innleggelser ved deres enhet gjennom 12 måneder. Gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall innleggelser ved enhetene vises i tabell 17. Enhetene ble også bedt om å rapportere antall reinnleggelser, men flere enheter rapporterte at de ikke fikk hentet ut tall på dette. Antall reinnleggelser blir derfor ikke rapportert her.

Seksten enheter rapporterte gjennomsnittlig liggetid (som antall dager) ved deres enhet gjennom 12 måneder. Gjennomsnittet for disse enhetene kan sees i tabell 17, sammen med median, laveste og høyeste gjennomsnittlig liggetid. En del enheter rapporterte også median liggetid ved enheten deres (se tabell 17). Ved de fleste av enhetene var gjennomsnittlig liggetid en god del høyere enn median liggetid. Dette tyder på at enhetene kan ha hatt noen få pasienter med særlig lang liggetid, som trakk gjennomsnittlig liggetid opp. Den vanligste liggetiden ved enhetene (rapportert av 14 enheter) var 1-3 dager.

Femten enheter rapporterte beleggsprosent for 12 måneder. Gjennomsnittlig, median, høyeste og laveste beleggsprosent kan ses i tabell 17. Disse tallene illustrerer ikke variasjonen i belegg gjennom 12 måneders perioden.

**Tabell 17:** Antall innleggelser, liggetid, og beleggsprosent over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Antall innleggelser	204.43	158.00	83.00	483.00
Gj.snitt liggetid	10.67	9.65	2.00	19.90
Median liggetid	4.20	3.50	1.90	8.90
Beleggsprosent	71.82	70.00	40.00	131.00

Enhetene rapporterte antall innleggelser, liggetid og belegg fra selvvalgt 12-måneders periode. Noen oppga tall for hele 2022, mens andre rapporterte for deler av 2022 og deler av 2023. Det var også noen enheter som rapporterte fra «siste 12 måneder». Tallene for de ulike enhetene er derfor ikke fra samme 12-måneders periode. Videre ble det ikke spesifisert om enhetene skulle oppgi reell beleggsprosent eller beleggsprosent inkludert pasienter i permisjon, og om antall innleggelser skulle være unike innleggelser eller kunne inkludere re-innleggelser. Det kan derfor være noe variasjon i hvordan enhetene har rapportert antall innleggelser, liggetid, og belegg.

### Viktige hendelser, utfordringer, forbedringsarbeid og prosjekter

Ti, tolv og tretten enheter rapporterte henholdsvis antall hendelser med vold/ trusler/ utagering, AML-brudd og personellskade gjennom 12 måneder på en måte som kunne beregnes i rapporten. Gjennomsnittlig, median, høyeste og laveste antall slike hendelser kan ses i tabell 18.

**Tabell 18:** Antall episoder vold/trusler/utagering, AML-brudd og personellskade over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Vold/ trusler/ utagering	54.11	27.00	0.00	202.00
AML-brudd	368.08	236.50	1.00	2052.00
Personellskade	14.85	2.00	0.00	77.00



Av andre viktige eller alvorlige hendelser nevnte enhetene blant annet utfordringer og tvangsbruk knyttet til spiseforstyrrelsesproblematikk, uheldige episoder knyttet til pasienter med emosjonell ustabilitet, og utfordringer knyttet til ivaretagelse av ansatte og pasienter i forbindelse med alvorlig vold og drapstrusler. Enhetene nevnte også utfordringer knyttet til økonomiske problemer, innføring av Helseplattformen, perioder med høyt belegg, manglende skjermingsmuligheter, høy bruk av innleievikarer, samt sykefravær og utskifting av behandler.

Noen av fokusområdene i enhetenes forbedringsarbeid i 2023 inkluderte innføring av tvang- og voldreduserende tiltak som komplementær ytre regulering (KYR), programmet Møte med aggresjonsproblematikk (MAP-trening), Virtual Reality Simulering ((VRS) der man benytter VR briller, film og lydopptak for å trene på håndtering av vanskelige situasjoner), Structured Assessment of Violence Risk in Youth kurs (SAVRY kurs i strukturert klinisk risikovurdering av vold hos ungdom) og fokus på rett bruk av tvang. Flere enheter nevnte også forbedringsarbeid knyttet til pasientbehandling, inkludert implementering av Illness Management and Recovery (IMR) (program som gir pasienter informasjon om deres psykiske lidelser og fremmer mestringsferdigheter), kursing i kognitiv atferdsterapi (KAT) og fokus på behandling av spiseforstyrrelser som psykoedukativt familiesamarbeid (PEF) i spiseforstyrrelsesløp. Nevnte fokusområder inkluderte også pasient- og pårørendeinvolvering, ettersamtale, foreldreveiledning og søsken som pårørende. I tillegg ble bygningsmessige forhold og risikovurdering av skjermingsenhet, teamsamarbeid og arbeidsforhold og innføring av DIPS arena nevnt. Av utfordringer som skapte hindringer i forbedringsarbeidet ble blant annet tid, økonomi, ressursbruk, perioder med høyt belegg og ustabilitet i forhold til ledelse og ansattgruppe nevnt.

