



Årsrapport 2020

Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern

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



Rapportforfatter: Kari Evelin Arellano Lorentzen, nettverksleder KvIP

Dato: Mars 2021

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

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



Innhold

FORORD	4
INNLEDNING	5
OM ÅRSRAPPORTEN	5
OM KVIP	5
FORANKRING.....	5
FORMÅL	5
BAKGRUNNSINFORMASJON	5
ORGANISERINGEN AV KVIP	6
DELTAKENDE ENHETER.....	7
METODIKK	7
ØKONOMI.....	9
NETTVERKETS AKTIVITETER I 2020	9
OPPSTARTSMØTE.....	9
BESØKSLEDERSAMLING	9
BESØK.....	9
RÅDETS ARBEID	10
ÅRSMØTE	10
SAMARBEID MELLOM BESØK.....	11
UTVIKLING OG FORBEDRING AV KVIP.....	11
FORMIDLING OG PRESENTASJONER.....	12
DELTAKELSE PÅ SEMINARER OG KONFERANSER.....	12
OVERSIKT OVER ÅRETS RESULTATER 2020	12
OVERSIKT OVER STANDARDSETTET.....	12
NETTVERKETS PROSENTVISE RESULTAT AV ALLE STANDARDER	13
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE (ANDEL SKÅRET SOM «MØTT») FOR HVERT OMRÅDE	13
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE I FORHOLD TIL SPESIFIKKE UTFORDRINGER.....	17
NIVÅ 1 OG 2 STANDARDER MED HØY MÅLOPPNÅELSE	23
NIVÅ 1, 2 OG 3 STANDARDER MED LAV MÅLOPPNÅELSE	24
BUP AKUTTE ENHETERS STYRKER OG UTFORDRINGER FRA ET KVIP PERSPEKTIV	24
EVALUERING AV DIGITALE KVIP BESØK	26
RÅDSLEDERS REFLEKSJON RUNDT BETYDNINGEN AV KVIP, OG VEIEN VIDERE	28
VEDLEGG 1: EN SYNLIGGJØRING AV ÅRSSYKLUS	29
VEDLEGG 2: DAGSPLAN FOR DIGITALE KVIP BESØK	30
VEDLEGG 3: NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE	33



Forord

2020 ble et annerledes år – også for KvIP. Med pandemien ble alle våre aktiviteter innstilt våren 2020. Takket være godt samarbeid med KvIP rådet, nettverket, Personvernombudet, Avd. for medisinsk teknologi og e-helse (MTE) og Avd. for informasjonssikkerhet v/ Ahus, fikk vi gjennomført samarbeidet digitalt. Tolv av tretten KvIP besøk ble gjennomført på høsten og bidro til en ekstra travel tid for mange av oss.

Tretten sykehus, og brukerorganisasjonene Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU) samarbeidet om KvIP i 2020. Rundt 160 mennesker var involvert i å inspirere, veilede og støtte hverandre mht. kvalitetsforbedrende arbeid. På årets Pasientsikkerhetskonferanse foreleste Amy Edmondson, professor i ledelse ved Harvard Business School. Hun fortalte at psykologisk trygghet vurderes som den viktigste faktoren for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I miljøer man kan være åpen og sårbar, og dele suksesser og feiltrinn, ligger det til rette for forbedring. Jeg tenkte på KvIP da Edmondson snakket. For når en KvIP enhet evaluerer seg selv etter nettverkets standarder, lar eksterne ansatte og brukerrepresentanter få innblikk i hva som fungerer og bør forbedres, da gjør de seg sårbare og gir andre anledning til å bidra.

I år har mange i nettverket rapportert at de synes de fikk gode diskusjoner og erfaringsutvekslinger til tross for at alt foregikk digitalt. Som nettverksleder har det vært gøy å se hvordan nettverket har klart å vise interesse for hverandre, lytte til hverandre og hjelpe hverandre i en tid som har krevd stor omstilling og gitt økt arbeidsbelastning. Flere i KvIP har samarbeidet så lenge nå, at det har utviklet seg bånd mellom enheter som stadig gir anledning til samarbeid om kvalitetsforbedring, også utenfor og på tvers av KvIP besøk. Det tror jeg vil være av stor verdi fremover, i en tid hvor enhetenes betingelser fortsatt kan virke flyktige og kreve raske omstillinger.

Tusen takk for innsatsen og godt samarbeid til alle involverte:

Team fagutvikling, v/ teamleder Gerd Haugen Mariniusson, forskningskoordinator Bodil Skiaker og prosjektassistent Pia Jensen, Avd. Forskning og Utvikling (FoU), Divisjon Psykisk Helsevern (DPH), Akershus universitetssykehus (Ahus)

Akuttnettverket, v/ leder og forsker Johan Siqveland, FoU, DPH, Ahus

Fagrådet i KvIP, v/ rådsleder og fagutvikler Tarje Tinderholt, Oslo Universitetssykehus (OUS)

Rådgiver og tidligere nettverksleder overlege dr.med, FRCPsych, Simon R. Wilkinson

MHU v/ nestleder Mille Falstad og sentralstyremedlem Aleksandra Lønøy

VfB v/ avdelingsleder Karin Källsmyr og frivillig/ vara Marita Sæth

Alle lokale brukerrepresentanter ved de deltakende enhetene

Alle deltakende enheters kontaktpersoner, ledelse og ansatte



Kari Evelin Arellano Lorentzen

Psykologspesialist, spesialrådgiver,

FoU, Divisjon Psykisk Helsevern, Akershus universitetssykehus HF



Innledning

Årsrapporten er den 6. i rekken siden oppstart av «Kvalitet i Institusjonsbehandling i Psykisk helsevern Barn og unge» (KvIP).

Årsrapporten gir:

- en innføring i KvIP
- en beskrivelse av nettverkets aktiviteter i 2020
- en oversikt over årets resultater som gir deltakende enheter anledning til å undersøke hvordan de ligger an i sitt kvalitetsforbedringsarbeid, sammenlignet med alle enhetene i nettverket sett under ett
- innblikk i BUP akutte enheters styrker og utfordringer fra et KvIP perspektiv
- innblikk i evalueringen av digitale KvIP besøk
- rådsleders refleksjon rundt betydningen av KvIP og veien videre

Om årsrapporten

Årsrapporten skrives slik at enhetene ikke gjenkjennes. Kulturen i læringsnettverket bygger på en likeverdig, åpen og ikke-dømmende holdning. Samtidig skal vi møte og dele våre erfaringer med omsorg og respekt. Slik oppnår vi at enhetene gjennom refleksjon over egen praksis, og i møte med kollegaer og brukerrepresentanter, kan forbedre egen praksis.

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

Om KvIP

Forankring

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 innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Akuttnettverket er organisert under Ahus og ledes av forsker/psykologspesialist Johan Siqveland ved Team fagutvikling, FoU, Divisjon Psykisk Helsevern.

Formål

Helsetjenesten 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.

Bakgrunnsinformasjon

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 (QNIC) ved The Royal College of Psychiatrists (RCPsych). Overlege dr.med, FRCPsych, Simon R. Wilkinson oversatte og tilpasset den norske versjonen som ble gitt tittelen «Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern for barn og unge – KvIP», og ledet nettverket videre i flere år.



Siden oppstart har Akuttnettverket stått for ledelse, koordinering og administrasjon av nettverket, inkludert del-finansiering av samlinger og møter. Ved evalueringen i 2017 vurderte Akuttnettverket at pilotprosjektet var vellykket. Alle de deltakende enhetene ønsket å videreføre samarbeidet gjennom en felles årlig kvalitetsforbedringssyklus. Fra 2018 ble det derfor besluttet at KvIP skulle videreføres under Akuttnettverket. Ingen enheter har forlatt nettverket siden oppstart, flere har kommet til, og i dag er tretten av totalt sytten BUP akutte enheter i Norge med.

Organiseringen av KvIP








Ansatte

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 v/ FoU-avdelingen Divisjon Psykisk Helsevern (DPH) på Ahus. Nettverksleder koordinerer alle aktiviteter, utarbeider besøksplan, organiserer revisjon av alt materiell og har ansvar for å planlegge og avholde nettverkets årlige møter.

Rådet

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 2020 har rådsmedlemmene vært:

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 (erstattet nestleder MHU Mille Falstad)		Marita Sæth	Frivillig i VfB, vara KvIP rådet	



Deltakende enheter

I 2020 har alle tretten enheter mottatt besøk. Rådsleder og nettverksleder har forsøkt å rekruttere de fire siste BUP akutte enhetene i Norge, uten hell.

Tabell 1: Deltakende enheter/helseforetak og året de ble med i nettverket

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

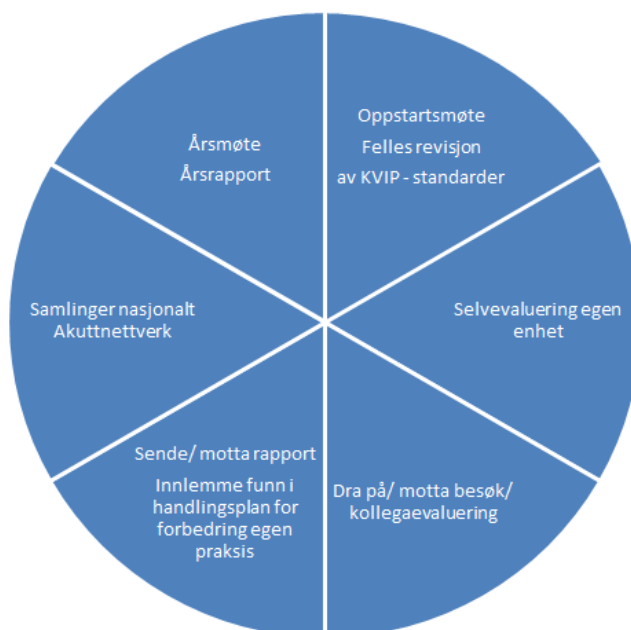
Metodikk

KvIP benytter seg av et vel utprøvd prosessorientert kvalitetsforbedringssystem utviklet av Royal College of Psychiatrists (RCPsych), Quality Network for Inpatient CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services), (QNIC). (Se: <https://www.rcpsych.ac.uk/>).

Det anvendes to tilnærminger til kvalitetsforbedring; Læringsnettverk og Forbedringsmodellen. Sentralt i dette arbeidet er å sette konkrete mål gjennom et sett av kvalitetsstandarder som det er enighet om at enhetene skal jobbe for å oppfylle. Standardene oppfylles gjennom å implementere konkrete tiltak, evaluere og følge opp tiltak, samt dokumentere forbedring over tid.



Figur 1: Årssyklus i KvIP



Nettverket har to årlige møter; årsmøte og oppstartsmøte. Man kan også treffe andre fra nettverket på Akuttnettverkets to årlige samlinger, som i 2020 ble erstattet av et 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.

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 det rimelig å forvente oppnås ved institusjonen.

Nivå 3: dette er standarder som en utmerket institusjon bør oppnå, eller standarder som enheten selv ikke har direkte kontroll over.

Gjennom selvaluering og i kombinasjon med drøfting på besøk, vurderes de deltagende 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. Besøksteamet bidrar til refleksjon over praksis og deling av tiltaksforslag i arbeidet for bedre kvalitet.



En rapport, skrevet av lederen for besøksteamet, 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 i fellesskap. Det skrives en årsrapport som beskriver nettverkets virksomhet, og som oppsummerer resultater og hovedtrekkene av de BUP akutte enhetenes styrker og utfordringer.

Se vedlegg 1: En synliggjøring av årssyklus.

Økonomi

Kostnadene til nettverksarbeidet fordeles mellom Akuttnettverket og de deltakende enhetene. Akuttnettverket dekker kostnadene til nettverksledelse (30% stilling ledelse og ca. 15% stilling stab), vanligvis dagpakker og møtelokaler i forbindelse med møter, og utgifter knyttet til brukerrepresentasjonen i rådet. I 2020 dekket de også utgifter til en animasjonsfilm om KvIP. I 2020 utgjorde kostnadene dekket av Akuttnettverket kr. 148 826 (lønnsutgifter ledelse/ stab ekskludert). Det var mindre møteaktivitet og reiseutgifter under 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.

