

Årsrapport 2022



Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern

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



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

Dato: 20.03.23

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

Henvendelser vedrørende rapporten rettes til: Kvip@ahus.no



Innhold

FORORD	4
SAMMENDRAG	5
INTRODUKSJON	6
HVA ER KvIP?	6
ORGANISERINGEN AV KvIP	8
DELTAKENDE ENHETER	9
OM ÅRSRAPPORTEN	9
KVIPS VIRKSOMHET 2022	10
ØKONOMI	10
OPPSTARTSMØTE	10
BESØKSLEDERSAMLING	10
BESØK	11
RÅDETS ARBEID	11
SAMARBEID MELLOM BESØK	11
ÅRSMØTE	11
UTVIKLING OG FORBEDRING AV KvIP	12
SØKNADER	12
PROSJEKTER	12
FORMIDLING OG PRESENTASJONER	13
DELTAKELSE PÅ SEMINARER OG KONFERANSER	13
REKRUTTERING AV NYE DELTAKENDE ENHETER	13
OVERSIKT OVER STANDARDSETTET 2022	13
RESULTATER OG DISKUSJON	14
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE PÅ ALLE STANDARDER 2022	14
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE I 2021 OG 2022	15
DE LAVESTE SKÅREDE STANDARDENE I 2022	16
RESULTATER FOR HVERT OMRÅDE I 2022 SAMMENLIKNET MED 2021	17
OMRÅDE 1: MILJØ OG FASILITETER	17
OMRÅDE 2: BEMANNING OG OPPLÆRING	19
OMRÅDE 3: INNLEGGELSE OG UTSKRIVELSE	22
OMRÅDE 4: BEHANDLING OG OMSORG	24
OMRÅDE 5: INFORMASJON, SAMTYKKE OG TAUSHETSPLIKT	26
OMRÅDE 6: RETTIGHETER OG LOVVERK	27
OMRÅDE 7: KLINISK VIRKSOMHETSSTYRING	29
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE I FORHOLD TIL SPESIFIKKE UTFORDRINGER	31
AVSLUTTENDE KOMMENTARER OM STANDARDOPPNÅELEN I 2022	31
BUP AKUTTE ENHETERS STYRKER OG UTFORDRINGER FRA ET KvIP PERSPEKTIV	31
RÅDSLEDERS REFLEKSJON RUNDT BETYDNINGEN AV KvIP, OG VEIEN VIDERE	35
VEDLEGG 1: EN SYNLIGGJØRING AV FORBEDRINGSPRAKSIS	36
VEDLEGG 2: DAGSPAN FOR DIGITALE OG FYSISKE KvIP BESØK 2022	37
VEDLEGG 3: NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE	42



Forord

I 2022 var 15 av totalt 17 BUP akutte enheter i Norge med i KvIP (88 %). Med pandemi og mange restriksjoner deler av året, ble det enda et annerledes år for KvIP. Nettverket, som består av BUP akutte enheter og brukerorganisasjonene Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU) gjennomførte flere av sine aktiviteter digitalt. 15 KvIP besøk ble avholdt, hvorav 5 var digitale og 10 var fysiske. Ca. 150 mennesker (fagansatte, brukerrepresentanter, pasienter og pårørende) var involvert i år også.

En ny medarbeider, PhD Aleksandra Eriksen Isham, ble ansatt i KvIP ledelsen v/ FOU Ahus høsten 2022. Aleksandras kompetanse kom nettverket til gode fra første stund, bla. gjennom ytterligere kvalitetssikring av personvernet i aktivitetene, og bedre innrapportering av data gjennom selvevalueringer og opplysninger om enhetene.

To prosjekter ble initiert med støtte fra rådet. Dette var ANIMAF med utvikling av animasjonsfilmer om barn og unges rettigheter under døgninnleggelse og Bokprosjekt for barn og unge om tvang (samarbeid med Nordlandsforskning og Mental Helse Ungdom).

I 2022 besluttet rådet å utvide sin gruppe med ett medlem. På høsten ble det derfor både avholdt ordinært og supplerende rådvalg, som innebar at ett medlem gikk ut, at en ble renominert og to nye, kompetente fagansatte kom inn.

I 2022 har det blitt tydeligere at KvIP nettverket har vokst seg større og vil kunne kreve mer ressurser for å opprettholde sin aktivitet og utvikling. Hvordan KvIP bør organiseres, koordineres og finansieres for å utnytte de muligheter nettverkssamarbeid gir, blir et viktig tema fremover.

En stor takk for innsatsen i året som har vært rettes til alle involverte:

- Team fagutvikling, v/ prosjektmedarbeider PhD Aleksandra Eriksen Isham 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 vara 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



Sammendrag

KvIP er et nasjonalt læringsnettverk for akuttenheter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP), som er organisert som en fast aktivitet under Akuttnettverket. Nettverket opererer med felles kvalitetsmål som 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 besøk ved enhetene.

Nettverkets aktiviteter i 2022 måtte delvis gjennomføres digitalt pga. pågående pandemi, men flere besøk og møter ble også gjennomført fysisk. Alle aktiviteter ble gjennomført i tråd med nettverkets årssyklus, som inkluderte oppstartsmøte, besøksledersamlinger, besøk til alle deltakende enheter, rådsmøter, fagmøte og årsmøte. Nettverket og nettverksledelsen søkte også å forbedre flere av samarbeidsprosessene og aktivitetene. Omlegging, utvikling og drift av nettverket (som inkluderte to nye enheter i 2022), krevde noe økt ressursbruk.

I 2022 ble 81% av standardene totalt sett (alle nivå og områder) skåret «møtt» (mot 78% i 2021). 13% av standardene ble skåret «delvis møtt» (mot 15% i 2021), og 4% ble skåret «ikke møtt» (mot 5% i 2021). 1% av standardene ble skåret henholdsvis «vet ikke» (samme som i 2021) og «ikke aktuelt» (samme som i 2021). I 2022 var måloppnåelsen totalt sett den høyeste siden 2018. Resultatene for 2022 tyder således på at svært mange av kvalitetskravene for BUP akutt virksomhet var oppfylt i 2022. Enhetene fremstår med god evne til å holde tritt med endringene i sine omgivelser, målgruppe, helsepolitiske føringer, juridiske krav og kunnskapsgrunnlag.

I 2022 oppga ni enheter at det forelå planer for nytt bygg, sammenslåing med andre enheter, eller andre store forandringer. Flere enheter rapporterte om alvorlige eller viktige hendelser som påvirket driften, blant annet pandemirelaterte utfordringer, alvorlig HMS-forhold relatert til vold og trusler mot ansatte, og endringer i bygg og organisering. Andre utfordringer som ble nevnt var manglende rekruttering, økning i antall innleggelser (bl.a. spiseforstyrrelser), overbelegg og overtid, krevende behandlingsforløp, samt problematikk og tvangsbruk knyttet til spiseforstyrrelser.

Noen av fokusområdene i enhetenes forbedringsarbeid i 2022 var rolleavklaring, implementering av rutiner, pasientsikkerhet, opplæring, og samarbeid innad og på tvers av enheter. Flere enheter arbeidet også med implementering av faglige tilnærminger som Illness Management and Recovery (IMR), Kognitiv Miljøterapi (KMT) og Familiebasert Terapi (FBT), samt opplæringsprogrammer i håndtering av vold, som Møte med Aggresjonsproblematikk (MAP) og simuleringstrening (SIM). Flere enheter opplevde imidlertid at utfordringer knyttet til høyt belegg, stort arbeidspress, rekrutteringsvansker og pandemi vanskeliggjorde forbedringsarbeidet.



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, Ahus.

Formål

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

Historikk

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

Metodikk

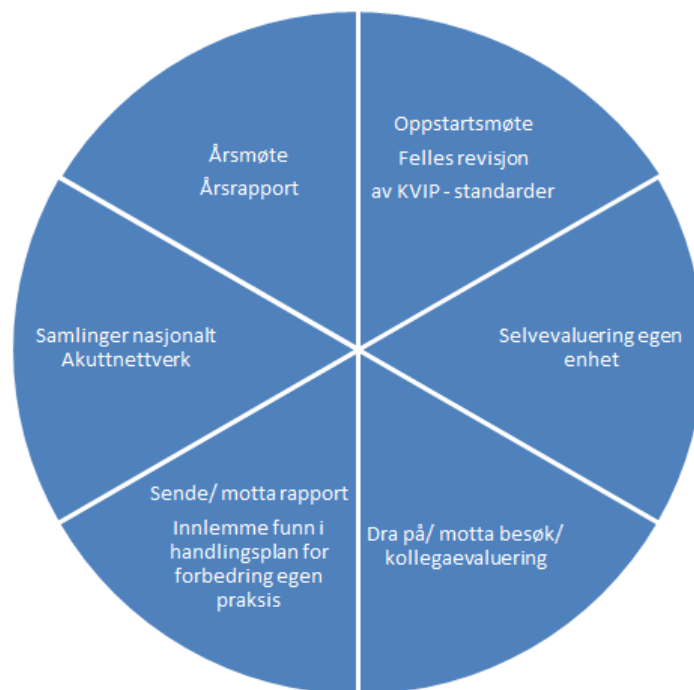
KvIP benytter seg av et vel utprøvd prosessorientert kvalitetsforbedringssystem utviklet av RCPsych, QNIC (Se: <https://www.rcpsych.ac.uk/>)

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

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

Hovedaktiviteten i KvIP innebærer at alle enheter får besøk og drar på besøk til andre enheter i løpet av året. I forkant av besøket evaluerer vertsenheten selv i hvor stor grad den oppfyller kvalitetsstandardene. Under besøket bidrar besøksteamet med å tydeliggjøre velfungerende sider av driften, samt evaluere, drøfte og finne løsninger på utfordringer vertsenheten måtte ha (se 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 og i kombinasjon med drøfting på besøk, vurderes KvIP enhetene sin 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 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 og årets resultater og hovedtrekkene ved KvIP enhetenes styrker og utfordringer.

Se vedlegg 1: En synliggjøring av forbedringspraksis



Organiseringen av KvIP

KvIP er organisert med en nettverksledelse og et faglig råd. Nettverket ledes av spesialrådgiver og psykologspesialist Kari E. A. Lorentzen med støtte fra Team Fagutvikling, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus

Nettverksleders ansvar er å koordinere alle aktiviteter, utarbeide besøksplan, organisere revisjon av standarder og annet materiell, samt planlegge og avholde nettverkets årlige møter.

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

I 2022 var rådsmedlemmene:

Tarje Tinderholt	Fagutvikler OUS, rådsleder		Magnus Sjøstrand	Psykologspesialist Sykehuset Østfold	
Ingvild Brunborg Morton	Seksjonsoverlege, Helse Bergen		Sonja Grønås	Seksjonsleder St. Olavs hospital	
Inger Synnøve Valen	Funksjonsleder UPP, Helse Fonna		Karin Källsmyr	Avdelingsleder VfB, brukerrepresentant	
Aleksandra Alice Lønøy	Barne- og ungdomsarbeider, sentralstyremedlem i MHU		Marita Sæth	Frivillig i VfB, vara KvIP rådet	
Marta Engevik Fjæreide	Sentralstyremedlem i MHU, vara KvIP rådet		Kjell Amundsen	Frivillig i VfB, vara KvIP rådet	



Deltakende enheter

I 2022 deltok femten enheter. Sykehuset Sørlandet og helse Førde HF var nye deltakende enheter. For en oversikt over enhetene som deltok i 2022 og året de ble med i KvIP, se tabell 1.

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

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

Om årsrapporten

Årsrapporten er den 8. 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 møte og dele erfaringer med omsorg og respekt. Slik oppnår KvIP at enhetene gjennom refleksjon over egen praksis, og i møte med kollegaer og brukerrepresentanter, kan forbedre egen praksis i et psykologisk trygt miljø.

Årsrapporten er basert på de lokale besøksrapportene, og kan benyttes i prioritering og planlegging på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Rapporten sendes 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 årets virksomhet (økonomi og aktiviteter)



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

KvIPs virksomhet 2022

Økonomi

Kostnadene til nettverksarbeidet ble fordelt mellom Akuttnettverket og de deltakende enhetene. Akuttnettverket dekket kostnadene til nettverksledelse (30% leder, 20 - 40% prosjektmedarbeider og 5% stab), møtelokaler, servering i forbindelse med møter, og utgifter knyttet til brukerrepresentasjonen i rådet. I 2022 utgjorde kostnadene dekket av Akuttnettverket kr. 136 547 (lønnsutgifter ledelse/stab ekskludert). Det var mindre møteaktivitet og reiseutgifter pga. pandemien. Enhetene dekker vanligvis kostnader til reise og opphold i forbindelse med møter og besøk til andre enheter (inkl. utgifter knyttet til middag og lunsj, frikjøp av ansatte under besøk og kostnader til lokale brukerrepresentanter). Enhetenes utgifter utgjør vanligvis ca. kr. 100 000 per enhet, men varierte altså avhengig av om aktivitetene foregikk fysisk eller digitalt.