Enhetene rapporterte også pågående prosjekter innenfor forskning, kvalitetsutvikling og kompetanseheving. Pågående forskningsprosjekter omfattet blant annet Dialektisk atferdsterapi (DBT) prosjekt, screeningverktøyet V-RISK Y for vurdering av voldsrisiko hos ungdom, metoder for vurdering av selvmordsatferd, og vurdering av blålysblokkerende brillers innvirkning på affektive tilstander hos barn og unge. Kvalitetsutviklingsprosjekter inkluderte blant annet kvalitetsheving av vurderingssamtale, systematisering av e-læring, implementering av digital pasientmedvirkning (eks. bruk av digitale kartleggings skjema levert av programvareselskapet Checkware), implementering og kompetanseheving knyttet til DBT, familiebasert terapi for spiseforstyrrelser (FBT), og oppfølging av pårørende av pasienter med spiseforstyrrelse. Nevnte kompetansehevende prosjekter inkluderte blant annet fagdager, deltakelse i fagnettverk, revidering av opplæringsplaner og videreutdanning innenfor ulike terapeutiske tilnærminger som kognitiv miljøterapi, friluftsterapi (UT), familierapi, og kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser.

Ti enheter hadde planer for nybygg, ombygging, flytting eller andre større endringer knyttet til bygg.

### Tvangsvedtak

De fleste enhetene rapporterte antall tvangsvedtak over 12 måneder. Tabell 19 viser gjennomsnittlig, median, høyeste og laveste antall tvangsvedtak over 12 måneder i ulike vedtakskategorier. Det var stor variasjon i antall tvangsvedtak for flere av vedtakskategoriene. Dette reflekterer kanskje dels at det også er stor variasjon i antall og typer senger ved de ulike enhetene, samt mulige ulikheter i rapportering av tvang. Flere av enhetene kommenterte at mange av vedtakene var knyttet til et fåtall pasienter.



**Tabell 19:** Gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall tvangsvedtak over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Tvang.innl. § 3-2	6.67	7.00	0.00	15.00
Tvang.innl. § 3-3	5.94	4.00	1.00	19.00
Skjerm. § 4-3	8.13	7.50	0.00	24.00
Ernæring § 4-4	7.07	6.00	0.00	23.00
Legemidl. § 4-4	1.88	1.00	0.00	6.00
Inskrenk. §4-5	0.31	0.00	0.00	2.00
Visitasjon § 4-6	1.75	1.00	0.00	6.00
Rus.test § 4-7a	0.20	0.00	0.00	3.00
Mek. tvang § 4-8a	3.07	0.00	0.00	27.00
Isolasjon § 4-8b	0.29	0.00	0.00	3.00
Kort. legemidl. § 4-8c	1.79	0.50	0.00	8.00
Kort fasth. § 4-8d	272.20	179.00	0.00	720.00

### Bemanning

Tabell 20 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall årsverk for stillingskategorier hvor minst ti enheter rapporterte antall.

Tallene tyder på en del variasjon i bemanning mellom enhetene. Noen enheter hadde flere fagutviklere ved enheten, mens andre hadde ingen. Noen enheter hadde også manglende eller vakante stillingskategorier, som psykologspesialist, lege eller lege i spesialisering, eller miljøpersonell med videreutdanning i psykisk helse. Utover stillingskategoriene i tabellen under hadde alle enhetene tilgang til administrativt personell (konsulenter/ sekretærer/ merkantilt ansatte). Noen enheter hadde en eller flere administrativt ansatte på sin egen enhet, mens andre enheter hadde tilgang til merkantilt personell på divisjons- eller seksjonsnivå. Noen enheter hadde også tilgang til andre stillinger med terapeutiske oppgaver f.eks. fysioterapeut, familierapeut, musikkterapeut, kunstterapeut, ernæringspsykolog eller egen kokk ved enheten. Flere av enhetene rapporterte svært høyt antall overtidstimer og vakter med innleie eller vikar for å dekke bemanningsbehovet ved enheten.



