

Årsrapport 2024



Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern

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



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

Bidragstere: Bodil Skiaker, prosjektmedarbeider KvIP, og Johan Siqveland, leder av Akuttnettverket, Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus.

Dato: 04.04.2025

Referanse: Walle, M.F. & Lorentzen, K.E.A (2025). *Årsrapport 2024 KvIP*. Akershus Universitetssykehus HF.
<https://www.akuttnettverket.no/prosjekter/arsrapporter-for-kvip>

Henvendelser vedrørende rapporten rettes til: Kvip@ahus.no



Innhold

FORORD	5
SAMMENDRAG	7
INTRODUKSJON	8
HVA ER KvIP?	8
Formål.....	8
Historikk.....	8
Metodikk.....	8
ORGANISERINGEN AV KvIP	10
DELTAKENDE ENHETER.....	12
OM ÅRSRAPPORTEN.....	12
KVIPS VIRKSOMHET 2024	13
ØKONOMI.....	13
OPPSTARTSMØTE.....	13
BESØKSLEDERSAMLING	13
BESØK.....	13
RÅDETS ARBEID	13
ÅRSMØTE	14
UTVIKLING OG FORBEDRING AV KvIP.....	14
SØKNADER OG PROSJEKTER.....	14
FORMIDLING, PRESENTASJONER, DELTAKELSE PÅ SEMINARER OG KONFERANSER.....	15
OPPLYSNINGER OM KvIP-ENHETENE.....	17
KAPASITET OG ORGANISERING	17
ANTALL INNLEGGELSER, BELEGG OG LIGGETID.....	17
VIKTIGE HENDELSER OG UTFORDRINGER	18
TVANGSVEDTAK	18
BEMANNING	19
ENHETENES FORBEDRINGSARBEID	21
1 MILJØ OG FASILITETER	22
2 BEMANNING OG OPPLÆRING.....	22
3 INNLEGGELSE OG UTSKRIVELSE.....	22
4 BEHANDLING OG OMSORG	22
5 INFORMASJON, SAMTYKKE OG TAUSHETSPLIKT.....	22
6 RETTIGHETER OG LOVVERK.....	23
7 KLINISK VIRKSOMHETSSTYRING.....	23
OVERSIKT OVER STANDARDSETTET 2024.....	24
RESULTATER 2024.....	24
NETTVERKETS TOTALE STANDARDOPPNÅELSE 2024	24
NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE INNENFOR HVERT STANDARDOMRÅDE 2024	25
OMRÅDE 1: MILJØ OG FASILITETER	25
Standarder oppnådd av alle enheter	26
Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter	26



OMRÅDE 2: BEMANNING OG OPPLÆRING	28
Standarder oppnådd av alle enheter	28
Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter	29
OMRÅDE 3: INNLEGGELSE OG UTSKRIVELSE	29
Standarder oppnådd av alle enheter	30
Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter	30
OMRÅDE 4: BEHANDLING OG OMSORG	31
Standarder oppnådd av alle enheter	32
Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter	32
OMRÅDE 5: INFORMASJON, SAMTYKKE OG TAUSHETSPLIKT	33
Standarder oppnådd av alle enheter	34
Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter	34
OMRÅDE 6: RETTIGHETER OG LOVVERK	35
Standarder oppnådd av alle enheter	36
Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter	36
OMRÅDE 7: KLINISK VIRKSOMHETSSTYRING	36
Standarder oppnådd av alle enheter	37
Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter	38
RÅDSLEDERS AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....	40
VEDLEGG 1: EN SYNLIGGJØRING AV FORBEDRINGSPRAKSIS	41
VEDLEGG 2: DAGSPLAN FOR KVIP BESØK 2024	42
VEDLEGG 3: NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE	45



Forord

I 2024 var alle 17 BUP akutte enheter i Norge fortsatt med i KvIP.

Sammen med brukerorganisasjonene Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU) fungerte vi som et nasjonalt nettverk for kvalitetsforbedrende samarbeid. Hovedfokus i år var vår faste besøksaktivitet som innebærer at fagansatte og brukerrepresentanter reiser til andre enheter for å reflektere over praksis.