Nettverkets aktiviteter i 2020

Oppstartsmøte

I oppstartsmøtet på Gardermoen 16.01.2020 ble det gjennomført nok en grundig revisjon av KvIP standardene. Hovedfokus for revisjonen var å slette standarder som ble vurdert som mindre aktuelle, samt omformulere standarder som var tvetydige eller vanskelige å skåre. Det ble også tatt høyde for at nye pålegg og anbefalinger for klinisk praksis, (bl.a. pakkeforløp) kunne medføre behov for endringer. I forkant av møtet hadde Helsedirektoratet 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. Møtet hadde en parallell sesjon. Rådsleder gjennomførte en besøkslederopplæring for nye besøksledere med fokus på besøksleders rolle, ansvar og oppgaver, mens nettverksleder drøftet hvordan fremme samarbeid og økt standardoppnåelse gjennom året på tvers og mellom oppsatte besøk. Det ble bl.a. oppfordret til deling av dokumenter (sjekklister, prosedyrer og rutiner andre kan ha nytte av) i ressursbanken på KvIPs nettside. Tor Erland Baadshaug fra Sykehuset Innlandet fortalte hvordan de har innlemmet KvIP aktivitetene i det systematiske kvalitetsarbeidet hos seg. Det ble også drøftet hvordan man kan dele erfaringer fra besøk på en lojal og konfidensiell måte med egen enhet for å øke læringsutbyttet for flere. Avslutningsvis ble årets aktiviteter planlagt. Viktigheten av at alle deltakende enheter melder fra til lokalt personvernombud (PVO) ble påpekt. Alle enheter samtykket til at fjorårets besøksrapport kunne deles med besøksteam i forkant av besøk.

Besøksledersamling

28.08.2020 ble det gjennomført en digital besøksledersamling for å lære opp, forberede og trygge besøksledere på digitale besøk. Rådsleder Tarje Tinderholt delte tips og råd, og besøksleder Magnus Sjøstrand delte erfaringer fra KvIPs første digitale besøk i Helse Bergen. Gangen i et besøk og hvordan besøksledere best kan forberede seg og organisere arbeidet før, under og etter besøk ble gjennomgått. Malen for digital besøksrapport ble evaluert og oppdatert.

Besøk

I 2020 ble det gjennomført digitale besøk hos alle enheter. Gjennomføring av digitale besøk medførte mye merarbeid, grunnet behov for ny besøkskabal, tekniske løsninger som fungerte på tvers av helseforetakene, ny PVO tilrådning, nye informasjonsskriv og samtykker, oppdatert besøksmateriell og formidling av nye rutiner og samarbeidsformer. For å ivareta smittevern og personvern, og gjøre besøkene gjennomførbare, besluttet



nettverksleder og rådet at omvisning ved enheten, intervju med ansatte v/ vertsenhet, intervju med mer enn én pasient og én pårørende, og oppsummerende møte måtte utgå. Alle vertsenheter valgte egne fokusområder for besøkene, og erfaringsutveksling ble prioritert foran gjennomgang av skårer og standarder. KvIP lunsj dagen før ble satt opp for test av teknisk utstyr og presentasjon siden KvIP middag utgikk. Forberedelsene og samarbeidet gikk ellers som vanlig, og etter besøkene ble det skrevet oppsummerende besøksrapporter som enhetene kunne benytte i eget kvalitetsforbedringsarbeid.

Se vedlegg 2: Dagsplan digitale besøk.

Rådets arbeid

Rådet hadde ett fysisk og to digitale møter i 2020, i tillegg til mer sporadisk og fortløpende kontakt med nettverksleder. Rådets hovedfokus var å få til systematisk brukermedvirkning. I forkant av første rådsmøte var det usikkert om MHU ønsket å fortsette samarbeidet med KvIP. Manglende opplevelse av brukermedvirkning medførte et viktig arbeid for å sikre bedre forankring, struktur og forutsigbarhet. Gjennom samarbeid mellom MHU, VfB, nettverksleder og rådet ble det utarbeidet samarbeidsavtaler med brukerorganisasjonene og retningslinjer for godtgjøring. Rådet startet også arbeidet med å revidere intervjuguidene som benyttes i møte med pasienter og pårørende under KvIP besøk. MHU og VfB inngikk i arbeidsgruppen som sikret at spørsmålene var utformet med relevans for brukerrepresentanter, pasienter og pårørende. Rådet gjorde også en stor innsats mht. å revidere uavklarte standarder i etterkant av oppstartsmøtet. Også i dette arbeidet var systematisk brukermedvirkning et viktig fokus. Rådet reviderte også skjemaet som benyttes for å innhente opplysninger om enhetene i forkant av alle besøk, for å sikre bedre innrapportering på nettverksnivå. Pga. pandemien ble rådet også involvert i planleggingen av digitale besøk og aktiviteter. Å opprettholde god aktivitet og sikre nytten av KvIP nettverket under pandemien ble prioritert. Mange ting måtte avklares og det ble i tillegg til formelle møter, spontan kontakt gjennom året. Rådet deltok også i arbeidet med å rekruttere flere enheter til KvIP. Rådsleder og nettverksleder holdt informasjonsmøte hos BUP akutt i Førde i januar.

Årsmøte

Digitalt årsmøte ble avholdt 15. desember 2020. Nettverksleder oppsummerte årets KvIP aktiviteter og formidlet et blick på de BUP akutte enhetene fra et KvIP perspektiv (se under). KvIP medarbeider Gerd H. Mariniusson presenterte resultater fra årets selvevaluering av kvalitetsstandardene (se under). Rådsleder presenterte rådets arbeid i 2020, og rådet for 2021 ble konstituert. Rådsleder Tarje Tinderholt og rådsrepresentant Magnus Sjøstrand sin rådsperiode var egentlig over, men begge ble nominert på nytt, uten konkurranse, og konstituert med samme roller for ny periode. MHU hadde allerede nominert Aleksandra Lønøy, sentralstyremedlem i MHU, som erstatning for Mille Falstad ved årsskiftet 2019/2020.

Alle enheter presenterte sin status for lokal PVO tilrådning. Tre enheter hadde fått PVO godkjenning, mens mange fortsatt strevde med å få sendt eller avklart PVO-meldingen. Alle enheter fortalte hva slags samarbeid de hadde hatt med andre enheter mellom og på tvers av besøk (se under). KvIPs faglige nettforum ble presentert av prosjektassistent Pia Jensen, og det ble vist hvordan man kan registrere seg/benytte forumet. Hvordan Covid-19 pandemien påvirket enhetene og deres arbeid med pasienter og pårørende i 2020 ble formidlet av alle enheter (se under). Årsmøtet hadde også læring og refleksjon etter tilsyn på agendaen. Sonja Grønås, St. Olavs hospital og Ine M. Hansen og Pål Lode Helse Stavanger, delte erfaringer med tilsyn fra Sivilombudsmannen og læringspunkter for videre kvalitetsforbedring. Avslutningsvis ble årets aktiviteter evaluert og neste års aktiviteter planlagt. Mht. hvilken grad de digitale KvIP besøkene hadde vært nyttige, svarte 56% til en viss grad og 44% svarte i stor grad. Anledning til å utveksle erfaringer, drøfte utfordringer og opprettholde kontakt ble rapportert som fint med digitale besøk. Tekniske problemer, at man ikke fikk blitt bedre kjent, at man ikke fikk sett enhetene og gjennomført intervju med ansatte ble nevnt som utfordringer.



Samarbeid mellom besøk

De fleste enhetene har hatt kvalitetsforbedrende samarbeid med andre, både mellom og på tvers av KvIP besøk. For noen har kontakten vært knyttet til enkelte saker, for andre har det omhandlet overordnede forbedringstiltak. Til eksempel har Helse Stavanger, OUS, Helse Bergen og Nordlandssykehuset samarbeidet om å lage en informasjonsbrosjyre til pasienter/pårørende. OUS og Nordlandssykehuset har hatt kontakt vedr. håndtering av Covid-19 smitte/mistanke om smitte hos pasienter. OUS og St. Olavs hospital har samarbeidet om rutiner knyttet til vurdering av voldsrisiko. St. Olavs hospital og Ahus har hatt kontakt vedr. familiebasert terapi. St. Olavs hospital, Helse Møre og Romsdal og Helse Bergen har utvekslet råd og veiledning vedr. innlagte pasienter. Vestre Viken og Helse Stavanger har bl.a. samarbeidet om skjermingsrutiner.

Utvikling og forbedring av KvIP

Nettverket og nettverksledelsen arbeider kontinuerlig med forbedring av alle samarbeidsprosesser og aktiviteter. På årsmøtet i 2019 ble følgende ønsker om forbedring meldt inn: opprettelse av et faglig nettforum for drøfting og deling, og informasjon om alle deltakende enheter på nettsiden. Følgende tiltak ble gjennomført for å videreutvikle KvIP i 2020:

- Det ble etablert et faglig nettforum med anledning til drøfting og deling av dokumenter for å fremme kontakt og samarbeid mellom besøk.
- Det ble lagt ut en oversikt over alle enhetene i KvIP med mer informasjon om enhetene på KvIPs nettside. Dette var en oversikt Georg Reinhardt, Helse Fonna, opprinnelig hadde laget for Akuttnettverket noen år tidligere og som trengte oppdatering. Målet med oversikten var å gjøre det lettere for enhetene å kontakte hverandre for å fremme mer samarbeid på tvers av og mellom besøk.
- [Ressursbanken for deling av informasjon og dokumenter](#) (slik som rutiner, prosedyrer, sjekklister m.m.) på KvIP nettsiden ble gjennomgått og oppdatert.
- Skjema for innhenting av opplysninger om enhetene ble utvidet og revidert for å kvalitetssikre innsamling av nøkkeltall (bemanning, liggetid).
- Besøksdagen og besøksteamets rolle ble gjennomgått på oppstartsmøtet for å forberede og øke kompetansen til besøksteamene.
- Det ble produsert en animasjonsfilm i samarbeid med Melkeveien Designbyrå som gir en innføring i KvIP til bruk i formidling og opplæring.
- Det ble etablert samarbeidsavtaler og retningslinjer for godtgjørelse av brukerrepresentanter i Akuttnettverket og KvIP rådet.
- Besøksledersamling ble arrangert for å trene og trygge besøksledere på hvordan de best kan forberede, gjennomføre og slutføre besøk.
- Nettbasert spørreskjema (Questback/ Conconfirm) for selvevaluering av standarder ble testet. Tilbakemeldingene fra testingen var for det meste positive fra enhetene, men krevde svært store ressurser i nettverksledelsen og ble derfor ikke videreført.
- Skissesøknad ble sendt til Stiftelsen Dam i samarbeid med MHU, med mål om å få prosjektmidler til å ansette en erfaringskonsulent i driften av KvIP for å sette brukermedvirkning enda mer i system hos nettverkets enheter. Søknaden gikk dessverre ikke videre.



Formidling og presentasjoner

- Nettverksleder og rådsleder presenterte KvIPs arbeid med systematisk kvalitetsforbedring for BUP akutt i Førde i januar.
- Nettverksleder presenterte KvIPs arbeid med systematisk kvalitetsforbedring på Konferanse Rus og psykisk helse 11.02.2020.

Deltakelse på seminarer og konferanser

- Nettverksleder deltok på den digitale Pasientsikkerhetskongressen 12.-13.11.2020.

Oversikt over årets resultater 2020

Oversikt over standardsettet

Standardene i KvIP 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». I KvIP sammenheng blir kvalitet derfor et flytende begrep. Tallmaterialet og resultatene i KvIP egner seg således best til å gi et tilstandsbilde fra år til år om hvordan de deltakende enhetene ligger an i forhold til kvalitetsstandardene det jobbes etter. Som et eksempel kan det nevnes at det i forbindelse med innføring av pakkeforløp i 2019 kom nye krav og anbefalinger som påvirket resultatene sammenliknet med året før.

I 2020 hadde standardsettet 228 standarder mot 244 i 2019.