Oppstartsmøte

Årets oppstartsmøte ble avholdt digitalt den 13.1.22, med 33 deltakere. Første del av dagen var det gruppearbeid og revisjon av KvIP standardene. Arbeidsgruppene vurderte hvorvidt standardene på noen utvalgte tema var gode og dekket feltets forståelse av hva som beskriver «beste praksis». Temaene som ble prioritert var 1) skole under institusjonsopphold, 2) barn som pårørende og 3) kultursensitive tjenester. Diverse standarder som 5 eller flere enheter hadde skåret vet ikke, ikke møtt eller ikke aktuelle i 2020/ 2021 ble også gjennomgått som tema 4). Gruppene vurderte om det var standarder som burde endres, slettes eller legges til. Tema 1) skolegang under institusjonsopphold, ble vurdert som godt ivaretatt i standardsettet. Tema 2) barn som pårørende, ble vurdert som noe ivaretatt men, begrepet «barn som pårørende» ble påpekt som potensielt misvisende når man jobber med barn/ungdom. Ordlyden i noen standarder ble endret ved at begrepet barn som pårørende også ble påpekt å gjelde søsken. Tema 3) kultursensitive tjenester, ble det vurdert som viktig å se i et utvidet perspektiv, med fokus på å inkludere øvrige relevante nettverk, med blikk på barnets oppvekstkultur og det å «ha de kulturelle brillene på i møte med barnet og familien». Man ble oppmerksom på utfordringer med informasjonsmateriell siden det finnes lite egnet skriftlig informasjonsmateriell. Tema 4) standardene ble vurdert som nyttig å ha med i et langsiktig perspektiv (eks. ved etablering av ny enhet/ flytting). De fleste endringene foreslått av arbeidsgruppene ble godkjent av nettverket. Noen standarder ble tatt videre og drøftet i rådet.

Ny KvIP enhet, Sørlandet Sykehus HF, v/ Marianne Davidsen, konst. enhetsleder/ psykologspesialist og Ole Gundersen, vernepleier/ verneombud presenterte seg. Stavanger Universitetssykehus delte erfaringer med henvisningsprosedyre for spiseforstyrrelser (også delt i KvIPs ressursbank på nettsiden: <https://www.akuttnettverket.no/prosjekter/ressurser-for-deltakerne>).

Besøksledersamling

Digital besøksledersamling ble gjennomført 11.02.22 og 19.04.2022 for å lære opp, forberede og trygge besøksledere på både digitale og fysiske 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 2022 ble det gjennomført femten KvIP besøk, hvorav 5 var digitale og 10 var fysiske. Gjennomføring av både digitale og fysiske besøk medførte noe ekstra arbeid for flere, siden digitale og fysiske besøk innebar bruk av ulikt materiell, ulike rutiner og samarbeidsformer. Digitale besøk ble gjennomført nokså likt som året før. Fysiske besøk ble gjennomført noe ulikt fra tidligere år, ved at alle vertsenheter valgte egne fokusområder for besøkene som innebar at erfaringsutveksling ble prioritert foran detaljert gjennomgang av skårer og standarder.

Se vedlegg 2: Dagsplan digitale og fysiske besøk.

Rådets arbeid

Rådet i KvIP hadde tre møter i 2022. Viktigste fokus for møtene var:

- Revisjon av KvIP standardene
- Overgang fra digitale til fysiske besøk
- Avgjørelse av hvilke møter som kan gjennomføres digitalt
- Styrking av pasientstemmen på besøksdagene

Samarbeid mellom besøk

Flere enheter hadde kvalitetsforbedrende samarbeid med andre, både mellom og på tvers av KvIP besøk. For noen var kontakten knyttet til enkelte saker, for andre omhandlet den overordnede forbedringstiltak. Til eksempel hadde noen enheter kontakt med andre vedrørende smittevernstiltak og behandling av alvorlige spiseforstyrrelser.

Fagmøte

På initiativ fra Helse Møre Romsdal, v/ seksjonsleder Beate Olsbø Nilsen ble det arrangert et fagmøte for nettverket om alvorlige spiseforstyrrelser 06.12.22. Helse Møre Romsdal hadde meldt inn flere fagetske problemstillinger i forkant. Overlege T. Blikshavn v/ UK Ahus bidro også med et innlegg i forkant om kunnskapsgrunnlaget vedr. sonding og vektøkning. Alle deltagende enheter og brukerorganisasjoner i KvIP var representert, og totalt deltok ca. 60 stk.

Årsmøte

Hybrid årsmøte ble avholdt 23.11.2022 på Radisson Blu Airport Hotel, Gardermoen med totalt 30 deltakere. Nettverksleder Kari E.A. Lorentzen og rådsleder Tarje Tinderholt oppsummerte årets KvIP aktiviteter og rådets arbeid i 2022. 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 ansees som viktig for neste års revisjon av standardene ble også drøftet.

Nytt råd ble innstilt:

- Sonja Grønås, St. Olav, var den eneste nominerte med funksjon som leder, og gikk inn for en ny periode.
- Marthe Austvik, Nordlandssykehuset, fikk 8 av 15 stemmer i det ordinære valget og gikk inn som ny representant med funksjon som miljøterapeut.
- Sindre Vevle, Sykehuset Vestfold, fikk 7 av 8 stemmer i det supplerende valget og går inn som nye representant med funksjon som miljøterapeut.
- Inger-Synnøve Valen gikk ut av rådet og takkes for langvarig engasjement og innsats.

Mette Bengtson, regional helsesansvarlig med ansvar for institusjonstilbudet for akutt plasserte barn og unge med alvorlige atferdsvansker, Bufetat Region Øst, delte deres erfaringer med barn og unge under



barnevernet som har vært akuttinnlagt i psykisk helsevern. Erfaringer med hva som fremmer og hemmer samarbeid mellom barnevernsinstitusjoner og BUP akutte enheter ble utforsket.

Nettverket drøftet hvordan man kan sikre at stemmene til pasienter og pårørende ivaretas gjennom deltakelse i fokusgruppeintervju under KvIP-besøk. Forslag fra QNIC til hvordan man kan fremme rekruttering ble delt og drøftet.

Nettverket drøftet også hvordan man kan sikre videre samarbeid for KvIP i «trange økonomiske tider» der budsjettkutt og reiserestriksjoner kan hemme gjennomføring av nettverkets aktiviteter.

Avslutningsvis presenterte Aleksandra Eriksen Isham, prosjektmedarbeider KvIP, bokprosjekt om tvang og kapittel som KvIP har tatt ansvar for. Kapitlet skal handle om ansattes egne erfaringer med tvang i barne- og ungdomspsykiatrien. Alle ansatte v/ alle KvIP enheter ble invitert til å bidra, og det ble gjennomført en felles idémyldring.

Utvikling og forbedring av KvIP

Nettverket og nettverksledelsen søkte forbedring av flere samarbeidsprosesser og aktiviteter. Følgende tiltak ble gjennomført for å videreutvikle KvIP i 2022:

- Nyhetsbrev ble sendt ut jevnlig for å opprettholde kontakten og sikre informasjonsflyten i nettverket.
- Revisjon av intervjuguidene som benyttes til samtaler med pasienter og pårørende under KvIP besøk ble revidert i samarbeid med rådet.
- Besøksledersamling ble arrangert for å trene og trygge besøksledere på hvordan de best kan forberede, gjennomføre og slutføre besøk.
- Ressursbanken for deling av informasjon og dokumenter (slik som rutiner, prosedyrer, sjekklister m.m.) på KvIP nettsiden ble fylt med mer innhold.
- Nettsidene ble oppdatert systematisk for å sikre at alt materiell og nødvendig informasjon til enhver tid var oppdatert og tilgjengelig.
- Nettverksleder hadde fortløpende dialog med Personvernombudet v/ Ahus for å sikre at KvIP til enhver tid gjennomførte sine digitale og fysiske aktiviteter i tråd med krav og retningslinjer.
- Nettverksledelsen etablerte digitale samtykkeløsninger for KvIP (a) taushetserklæring til besøk, og b) samtykke til innhenting og deling av opplysninger om fagansatte og brukerrepresentanter for å organisere besøk og aktiviteter.

Søknader

- Det ble søkt om midler fra Eternistiftelsen (kr. 30 000) i november 2022, til å skape gode opplevelser med kunst og håndverk for barn og unge som er akuttinnlagt. Det ventes på svar.
- Det ble søkt om Den Norske Legeforenings kvalitetspris i februar 2022, for å synliggjøre KvIPs arbeid og dets relevans for andre deler av helsesektoren. Søknaden ble avslått.

Prosjekter

2 nye prosjekter ble etablert i 2022:

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

Ett prosjekt ble planlagt, men ikke etablert pga. manglende kapasitet. Det var Bevegelse, lek og kreativitet - kartlegging av supplerende behandling og aktivitet ved barne- og ungdomspsykiatriske akuttavdelinger. Prosjektet ble opprinnelig planlagt i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for Kultur, Helse & Omsorg.

Formidling og presentasjoner

- Nettverksleder presenterte KvIP for Voksne for Barn 07.06.22
- Nettverksleder presenterte KvIP på Akuttnettverkets samling 24.10.22

Deltakelse på seminarer og konferanser

KvIP var ikke representert på andre seminarer eller konferanser i 2022.

Rekruttering av nye deltakende enheter

Helse Nord Trøndelag og Sykehuset Telemark ble rekruttert inn i KvIP, med mål om deltagelse fra januar 2023, som gjør KvIP til et komplett nasjonalt nettverk fra 2023.

Oversikt over standardsettet 2022

Målene for KvIP-enhetene (standardene) endrer seg fra år til år, i takt med helsepolitiske føringer, pålegg, lovkrav, forskning og faglige anbefalinger for hva som til enhver tid er «beste praksis». Tallmaterialet og resultatene i KvIP egner seg således best til å gi et tilstandsbilde fra år til år om hvordan de deltagende enhetene ligger an i forhold til kvalitetsstandardene det jobbes etter.

I 2022 hadde standardsettet 224 standarder mot 226 i 2021. Tabell 2 og tabell 3 viser henholdsvis antall standarder fordelt på nivå og antall standarder fordelt på områder i 2018, 2019, 2020, 2021 og 2022.

Tabell 2: Antall standarder fordelt på nivå ulike år

	2022	2021	2020	2019	2018
Nivå 1	168	167	167	178	136
Nivå 2	46	48	51	52	70
Nivå 3	10	11	10	14	17
Totalt	224	226	228	244	223



Tabell 3: Antall standarder fordelt på områder ulike år

	2018	2019	2020	2021	2022
1 Miljø og fasiliteter	52	49	46	45	45
2 Bemanning og opplæring	54	61	58	58	57
3 Innleggelse og utskrivelse	15	23	21	21	21
4 Behandling og omsorg	27	25	23	23	22
5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt	20	21	20	20	21
6 Rettigheter og lovverk	19	15	13	13	13
7 Klinisk virksomhetsstyring	36	50	47	46	45
Totalt	223	244	228	226	224

Resultater og diskusjon

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

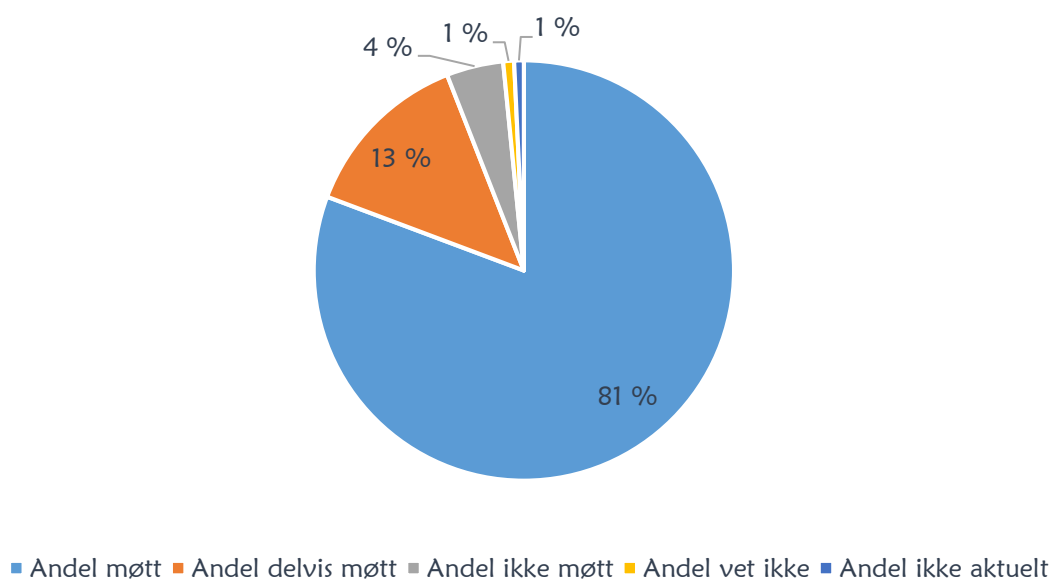
Nivåene på standardene defineres slik: Nivå 1: Svikt i å møte disse standardene er en trussel knyttet til pasientsikkerhet, rettigheter, verdighet eller er et brudd på lovverket. Nivå 2: Disse standardene er standarder det er rimelig å forvente at enhetene oppnår. Nivå 3: Dette er standarder som en utmerket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

Nettverkets standardoppnåelse på alle standarder 2022

Diagram 2 viser prosentandel standarder (alle nivå og områder) som er henholdsvis skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell» i 2022. I 2022 ble 81% av alle skårede standarder skåret «møtt» (mot 78% i 2021). 13% av standardene ble skåret «delvis møtt» (mot 15% i 2021). 4% av standardene ble skåret «ikke møtt» (mot 5% i 2021). 1% av standardene ble skåret henholdsvis «vet ikke» (samme som i 2021) og «ikke aktuelt» (samme som i 2021).