**Tabell 20:** Gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall årsverk per stillingskategori

Stilling	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Ledelse	1.94	2.00	1.00	6.00
Fagutvikler	0.82	0.80	0.00	4.00
Psykolog	1.94	2.00	1.00	4.00
Psykologspes.	1.12	1.00	0.00	2.80
Barne- og ungd. psykiater	2.12	2.00	1.00	3.00
Lege/LIS	1.40	1.00	0.00	2.00
Miljøpersonell m/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	6.45	5.22	3.00	15.00
Vernepleier	1.81	2.00	0.00	4.00
Barnevernsped.	1.61	1.50	0.00	5.00
Miljøpersonell u/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	6.54	5.00	0.00	14.00
Vernepleier	2.88	2.57	0.00	6.00
Barnevernsped.	3.15	1.00	0.00	13.60

Tabell 21 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste bemanningsfaktor (antall miljøpersonell per én sengeplass) på ulike vaktlag ved enhetene. Det var nokså stor variasjon i bemanningsfaktoren ved de ulike enhetene.

**Tabell 21:** Gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste bemanningsfaktor miljøpersonell fordelt på vaktlag

Bemanningsfaktor	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Dag uke	0.81	0.75	0.29	1.50
Kveld uke	0.72	0.67	0.29	1.50
Natt uke	0.39	0.33	0.21	1.25
Dag helg	0.56	0.50	0.29	1.25
Kveld helg	0.56	0.50	0.29	1.25
Natt helg	0.39	0.33	0.20	1.25

### Avsluttende kommentarer om BUP akutte enheters likheter og forskjeller

Gjennomgangen av opplysningene om enhetene viser at det BUP akutte feltet ikke er et ensartet, men et svært variert og mangfoldig felt. Selv om ulikheter i kapasitet, organisering, bemanning m.m. kan gjøre det vanskelig å sammenlikne enhetene direkte med hverandre, gjør det kanskje erfaringsutveksling og felles refleksjon ekstra viktig og lærerikt. Dette fordi likeverdige, ikke like tjenester, er et mål i seg selv.



## Rådsleders avsluttende refleksjoner

KvIP har nå fullført sitt første år med alle enhetene i Norge på plass. Dette er vi svært stolte av. Deltakerne gir uttrykk for at nettverket er en nyttig og inspirerende ramme for å drive med kvalitetsforbedring. Vi har muligheten til å raskt finne ut hvordan alle akutenhetene i landet tenker om og løser ulike utfordringer. Dette er både nyttig og en kvalitetssikring for enhetene.

KvIP har i løpet av 2023 evaluert egne standarder og sett på hvordan vi kan styrke pasientstemmen på besøksdagene. Vi deltar også i andre prosjekter, som beskrevet tidligere i denne rapporten.

Vi ser fram til et nytt år med kvalitetsforbedring og nettverksbygging!