Tabell 2: Antall standarder fordelt på nivå i 2018, 2019 og 2020

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

Tabell 3: Antall standarder fordelt på områder i 2018, 2019 og 2020

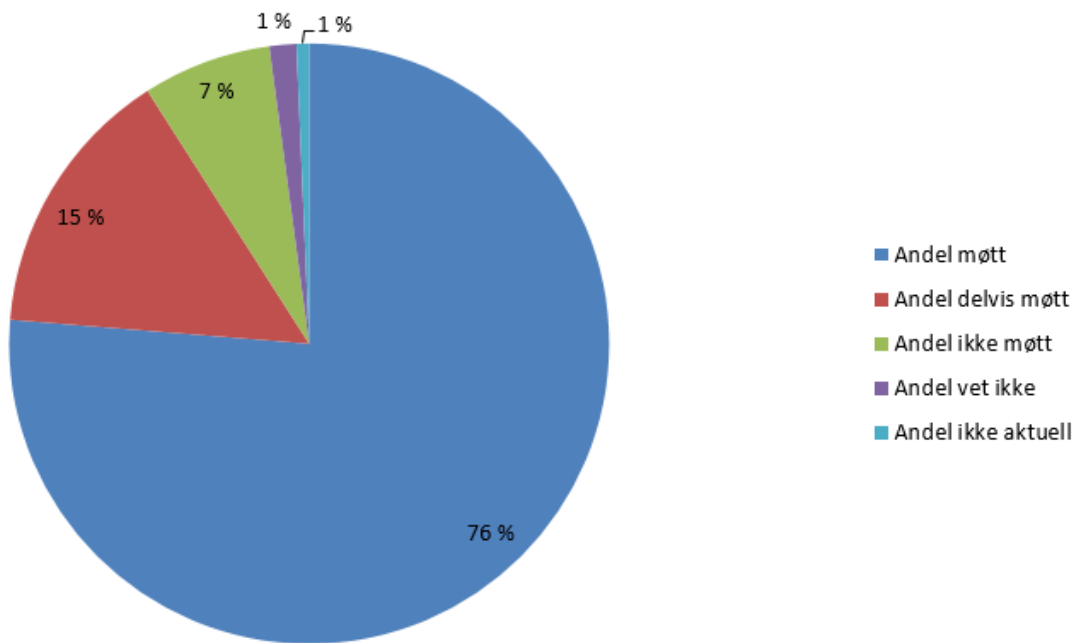
År	1 Miljø og fasiliteter	2 Bemanning og opplæring	3 Innleggelse og utskrivelse	4 Behandling og omsorg	5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt	6 Rettigheter og lovverk	7 Klinisk virksomhetsstyring	Sum
2018	52	54	15	27	20	19	36	223
2019	49	61	23	25	21	15	50	244
2020	46	58	21	23	20	13	47	228



Nettverkets prosentvise resultat av alle standarder

Figur 2 viser prosentandel av skårede standarder som er henholdsvis skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell».

Figur 2: Nettverkets prosentvise resultat



I 2020 ble 76% av alle skårede standarder skåret møtt (mot 73,8 % i 2019). 15 % av alle skårede standarder ble skåret delvis møtt (samme som i 2019). 7% av alle skårede standarder ble skåret ikke møtt (mot 8,6 % i 2019). 1% av standardene ble skåret vet ikke (mot 0,6 % i 2019). 1 % av alle standardene ble skåret ikke aktuelt (mot 2% i 2019).

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 (andel skåret som «møtt») for hvert område

Diagram 1 til 7 viser andel av totale standarder som er skåret møtt i 2018, 2019 og 2020 (fra venstre) per område i prosent fordelt på nivå.

Ved sammenlikning av tallene (grad av måloppnåelse) per område og nivå i 2019 og 2020, er følgende interessant å legge merke til:

Nivå 1: Det er noe, men lite markant endring i grad av måloppnåelse. Det er 11 færre nivå 1 standarder i 2020 enn året før. For noen kan det gi høyere standardoppnåelse, for andre kan det gi lavere. At det ikke er stor endring i måloppnåelse kan peke i retning av at de BUP akutte enhetene evner å holde tritt med hva som til enhver tid ansees som beste praksis.

Nivå 2: Det er noe, men lite markant endring i grad av måloppnåelse. Det er bare én standard mindre i 2020. På område 6 (Rettigheter og lovverk) er 77% av standardene møtt (mot 58% i 2019). Mange enheter har jobbet målrettet med tiltak for å ivareta pasienter og pårørendes rettigheter for informasjon, klageadgang m.m. Dette kan ha bidratt til endringen. At det ikke er stor endring i måloppnåelse på nivå 2 heller, kan også peke i retning av at de BUP akutte enhetene evner å holde tritt med hva som til enhver tid ansees som beste praksis.



Nivå 3: Det er nedgang i standardoppnåelse på område 1. På område 2, 4, og 5 er det noe, men lite markant endring i grad av måloppnåelse. På område 6 og 7 var det ingen nivå 3 standarder i 2020. Det var fire færre standarder på nivå 3 i 2020 enn 2019. I 2018 ble det meldt bekymring for at nivå 3 standarder (som enten kjennetegner en ypperlig virksomhet eller forhold som i stor grad ligger utenfor enhetens egen kontroll) viser seg vanskelig å oppnå. Årets resultat antyder at det kan være verdt å følge med på hvorvidt det er vanskelig å påvirke nivå 3 standarder som omhandler miljø og fasiliteter.