I tillegg jobbet vi med to prosjekter vi er stolte av. Det ene er et bokprosjekt for barn og unge om tvang, i samarbeid med Nordlandsforskning og MHU. Det andre var lansering av korte animasjonsfilmer om barn og unges rettigheter under døgninnleggelse, i samarbeid med Sykehuspartner.

I oktober 2024 fikk KvIP besøk av den svenske Socialstyrelsen som vurderer å innføre samme system for kvalitetsforbedring i Sverige. En stor takk til akuttenhetene ved OUS og Vestre Viken som bidro til at dette ble lærerikt og inspirerende for alle parter!

Takk også for innsatsen i 2024 til alle andre samarbeidspartnere:

- Prosjektmedarbeider KvIP psykolog Mathea Fretheim Walle, tidligere prosjektmedarbeider PhD Aleksandra Eriksen Isham, prosjektmedarbeider spesialsykepleier Jorunn M. Rørvik og forskningskoordinator Bodil Skiaker, Forskningsgruppen behandling og evalueringsforskning, 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/ Vebjørn Leite og Martine Antonsen
- VfB v/ avdelingsleder Karin Källsmyr og frivillige varaer Marita Sæth og Kjell Amundsen
- Alle KvIP enheters kontaktpersoner, ledelse, ansatte, pasienter og pårørende
- Alle lokale brukerrepresentanter ved KvIP enhetene



Kari Evelin Arellano Lorentzen,
Nettverksleder KvIP, Psykologspesialist, spesialrådgiver,
Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU, Ahus



Nok et KvIP år har gått, og vinteren 2024 takket Karin Källsmyr av etter mange år som representant for Voksne for Barn inn i KvIP rådet. Tusen takk for alt du har bidratt med, Karin! Ny representant inn i rådet ble Julie Gulbrandsen. Jeg gleder meg til å fortsette det gode arbeidet med Julie og resten av gjengen i KvIP!

Under vårens samling i Akuttnettverket ble animasjonsfilmer om barn og unges rettigheter under døgninnleggelse i psykisk helsevern lagt frem for forsamlingen. Dette er gode filmer som KvIP rådet har utviklet i samarbeid med Mental Helse Ungdom og Voksne for Barn. Jeg håper etter visningen av filmene at de blir et verktøy som blir benyttet rundt om i hele landet til barn og unge som er innlagt (<https://www.akuttnettverket.no/prosjekter/kvip-barn-og-unge/ressursbank-for-deltakerne/filmer-om-barn-og-unges-rettigheter-under-innleggelse>).

På fjorårets samlinger i Akuttnettverket var det mange inspirerende innlegg der overskriften på vårens samling var «Trender, tilnærminger og tankekors». Tendenser i akutt-tjenestene gjennom tidene ble bl.a. belyst. Når vi kom til høstens samling, var overskriften «Mind the gap» - Samarbeid for pasientens beste. Overgangen mellom tjenester og utfordringer knyttet til dette ble belyst. Nye retningslinjer ble også presentert, der den ene var implementering av retningslinjer for selvmordsforebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det er lærerikt for meg som brukerrepresentant fra Voksne for Barn å være med på disse samlingene, og jeg heier også på at brukere som har benyttet seg av tjenestene også legger frem sine erfaringer i møte med systemet! De ser tjenestene med andre øyne. På denne måten tenker jeg at man vil utvikle seg som enhet om man både tar til seg denne kunnskapen fra fagpersoner, og ikke minst de som har egenerfaringer.

På slutten av året stod årsmøtet i KvIP for tur og der vil jeg trekke frem panelsamtalen hvor samtaleemnet var avrusning og rushåndtering i BUP akutt arbeid. Jeg tenker at det er fint at man i plenum tar for seg utfordringer man møter i sin jobbhverdag. På denne måten deler man kunnskap på tvers med andre enheter, og kanskje får man også et annet blikk på egen utførelse av arbeidet rettet mot denne pasientgruppen. Sammen står vi sterkere.