Tarje Tinderholt, Rådsleder i KvIP, fagutvikler,

Akutt døgnbehandlingsenhet,

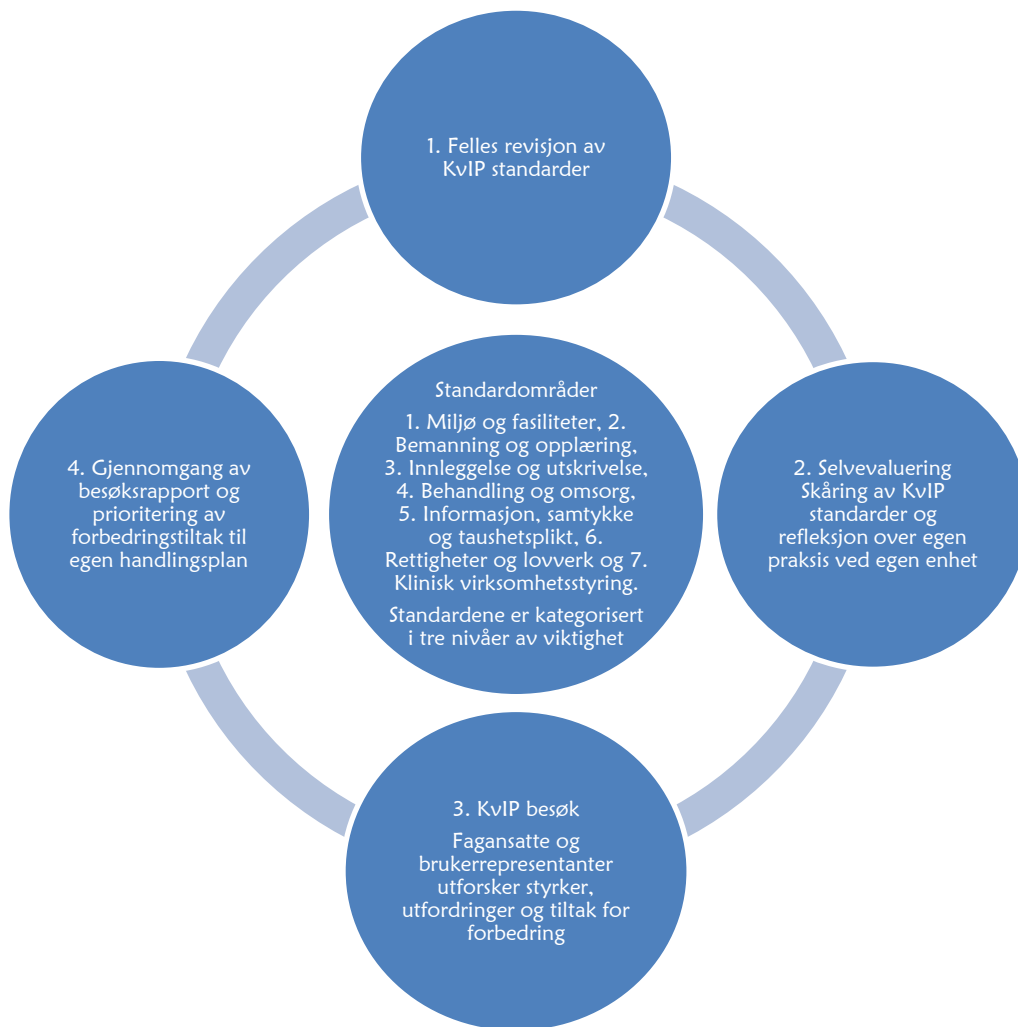
Oslo Universitetssykehus





## Vedlegg 1: En synliggjøring av forbedringspraksis

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





## Vedlegg 2: Dagsplan for KvIP besøk 2023

### KvIP middag kvelden før

For å spare inn tid neste dag kan man benytte middagen til litt praktisk.

- Besøksleder sjekker at alle i besøksteamet har signert samtykker for fagansatte og brukerrepresentanter i KvIP. Det er satt opp digital løsning for dette med pålogging med Bank ID/Min ID på KvIPs nettside.
- Besøksteam planlegger hvem som skal delta i intervju med pas/pårørende/ansatte.  
NB: Intervjuene foregår parallelt med andre aktiviteter neste dag.
  - Hvem i besøksteamet skal intervju pårørende? (2 stk.)
  - Hvem i besøksteamet skal intervju pasient? (2 stk.)
  - Hvem i besøksteamet skal intervju ansatte? (2 stk.)

### KvIP Besøksdag – dagsplan

Kl.	Program
08.30-08.45	<b>Besøksteamet avholder eget møte</b> Roller og oppgaver fordeles og avklares. <ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvem refererer (f.eks rett i mal for besøksrapport)?</li><li>○ Hvem i besøksteamet skal intervju pårørende? (2 stk.)</li><li>○ Hvem i besøksteamet skal intervju pasient? (2 stk.)</li><li>○ Hvem i besøksteamet skal intervju ansatte? (2 stk.)</li></ul>