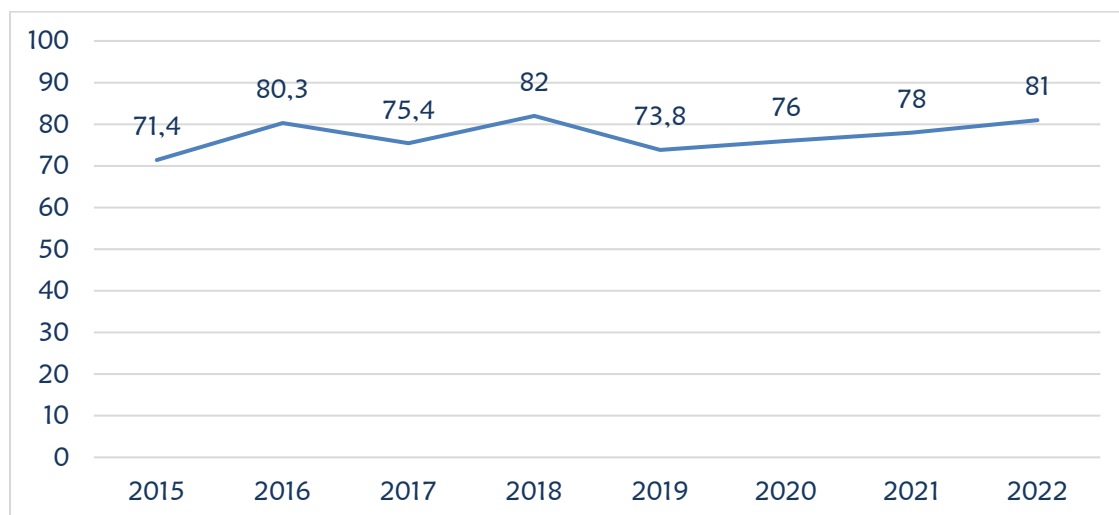
For en oversikt over nettverkets standardoppnåelse for hvert område (prosentandel av skårede standarder for hvert område som er henholdsvis skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell»), Se vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område.

Diagram 2: Samlet standardoppnåelse for alle standarder.



Antall deltakende enheter og antall standarder har variert fra år til år. Diagram 3 viser hvor stor prosentandel av standardene som er oppnådd de enkelte år. Av linjediagrammet kan man se at det er noe endring i grad av måloppnåelse fra 2015 til 2022. I 2022 var grad av måloppnåelse den høyeste siden 2018. Dette tyder på at de BUP akutte enhetene evner å holde godt tritt med hva som til enhver tid ansees som beste praksis.

Diagram 3: Prosentandel standarder (alle nivå og områder) som er skåret «møtt» fra 2015 til 2022.

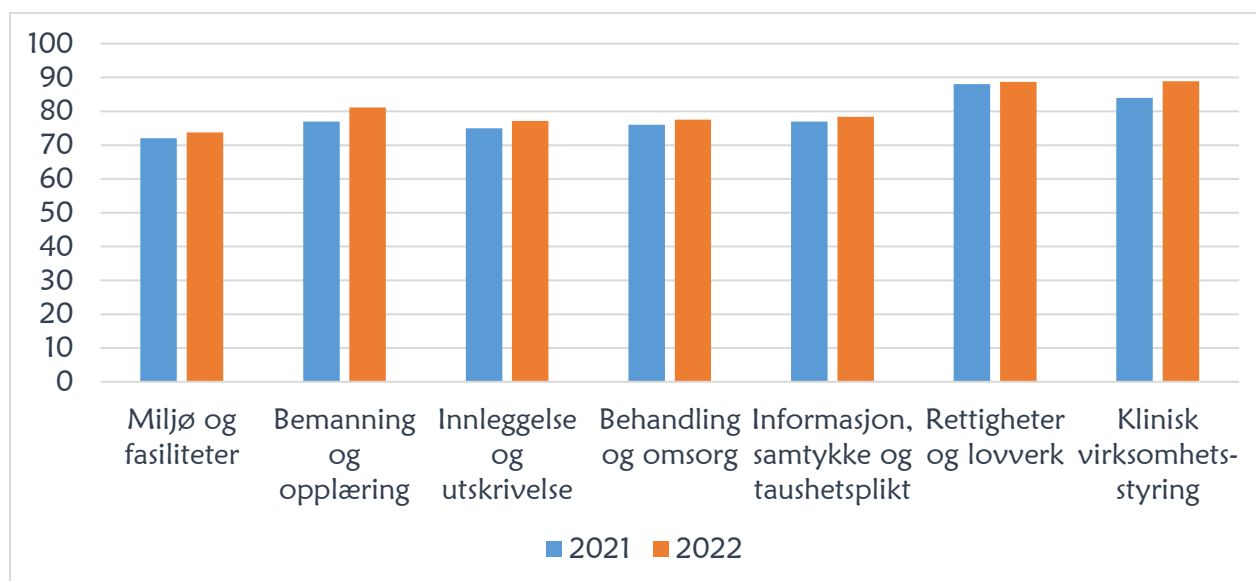


Nettverkets standardoppnåelse for hvert område i 2021 og 2022

Diagram 4 viser prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» per område i 2022 (oransje kolonner) og 2021 (blå kolonner). På alle områder er prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» noe høyere i 2022 enn i 2021.



Diagram 4: Prosentandel standarder (alle nivå) som er skåret «møtt» per område i 2022 og 2021.



De laveste skårede standardene i 2022

Tabell 4 viser hvilke standarder som 5 eller flere enheter skåret «ikke møtt» i 2022. Flere av disse standardene omhandler området «Miljø og fasiliteter». Forhold som omhandler Miljø og fasiliteter er vanskelig å endre på med mindre avdelingen tilføres mer ressurser, flytter eller bygger om. Videre er standard 5.3.3 («Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte») en standard som nettverket har vært usikker på om gjenspeiler ønsket praksis. Fordi de BUP akutte enhetene har store opptaksområder med mange kommuner/ bydeler er standard 3.3.3 («Enheten har en årlig oppdatert lett tilgjengelig oversikt over støttetiltak for pårørende») en standard flere har opplevd som urealistisk.

Tabell 4: Standarder som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt» i 2022.

Område	Nivå	Standard
1	2	1.1.9: Pasientene kan regulere temperatur på egne soverom.
	2	1.1.22: Det finnes skjermingsrom som er som er tilfredsstillende lydisolert.
	3	1.1.23: I tillegg til et skjermingsrom og pasientrom finnes det et egnet arealer hvor pasienter kan trekke seg tilbake.
3	2	3.3.3: Enheten har en årlig oppdatert lett tilgjengelig oversikt over støttetiltak for pårørende.
5	1	5.1.2: På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorerne for de ulike pakkeforløpene.
	3	5.3.3: Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte.

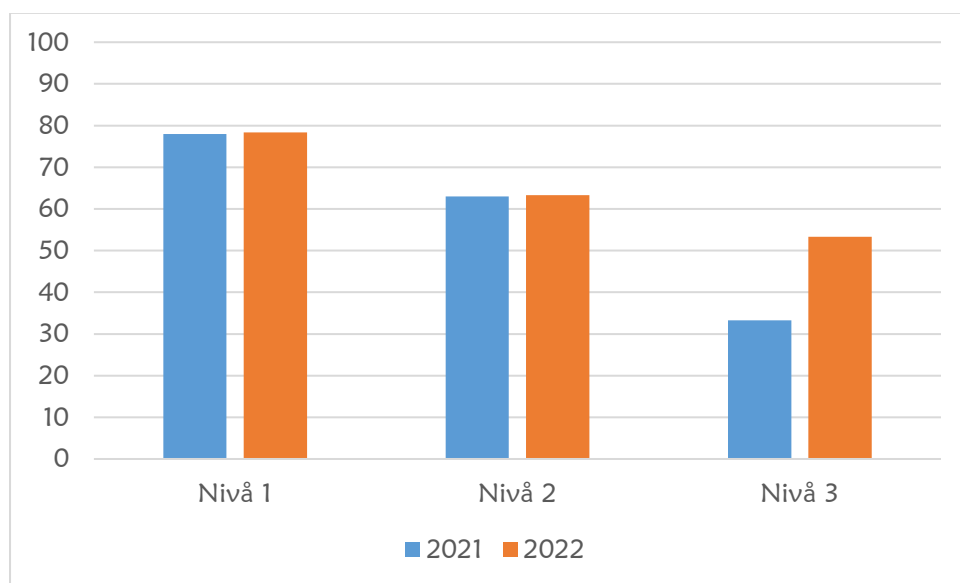


Resultater for hvert område i 2022 sammenliknet med 2021

Område 1: Miljø og fasiliteter

Diagram 5 viser prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for området «Miljø og fasiliteter», per nivå, i 2022 sammenliknet med 2021. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 78% (samme som i 2022). Standardoppnåelsen for nivå 2 og nivå 3 var noe lavere enn standardoppnåelsen for nivå 1. Standardoppnåelsen for nivå 3 (53%) var imidlertid høyere i 2022 enn i 2021 (33,3%).

Diagram 5: Prosentandel standarder skåret «møtt» «Miljø og fasiliteter», per nivå, 2021 og 2022.



Standarder oppnådd av alle enheter

På området «Miljø og fasiliteter» var det 32 standarder på nivå 1, 12 standarder på nivå 2 og én standard på nivå 3 i 2022.

Tabell 5 viser standardene på området «Miljø og fasiliteter» som alle enheter skåret «møtt» i 2022. Tabellen viser at seks av de viktigste standardene (nivå 1) ble oppnådd av alle enhetene. Ingen av standardene på nivå 2 og nivå 3 ble skåret som møtt av alle enhetene.



Tabell 5: Standarder som alle enheter oppnådde, «Miljø og fasiliteter», 2022.

Område	Nivå	Standard
1	1	1.1.2: Det er mulig å kjøre helt frem til inngangen i en akutt situasjon.
1	1	1.1.15: Enheten har egne lokaler i nærheten som er egnet og utstyrt for å ivareta pasientenes undervisningsløp.
1	1	1.1.24: 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.
1	1	1.2.2: Pasienter kan bruke (evt. låne) telefon, sende og motta brev og pakker.
1	1	1.3.6: Ansatte har et nødkommunikasjonssystem (alarm).
1	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 6 viser hvilke standarder på området «Miljø og fasiliteter» som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt». Tabellen tyder på at en del av standardene på dette området kan være vanskelig å oppnå for flere av enhetene. Som nevnt så vet vi at forhold som omhandler miljø og fasiliteter kan være vanskelig å oppnå fordi det ofte vil kreve endringer som ligger utenfor enhetenes kontroll, som f.eks. nybygging eller ombygging av enheter.

Tabell 6: Standarder som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt»/ «delvis møtt», «Miljø og fasiliteter», 2022.