Diagram 1: Område 1 - Miljø og fasiliteter

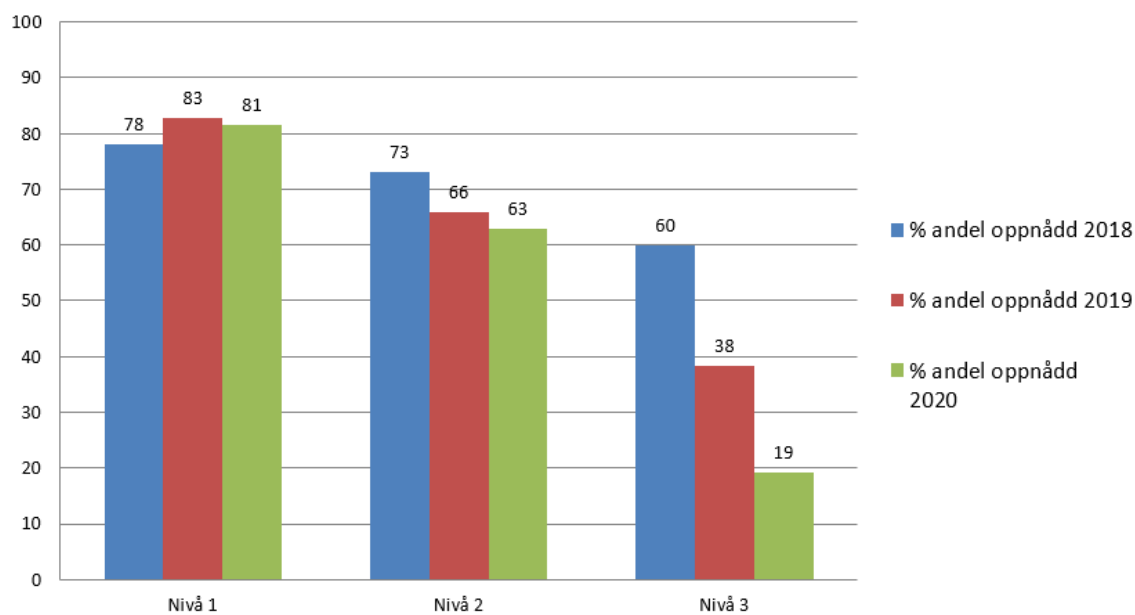


Diagram 2: Område 2 - Bemanning og opplæring

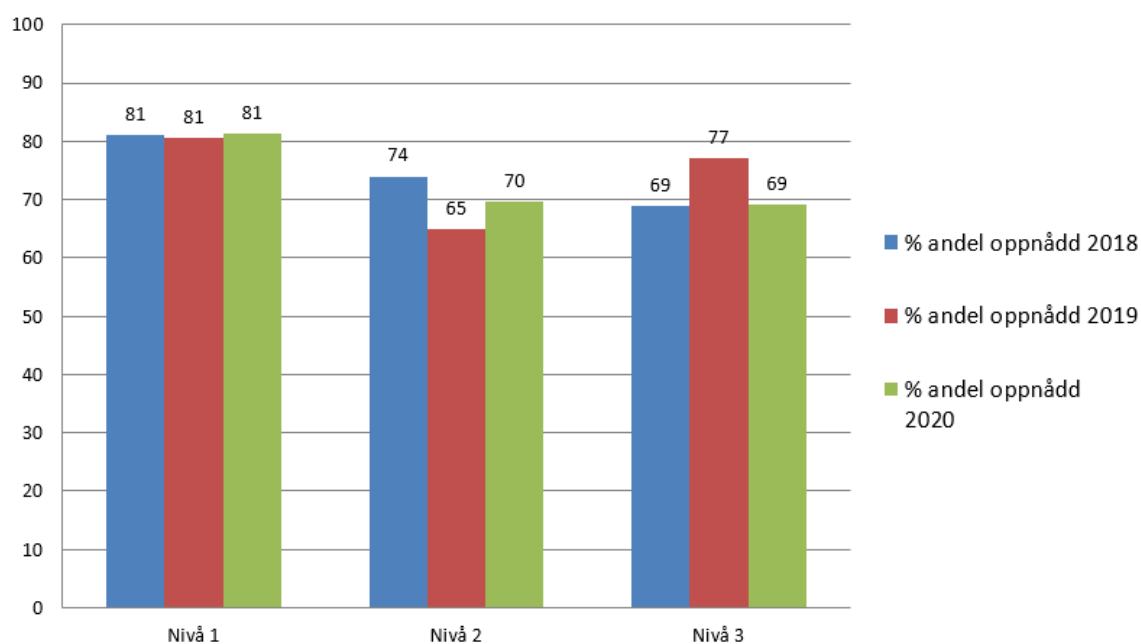




Diagram 3: Område 3 - Innleggelse og utskrivning

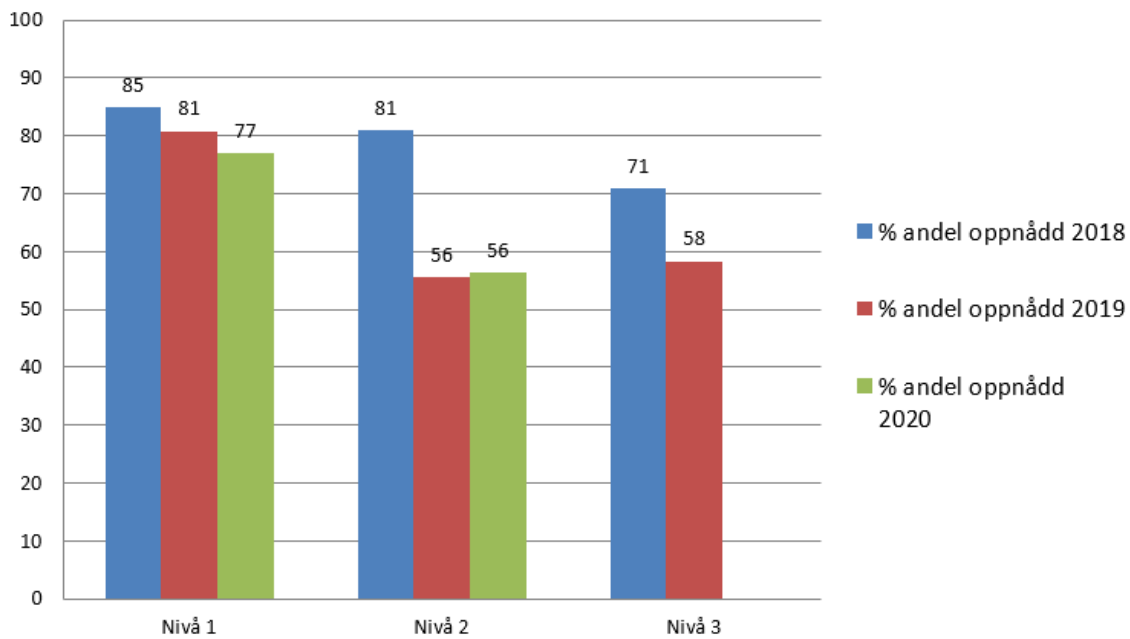


Diagram 4: Område 4 - Behandling og omsorg

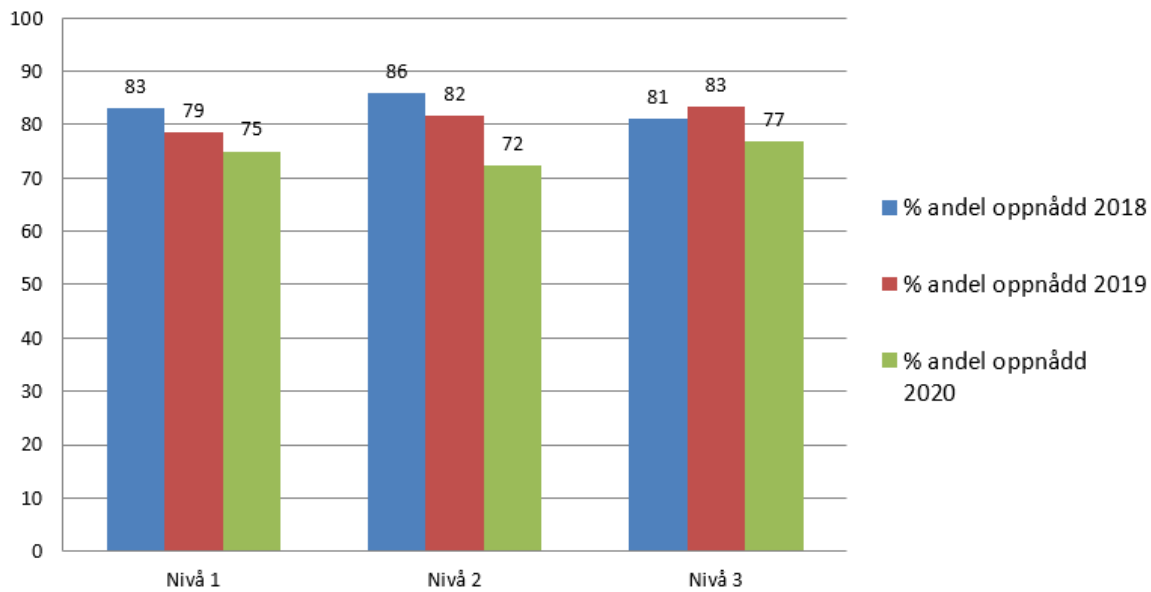




Diagram 5: Område 5 - Informasjon, samtykke og taushetsplikt

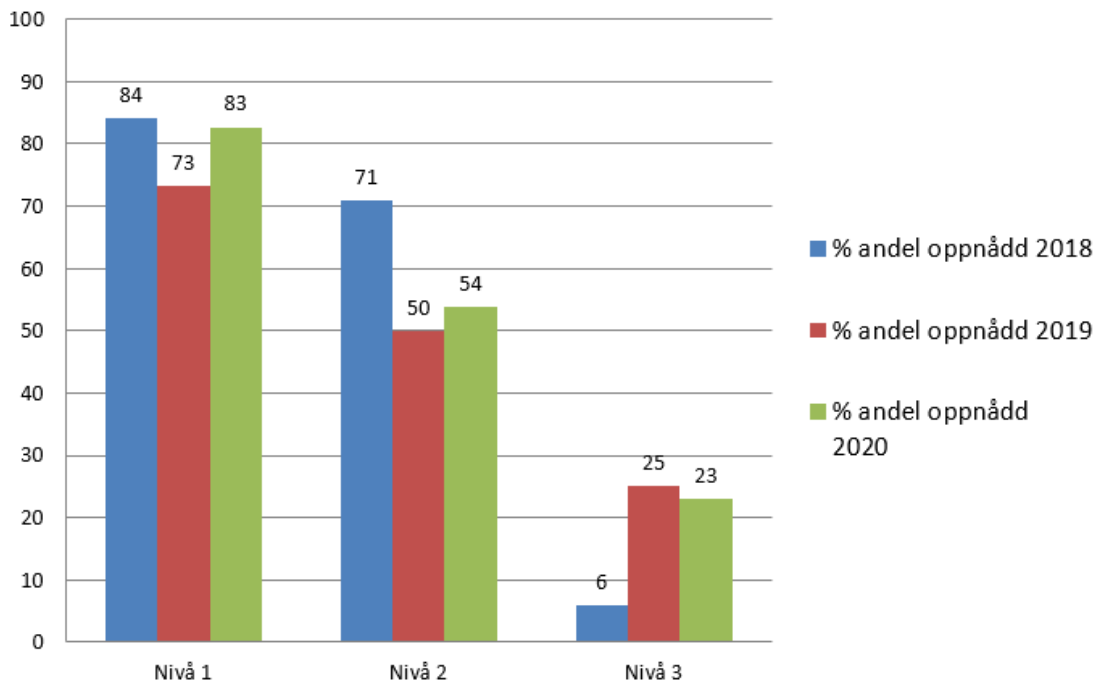


Diagram 6: Område 6 - Rettigheter og lovverk

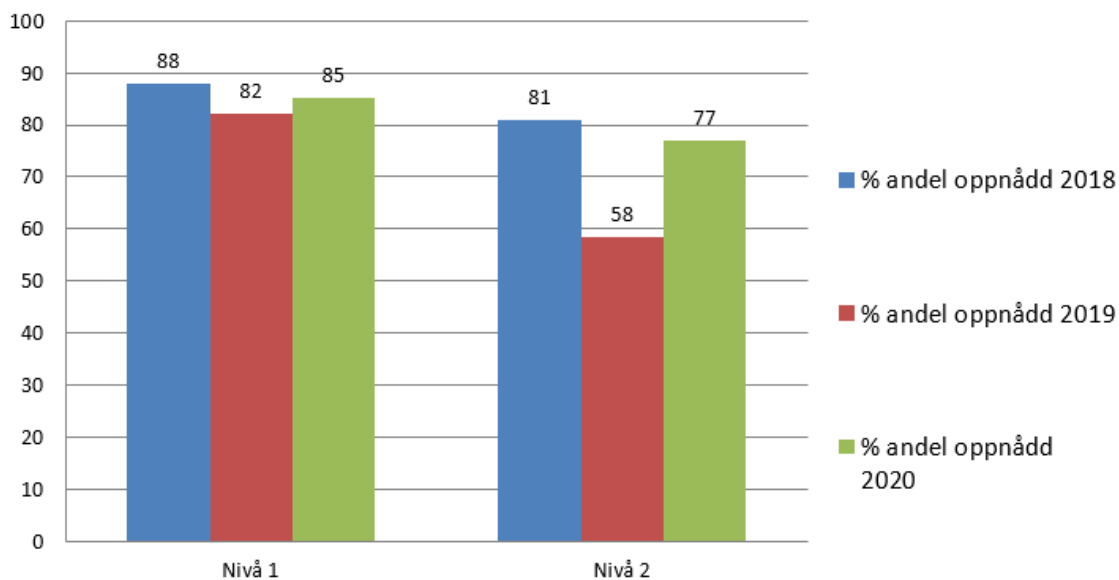
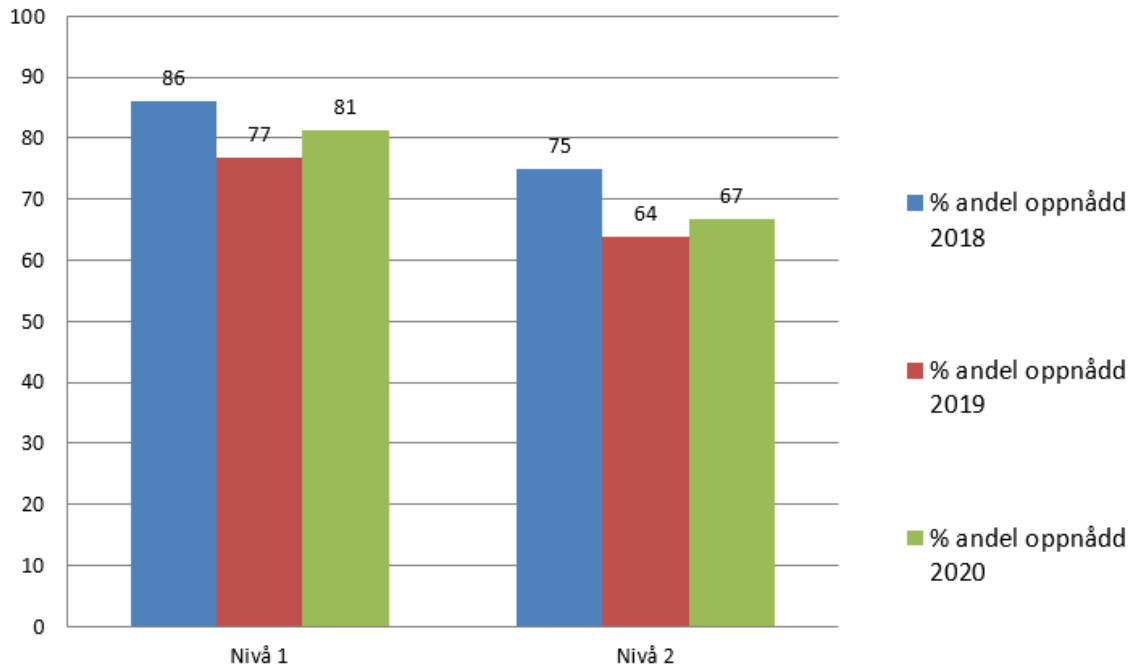




Diagram 7: Område 7 Klinisk virksomhetsstyring



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 kvalitet/ omfang av faglig veiledning av miljøpersonalet. Enhetenes mulighet for å påvirke bygningsmessige forhold ble også betvilt. Derfor valgte man å se nærmere på oppnåelse på standarder som berører brukermedvirkning, bygningsmessige forhold, ivaretagelse av ansatte og skriftliggjøring av rutiner og informasjon til pasienter, pårørende og ansatte. En ny utfordring i 2019 var innføringen av pakkeforløpet og arbeidet med å forstå hvordan dette skulle påvirke de BUP akutte virksomhetene og deres arbeid. Derfor er standardoppnåelse på standarder som berører pakkeforløp sett nærmere på, også i år.

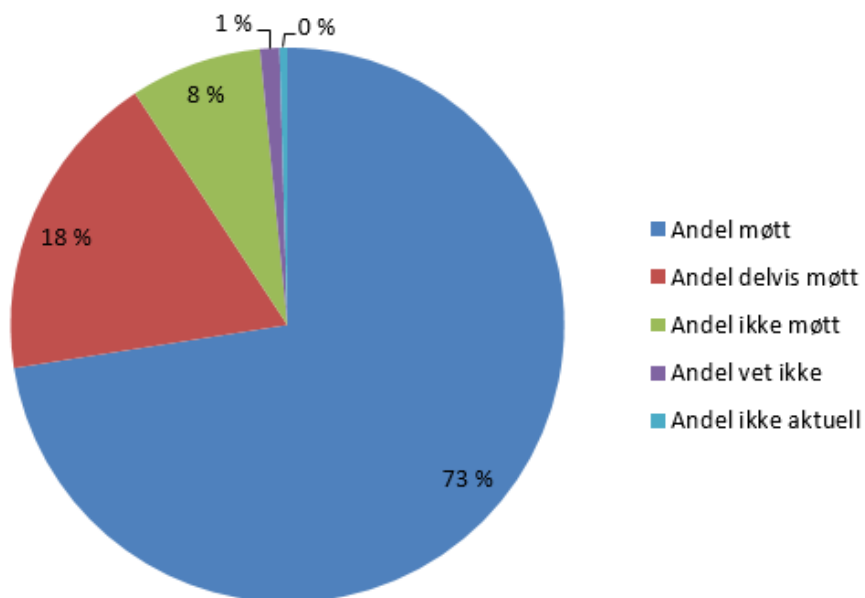


Brukermedvirkning

Det er 68 standarder (mot 72 i 2019) som ansees å berøre brukermedvirkning mer direkte som er inkludert. 73 % av disse standardene skåres møtt (mot 69% i 2019), 18% skåres delvis møtt (samme som i 2019), 8% skåres ikke møtt (mot 11% i 2019) og 1% skåres vet ikke (omtrent som i fjor) (se figur 3).