08.45-09.30	<b>Oppstartsmøte mellom besøksteam og vertsenhet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 08.45-09.00: Besøksleder gir en <u>kort</u> innledning, beskriver målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen, bekrefter deltagelse av pasienter, pårørende og ansatte, samt sjekker at deres samtykker er signert.</li> <li>○ 09.00-09.10: Deltakerne i besøksteamet gir en <u>kort</u> innføring i hovedtrekk ved deres enheter<sup>1</sup> / organisasjoner<sup>2</sup></li> <li>○ 09.10-09.30: Vertsenheten introduserer og beskriver sin enhet, inkl. hovedfokus for kvalitetsforbedring siste året og mulige hindringer i dette arbeidet</li> </ul>	
09.35-10.00	<b>Omvisning på vertsenheten</b> Det er fint om 1-2 pasienter kan lede omvisningen	
10.00-10.15	<b>Kaffe/te pause</b>	
10.15-11.10	<b>Drøfting og erfaringsutveksling med ledere og nøkkelpersonell (2-8 stykker)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Drøfting av de fokusområder og tema vertsenheten har ønsket å adressere.</li> <li>○ Event. gjennomgang av utvalgte standarder<sup>3</sup></li> </ul>	
11.15-12.15	<b>Videre drøfting og erfaringsutveksling</b> av fokusområder, tema og standarder	<b>Fokusgruppeintervju med pårørende</b> <i>NB: Husk at alle pårørende må signere samtykke for pårørende først.</i>  Brukerrepresentant leder intervjuet med intervjuguide, med referent fra besøksteamet.
12.15-13.00	<b>Lunsj</b>	
13.00-14.00	<b>Fokusgruppeintervju med ansatte uten leder/veiledningsroller<sup>4</sup></b> <i>NB: Husk at alle deltakere må signere samtykke for ansatte først.</i>  Brukerrepresentant eller fagansatt i besøksteamet leder intervjuet med intervjuguide, med referent fra besøksteamet.	<b>Fokusgruppeintervju med pasienter</b> <i>NB: Husk at alle deltakere må signere samtykke for pasienter først.</i>  Brukerrepresentant leder intervjuet med intervjuguide, med referent fra besøksteamet.

<sup>1</sup> Helt kort om f.eks. Antall barn og unge i nedslagsfeltet, lengste reisevei, ren akuttpost eller delt, hvor mange senger, bemanning dag/kveld/natt, evt. gammelt eller nytt bygg, beleggsprosent siste år, gjennomsnitt inneliggende pr dag, evt. andre ting som er nyttig.

<sup>2</sup> Helt kort om f.eks. organisasjonens størrelse, målgruppe, satsningsområder, pågående prosjekt.

<sup>3</sup> Ved første KvIP besøk vil mye tid antakelig gå til gjennomgang av standardene. Valg av fokusområder/ tema blir viktig for enheter som har deltatt/hatt besøk tidligere år.

<sup>4</sup> Poenget er at ingen i denne gruppen skal bli hemmet i å si hva de ønsker å si ved at en overordnet eller veileder er i samme gruppe. Lærere fra skolen kan inkluderes.





14.00-14.15	Kaffe/te pause
14.15-15.20	<b>Besøksteamet avholder eget møte og:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Oppsummerer fra intervjuene</li><li>○ Oppsummerer sitt inntrykk av enheten</li><li>○ Identifiserer styrker, utfordringer og forslag til forbedringstiltak (benytt gjerne Power Point-mal fra nettsiden til KvIP i avsluttende møte med enheten)</li><li>○ Oppsummerer dagen og gir besøksleder/ hverandre tilbakemeldinger</li><li>○ Avtaler rapportskrivning (ønskelig at vertsenhet får denne til godkjenning om ca 3 uker. Prosessen: utkast skrives og gjennomgås av alle i besøksteamet, utkast gjennomgås av vertsenhet, utkast revideres og sendes KvIP nettverksleder, rapport ferdigstilles av nettverksleder og sendes vertsenheten for godkjenning).</li></ul>
15.20-15.50	<b>Avsluttende møte mellom besøksteam og vertsenhet - Tilbakemelding og diskusjon</b> Det er en fordel om ledere og kvalitetsansvarlige er tilstede. Flere fra sykehuset/divisjonen kan inviteres, i tillegg til enhetens nøkkelpersonell <ul style="list-style-type: none"><li>○ Besøksteamet<ol style="list-style-type: none"><li>1) Oppsummerer sitt inntrykk av enheten</li><li>2) Formidler hva de ser som enhetens styrker, utfordringer og forslag til kvalitetsforbedringstiltak</li></ol></li></ul>



### Vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område

Diagrammene V3.1 til V3.7 viser prosentandel standarder innenfor hvert standardområde som ble skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell» i 2023.