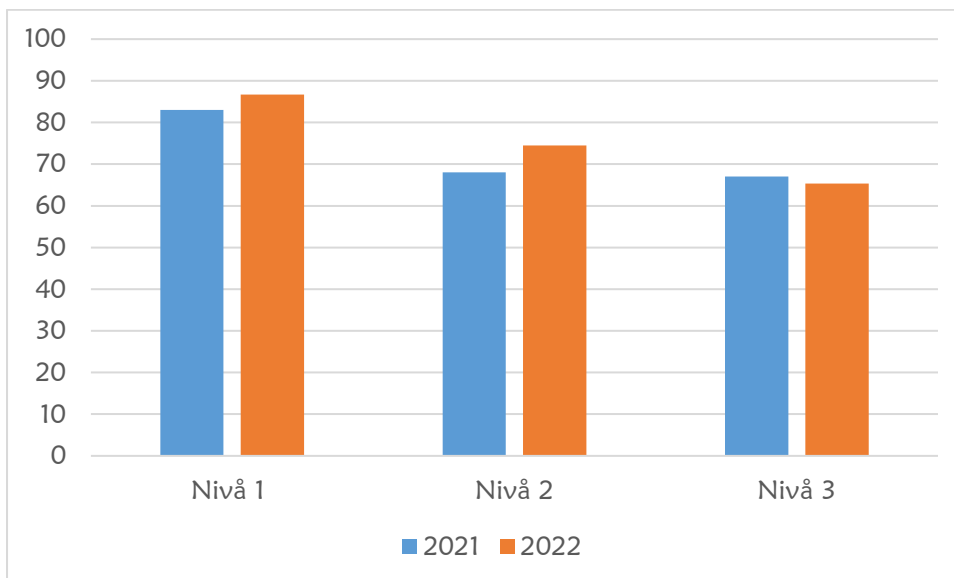
Område	Nivå	Standard
1	1	1.1.1: Inngangen er tydelig merket - det er lett å finne frem.
1	1	1.1.7: Enheten er innredet for å passe til barn og unge under deres opphold.
1	2	1.1.8: Ansatte kan regulere ventilasjonsanlegget og oppvarmingen av enheten.
1	2	1.1.9: Pasientene kan regulere temperatur på egne soverom.
1	1	1.1.12: Det er lett å ta pasientene med på utendørsaktiviteter. Også de som er underlagt tvang.
1	1	1.1.17: Det finnes skjermingsrom med mulighet for observasjon av hele rommet.
1	1	1.1.18: Det finnes skjermingsrom med god ventilasjon uten støy.
1	1	1.1.20: det finnes skjermingsrom uten risikoelementer for pasientene og ansatte.
1	2	1.1.22: Det finnes skjermingsrom som er som er tilfredsstillende lydisolert.
1	3	1.1.23: I tillegg til et skjermingsrom og pasientrom finnes det et egnet arealer hvor pasienter kan trekke seg tilbake.
1	1	1.2.1: Enheten har besøksrom (og oppholdsrom for pårørende), og dette er familievennlig med bl.a. leker.
1	1	1.3.2: Det er gode siktlinjer i enheten og lett å ha oversikt.
1	1	1.3.3: Innganger/utganger er slik at ansatte kan se hvem som kommer og går. Hvis nødvendig brukes kameraovervåking.
1	1	1.3.4: Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessige brannøvelser, inkl. evakuering én gang årlig.

Område 2: Bemanning og opplæring

Diagram 6 viser prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for området «Bemanning og opplæring», per nivå, i 2022 sammenliknet med 2021. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 87% (83% i 2021). Standardoppnåelsen for nivå 2 (75%) og nivå 3 (65%) var noe lavere enn standardoppnåelsen for nivå 1.



Diagram 6: Prosentandel standarder skåret «møtt» «Bemanning og opplæring», per nivå, 2021 og 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 7 viser standardene på området «Bemanning og opplæring» som alle enheter skåret «møtt» i 2022. Tabellen viser at 13 av de viktigste standardene (nivå 1) ble oppnådd av alle enhetene. I tillegg ble én nivå 2 standarder og én nivå 3 standard oppnådd av alle enhetene.

Tabell 7: Standarder som alle enhetene oppnådde, «Bemanning og opplæring», 2022.

Område	Nivå	Standard
2	1	2.1.2: Nattevaktdekning er minimum tre ansatte per ti senger. Det må være minimum to våkne nattevakter.
2	1	2.1.3: Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift.
2	1	2.1.5: Alle ekstravakter får opplæringsvakter.
2	1	2.1.6: Det er minimum én sykepleier/ vernepleier på hver vakt. Drift er lagt til rette for forsvarlig legemiddelhåndtering med mulighet for dobbelkontroll.
2	1	2.2.3: Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt.
2	1	2.2.4: Enheten har minimum én overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri.
2	1	2.2.11: 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	1	2.2.15: Det er øremerket tid til vaktskifter, for eksempel 30 min.
2	1	2.2.16: Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk pasientjournal.
2	1	2.2.17: Det finnes varslingsprosedyrer slik at ansattklager kan fremmes uten at deres arbeidsforhold settes i fare.
2	2	2.3.2: Alle ansatte får opplæring i elektroniske hjelpemidler som sykehusets avviksmeldingssystem, eHåndbok, EQS, eller lignende og hvor de finner oppdaterte opplysninger om lovverket og faglitteratur.
2	1	2.3.6: Utgifter til obligatorisk utdanning dekkes etter ev. fratrekk av DnLs eller NPFs sine bidrag.
2	1	2.4.8: Rettslige rammer for virksomhet og registrering av opplysning som danner grunnlaget for vedtak. Inkludert Pasientrettighetsloven, PHL, Barnevernslovverk, Helsepersonelloven, Journalforskrifter, Barnekonvensjonen, mm.
2	1	2.4.10: Forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk. Minimum seks ganger for ansatte, per år.
2	3	2.6.4: Ledige stillinger lyses ut både eksternt og internt.



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

Ingen standarder på området «bemanning og opplæring» ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2022.

Tabell 8 viser hvilke standarder fem eller flere enheter skåret «delvis møtt» i 2022. Tabellen tyder på at selv om ingen av standardene på området «bemanning og opplæring» ble skåret som «ikke møtt», så kan flere enheter synes at noen av standardene er vanskelig å få full oppnåelse på.

Tabell 8: Standarder som fem eller flere enheter skåret «delvis møtt», «Bemanning og opplæring», 2022.

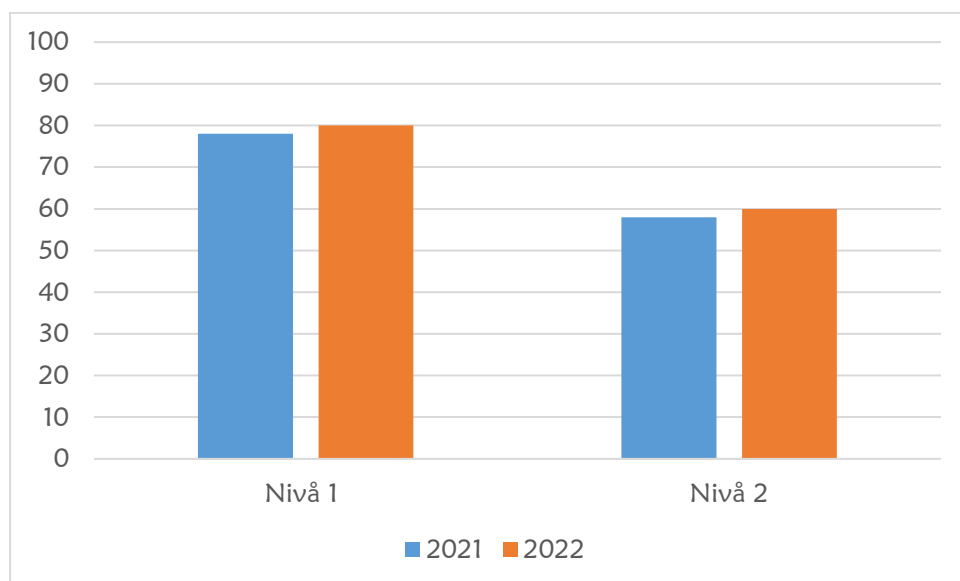
Område	Nivå	Standard
2	1	2.1.1: Ved behov for tett oppfølging og intervensjon, kan grunnbemanning raskt suppleres tilstrekkelig for å sikre forsvarlig drift.
2	3	2.2.8: Enheten har tilstrekkelig tilgang på klinisk ernæringsfysiolog.
2	2	2.2.12: Det er oppdaterte funksjonsbeskrivelse for alle stillinger.
2	1	2.3.3: Alle ansatte skal ha en kompetanseplan.
2	1	2.4.1: Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i: Risikovurderinger, inkl. suicid, vold og stoffbruk.
2	1	2.4.3: Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i: Bruk av individuelle planer og ansvarsgrupper, herunder medvirkning som et viktig element.
2	1	2.4.5: Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får tilstrekkelig opplæring i: Aktuelt medisinsk utstyr (f.eks sonde, sårstell, blodsukker, ekg, blodtrykk, puls). Opplæring skal dokumenteres.
2	2	2.6.3: Ved avslutning av arbeidsforhold gjennomfører ledelsen et avsluttende intervju med vedkommende, og feedback gis til overordnede ledelse.

Område 3: Innleggelse og utskrivelse

Diagram 7 viser prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for området «Innleggelse og utskrivelse», per nivå, i 2022 sammenliknet med 2021. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 80% (78% i 2021) i 2022. Standardoppnåelsen var noe lavere for standardene på nivå 2 (60%). Området «Innleggelse og utskrivelse» hadde ingen standarder på nivå 3 i 2022.



Diagram 7: Prosentandel standarder skåret «møtt» «Innleggelse og utskrivelse», per nivå, 2021 og 2022.



Høyeste oppnådde standarder

På området «Innleggelse og utskrivelse» var det 18 standarder på nivå 1, tre standarder på nivå 2 og ingen standarder på nivå 3 i 2022.

Tabell 9 viser standardene som alle enhetene oppnådde i 2022. Tabellen viser at fem av de viktigste standardene (nivå 1) på området «Innleggelse og utskrivelse» ble oppnådd av alle enhetene. Ingen av standardene på nivå 2 og nivå 3 ble skåret som møtt av alle enhetene.

Tabell 9: Standarder som alle enheter oppnådde, «Innleggelse og utskrivelse», 2022.

Område	Nivå	Standard
3	1	3.1.7: Det er etablert rutiner for vaktskifter, slik at vaktlaget er forsvarlig oppdatert når de overtar ansvaret.
3	1	3.2.1: De involverte instansene kartlegges innen slutten av første virkedag.
3	1	3.3.1: Det avklares med foresatte om pasienten har mindreårige søsken, og bidras til at deres behov for informasjon og oppfølging kartlegges og følges opp.
3	1	3.4.6: Epikrisen inkluderer vurdering av suicidrisiko på utskrivingsdagen.
3	1	3.4.8: Epikrisen inneholder aktuell medisiner og indikasjon og fremtidig forventning om behov for medisiner.

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

Tabell 10 viser standardene på området «Innleggelse og utskrivelse» som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2022. Én av disse standardene (3.3.3) ble skåret som «ikke møtt», mens resten ble skåret som «delvis møtt». Dette tyder på at selv om de fleste enhetene klarer å delvis oppnå standardene på

området «Innleggelse og utskrivelse», så strever en del enheter med å få full oppnåelse på noen av disse standardene.

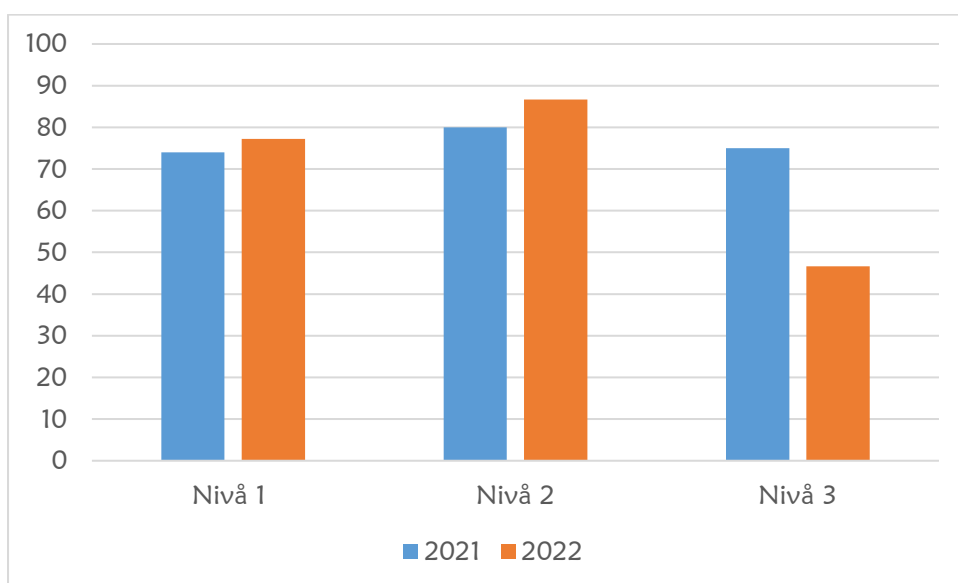
Tabell 10: Standarder fem eller flere enheter skåret «ikke møtt»/ «delvis møtt», «Innleggelse og utskrivelse», 2022.