Sammenliknet med total standardoppnåelse kommer brukermedvirkning ut med omtrent samme standardoppnåelse (73% mot 76% totalt). 27% av standardene som ansees å berøre brukermedvirkning mer direkte er ikke møtt fullt ut. Det tyder på at det fortsatt foreligger et potensial i nettverket mht. systematisk brukermedvirkning.

Figur 3: Prosentvis oppnåelse av standardene vedrørende brukermedvirkning

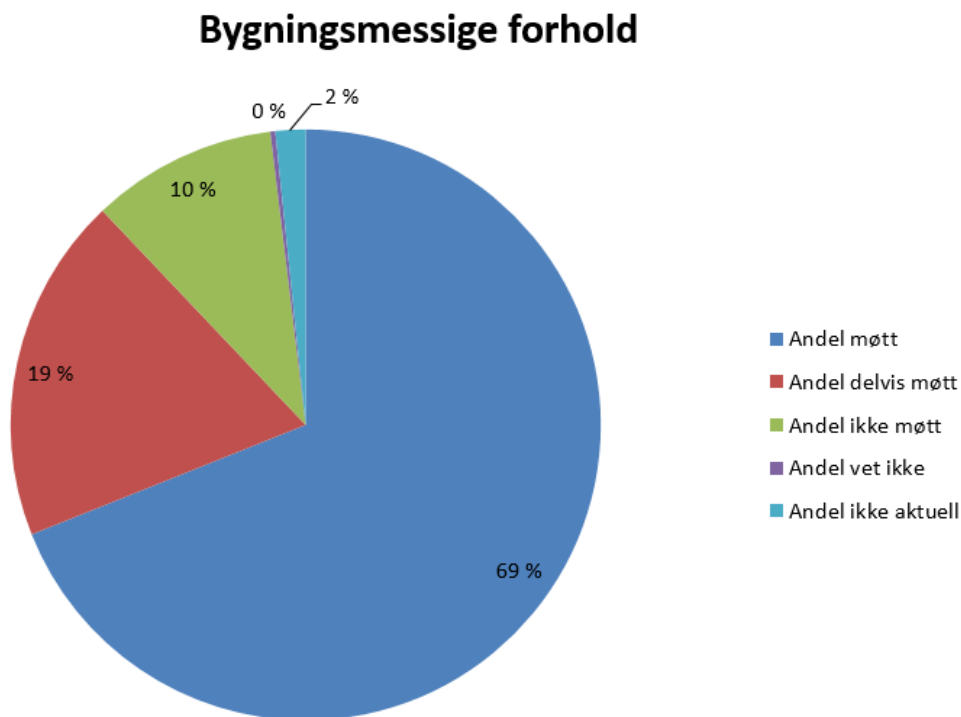




Bygningsmessige forhold

Det er 28 standarder (mot 29 i 2019) som ansees å berøre bygningsmessige forhold direkte som er inkludert. Av de utvalgte utfordringene vi har valgt å se nærmere på i årets rapport, er det her vi finner lavest måloppnåelse. 69 % skåres møtt (mot 68 % i 2019), 19% skåres delvis møtt (mot 20 % i 2019), 10 % ikke møtt (samme som i 2019), 0% er ikke aktuelt (mot 2 % i 2019) (se figur 4). Sammenlignet med total standardoppnåelse kommer bygningsmessige forhold ut med noe lavere måloppnåelse (69 % mot 76 % totalt). Her ligger også et potensiale for å gjøre det bedre, samtidig som man vet at dette er forhold det kan være vanskelig å påvirke.

Figur 4: Prosentvis oppnåelse av standardene vedrørende bygningsmessige forhold

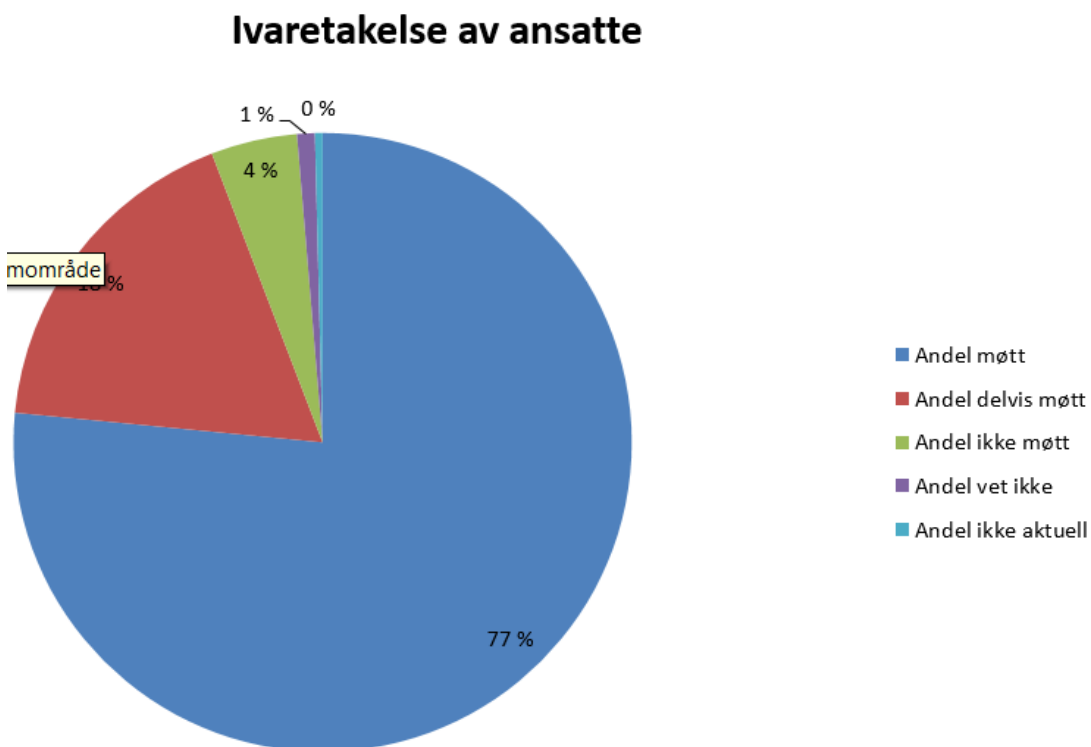




Ivaretakelse av ansatte

Det er 58 standarder (mot 40 i 2019) som ansees å berøre ivaretakelse av ansatte direkte som er inkludert. 77% skåres møtt (mot 80% i 2019), 18% skåres delvis møtt (mot 15% i 2019), 4% skåres ikke møtt (mot 5% i 2019) og 1% skåres vet ikke (mot 0% i 2019) (se figur 5). Sammenlignet med total standardoppnåelse, kommer ivaretakelse av ansatte ut med omtrent samme måloppnåelse (77 % mot 76 % totalt). Inntrykket fra besøksrapporter er også at ansatte i stor grad blir ivaretatt. Samtidig er dette så essensielt for kvaliteten på helsetilbudet at det bør få vedvarende oppmerksomhet i nettverkets forbedringsarbeid.

Figur 5: Prosentvis oppnåelse av standardene vedrørende ivaretakelse av ansatte

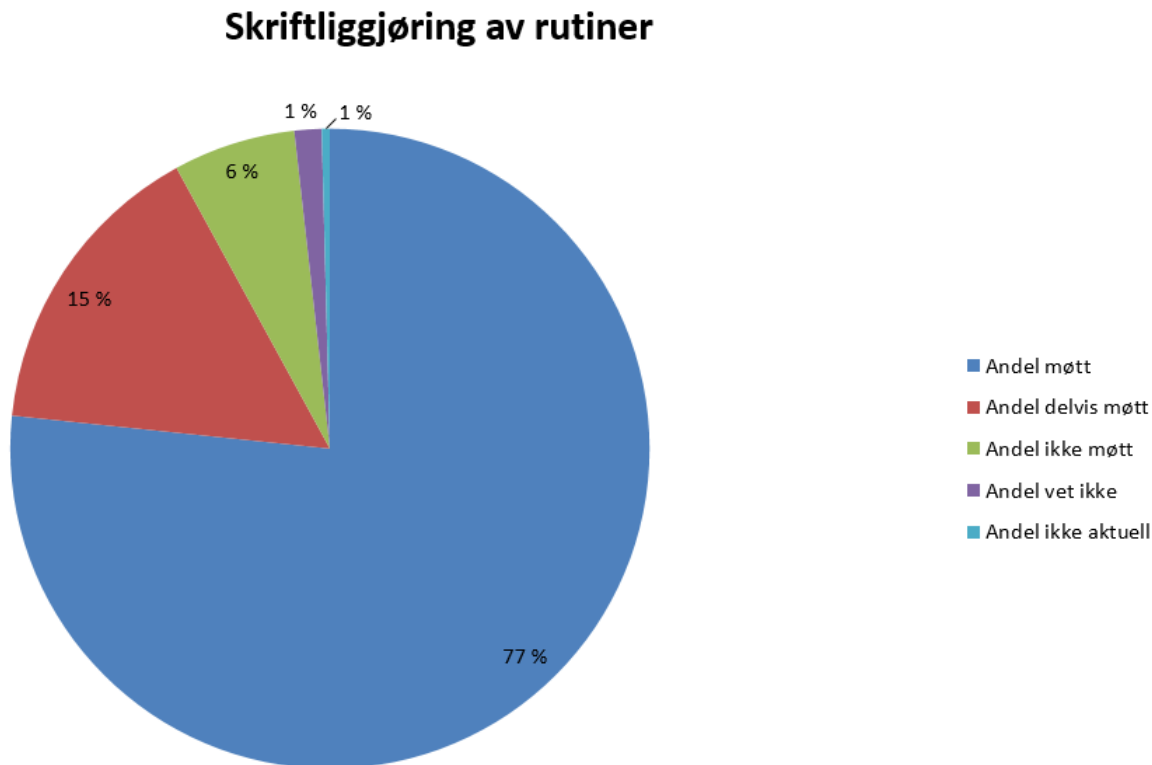




Skriftliggjøring av rutiner og informasjon

Det er 56 standarder (mot 61 i 2019) som ansees å berøre skriftliggjøring av rutiner og informasjon direkte som er inkludert. 77% skåres møtt (mot 70% i 2019), 15% skåres delvis møtt (mot 18% i 2019), 6% skåres ikke møtt (mot 10% i 2019), 1% skåres vet ikke (mot 0% i 2019) og 1% skåres ikke aktuell (mot 2% i 2019) (se figur 6). Sammenlignet med total standardoppnåelse kommer skriftliggjøring av rutiner og informasjon ut med omtrent samme måloppnåelse (77 % mot 76 % totalt). Inntrykket er at mange enheter har jobbet målrettet med å skriftliggjøre rutiner og informasjon, og dette kan ha bidratt til endringen her.