Tusen takk for året som har vært, og jeg ser igjen frem til nok et år sammen med dere. Jeg vil takke for invitasjon til besøksdag hos en av enhetene i fjor, men dessverre ble det knapt når invitasjonen kom et par dager før besøket og kabalen hjemme ikke gikk opp. Jeg håper at jeg dette året får muligheten igjen til å være med på en besøksdag hos en enhet, for det hadde vært spennende og lærerikt!

På vårens samling i Akuttnettverket i 2025, gleder jeg meg spesielt til innlegget til Johanne Rogndal, psykolog og forfatter. Jeg har akkurat lest hennes siste bok Instukids, og jeg håper alle som jobber innenfor barne- og ungdomspsykiatrien leser denne sterke boken der hun deler sin erfaring som pasient. Det må også nevnes at Johanne Rogndal fikk tidenes første Barn i Norge-pris fra Voksne for Barn.



Marita Sæth,

Frivillig i VfB, vara KvIP rådet



Sammendrag

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

I 2024 ble alle nettverkets aktiviteter gjennomført i tråd med nettverkets årlige syklus, som inkluderte digitalt oppstartsmøte, digitale besøksledersamlinger, besøk til alle deltakende enheter, rådsmøter og årsmøte. Nettverket og nettverksledelsen søkte også å forbedre flere samarbeidsprosesser og aktiviteter.

I 2024 ble 82% av standardene skåret «møtt» (mot 78% i 2023), 13% ble skåret «delvis møtt» (mot 16% i 2023) og 4% ble skåret «ikke møtt» (samme som i 2023). I tillegg ble 1% av standardene skåret «ikke aktuelt» (samme som i 2023), og 0% (totalt 20 skårer) av standardene ble skåret «vet ikke» (mot 1% i 2023). Mange av de viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene. Samtidig var det også en del standarder som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter.

Flere enheter rapporterte om viktige eller alvorlige hendelser som kan ha påvirket driften ved enheten deres. Dette inkluderte blant annet utfordringer knyttet til pasienter med høy voldsrisiko og utageringsproblematikk, bruk av tvang ved spiseforstyrrelser, mange innlagte med alvorlig sykdom og skjermingsbehov, krevende pasientforløp, skader på enheten, mange nyansatte, utfordringer med opplæring, mangel på behandlere og høy vikarbruk og innføring av nytt journalsystem.

I 2024 var fokusområdene i enhetenes forbedringsarbeid blant annet knyttet til pasientbehandling, implementering av tvangs- og voldsreducerende tiltak, samarbeid, utbedring av fysiske omgivelser, økonomi, rutiner og struktur, og forbedring knyttet til bygg. Enhetene beskrev utfordringer for forbedringsarbeidet, blant annet begrenset økonomi og tid, nedprioriteringer, høy aktivitet / overbelegg og krevende pasientforløp, samarbeid med eksterne samt få ansatte og mye vakans.



Introduksjon

Hva er KvIP?

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

Formål

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

Historikk

Tidligere leder av Akuttnettverket, Torleif Ruud, besluttet i 2014 å opprette et pilotprosjekt som skulle utvikle en norsk versjon av et kvalitetsforbedringssystem utviklet ved College Centre for Quality Improvement (CCQI) for barne- og ungdomspsykiatriske enheter (Quality Network for Inpatient CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services), (QNIC)) ved The Royal College of Psychiatrists (RCPsych). Overlege dr.med, FRCPsych, Simon R. Wilkinson oversatte og tilpasset den norske versjonen, som ble gitt korttittelen KvIP. Han ledet nettverket til 2018. Siden oppstart har Akuttnettverket finansiert ledelse, koordinering og administrasjon av nettverket, inkludert del-finansiering av samlinger og møter. I 2017 ble det gjennomført en evaluering av nettverkets arbeid. Alle de deltakende enhetene ønsket å videreføre samarbeidet gjennom en felles årlig kvalitetsforbedringssyklus. Akuttnettverket besluttet derfor i 2018 at KvIP skulle videreføres. Gerd H. Mariniusson ledet nettverket i 2018. Siden 2019 har det vært ledet av Kari E. A. Lorentzen. Ingen enheter har forlatt nettverket siden oppstart, og fra 2023 er alle enheter med i det som har blitt et komplett nasjonalt nettverk.