Område	Nivå	Standard
3	1	3.1.6: Enheten benytter standardiserte metoder for å måle effekt av behandling på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet som minimum (jfr. kravene i pakkeforløp).
3	2	3.3.3: Enheten har en årlig oppdatert lett tilgjengelig oversikt over støttetiltak for pårørende.
3	1	3.4.3: Ved avslutning av behandling samtales det om brukertilfredshet med pasient og pårørende.
3	1	3.4.7: 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.

Område 4: Behandling og omsorg

Diagram 8 viser prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for området «Behandling og omsorg», per nivå, i 2022 sammenliknet med 2021. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 77% (74% i 2021). Dette var noe lavere enn standardoppnåelsen på nivå 2 (87%), men høyere enn standardoppnåelsen på nivå 3 (47%).

Diagram 8: Prosentandel standarder skåret «møtt» «Behandling og omsorg», per nivå, 2021 og 2022.



Standarder som alle enheter oppnådde.

På området «Behandling og omsorg» var det 17 standarder på nivå 1, fire standarder på nivå 2, og én standard på nivå 3 i 2022.



Tabell 11 viser standardene som alle enhetene oppnådde i 2022. Tabellen viser at tre av de viktigste standardene (nivå 1) på området «Behandling og omsorg» ble oppnådd av alle enhetene. I tillegg ble to standarder på nivå 2 oppnådd av alle enhetene.

Tabell 11: Standarder som alle enhetene oppnådde, «Behandling og omsorg», 2022.

Område	Nivå	Standard
4	1	4.1.2: En somatisk legeundersøkelse er foretatt innen 4-72 timer etter innleggelse.
4	2	4.3.2: Pasientene har mulighet til daglig fysisk aktivitet avhengig av tilstand.
4	2	4.3.3: Aktivitetene som tilbys drøftes med pasientene på forhånd.
4	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.
4	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 «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Ingen standarder på området «Behandling og omsorg» ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2022.

Tabell 12 viser standardene som fem eller flere enheter skåret «delvis møtt» i 2022. Tabellen viser at noen av nivå 1 standardene på området «Behandling og omsorg» kun ble delvis møtt av flere enheter.

Tabell 12: Standarder fem eller flere enheter skåret «delvis møtt», «Behandling og omsorg», 2022.

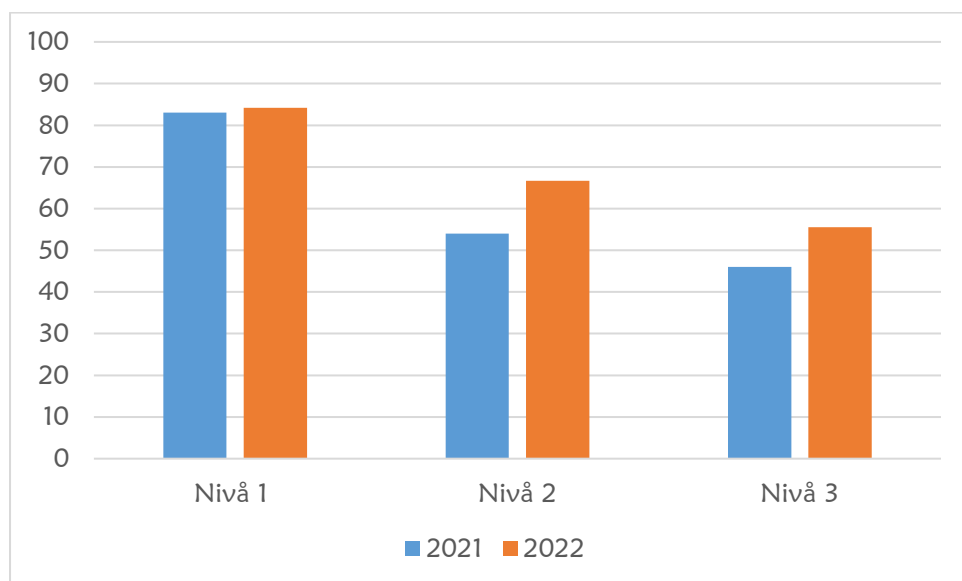
Område	Nivå	Standard
4	1	4.4.2: Kopi av utredningsplaner gis pasient og/ eller pårørende og fastlege så sant ikke pasient motsetter seg dette.
4	1	4.4.3: Alle pasienter vurderes ift. behov om IP og vurderingen er journalført. Konklusjoner og oppdatering av status i IP inkluderes i epikrisen, inkludert ansvar for tiltak. Vurderingen skjer i samarbeid med pasienten og oppfølgende instans.
4	1	4.4.6: Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan).
4	1	4.5.4: Relevant informasjon fra enhetens skole dokumenteres i epikrisen.



Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Diagram 9 viser nettverkets prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt», per nivå, i 2022 sammenliknet med 2021. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 84% (83% i 2021) i 2022. Standardoppnåelsen var lavere for standardene på nivå 2 (67%) og nivå 3 (56%). For både nivå 2 og nivå 3 var imidlertid standardoppnåelsen høyere enn i 2021 (54% og 46% for henholdsvis nivå 2 og nivå 3).

Diagram 9: Prosentandel standarder skåret «møtt» «Informasjon, samtykke og taushetsplikt», per nivå, 2021 og 2022.



Standarder som alle enheter oppnådde

På området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» var det 16 standarder på nivå 1, to standarder på nivå 2 og tre standarder på nivå 3 i 2022.

Tabell 13 viser standardene som alle enheter oppnådde i 2022. Fem av de viktigste standardene (nivå 1) ble skåret som «møtt» av alle enheter. Ingen av standardene på nivå 2 og nivå 3 ble skåret som møtt av alle enhetene.

Tabell 13: Standarder som alle enheter oppnådde, «Informasjon, samtykke og taushetsplikt», 2022.

Område	Nivå	Standard
5	1	5.4.1: Samtykke blir innhentet før opplysninger deles med andre enn henvisende instans, oppfølgende instans eller fastlegen.
5	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.
5	1	5.4.4: Pasientenes samtykkekompetanse er vurdert og journalført i tilknytning til spørsmål som krever samtykke.
5	1	5.4.5: Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir deres synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket.
5	1	5.4.6: Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir pårørende sine synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket.

Standarder skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2022

Tabell 14 viser standardene på området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2022. To av disse standardene (5.1.2 og 5.3.3) ble skåret som «ikke møtt» og to ble skåret som «delvis møtt».

Tabell 14: Standarder fem eller flere enheter skåret «ikke møtt»/ «delvis møtt», «Informasjon, samtykke og taushetsplikt», 2022.

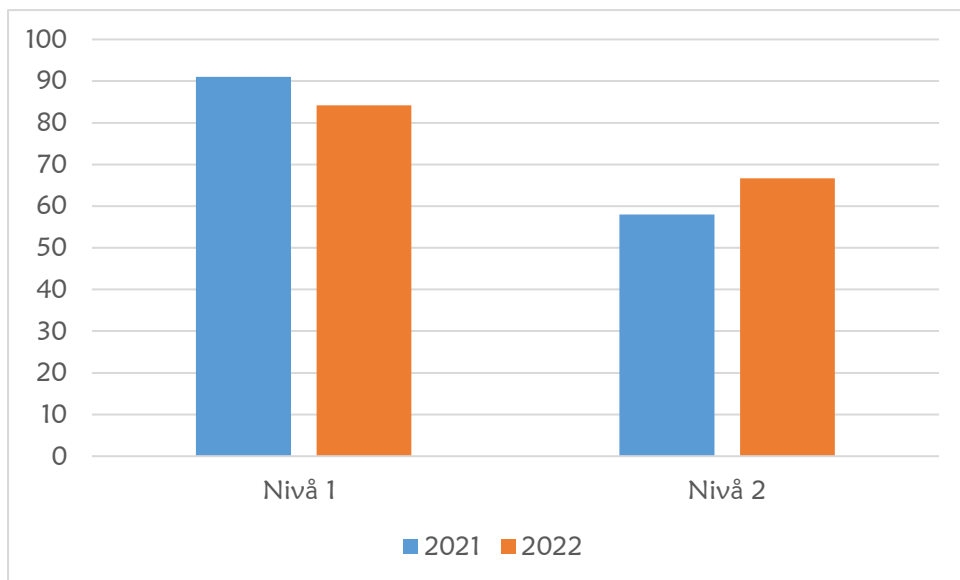
Område	Nivå	Standard
5	1	5.1.2: På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorer for de ulike pakkeforløpene.
5	1	5.3.1: Pasienter og pårørende blir orientert, muntlig og skriftlig, om hvem som er oppnevnt som behandlingsansvarlig, spesialist, og kontaktperson/ miljøterapeuter/ ansvarlig miljøterapeut i teamet.
5	3	5.3.3: Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte.
5	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.

Område 6: Rettigheter og lovverk

Diagram 10 viser prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for området «Rettigheter og lovverk», per nivå, i 2022 sammenliknet med 2021. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 84%, som er lavere enn standardoppnåelsen i 2021 (91%). Standardoppnåelsen på nivå 2 var noe lavere

enn standardoppnåelsen for nivå 1 i 2022 (67%), men var høyere enn standardoppnåelsen på nivå 2 fra 2021 (58%).

Diagram 10: Prosentandel standarder skåret «møtt» «Rettigheter og lovverk», per nivå, 2021 og 2022.



Standarder som alle enheter oppnådde

På området «Rettigheter og lovverk» var det 12 standarder på nivå 1, én standard på nivå 2 og ingen standarder på nivå 3.

Tabell 15 viser standardene som alle enhetene oppnådde i 2022. Fem av de viktigste standardene ble skåret som «møtt» av alle enhetene. Ingen standarder på nivå 2 ble oppnådd av alle enhetene.

Tabell 15: Standarder som alle enheter oppnådde, «Rettigheter og lovverk», 2022.

Område	Nivå	Standard
6	1	6.1.1: Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene.
6	1	6.2.4: I informasjonen som utgis kommer det tydelig frem at enheten ønsker å legge til rette for klager fra pasienter og pårørende.
6	1	6.3.2: I informasjonen som utgis kommer det tydelig frem at enheten ønsker å legge til rette for klager fra pasienter og pårørende.
6	1	6.4.1: Før det treffes vedtak om bruk av tvangsmidler, gis pasienter anledning til å uttale seg, om mulig. Tidligere erfaringer med tvangsbruk kartlegges tidlig i forløpet, og ligger særlig til grunn for vedtaket.
6	1	6.4.4: Enheten har retningslinje for protokollføring av tvangsvedtak.



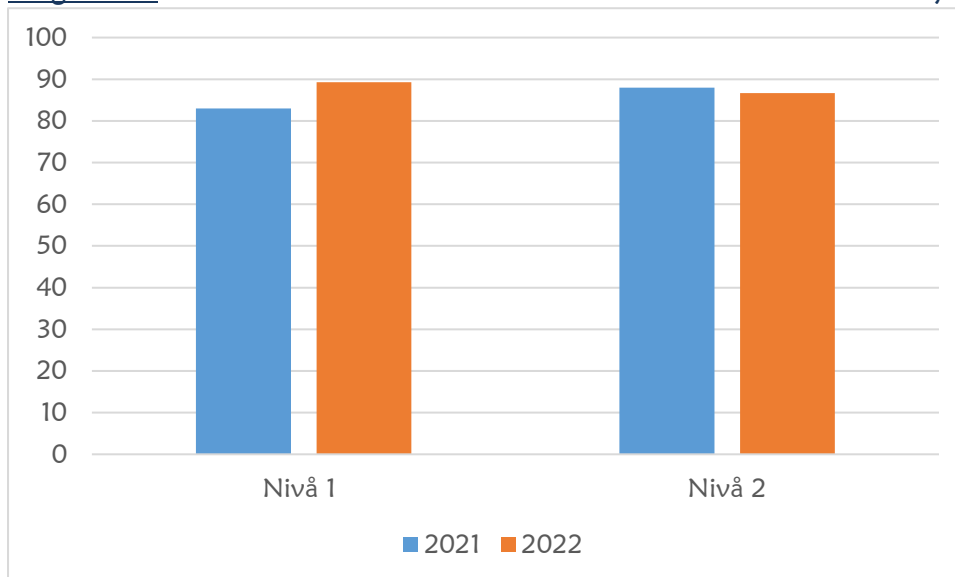
Standarder skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Ingen standarder på området «Rettigheter og lovverk» ble skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2022.

Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Diagram 11 viser prosentandel av alle standarder skåret som «møtt» for området «Klinisk virksomhetsstyring», per nivå, i 2022 sammenliknet med 2021. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 89% (83% i 2021). Standardoppnåelsen på nivå 2 (87%) var omtrent lik standardoppnåelsen på nivå 1 i 2022. Området «Klinisk virksomhetsstyring» hadde ingen standarder på nivå 3 i 2022.

Diagram 11: Prosentandel standarder skåret «møtt» «Klinisk virksomhetsstyring» per nivå, 2021 og 2022.



Standarder som alle enheter oppnådde.

På området «Klinisk virksomhetsstyring» var det 38 standarder på nivå 1, syv standarder på nivå 2 og ingen standarder på nivå 3 i 2022.

Tabell 17 viser standardene som alle enheter skåret «møtt» i 2022. Tabellen viser at 10 av standardene på nivå 1 ble oppnådd av alle enhetene. I tillegg ble én standard på nivå 2 oppnådd av alle enhetene.

Tabell 17: Standarder som alle enheter oppnådde, «Klinisk virksomhetsstyring», 2022.

Område	Nivå	Standard
7	1	7.1.3: Virksomhetens medarbeidere medvirker i kvalitetsforbedring slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
7	1	7.4.10: Det finnes prosedyre for opplæring i kartlegging og vurdering av suicidrisiko.
7	1	7.4.11: Det finnes prosedyre for kartlegging og vurdering av suicidrisiko (Dette er en "bør" i lovverket).
7	1	7.4.15: Enheten har prosedyre for tilsyn og observasjon av pasienter (står "bør" i veileder).
7	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.
7	1	7.4.17: Prosedyre for ransaking og vedtak om gjennomgang av rom og eiendeler er tydelige.
7	1	7.4.18: Enheten har rømningsprosedyre og rømningsprotokoll.
7	1	7.4.19: Enheten har en prosedyre for skjerming.
7	1	7.4.23: Enheten har en skriftlig prosedyre for kartlegging og ivaretagelse av søsken som pårørende.
7	2	7.6.1: Enheten gjennomfører rutinemessig HMS-kartlegging i vernerunde, som er i tråd med foretakets overordnede HMS-plan.
7	1	7.6.3: Enheten har et avvikssystem og et system for implementering av forbedringsarbeid i HMS.

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

Ingen standarder på området «Klinisk virksomhetsstyring» ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2022. Tabell 18 viser at én nivå 1 standard ble skåret som «delvis møtt».

Tabell 18: Standarder som 5 eller flere enheter skåret «delvis møtt», «Klinisk virksomhetsstyring», 2022.

Område	Nivå	Standard
7	1	7.1.2: Vurderinger fra pasienter og pårørende innhentes og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet.



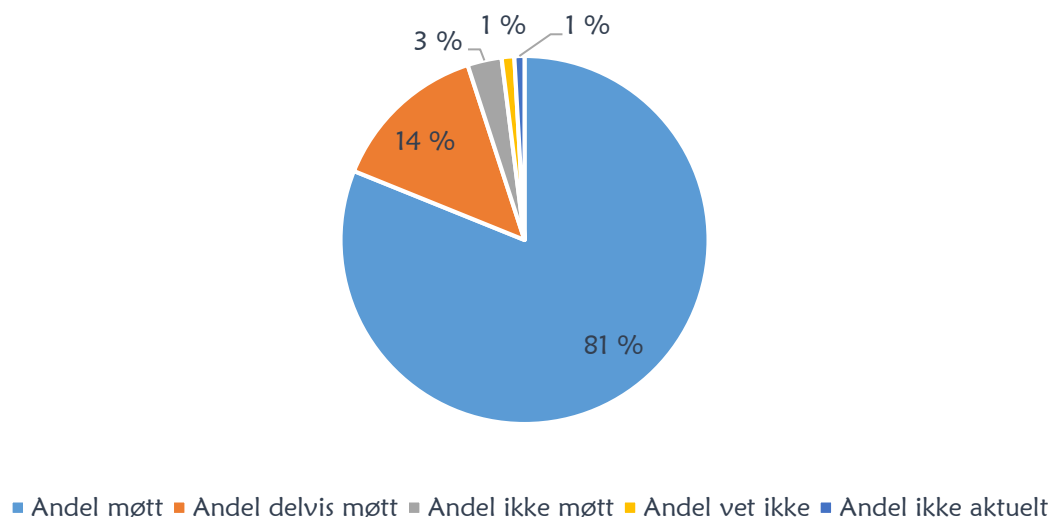
Nettverkets standardoppnåelse i forhold til spesifikke utfordringer

I 2018 ble det påpekt noen utfordringer som gikk igjen ved flere enheter. Ett av områdene som ble påpekt var ivaretagelse av ansatte. Derfor ble det sett nærmere på standardoppnåelsen for dette området i både 2019, 2020 og 2021. Også i 2022 har vi valgt å se nærmere på standardoppnåelsen for standarder som omfatter ivaretagelse av ansatte.

Ivaretagelse av ansatte

I 2022 omfattet 60 standarder (mot 58 standarder i 2021) ivaretagelse av ansatte. Diagram 12 viser prosentandelen av disse standardene (alle nivå og områder) som ble skåret henholdsvis «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuell» i 2022. 81% ble skåret møtt (mot 77% i 2021), 14% ble skåret delvis møtt (mot 17% i 2021), 3% ble skåret ikke møtt (mot 4% i 2021), 1% ble skåret vet ikke (samme som i 2021) og 1% ble skåret ikke aktuelt (samme som i 2021). Altså var standardoppnåelsen for standarder som omfatter ivaretagelse av ansatte høyere i 2022 enn i 2021 og lik den totale standardoppnåelsen for alle standarder i 2022.

Diagram 12: Standardoppnåelse for standarder som omfatter ivaretagelse av ansatte.



Avsluttende kommentarer om standardoppnåelsen i 2022

Gjennomgangen av standardoppnåelsen for 2022 viser at svært mange av kvalitetskravene for BUP akutt virksomhet var oppfylt i 2022. Enhetene fremstår med god evne til å holde tritt med endringer i sine omgivelser, målgruppe, helsepolitiske føringer, juridiske krav og kunnskapsgrunnlag, til tross for utfordringer relatert til omorganiseringer, høyt belegg, arbeidspress, og pandemi.

BUP akutte enheters styrker og utfordringer fra et KvIP perspektiv

Alle enhetene delte opplysninger om sin enhet i forkant av KvIP besøk. Ved å sammenstille disse opplysningene kan man få et bilde av BUP akutfeltet og enhetenes styrker og utfordringer.



Kapasitet og organisering

Gjennomsnittlig antall normerte sengeplasser for de 16 enhetene var 8,33 (minste 5; høyeste 14). Noen enheter driftet bare akutt, andre hadde også elektive senger og intermediær funksjon. Noen enheter hadde fleksible senger (som kan benyttes til både akutte og planlagte innleggelser).

Flere enheter fungerte som eneste tilbud om institusjonsbehandling i sitt opptaksområde, andre hadde andre døgnenheter de kunne samarbeide med (som tok elektive/ lengre innleggelser). De fleste enhetene var samlokalisert med andre enheter for barn og unge eller voksne, og noen hadde også samdrift med nærliggende enheter.

Et flertall av enhetene hadde eget mottak for øyeblikkelig hjelp. Mange av enhetene hadde egen vakt- og mottaksordning, mens andre benyttet vaktlag fra samlokaliserte enheter. Ni enheter hadde egne, eller tilgang til, ambulante tjenester.

Liggetid og belegg

Tolv enheter rapporterte gjennomsnittlig liggetid gjennom 12 måneder. Samlet sett var den gjennomsnittlige liggetiden ved enhetene 10,15 døgn, og den vanligste liggetiden var 1-3 dager. Tretten enheter rapporterte beleggsprosent gjennom 12 måneder. Samlet sett var den gjennomsnittlige beleggsprosenten ved enhetene 72,43%. Enhetene var gitt anledning til å rapportere liggetid og belegg fra selvvalgt periode. Noen oppga tall fra 2021, andre fra siste halvdel av 2021 og første halvdel av 2022, mens atter andre rapporterte fra «siste 12 måneder», som ble ulikt ettersom enhetenes rapportering skjedde i forkant av enhetenes KvIP besøk. Enhetene ble ikke bedt om å skille mellom elektive og akutte innleggelser i rapporteringen av liggetid og beleggsprosent.

Viktige hendelser, utfordringer og forbedringsarbeid

Ni enheter hadde planer for nybygg, sammenslåing med andre enheter, eller andre store forandringer. Av alvorlige eller viktige hendelser som påvirket driften i 2022 ble pandemirelaterte utfordringer, alvorlig HMS-forhold relatert til vold og trusler mot ansatte, og endringer i bygg og organisering nevnt. Enhetene nevnte også utfordringer med manglende rekruttering, økning i antall innleggelser (bl.a. spiseforstyrrelser), overbelegg og overtid, krevende behandlingsforløp, samt problematikk og tvangsbruk knyttet til spiseforstyrrelser.

Rolleavklaring, implementering av rutiner, pasientsikkerhet, opplæring, og samarbeid innad og på tvers av enheter var noen av fokusområdene i enhetenes forbedringsarbeid i 2022. Flere enheter nevnte også implementering av faglige tilnærminger som Illness Management and Recovery (IMR), Kognitiv Miljøterapi (KMT) og Familiebasert Terapi (FBT), samt opplæringsprogrammer i håndtering av vold, som Møte med Aggresjonsproblematikk (MAP) og simuleringstrening (SIM). Flere enheter nevnte at utfordringer knyttet til høyt belegg, stort arbeidspress, rekrutteringsvansker og pandemi skapte hindringer i forbedringsarbeidet.

Tvangsvedtak

Tabell 19 viser gjennomsnitt og median for antall tvangsvedtak ved enhetene de siste 12 månedene, samt laveste og høyeste antall tvangsvedtak i hver vedtakskategori. Det er stor variasjon i antall tvangsvedtak ved de ulike enhetene. Denne variasjonen kan sannsynligvis dels forklares av variasjon i antall senger, typer senger, og målgrupper ved de ulike enhetene. Mange enheter oppga at det var et lite antall pasienter som var knyttet til en stor andel av tvangsvedtakene, og flere oppga mye tvangsbruk knyttet til sondeernæring.

Tabell 19: Gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall tvangsvedtak siste 12 månedene.

Tvangsvedtakskategori	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Tvang.innl. § 3-3	7,87	7,00	0,00	20,00
Skjerm. § 4-3	8,33	7,00	0,00	19,00
Ernæring § 4-4	8,13	7,00	0,00	28,00
Legemidl. § 4-4	2,00	1,00	0,00	6,00
Innskrenk. §4-5	1,13	1,00	0,00	4,00
Visitasjon § 4-6	3,33	0,00	0,00	15,00
Rus.test § 4-7a	0,07	0,00	0,00	1,00
Mek. tvang § 4-8a ¹	6,36	0,50	0,00	28,00
Kort. legemidl. § 4-8c ¹	4,50	0,00	0,00	19,00
Kort fasth. § 4-8d ¹	240,54	133,00	0,00	987,00

¹En enhet rapporterte ikke antall vedtak for de siste 12 månedene.

Bemanning

Flere enheter i nettverket har ønsket en oversikt over bemanningssituasjonen hos KvIP enhetene. Tabell 20 viser gjennomsnittlig og median bemanning beregnet for de stillings- og bemanningskategorier hvor minst ti enheter rapporterte tall. Tabellen viser også laveste og høyeste bemanning i hver stillingskategori. Det ble ikke spesifisert i innrapporteringskjemaet om enhetene skulle rapportere antall stillinger eller antall årsverk i hver stillingskategori. Derfor kan noen enheter ha rapportert antall stillinger, mens andre har rapportert antall årsverk.

Tabellen viser at det var en del variasjon i bemanningen ved de ulike enhetene. Noen enheter hadde egne fagutviklere i deltid- eller fulltidsstilling, mens andre manglet fagutviklere eller hadde lagt dette til andre stillinger, f.eks. sykepleier. De fleste enhetene hadde flere miljøpersonell med videreutdanning i psykisk helse, men noen hadde få eller ingen. Noen enheter oppgav at de hadde ingen «andre stillinger med terapeutiske oppgaver», mens andre hadde flere slike stillinger, herunder blant annet fysioterapeut, ernæringsfysiolog og musikkterapeut.

Tabell 20: Gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste bemanning per stillingskategori.