Figur 6: Prosentvis oppnåelse av standardene vedrørende skriftliggjøring av rutiner

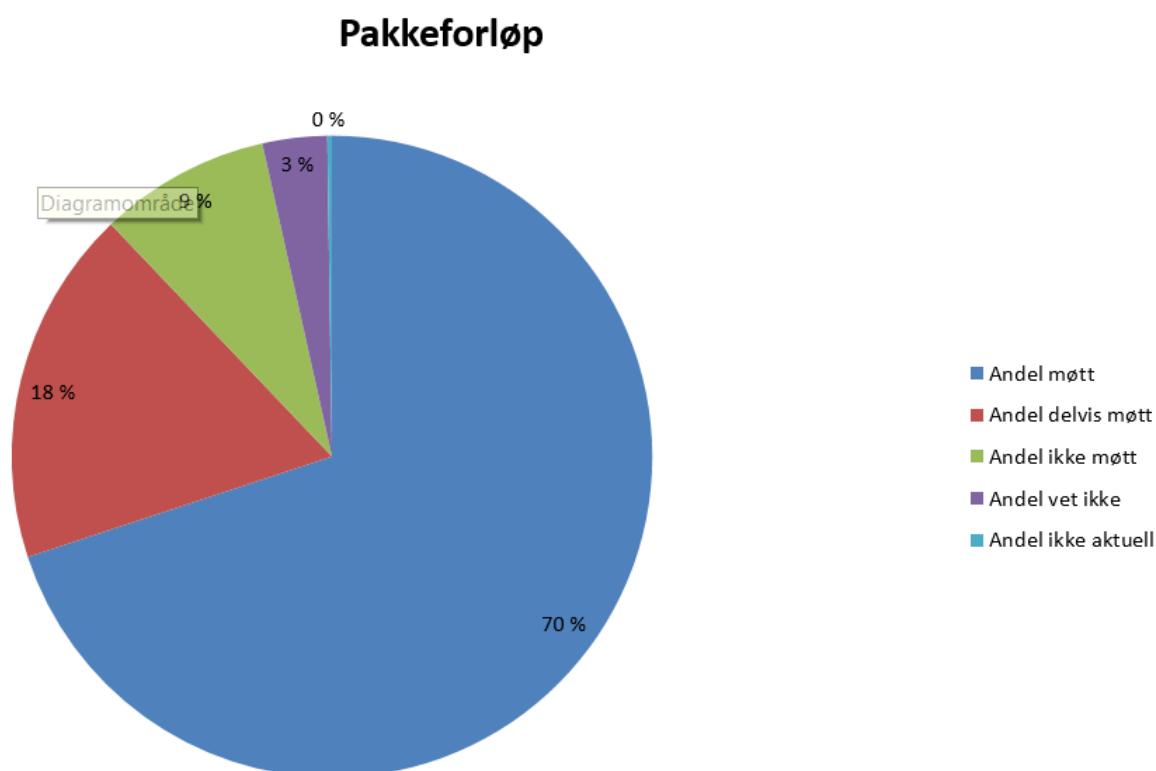




Pakkeforløp

Det er 33 standarder (mot 29 i 2019) som ansees å berøre pakkeforløp direkte som er inkludert. Av utvalgte utfordringer det er sett nærmere på i årets rapport, er det her vi finner nest lavest måloppnåelse. Sammenlignet med total standardoppnåelse, kommer pakkeforløp ut med 70% (mot 64% i 2019) opp mot 76 % totalt. I år er ingen av standardene skåret ikke aktuelle (mot 4% i 2019). Flere enheter har jobbet med implementering av pakkeforløp, og selv om det har kommet endringer i pakkeforløpene siden de ble lansert, ser de helsepolitiske føringene i pakkeforløpene ut til å gradvis finne sin form i klinikk. Disse standardene vil være gjenstand for særlig oppmerksomhet og diskusjon i videre revisjon for å sikre at standardene faktisk gjenspeiler ønsket praksis og oppnås i stadig større grad.

Figur 7: Prosentvis oppnåelse av standardene vedrørende pakkeforløp



Nivå 1 og 2 standarder med høy måloppnåelse

Alle enhetene rapporterer at de oppfyller 43 av 218 nivå 1 og 2 standarder. De standardene alle 13 enheter oppnår er:

1.1.14	1	Det finnes et egnet rom for måltider
1.1.15	1	Det finnes dedikerte og egnede lokaler og utstyr for å ivareta den obligatoriske utdanningen i forhold til alder
1.1.16	1	Det finnes skjermingsrom
1.1.19	1	iii) med eget toalett, vask og dusj
1.1.24	1	Minimum én pårørende har adgang til gratis mat v/ overnatting og samvær store deler av døgnet, og ellers tilgang til å kjøpe mat til samme pris som personalet.
1.1.26	1	Enheten kan tilby overnatting for min. én pårørende for alle under 18 år
1.2.2	1	Enheten kan legge til rette for at pasienter kan benytte telefon, sende og motta brev og pakker
1.2.4	1	Enheten har raskt adgang til tolk, og familiemedlemmer (eks. foresatt/ søsken) eller personale brukes ikke utenom nødsituasjoner
1.2.5	1	Pasienten har mulighet for å praktisere sitt livssyn
1.3.1	1	Legemidler oppbevares forsvarlig og tilgjengelig for uvedkommende.
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.
1.3.6	1	Alle pasienter kan sjekkes innen tre minutter etter at stans er oppdaget.
1.4.1	1	Ansatte har et nødkommunikasjonssystem (alarm)
2.1.2	1	Det finnes et utvalg av mat i tråd med individuelle kulturelle, ernæringsmessige og kliniske behov
2.1.3	1	Nattevaktdekning er minimum 3 ansatte per 10 senger. Det må være minimum 2 våkne nattevakter.
2.1.5	1	Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift
2.2.3	1	Alle ekstravakter får opplæringsvakter.
2.2.10	2	Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt Enheten er kjent med og har tilgang til farmasøytisk kompetanse (RELIS, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, sykehusapotek, mfl.)
2.2.11	1	Enheten har et vaktssystem som sikrer at faglig ansvarlig for vedtak er tilgjengelig hele døgnet. Vedkommende skal kunne stille ved enheten ved behov. Informasjon om hvordan vaktsystemet kontaktes er lett tilgjengelig på vaktrommet.
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
2.4.15	1	Det finnes rutiner for innføring av nye leger i vaktlaget. Praksis er nedskrevet og utdelt før første vakt.
2.4.16	1	Alle ansatte får en introduksjonspakke og gjennomgang av driften ved enheten før de tar ansvar for behandling.
2.4.17	2	Lis får avsatt tid til fordypning i sin arbeidsplan.
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
3.4.8	1	Epikrisen inneholder aktuell medisiner og indikasjon og fremtidig forventning om behov for medisiner
4.1.2	1	En somatisk legeundersøkelse er foretatt innen 4-72 timer etter innleggelse
4.5.1	1	Pasientene får dekket sine krav til obligatorisk skole. Det reguleres i en tydelig samarbeidsavtale mellom Helseforetak og Fylkeskommunen om opplæring under opphold i spesialisthelsetjenesten.
5.4.1	1	Samtykke blir innhentet før opplysninger deles med andre enn henvisende instans, oppfølgende instans eller fastlegen
5.4.4	1	Pasientens 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
6.1.1	1	Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene
6.2.4	1	Enheten har raskt tilgang til tolk. Familiemedlemmer (eks. foresatt/ søsken) eller personale 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.
7.4.15	1	Enheten har prosedyre for tilsyn og observasjon av pasienter (står "bør" i veileder)
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. De 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



Nivå 1, 2 og 3 standarder med lav måloppnåelse

Fem eller flere enheter har ikke skåret «møtt», (men skåret ikke møtt, delvis møtt, vet ikke eller ikke aktuelt), på 17 standarder (nivå 1-3) (mot 12 i 2019). Standardene med lav måloppnåelse er:

1.3.7	3	Pasientene og pårørende kan selv varsle alarm i nødsituasjoner og er informert om dette.
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 pas. og pårørendes brukertilfredshet med standardiserte metoder
1.1.23	3	I tillegg til skjermingsrom og pasientrom, finnes det et øremerket stille/ ikke-stimulerende område
5.3.3	3	Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte
7.1.3	2	Henvisers vurdering er inkludert ved evaluering av praksis. Tilbakemelding fra henviser innhentes ved/for evaluering av praksis
1.1.8	2	Ansatte kan regulere ventilasjonsanlegget og oppvarmingen av enheten
1.1.9	2	Pasienten kan styre ventilasjon/oppvarming på egne soverom
1.1.22	2	vi) [skjermingsrom] som er tilfredsstillende lydisolert
1.5.1	2	Pasientene inkluderes ved endringer i enhetens miljø som kan påvirke pasientene
7.1.2	1	Vurderinger fra pasienter og pårørende innhentes underveis i behandling og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet på systemnivå. Eks. v/ bruk av brukerfornøydhetsskjema.
7.1.6	2	Enheten benytter innhentede resultatmål fra behandling (eks; symptom, funksjon og livskvalitet) for å evaluere og formidle sin behandlingspraksis.
1.3.2	1	Det finnes ingen blinde områder - dvs det er gode siktlinjer
2.2.12	2	Det er oppdaterte stillingsbeskrivelser for alle stillinger
2.3.3	1	Alle ansatte skal ha en kompetanseplan.
3.4.7	1	Ved utskrivning får pasienter og pårørende med seg skriftlig informasjon som også sendes poliklinikk og fastlege. Den inkluderer bl.a. kontaktdetaljer til oppfølgende instans, tidspunkt for første møte ved poliklinikken og ev. medisiner
4.4.8	1	Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette.

BUP akutte enheters styrker og utfordringer fra et KvIP perspektiv

11 enheter har i 2020 vært i en prosess med bygging av nytt sykehusbygg, flytting eller sammenslåing. På årets årsmøte beskrev også de fleste enheter pandemien som en utfordring for ansatte, drift, kapasitet eller forbedringsarbeid. Noen kunne fortelle om en stille periode på våren, med påfølgende trykk og høyt belegg for flere gjennom sommer og høst. Flere rapporterte økning i innleggelser knyttet til spiseforstyrrelser. Smittevern og omlegginger påvirket alle, men i ulik grad. Noen hadde lite utfordringer med smitte og smitteforebygging, andre store vansker knyttet til sykefravær, testing og karantenefravær blant ansatte. Gjennomføring av interne møter, kompetansehevede tiltak, pasientmåltider og gruppeaktiviteter ble nevnt som særlig vanskelig under pandemien. Noen enheter rapporterte også det de opplevde av andre og relaterte hindringer for systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, som manglende tid, arbeid med tilsyn og pålegg fra tilsynsmyndigheter, endringstretthet pga. mange nye ting som innføres parallelt, mangel på treffpunkt og møtестruktur som sikrer implementering og samkjøring, daglig drift med høyt belegg og klinisk press, samt bemanningsmessige utfordringer som ubesatte stillinger og sykefravær.

Veldig mange spennende tema stod i fokus for enhetenes forbedringsarbeid i 2020. Tema som gikk igjen hos flere var å få på plass struktur, rutiner og informasjon for opphold, familiesamarbeid, arbeid med spiseforstyrrelser og psykose og arbeid med forebyggende konflikthåndtering (eks. MAP, TKH).



Mange enheter klarte å forankre KvIP arbeidet bredt og flerfaglig i 2020. Inntil 20 ansatte var involvert lokalt i forberedelser og gjennomføring av KvIP besøk.

I 2020 lå andel i prosent av totale standarder i hvert enkelt område som ble skåret «møtt» mellom 74% og 84% (jf. vedlegg 3). Foreløpig har ikke nettverket definert hva som vil være et ønskelig og realistisk mål for standardopplnåelse på hvert område. Frem til nå har hver enhet og nettverket som helhet etterstrebet så høy grad av måloppnåelse som mulig. For noen enheter er noen standarder vanskeligere å oppnå enn for andre.

Enhetene i KvIP er preget av stor variasjon. Selv om alle har akutfunksjon, har de til en viss grad ulike målgrupper og aldersspenn (fra 0 – 18, 6-18, eller 13 -18 år). De har også varierende størrelse på populasjon i opptaksområdet og stor variasjon mht. antall kommuner de samarbeider med. Den minste enheten har fire sengeplasser, den største har 14. De er i tillegg nokså ulikt organisert og driftet. Seks enheter er rene akuttenheter, mens syv enheter også har elektive og langvarige innleggelse. Fire enheter har oppgitt at de har eget akuttpsykiatrisk mottak. Noen har tilleggsfunksjoner i form av f.eks. et mobilt team. Syv enheter har eget eller samarbeid med ambulant team, fem enheter har ikke, mens noen har noe tilgang til ambulant samarbeid med poliklinikk. Noen deler sengeplasser og personal med sideliggende avdeling, andre ikke. De har også ulik nærhet til psykisk helsevern for voksne, og avdeling BUP forøvrig. Enhetenes organisering ser også ut til å variere og avhenge av hvilke andre tilbud som eksisterer til barn/ unge i opptaksområdet. Seks enheter har oppgitt at de har andre sengeplasser i opptaksområdet. For noen enheter kan gjennomsnittlig reiseavstand være 0,5 time, for andre er den opp til ti timer. Antall tvangsinnleggelse og antall tvangsvedtak varierer også, men rapportering av tvang er for ulik og manglende i 2020 til å oppgi tall. Det er imidlertid tydelig at det er et lite antall pasienter som står for de fleste tilfellene av bruk av tvang. Alvorlige hendelser er også knyttet til enkelte pasienter (bla. på skjerming), og i 2020 har hendelsene ofte vært relatert til Covid-19 håndtering og håndtering av alvorlig spiseforstyrrelser.