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

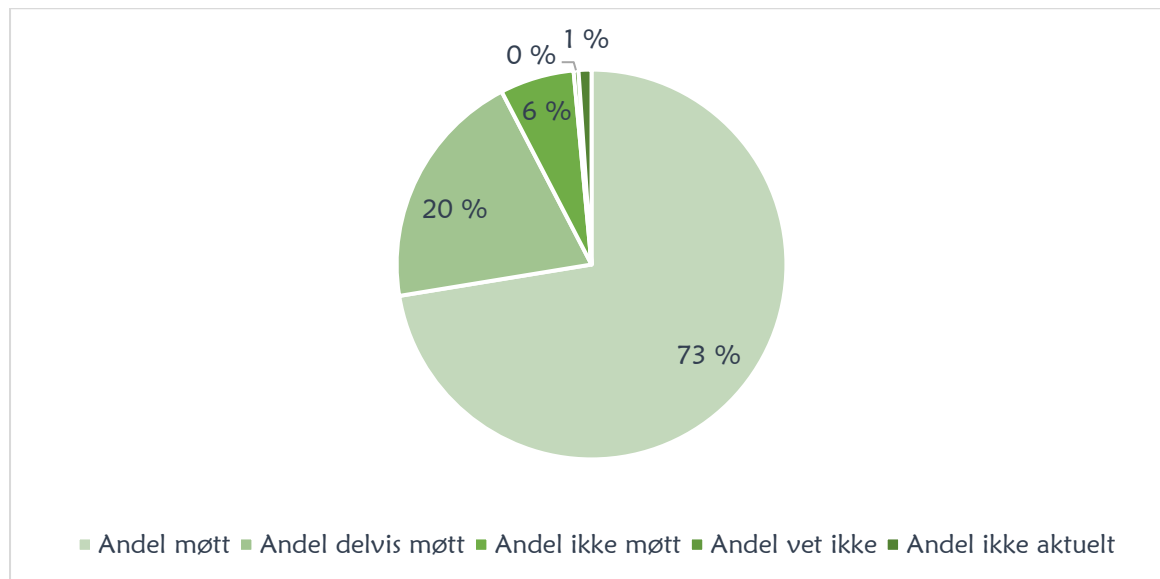


Diagram V3.2: Standardoppnåelse område 2 - Bemanning og opplæring

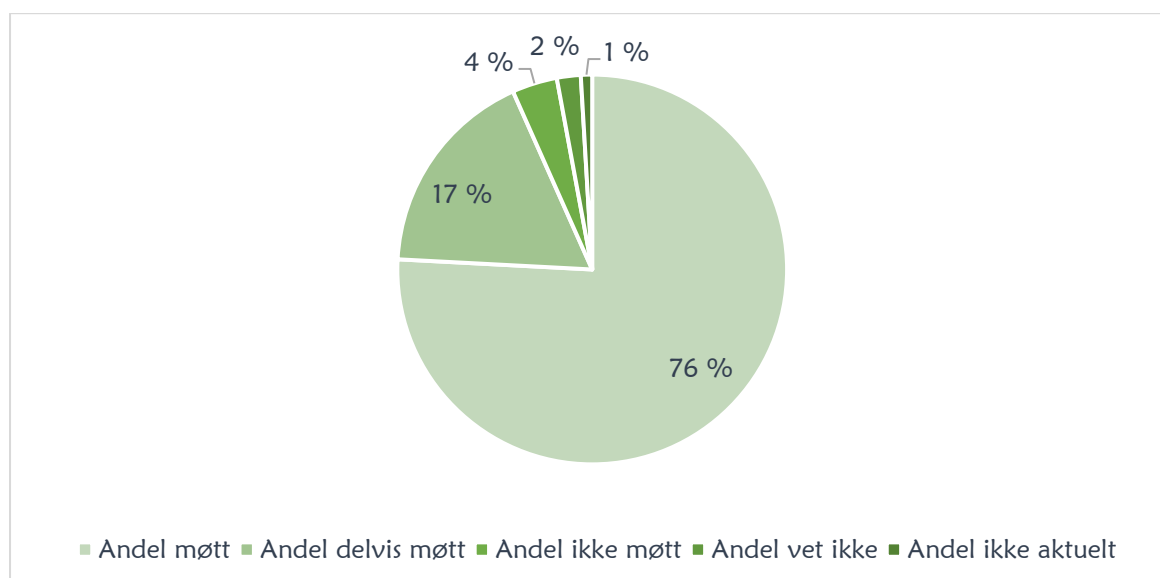




Diagram V3.3: Standardoppnåelse område 3 - Innleggelse og utskrivning