Metodikk

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

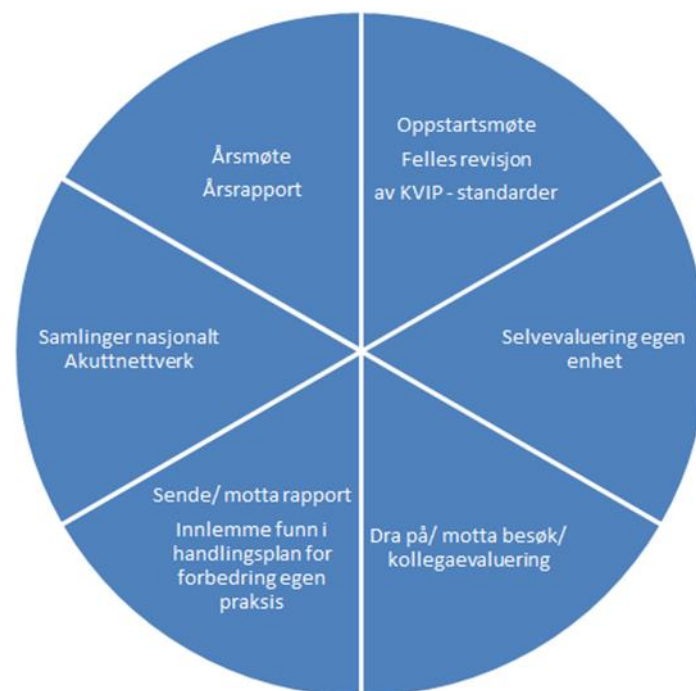
Det anvendes to tilnærminger til kvalitetsforbedring: Læringsnettverk og Forbedringsmodellen. Sentralt i dette arbeidet er at KvIP-enhetene blir enige om felles kvalitetsmål som formuleres som kvalitetsstandarder. Gjennom året jobbes det med å implementere tiltak og følge opp disse kvalitetsstandardene,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

Nettverket har to årlige møter: årsmøte og oppstartsmøte. Man kan også treffe andre fra nettverket på Akuttnettverkets to årlige samlinger.

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



Diagram 1: Årssyklus i KvIP



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

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

Gjennom selvevaluering, i kombinasjon med drøfting under besøk, vurderer hver KvIP enhet sin oppnåelse på de ulike standardene etter følgende kriterier hvor 2=Møtt, 1=Delvis møtt, 0=Ikke møtt, 7=Vet ikke og 8=Ikke aktuelt.

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

Besøksteamet skriver en rapport fra besøket. Den oversendes til enheten innen tre uker etter besøket. Besøksrapporten kan benyttes i utvikling av enhetens handlingsplaner for kvalitetsforbedring, og deles i de sammenhenger enheten vurderer som nyttig.

På slutten av året evalueres KvIP aktivitetene samlet sett og det skrives en årsrapport som beskriver nettverkets virksomhet gjennom året. Årsrapporten oppsummerer også årets resultater og KvIP enhetenes trekk, slik som likheter, forskjeller, styrker og utfordringer.

Se vedlegg 1: En synliggjøring av forbedringspraksis



Organiseringen av KvIP

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

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

I 2024 bestod nettverksledelsen av:

Kari E. A. Lorentzen	Nettverksleder KvIP, psykologspesialist, spesialrådgiver		Mathea F. Walle	Prosjektmedarbeider, psykolog	
Aleksandra E. Isham	Prosjektmedarbeider, Phd		Jorunn M. Rørvik	Prosjektmedarbeider, spesialrådgiver	
Johan Siqveland	Leder Akuttnettverket, forsker/psykologspesialist, PhD		Bodil Skiaker	Prosjektmedarbeider	

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



I 2024 var rådsmedlemmene:

Tarje Tinderholt	Fagutvikler OUS, rådsleder		Magnus Sjøstrand	Psykologspesialist Sykehuset Østfold	
Ingvild Brunborg Morton	Seksjonsoverlege, Helse Bergen		Sonja Grønås	Seksjonsleder St. Olavs hospital	
Marthe Austvik	Ass. enhetsleder, Nordlandssykehuset		Sindre Vevle	Koordinator, miljøterapeut, Sykehuset Vestfold	
Karin Källsmyr	Avdelingsleder VfB, brukerrepresentant		Aleksandra Alice Lønøy	Barne- og ungdomsarbeider, sentralstyremedlem i MHU	
Marita Sæth	Frivillig i VfB, vara		Marta Engevik Fjæreide	Sentralstyremedlem i MHU, vara	
Kjell Amundsen	Frivillig i VfB, vara		Vebjørn Leite Olsen	1.nestleder i MHU*	
Vebjørn Leite Olsen og Martine Antonsen tok over etter Aleksandra Alice Lønøy og Marta Engevik Fjæreide våren/ sommeren 2024.			Martine Antonsen	Landsleder MHU, vara	



Deltakende enheter

I 2024 deltok alle 17 enheter i Norge i KvIP. Tabell 1 viser enhetene som deltok i 2024 og året de ble med i KvIP.

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

Helseforetak	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sykehuset Østfold	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oslo universitetssykehus	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
St. Olavs hospital	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Møre og Romsdal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Fonna		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sykehus Innlandet		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Bergen			x	x	x	x	x	x	x	x
UNN			x	x	x	x	x	x	x	x
Sykehuset i Vestfold			x	x	x	x	x	x	x	x
Vestre Viken				x	x	x	x	x	x	x
Akershus universitetssykehus					x	x	x	x	x	x
Nordlandssykehuset					x	x	x	x	x	x
Helse Stavanger					x	x	x	x	x	x
Sykehuset Sørlandet								x	x	x
Helse Førde								x	x	x
Helse Telemark									x	x
Helse Nord-Trøndelag									x	x
Totalt antall enheter	4	6	9	10	13	13	13	15	17	17

Om årsrapporten

Årsrapporten er den ellefte i rekken siden oppstart av KvIP. Rapporten gir en oversikt over årets resultater, men også flere sammenlikninger med resultater fra tidligere år.

Årsrapporten er forfattet slik at enhetene ikke gjenkjennes. Kulturen i læringsnettverket bygger på en likeverdig, åpen og ikke-dømmende holdning. Samtidig skal alle møtes med omsorg, konfidensialitet og respekt. Slik ønsker KvIP at enhetene kan forbedre egen praksis i et psykologisk trygt miljø.

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

Årsrapporten gir:

- en introduksjon til KvIP (over)
- en beskrivelse av KvIPs virksomhet gjeldende år (økonomi og aktiviteter)
- opplysninger om KvIP-enhetene og innblikk i de BUP akutte enheters likheter og forskjeller fra et KvIP perspektiv



- en oversikt over årets resultater sammenliknet med tidligere år
- en oversikt 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
- rådsleders avsluttende refleksjoner rundt betydningen av KvIP og veien videre

KvIPs virksomhet 2024

Økonomi

Kostnadene til nettverksarbeidet ble fordelt mellom Akuttnettverket og de deltakende enhetene. Akuttnettverket dekket kostnadene til nettverksledelse (25% leder og ca. 40% prosjektstøtte), møtelokaler og servering v/ møter, og utgifter knyttet til brukerrepresentasjonen i rådet. I 2023 utgjorde kostnadene dekket av Akuttnettverket kr. 40 874 (lønnsutgifter ledelse/stab ekskludert). Det var noe mindre enn foregående år. Enhetene dekket egne kostnader til reise og opphold i forbindelse med møter og besøk til andre enheter (inkl. utgifter knyttet til middag og lunsj, frikjøp av ansatte under besøk og kostnader til lokale brukerrepresentanter). Enhetenes utgifter utgjorde antakelig ca. kr. 100 000 per enhet, men varierte antakelig litt fra sted til sted og varierer vanligvis litt fra år til år.