Flere enheter i nettverket har ønsket en oversikt over bemanningssituasjonen hos KvIP enhetene. At enhetene er preget av stor variasjon er også viktig å ha med seg når bemanningstall studeres. Under er gjennomsnittlig bemanning og bemanningsratio beregnet for de stillings- og bemanningskategorier hvor mer enn ti enheter har rapportert tall. Noen stillings- og bemanningskategorier vil derfor ikke fremkomme.

Tabell 3: Gjennomsnittlig bemanning og bemanningsratio

	Gjennomsnitt	Minst	Mest	Ratio (gj.snitt stillinger : gj.snitt antall senger)	
Psykologspesialist	2,04	0	5	2,04:8,67	0,24
Psykolog	1,32	0	4	1,32:8,67	0,15
Barne- og ungdomspsykiater	1,77	0	3	1,77:8,67	0,20
Leger (LIS)	1,62	1	2	1,62:8,67	0,19
Sykepleier	6,32	2	15	6,32:8,67	0,73
Vernepleier	2,64	0	6	2,64:8,67	0,30
Barnevernspedagoger	1,28	0	3	1,28:8,67	0,15
Sykepleier	8,07	1	24	8,07:8,67	0,93
Vernepleier	3,26	0	9	3,26:8,67	0,38
Barnevernspedagoger	4,30	1	14	4,3:8,67	0,50
Admin. konsulenter/sekretærer/ merkantilt ansatte	1,48	0,20	1,50	1,48:8,67	0,17
Grunnbemanning uke dagtid	6,08	4	12	6,08:8,67	0,70
Grunnbemanning uke kveldstid	6,00	4	12	6,00:8,67	0,69
Grunnbemanning uke natt	3,15	2	5	3,15:8,67	0,36
Grunnbemanning helg dagtid	4,54	2	8	4,54:8,67	0,52
Grunnbemanning helg kveld	4,62	2	8	4,62:8,67	0,53
Grunnbemanning helg natt	3,23	2	5	3,23:8,67	0,37
Totalt antall normerte sengeplasser v/ enheten:	8,67	4	14		

Fire enheter har en egen fagutvikler/ fagkoordinator/ fagsykepleier. Resten har lagt fagutvikling til ledere og assisterende ledere på seksjon- og enhets nivå.

Gjennomgangen av alle rapportene og resultatene for 2020 tyder i år, som i fjor, på at svært mange av kvalitetskravene for BUP akutt virksomhet er oppfylt, og at driften stort sett fungerer godt. Året 2020 gir inntrykk av at enhetene fremstår med god evne til å tilpasse seg flyktige betingelser og krevende omstendigheter. De ansees å holde godt trinn med nye helsepolitiske føringer, juridiske krav og oppdatert fagkunnskap til tross for større omorganiseringer, pandemi og smittevern. Enhetene viser i år som i fjor at de setter høye krav til seg selv og deler det de faktisk ikke får til. 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.

Evaluering av digitale KvIP besøk

Da KvIP ble evaluert på årsmøtet i 2020 antydte resultatene at KvIP oppleves nyttig, også når all aktivitet må gjennomføres digitalt. På årsmøtet oppgav 44% av deltakerne at KvIP besøkene i stor grad var nyttige. 56 % svarte at de til en viss grad var nyttige. På forespørsel om hva som var fint med årets KvIP besøk svarte enhetene bl.a. mer spissede tema til diskusjon, mer utveksling av erfaring, drøfting av utfordringer med ulike enheter, lærerike og nyttige faglige diskusjoner fra andre som holder på med det samme, utveksling av prosedyrer og læring, innblikk i andre enheter, opprettholdelse av kontakten med andre enheter i en travel hverdag, bygging av nettverk og gode råd.



På forespørsel om hva som var utfordrende med årets KvIP besøk svarte enhetene bl.a. at det ikke ble gjennomført intervju med ansatte og at man ikke fikk snakket med miljøpersonalet, gjennomføring av digitalt pasient- og pårørende intervju, og mindre tid til å bli kjent.

Flere enheter har formidlet hvilken betydning KvIP besøket og KvIP rapporten i 2020 vil ha i videre forbedringsarbeid, og oppgir at KvIP arbeidet gir godt grunnlag for valg og prioritering av forbedrings tiltak, utvikling av handlingsplaner, drøftinger med ledergruppen og drøfting og belysning av utfordringer på avdelingsleder nivå.



Rådsleders refleksjon rundt betydningen av KvIP, og veien videre

Som jeg skrev i fjor; kvalitetsforbedring er en møysommelig og kontinuerlig prosess. 2020 er ikke noe unntak. Vårt arbeid i 2020 har i stor grad blitt påvirket av alle restriksjonene som har vært innført på grunn av situasjonene med Covid-19. Erfaringsutveksling og besøk hos hverandres enheter er en svært viktig del av vår virksomhet. Dette ble effektivt stoppet av reiseforbud. Vi har dermed måtte tenke nytt. Det lokale arbeidet med kvalitetsstandardene har vært det samme som før, men besøkene har blitt gjennomført digitalt. De digitale møtene har vært noe kortere og færre fagfolk har kunnet delta fra vertsenhetene (på grunn av antall mennesker tillat i samme møterom med videokonferanseutstyr). Innholdet i møtene har blitt dreiet noe bort fra kvalitetsstandardene og over på tema som vertsenhetene har ønsket å drøfte med besøksteamet. Inntrykket er at dette har fungert overraskende bra og at det har vært nyttige diskusjoner. Mange av enhetene opplevde ekstra pågang i 2020, som gjorde at det var fint å kunne utveksle erfaringer med andre steder i landet som var i samme situasjon. Nettopp fordi mange kurs og konferanser ble avlyst i 2020, var de digitale besøkene, med erfaringsutveksling, viktig.

Arbeidet med å utvide antall deltakere stoppet opp i 2020. Det ser ut som om det vil ta tid før vi kan besøke hverandre, for på denne måten rekruttere de siste akutenhetene inn i nettverket. Et hovedmål for oss videre, er fortsatt å få med alle BUP akutte enheter i Norge i KvIP.

Tarje Tinderholt,

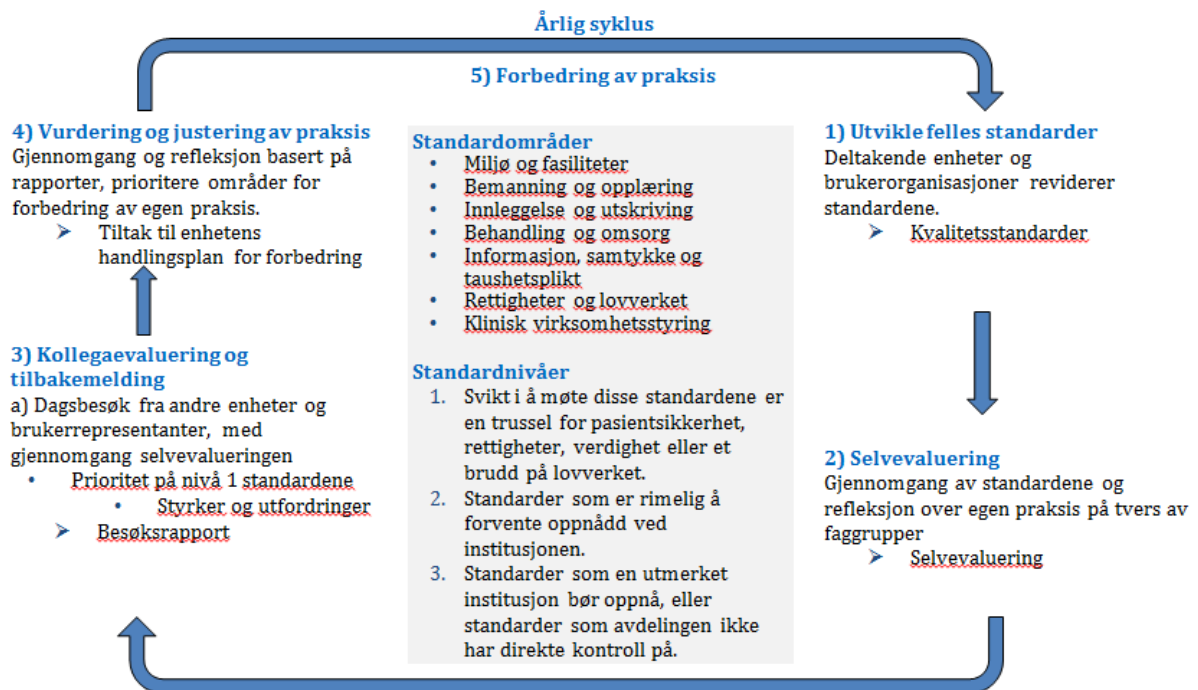
Rådsleder i KvIP, fagutvikler,

Akutt døgntilleggsbehandlingssenter, Oslo Universitetssykehus



Vedlegg 1: En synliggjøring av årssyklus

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





Vedlegg 2: Dagsplan for digitale KvIP besøk



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

akuttnettverket.no



KvIP

Dagsplan digitalt KvIP besøk

Dagen før: Besøkslunsj med testing av teknisk utstyr

Hvem inviterer til digitalt møte	Kl.	Program
Nettverksleder Kari inviterer vertsenhet og besøksteam via Lynch/ Skype for Business	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 -Har alle i besøksteam levert taushets- og lojalitetserklæring? - Planlegging av intervju med pas/ pårørende:<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 dagen.- Ikke flytt intervjuet til annen løsning enn Helsenet



Den digitale besøksdagen:

Hvem inviterer til digitalt møte	Kl.	Program	
Nettverksleder Kari inviterer til digitalt møterom via Lynch/ Skype for Business som benyttes hele dagen	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 - Bekrefter roller og oppgaver. - Hvem kan assistere besøksleder med chatten? - Hvem skal lede og hvem skal være sekretær under intervju med pasient? - Hvem skal lede og hvem skal være sekretær under intervju 	
	09.00- 09.30	Oppstartsmøte <ul style="list-style-type: none"> - Kort presentasjon av deltakere/ deltakernes enheter - Gjennomgang av «møteregler»; Skru av lyden når man ikke snakker, chatten benyttes til å rekke opp hånda - Besøksleder bekrefter deltagelse av pasienter og pårørende samt at deres samtykke skjema er i orden. - Besøksleder gir en <u>kort</u> innledning, målsetting for dagen, gjennomgang 	
	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 kan avslutte besøksdagen etter dette.	
	11.30 – 12.00	Lunsj	
Nettverksleder Kari inviterer pasient, pårørende og 2 x 2 stk fra besøkssteam i Whereby	12.00 – 13.00	Intervju med én pårørende Brukerrepr. i besøkssteam leder intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, m/ sekretær fra besøkssteamet	Intervju med én pasient intervjuet med utgangspunkt i intervjuguide, m/ sekretær fra besøkssteamet
	13.00 – 13.15	Pause	