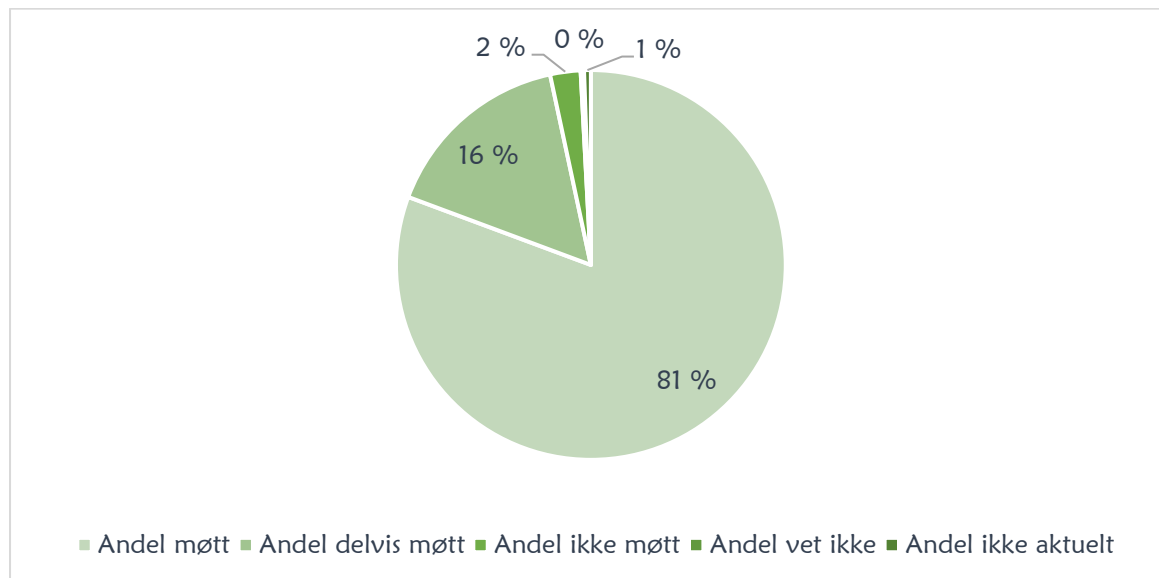


Diagram V3.4: Standardoppnåelse område 4 - Behandling og omsorg

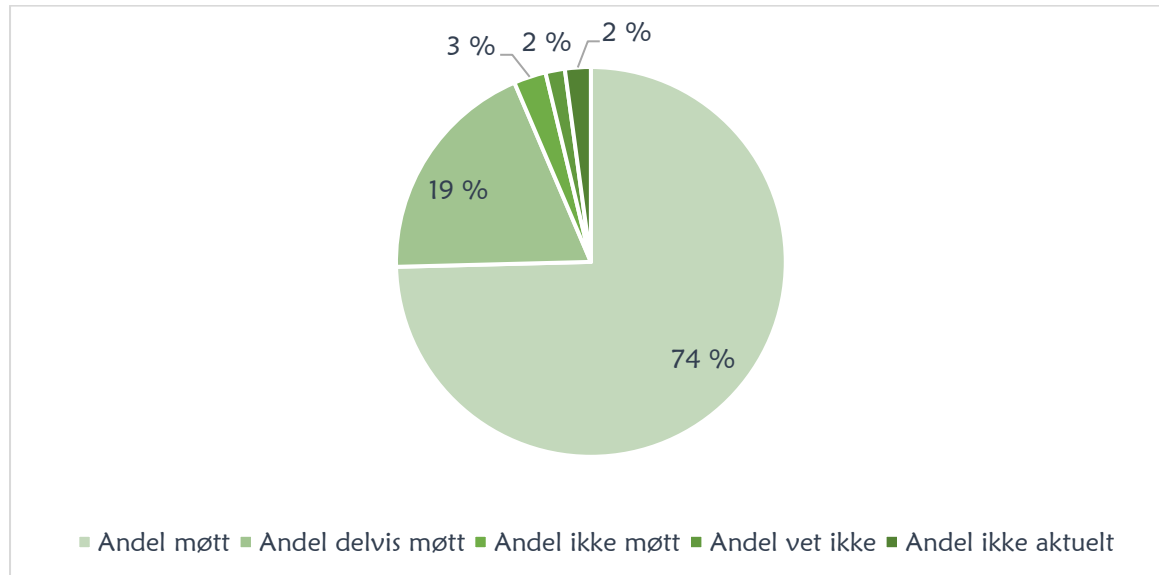




Diagram V3.5: Standardoppnåelse område 5 - Informasjon, samtykke og taushetsplikt