Oppstartsmøte

Årets oppstartsmøte ble avholdt digitalt den 23.02.24, med 42 deltakere. I forkant hadde alle enheter fått anledning til å vurdere hele standardsettet og melde inn forslag til endringer. Rådet hadde på forhånd prioritert 14 standarder til årets revisjon. Prioriteringene ble gjort på bakgrunn av tidligere års kommentarer og innspill fra høringsrunde og enheter. I møtet ble 14 endringsforslag fra områdene 1, 2, 3, 4, 6 og 7 diskutert. Flere endringer foreslått av enhetene ble godkjent av nettverket. Noen standarder ble tatt videre, drøftet og besluttet i rådet.

Besøksledersamling

Digital besøksledersamling ble gjennomført 13.02.2024 og 20.08.2024 for å lære opp og trygge besøksledere på besøk. Gjennomføring av besøk, og hvordan besøksledere best kan forberede og organisere seg før, under og etterpå, ble adressert. Rådsleder Tarje Tinderholt (OUS), besøksleder Sonja Grønås (St. Olav) og besøksleder Magnus Sjøstrand (Sykehuset Østfold) delte erfaringer, tips og råd.

Besøk

I 2024 ble det gjennomført 17 fysiske KvIP besøk. Under besøkene ble tema av betydning for vertsenhetens forbedringsarbeid drøftet, og intervju ble avholdt med pasienter, pårørende og ansatte for å få et overordnet inntrykk av tjenesten.

Se vedlegg 2: Dagsplan digitale og fysiske besøk.

Rådets arbeid

Rådet i KvIP hadde fem møter i 2024. Viktigste fokus for møtene var:

- Revisjon av KvIP standardene
- Brukermedvirkning på KvIP besøk
- Prosjektidéer, prosjektsøknader og gjennomføring av prosjekt
- Henvendelse til Folkehelseinstituttet vedr. ønske om mer helhetlig registreringspraksis for BUP akutt feltet (på initiativ fra overlege Thomas Blikshavn v/ UK, Ahus)
- Forbedring av KvIPs organisering/ administrering
- Høringsuttalelse til Helse Sør-Øst basert på henvendelse fra Norsk Barne- og Ungdomspsykiatrisk Forening (NBUPF) knyttet til et påbegynt arbeid med å utrede innretning av tilbud for sikkerhetspsykiatri for barn og unge under 18 år



<https://www.akuttnettverket.no/prosjekter/kvip-barn-og-unge/prosjekter/innspill-til-innretning-av-sikkerhetspsykiatriske-tilbud-for-barn-og-unge>.

- Samarbeid med Socialstyrelsen i Sverige, som vurderer å innføre KvIP i Sverige

Årsmøte

Årets årsmøte ble avholdt fysisk på Gardermoen den 26.11.24 med 30 deltakere. KvIP leder Kari E. A. Lorentzen og rådsleder Tarje Tinderholt oppsummerte årets aktiviteter og KvIP rådets arbeid. De presenterte også årets plan for revisjon av KvIP standarder.

KvIP rådet for neste periode ble innstilt. Sonja Grønås (St.Olav) og Karin Källsmyr (VfB) gikk ut av rådet. Ingvild B. Morton gikk videre for ett år til, fordi ingen var nominert med funksjon som lege. Pål S. Lode (Helse Stavanger) og Julie Gulbrandsen (VfB) kom inn i rådet. I etterkant av årsmøtet stilte Tarje Tinderholt som rådsleder for en ny periode.

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

Ida Maria Nyholm, spesialrådgiver, Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen, Ahus og Helen Bruus Green, leder, Bedriftshelsetjenesten, Ahus holdt en workshop om Psykologisk trygghet i kvalitetssamarbeid. Erfaringer med hva som fremmer og hemmer psykologisk trygghet i KvIP nettverket ble utforsket.