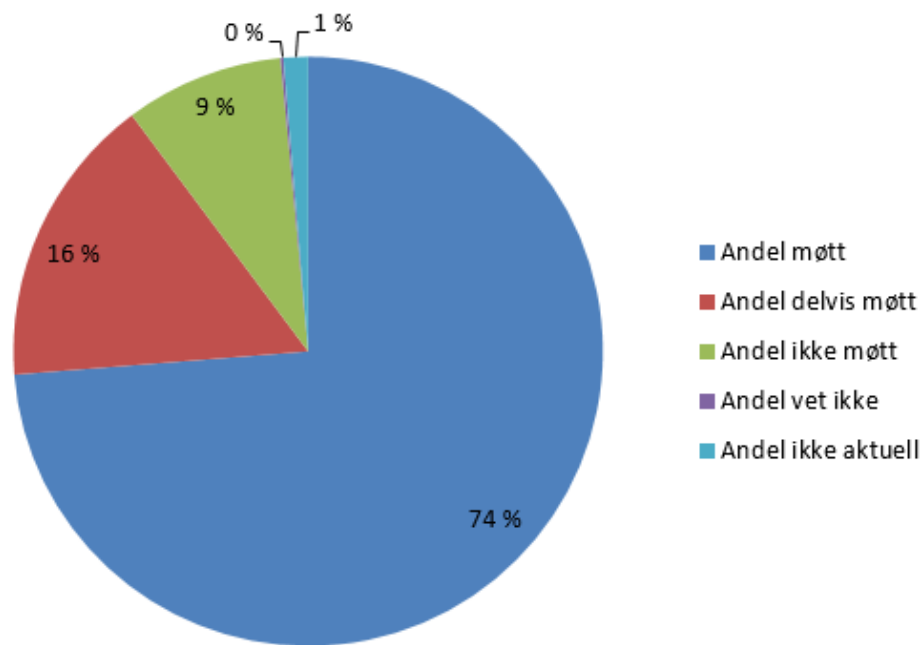


	13.15 - 14.15	Besøksteamet avholder eget møte <ul style="list-style-type: none">- Oppsummering av intervju med pasient og pårørende- Oppsummering av dagen og erfaringsutvekslingene. Hva er vertsenhetens styrker, utfordringer? Hva er besøksteamets forslag til løsninger?- Legger plan for skriving av rapporten.- Besøksleder får tilbakemelding på ledelse av den digitale besøksdagen.
--	------------------	---

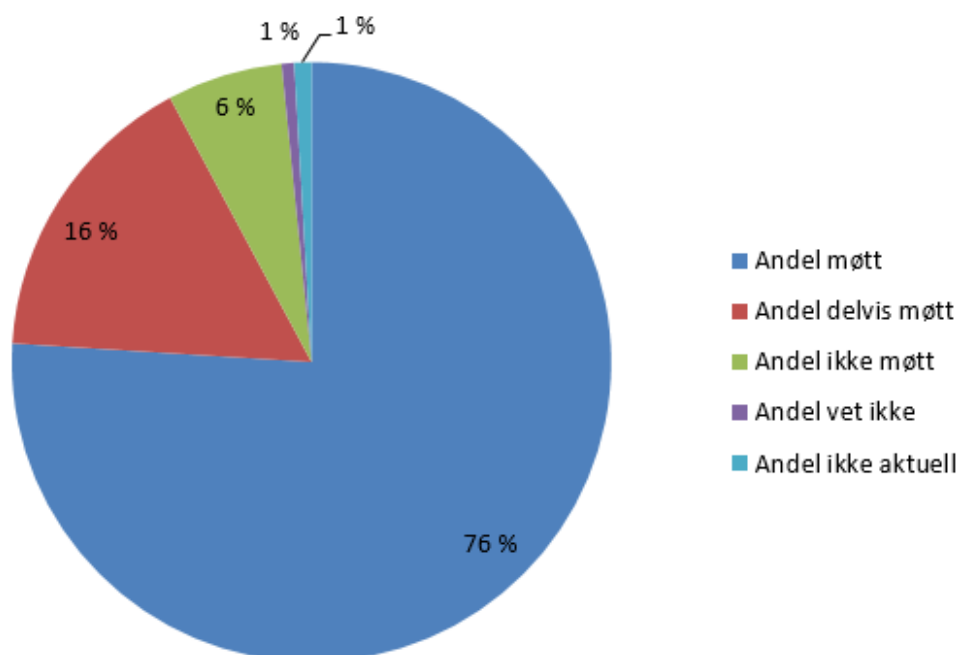
Vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område

Diagrammene i figur 8 til 14 under viser andel i prosent av totale standarder i hvert enkelt område som er skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell».

Figur 8: Standardoppnåelse område 1 - Miljø og fasiliteter

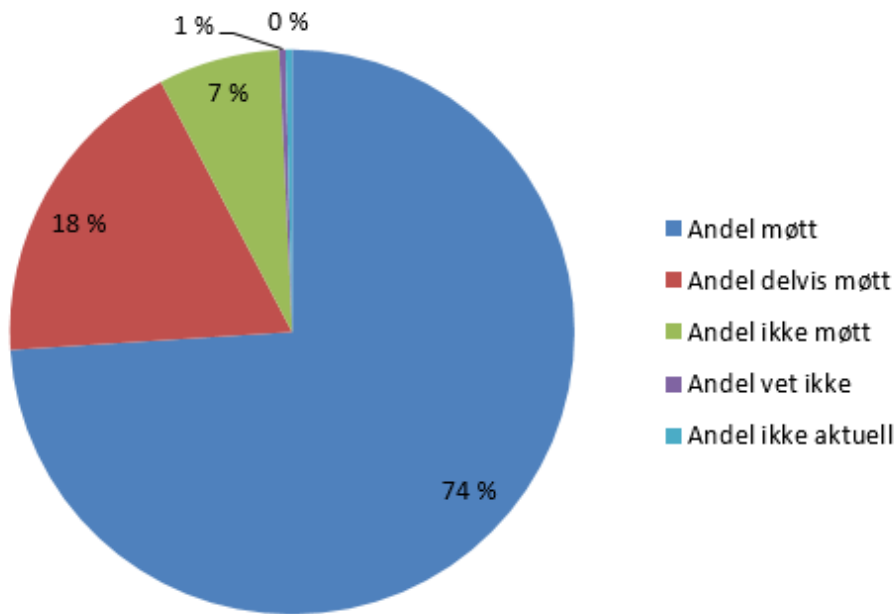


Figur 9: Standardoppnåelse område 2 - Bemanning og opplæring

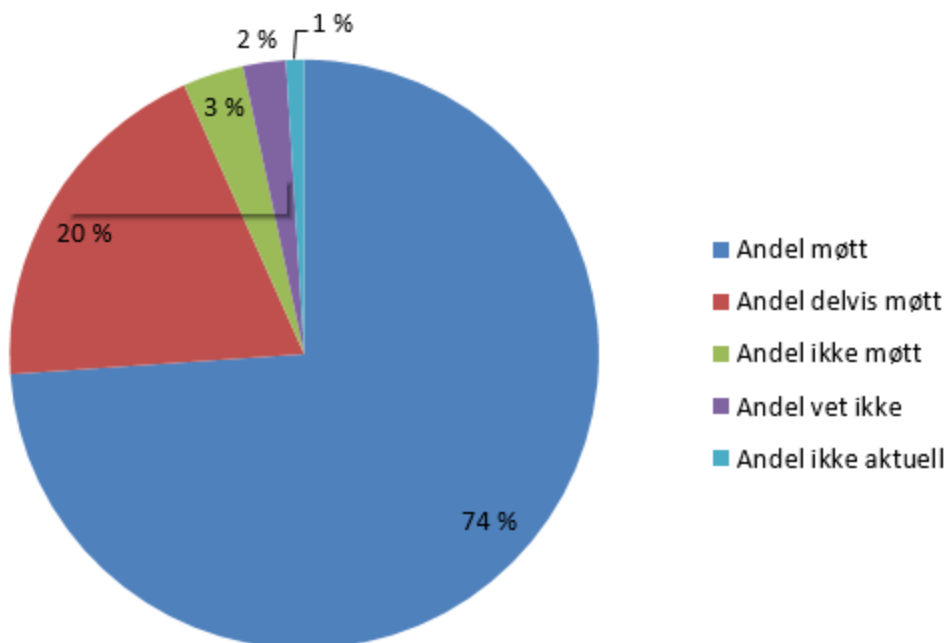




Figur 10: Standardoppnåelse område 3 - Innleggelse og utskrivning

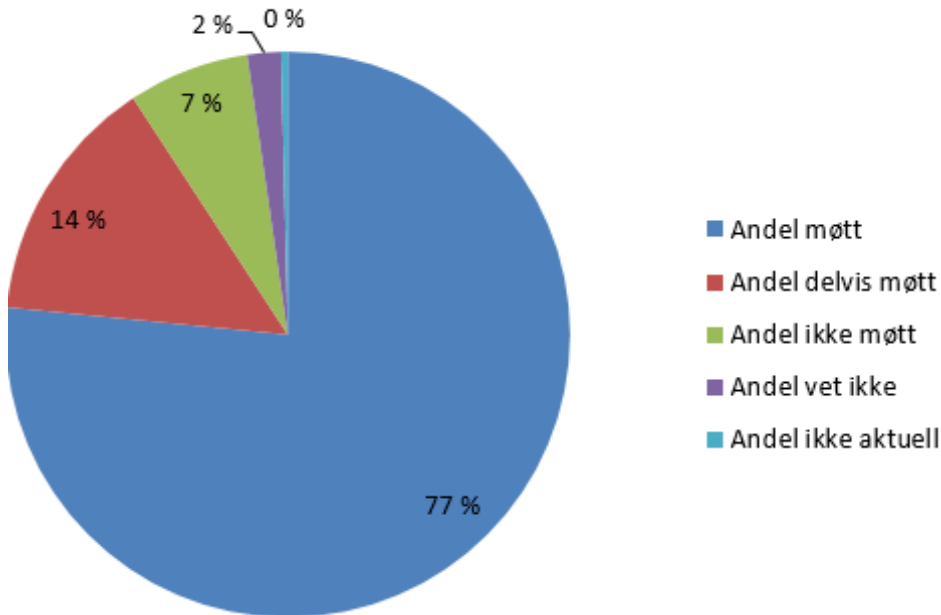


Figur 11: Standardoppnåelse område 4 - Behandling og omsorg

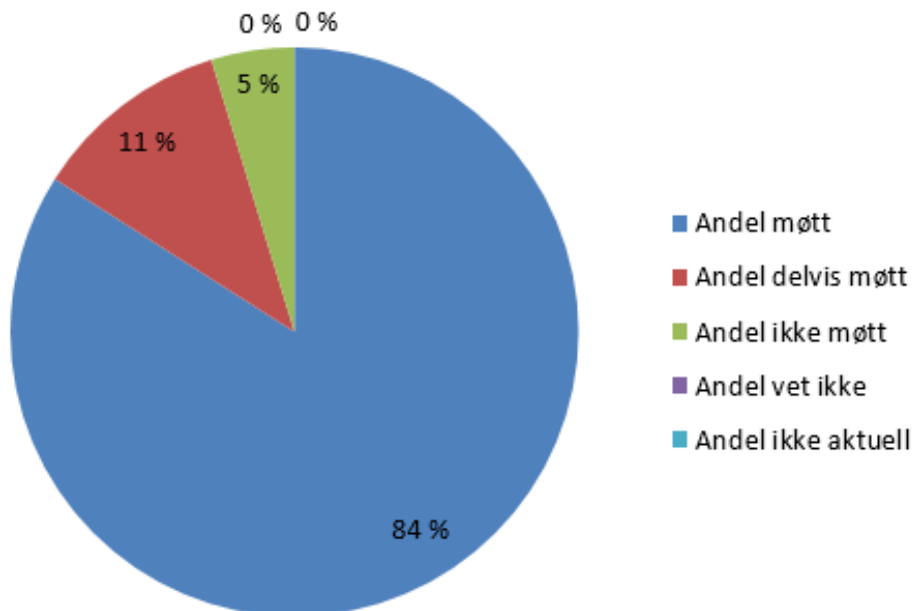




Figur 12: Standardoppnåelse område 5 - Informasjon, samtykke og taushetsplikt



Figur 13: Standardoppnåelse område 6 - Rettigheter og lovverk





Figur 14: Standardoppnåelse område 7 - Klinisk virksomhetsstyring