Stilling	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Ledelse	2,29	2,00	1,00	7,00
Fagutvikler	0,67	1,00	0,00	1,00
Psykolog	1,31	1,00	0,00	3,00
Psykologspes.	1,88	1,00	0,00	5,00
Barne- og ungd. psykiater	1,93	2,00	1,00	3,00
Lege/LIS	1,79	2,00	1,00	3,00
Miljøpers. m/ psyk. videreutd.				
Sykepleier	6,57	6,00	0,00	15,00
Vernepleier	3,33	3,00	0,00	13,00
Barnevernsped.	1,34	1,00	0,00	3,00
Andre	2,78	3,00	1,00	5,00
Miljøpers. u/ psyk. videreutd.				
Sykepleier	6,72	6,00	1,00	14,00
Vernepleier	3,14	2,00	1,00	12,00
Barnevernsped.	4,76	3,00	1,00	14,00
Andre	3,82	3,00	1,00	11,00
Lærer	3,60	3,50	0,00	6,00
Admin.	1,59	1,00	0,00	4,00
Andre terapeuter	1,40	1,50	0,00	4,00

Tabell 21 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste bemanningsfaktor (antall miljøpersonell per én sengeplass) på vaktlag ved enhetene. Tabellen viser at det var en god del 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	0,79:1	0,75:1	0,50:1	1,17:1
Kveld uke	0,72:1	0,75:1	0,33:1	1,00:1
Natt uke	0,39:1	0,33:1	0,25:1	0,83:1
Dag helg	0,56:1	0,50:1	0,20:1	1,00:1
Kveld helg	0,57:1	0,50:1	0,20:1	1,00:1
Natt helg	0,41:1	0,33:1	0,20:1	0,83:1



Rådsleders refleksjon rundt betydningen av KvIP, og veien videre

I 2022 fikk vi endelig gjenopptatt vår kjernevirksomhet med fysiske besøk på hverandres enheter. Besøkene får en annen og bedre kvalitet med fysisk tilstedeværelse. Besøksteamet kan se hvordan enhetene er utformet og man er i samme rom som de man diskuterer med, i motsetning til de digitale besøkene.

Vi er veldig fornøyde med at vi har fortsatt rekrutteringen til nettverket vårt. Enhetene i Arendal og Førde har i år mottatt sine første besøk og det er allerede avtalt at enhetene i Levanger og Skien blir med fra 2023. Da er 17 av 17 akuttenheter i Norge medlemmer av KvIP! Dette gjør at vi begynner å få en god oversikt over akutttilbudet for ungdommer i Norge, hvordan det er organisert og hva det inneholder. Dette gir oss spennende muligheter videre i forhold til hvordan vi kan bruke KvIP for å fremme kvalitet i tilbudet.

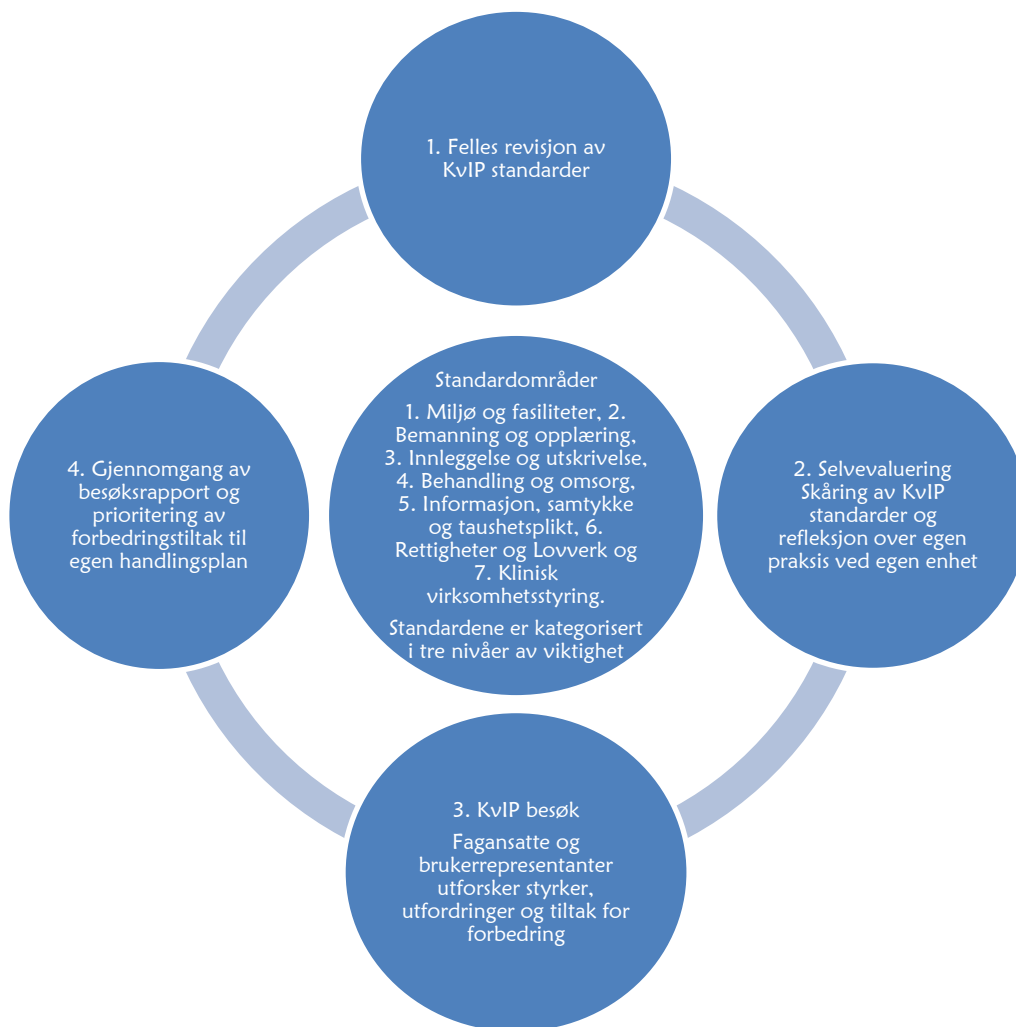
Felles arbeid med kvalitet er inspirerende!



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 digitale og fysiske KvIP besøk 2022

Digitale KvIP besøk 2022

Dagen før: Besøkslunsj med testing av teknisk utstyr

Møterom	Kl.	Program
Norsk Helsenett/Join https://join.nhn.no/ Møteroms ID: 716175	11.30 – 12.30	- Vertsenhet og besøksteam sjekker at lyd og bilde fungerer tilfredsstillende. - De som strever med teknisk utstyr kontakter lokal IT support eller Ahus brukerstøtte på 32 81 52 85 (Åpningstider: 08:00-15:30). - Alle presenterer seg kort. - Besøksleder sjekker at alle i besøksteam har sendt taushets- og lojalitetserklæring til kontaktperson v/ vertsenhet på epost. - Besøksteam planlegger intervju med pas/pårørende. Intervjuene foregår parallelt i tid neste dag: - Hvem i besøksteamet skal intervju pasient? (2 stk.) - Hvem i besøksteamet skal intervju pårørende? (2 stk.) - Husk å ikke sende synspunkter fra intervju med pas/pårørende til besøksleder på epost. Det holder å formidle hvilket inntrykk man sitter igjen med i det oppsummerende møtet med besøksteamet på slutten av besøksdagen. - Vertsenhet skal sette opp intervju med pasient og pårørende i Whereby eller i et sensitivt møterom i Norsk Helsenett/Join. <u>Ikke</u> flytt intervjuet til annen løsning. - Sjekk at vertsenhet vet hvem fra besøksteamet som skal inviteres/ delta, og at vertsenhet har riktig epost.

Den digitale besøksdagen:

Møterom	Kl.	Program	
Norsk Helsenett/Join https://join.nhn.no/ Møteroms ID: 716175 (Benyttes hele dagen bortsett fra under intervju med	08.30-09.00	Besøksteamet avholder eget møte - Sjekk at alle har signert og sendt inn Taushets- og lojalitetserklæring til kontaktperson v/ vertsenhet på epost - Avklar roller og oppgaver; ➤ Hvem skal fungere som sekretær under besøksdagen? ➤ Hvem kan assistere besøksleder med chatten? ➤ Hvem skal lede og hvem skal være sekretær under intervju med pasient? Fint om brukerrepr. i besøksteam leder intervjuet (benytter intervjuguide) og har med sekretær fra besøksteamet. ➤ Hvem skal lede og hvem skal være sekretær under intervju med pårørende? Fint om brukerrepr. i besøksteam leder intervjuet (benytter intervjuguide) og har med sekretær fra besøksteamet.	
	09.00-09.30	Oppstartsmøte - Kort presentasjon av deltakere fra vertsenhet og besøksteam - Gjennomgang av «møteregler»; Skru av lyden når man ikke snakker, chatten benyttes til å rekke opp hånda m.m. - Besøksleder sjekker om pasient og pårørende fortsatt stiller til intervju, samt at deres samtykker er signert. - Få bekreftelse fra de som skal delta i intervju med pasient/pårørende at de har mottatt invitasjon til sensitivt rom satt opp av vertsenheten. - Besøksleder gir en <u>kort</u> innledning, målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen	
	09.30 – 09.45	Pause	
		Drøfting og erfaringsutveksling knyttet til fokusområder og tema som vertsenheten har meldt inn med ledere og nøkkelpersonell (ca. 5 stykker fra vertsenheten). Vertsenheten avslutter besøksdagen etter dette.	
	11.30 – 12.00	Lunsj	
Vertsenhet setter opp dette i Whereby eller i et sensitivt møterom i	12.00 – 13.00	Intervju med én pårørende	Intervju med én pasient



Norsk Helsenett/Join		
	13.00 – 13.15	Pause
	13.15 - 14.15	Besøksteamet avholder eget møte - Oppsummering av intervju med pasient og pårørende. - Oppsummering av dagen og erfaringsutvekslingene. Hva er vertsenhetens styrker, utfordringer? Hva er besøksteamets forslag til løsninger? - Oppsummering og refleksjon rundt hva man selv har lært/ tar med seg fra dagen. - Planlegging av rapportskriving. - Besøksleder får tilbakemelding på ledelsen av den digitale besøksdagen.

Fysiske KvIP besøk 2022

KvIP middag kvelden før:

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

- Besøksleder sjekker at alle i besøksteam har sendt taushets- og lojalitetserklæring til nettversleder Kari og kontaktperson v/ vertsenhet på epost.
- Besøksteam planlegger 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)

Den fysiske besøksdagen:

Kl.	Program
08.30-08.45	Besøksteamet avholder eget møte ○ Taushets- og lojalitetserklæring signeres av besøksteam om det ikke er gjort. ○ Roller og oppgaver fordeles og avklares. 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)



08.45-09.30	Oppstartsmøte mellom besøksteam og vertsenhet 08.45-09.00: Besøksleder gir en <u>kort</u> innledning, beskriver målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen, bekrefter deltagelse av pasienter og pårørende samt at deres samtykker er signert. 09.00-09.10 Deltakerne i besøksteamet gir en <u>kort</u> innføring i hovedtrekk ved deres enheter¹ / organisasjoner² 09.10-09.30 Vertsenheten introduserer og beskriver sin enhet, inkl. hovedsatsing siste året og mulige hindringer i det kvalitetsforbedrende arbeidet	
09.35-10.00	Omvising på vertsenheten Det er fint om 1-2 pasienter kan lede omvisningen	
10.00-10.15	Kaffe/te pause	
10.15-11.10	Drøfting og erfaringsutveksling - Drøfting av de fokusområder og tema vertsenheten har ønsket å adressere. - Gjennomgang av standarder³	
11.15-12.15	Videre drøfting av fokusområder, tema og standarder	Gruppeintervju med pårørende <i>NB: Husk at alle pårørende må signere samtykke for pårørende først.</i> Brukerrepresentant leder intervjuet med intervjuguide, med sekretær fra besøksteamet.
12.15-13.00	Lunsj	
13.00-14.00	Gruppeintervju med ansatte uten leder/veiledningsroller⁴ <i>NB: Husk at alle deltakere må signere samtykke for ansatte først.</i> Brukerrepresentant eller fagansatt i besøksteamet leder intervjuet med intervjuguide, med sekretær fra besøksteamet.	Gruppeintervju med pasienter <i>NB: Husk at alle deltakere må signere samtykke for pasienter først.</i> Brukerrepresentant leder intervjuet med intervjuguide, med sekretær fra besøksteamet.
14.00-14.15	Kaffe/te pause	

¹ 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.

² Helt kort om f.eks. organisasjonens størrelse, målgruppe, satsningsområder, pågående prosjekt.

³ 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.

⁴ 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.