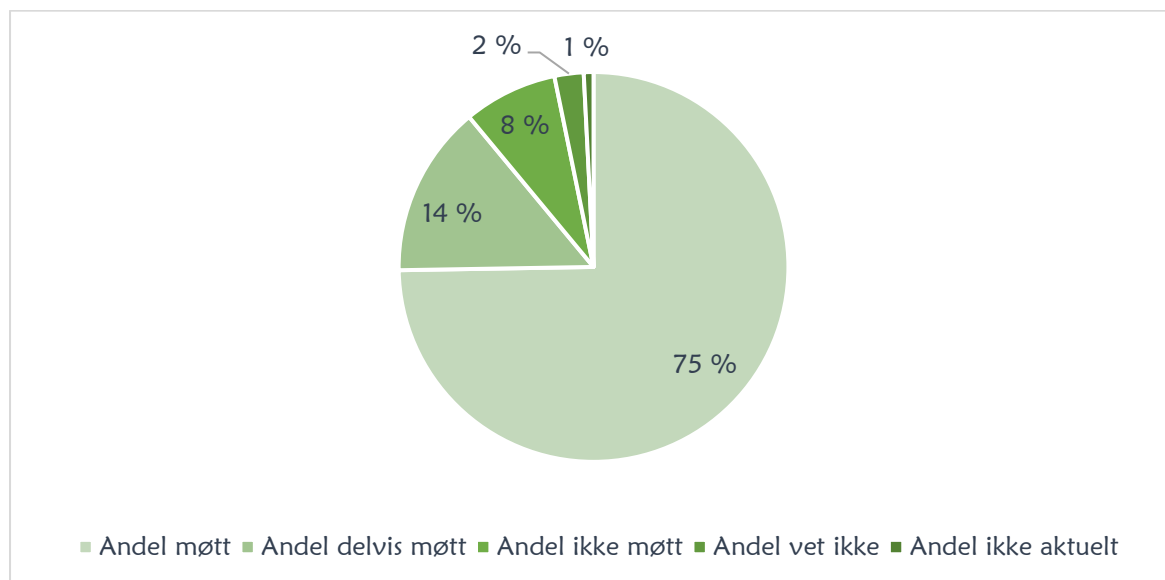


Diagram V3.6: Standardoppnåelse område 6 - Rettigheter og lovverk

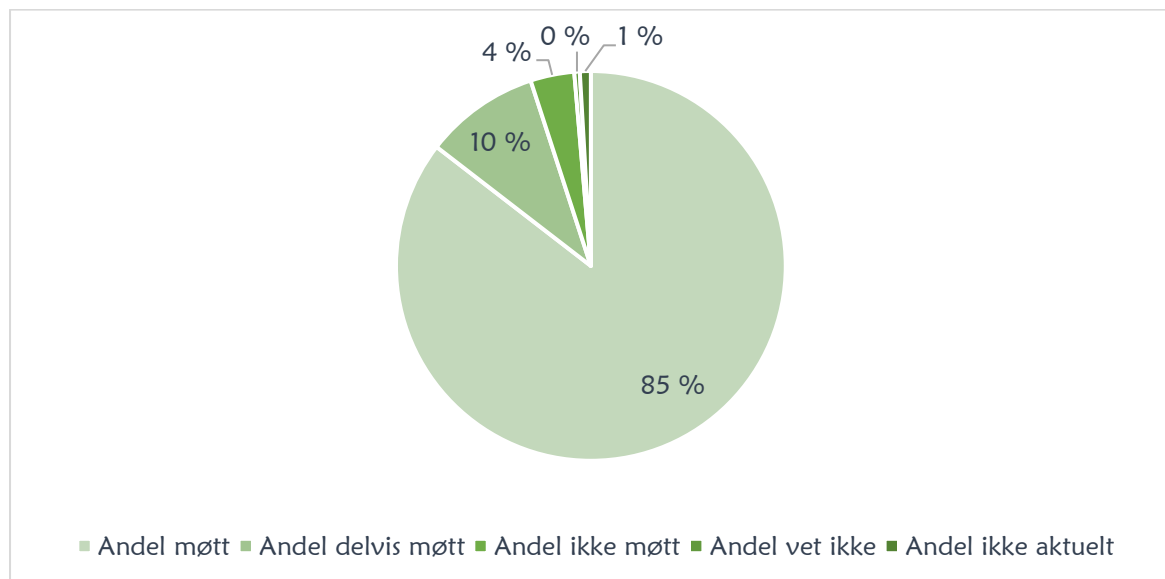




Diagram V3.7: Standardoppnåelse område 7 - Klinisk virksomhetsstyring