Det ble også holdt panelsamtale om avrusning og rushåndtering i BUP akutt arbeid. Samtalen ble ledet av Inge Stokkedalen (miljøterapeut) & Magnus Sjøstrand (psykologspesialist), Sykehuset Østfold. I panelet satt Ine M. Hansen (overlege), Stavanger Universitetssykehus; Beate Olsbø Nielsen (seksjonsleder) Helse Møre Romsdal HF; og Ine Magnussen Strid (enhetsleder) Ahus. Behov for bedre system rundt unge pasienter med alvorlig rusproblematikk, tydelige rammer/ roller mellom samarbeidspartnere og mer kompetanse ble tydelig.

Utvikling og forbedring av KvIP

Nettverket og nettverksledelsen forbedret flere samarbeidsprosesser og aktiviteter. Følgende tiltak ble gjennomført for å videreutvikle KvIP i 2024:

- Nyhetsbrev ble fortsatt sendt ut jevnlig for å opprettholde kontakten og sikre informasjonsflyten i nettverket.
- Besøksledersamling ble arrangert for å trene og trygge besøksledere på hvordan de best kan forberede, gjennomføre og slutføre besøk.
- Ressursbanken for deling av informasjon og dokumenter (slik som rutiner, prosedyrer, sjekklister m.m.) på KvIP nettsiden ble fylt med mer innhold.
- Nettsidene ble oppdatert systematisk for å sikre at alt materiell og nødvendig informasjon til enhver tid var tilgjengelig.

Søknader og prosjekter

- I samarbeid med MHU og Folkehelseinstituttet ble det først forberedt søknad til Norges Forskningsråd, og deretter skissesøknad til Stiftelsen Dam om midler for å utvikle skjema for innhenting av pasienter og pårørendes erfaringer med akutt døgninnleggelse.

To prosjekter ble videreført i 2024:



- ANIMAF - animasjonsfilm om barn og unges rettigheter under døgninnleggelse, i samarbeid med Ahus sin eksterne leverandør av prosjekttjenester; Sykehuspartner. Den første filmen er blitt sett 100 ganger, mens de resterende ni filmene er sett mellom 32 og 61 ganger. Vi har laget en plakat med QR-kode som kan brukes til å formidle filmene til barn og unge på KvIP-enhetene.
- Bokprosjekt for barn og unge om tvang, i samarbeid med Nordlandsforskning og Mental Helse Ungdom. KvIP bidrar med bokkapittelet «Om ansattes erfaringer med tvang i barne- og ungdomspsykiatrien».

Det ble også initiert samarbeid med professor Åshild L. Hauge v/ Psykologisk Institutt Oslo, om et hovedoppgaveprosjekt hvor studenter skal utforske pasienter, pårørende og ansattes erfaringer med en BUP akutt enhets fysiske omgivelser (område 1 av standardene). KvIP fagråd stiller som referansegruppe for å sikre at prosjektet får relevans for KvIPs enheter. KvIP ledelsen (v/ Kari og Mathea) bidrar som biveiledere.

Formidling, presentasjoner, deltakelse på seminarer og konferanser

- Det ble avholdt ett møte og sendt skriftlig henvendelse til Folkehelseinstituttet med ønske om mer helhetlig registreringspraksis for BUP akutt feltet (på initiativ fra overlege Thomas Blikshavn v/ UK, Ahus).
- KvIP ble presentert på NSQH konferanse (Nordic Research Network for Safety and Quality in Healthcare), 29. – 30. August med poster og kort plenumpresentasjon.
- KvIP ble presentert i møter med Socialstyrelsen i Sverige, og KvIP tok imot en delegasjon ansatte fra Socialstyrelsen 22. – 23. oktober, som besøkte OUS og deltok på KvIP besøk hos Vestre Viken.