14.15-15.20	Besøksteamet avholder eget møte ○ Oppsummerer fra intervjuene ○ Oppsummerer sitt inntrykk av enheten ○ Identifiserer styrker, utfordringer og forslag til forbedringstiltak (benytt gjerne Power Point-mal fra nettsiden til KvIP i avsluttende møte med enheten) ○ Oppsummerer dagen og gir besøksleder/ hverandre tilbakemeldinger ○ Avtaler rapportskriving
15.20-15.50	Avsluttende møte mellom besøksteam og vertsenhet - Tilbakemelding og diskusjon Det er en fordel om overordnet administrasjon og kvalitetsansvarlige ved Flere fra sykehuset/divisjonen kan inviteres, i tillegg til enhetens ledere og nøkkelpersonell ○ Besøksteamet 1) Oppsummerer sitt inntrykk av enheten 2) Formidler hva de ser som styrker, utfordringer og forslag til forbedringstiltak

Vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område

Diagrammene V3.1 til V3.7 under viser andel standarder i hvert område som ble skåret henholdsvis «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuelt» i 2022.

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

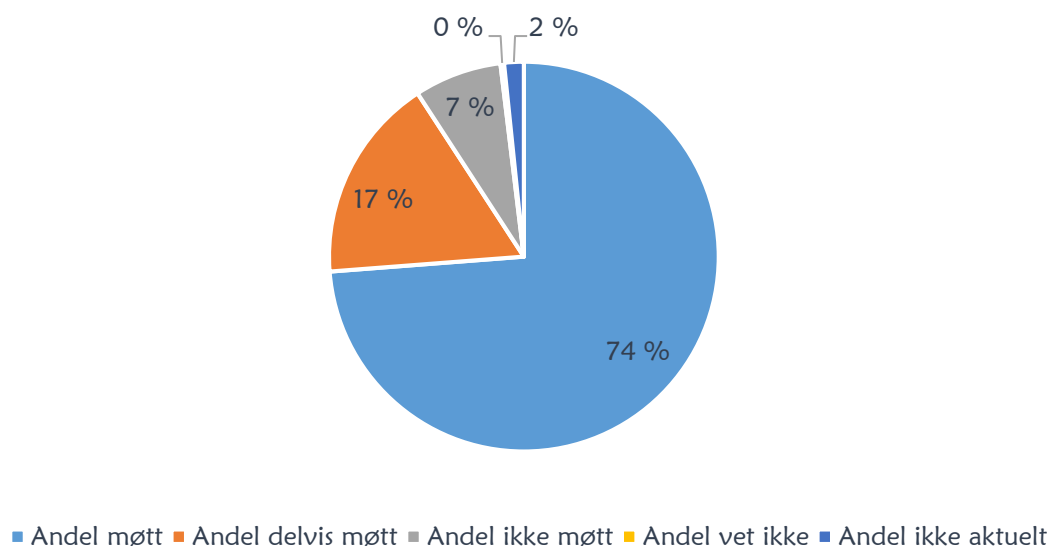


Diagram V3.2: Standardoppnåelse område 2 - Bemanning og opplæring

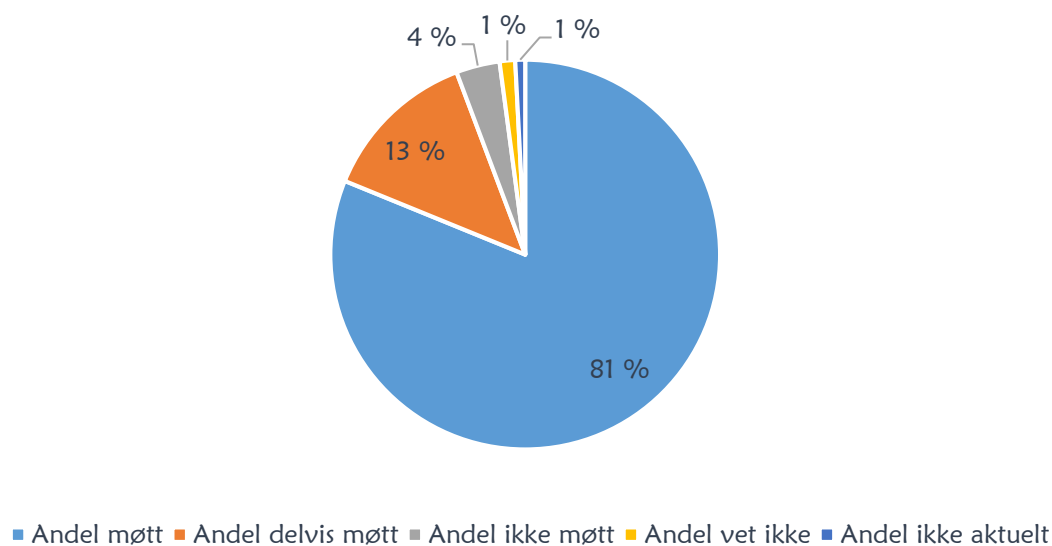




Diagram V3.3: Standardoppnåelse område 3 - Innleggelse og utskrivning

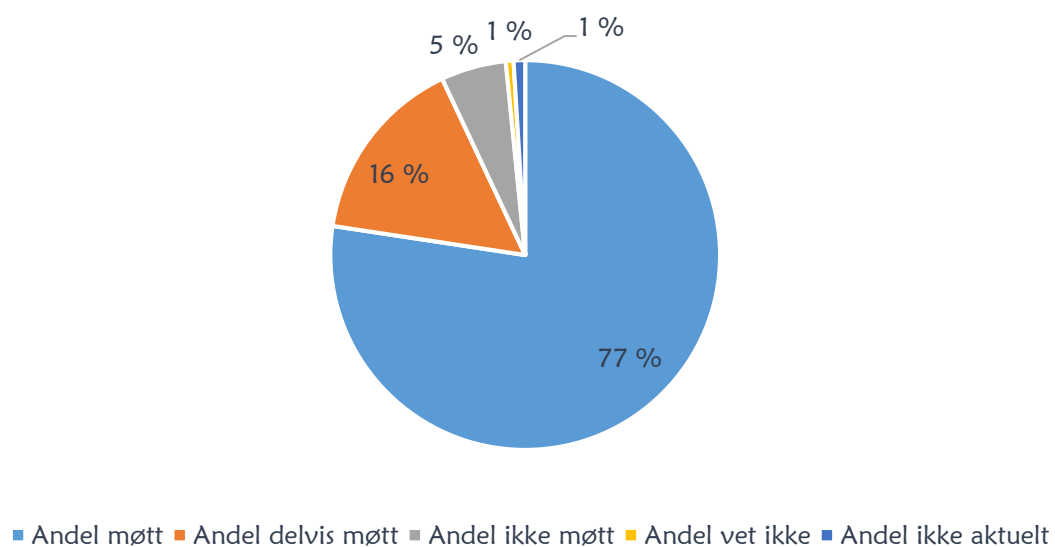


Diagram V3.4: Standardoppnåelse område 4 - Behandling og omsorg

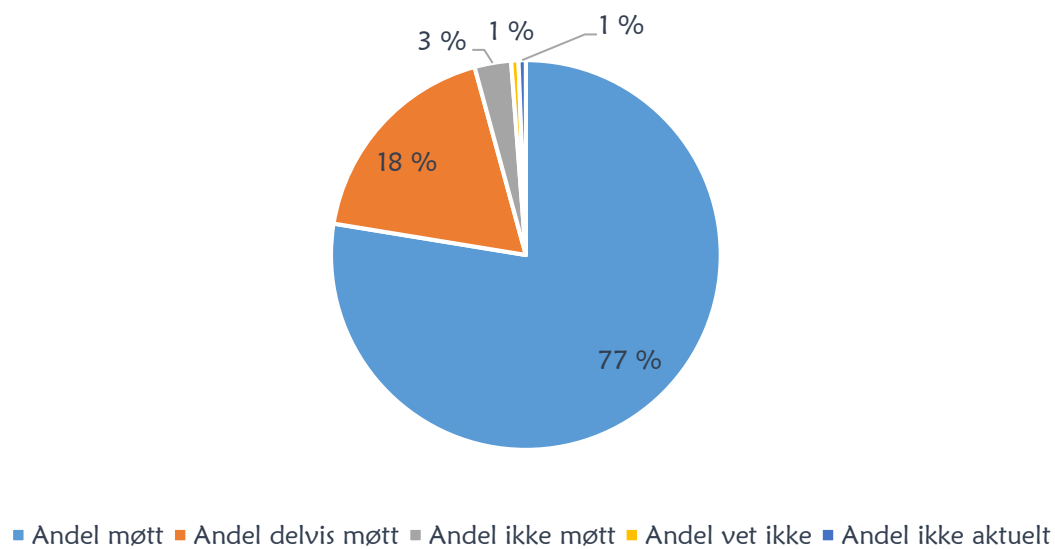




Diagram V3.5: Standardoppnåelse område 5 - Informasjon, samtykke og taushetsplikt

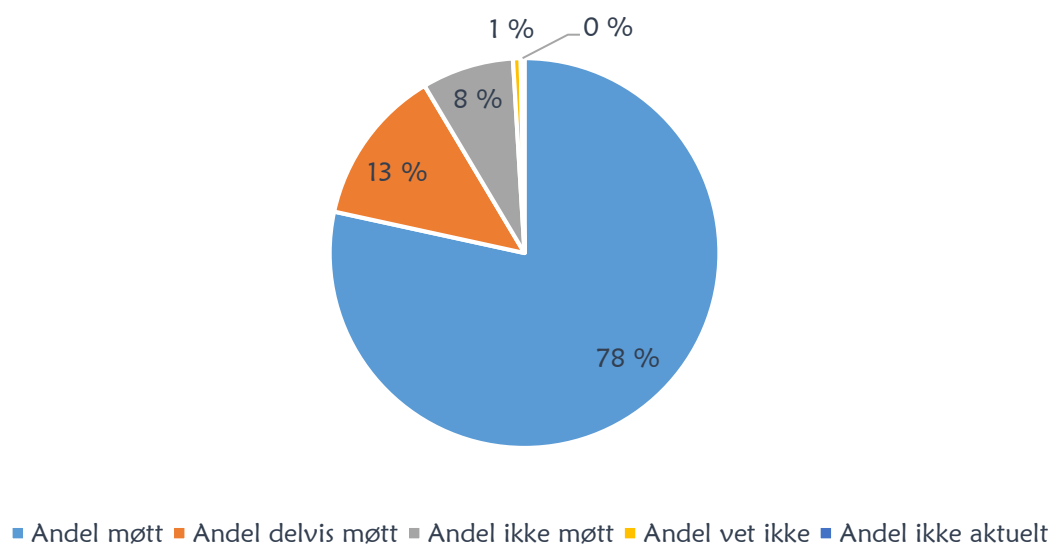


Diagram V3.6: Standardoppnåelse område 6 - Rettigheter og lovverk

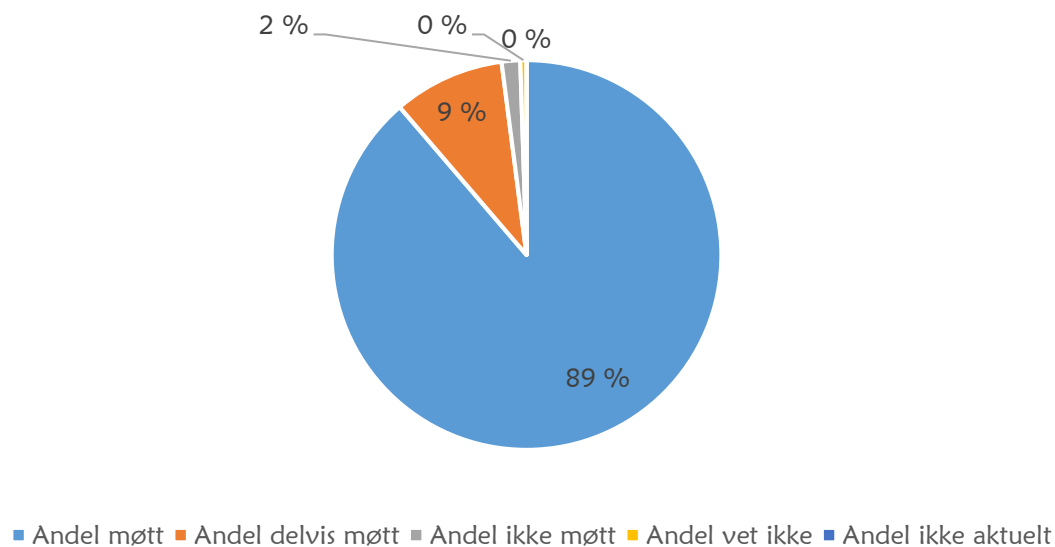


Diagram V3.7: Standardoppnåelse område 7 - Klinisk virksomhetsstyring