Ordforklaringer

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

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

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

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

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

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



Opplysninger om KvIP-enhetene

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

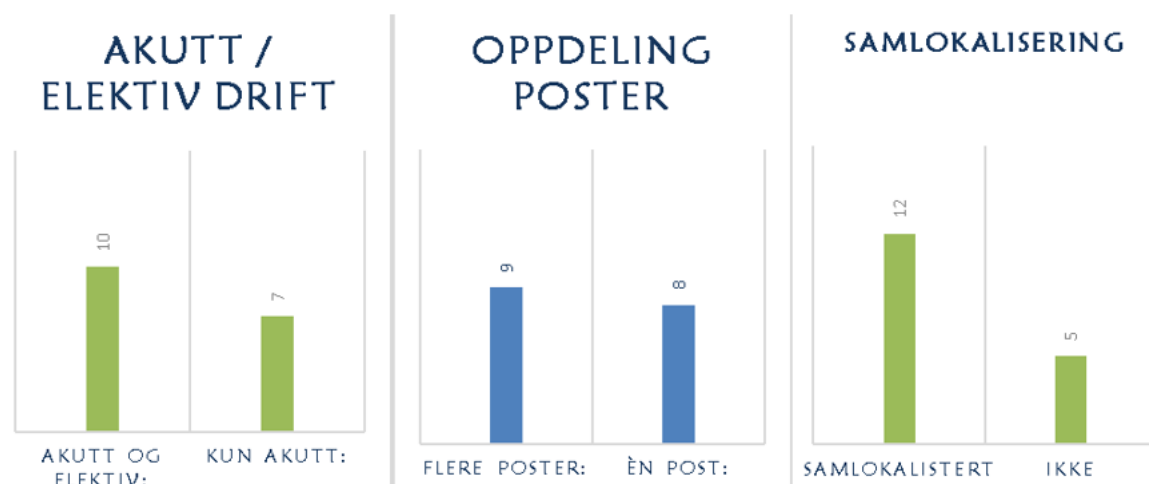
Kapasitet og organisering

I 2024 var gjennomsnittlig antall normerte sengeplasser ved de 17 enhetene 9.4 (median 8; laveste 5; høyeste 23). Syv av enhetene driftet kun akutte sengeplasser, mens resten hadde elektiv eller intermediær funksjon i tillegg til akutt funksjon. Noen av enhetene hadde fleksible sengeplasser som kan brukes både til akutte og elektive/intermediære innleggelser. Et flertall av enhetene var samlokalisert med en eller flere enheter for barn og unge eller voksne, og om lag halvparten av enhetene var delt opp i flere poster (se Diagram 2 for oversikt over organiseringen i KvIP-enhetene).

Rundt halvparten av enhetene hadde andre døgnenheter for barn og unge i opptaksområdet sitt, mens resten fungerte som eneste tilbud om døgnbehandling for barn og unge.

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

Diagram 2: Oversikt over enhetenes organisering



Antall innleggelser, belegg og liggetid

Tabell 2 viser enhetenes rapportering av antall innleggelser, reinnleggelser (innen tre uker etter utskrivelse), gjennomsnittlig og median liggetid, samt beleggsprosent. Tabellen viser gjennomsnitt, median, laveste/korteste og høyeste/lengste verdi som enhetene har rapportert.

Seksten enheter rapporterte antall innleggelser ved deres enhet gjennom 12 måneder, mens tolv enheter rapporterte antall reinnleggelser (innen tre uker etter utskrivelse). Flere enheter beskrev at de manglet oppdaterte tall på antall reinnleggelser.

Femten enheter rapporterte gjennomsnittlig liggetid (som antall dager) ved deres enhet de siste 12 månedene, og tretten enheter rapporterte median liggetid. Ved de fleste enhetene var gjennomsnittlig liggetid en god del høyere enn median liggetid. Dette tyder på at enhetene kan ha hatt noen få pasienter med særlig lang liggetid, som trakk gjennomsnittlig liggetid opp. Den vanligste liggetiden ved enhetene (rapportert av 15 enheter) var 1-3 dager.



Fjorten enheter rapporterte beleggsprosent for 12 måneder. Gjennomsnittlig, median, høyeste og laveste beleggsprosent kan ses i tabell 2. Disse tallene illustrerer ikke variasjonen i belegg gjennom 12 måneders perioden, og betyr at enheter i kortere perioder av rapporteringsperioden f.eks. kan ha hatt overbelegg.

Tabell 2: Antall innleggelser, liggetid, og beleggsprosent over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste/ korteste	Høyeste/lengste
Antall innleggelser	156.75	136.00	83.00	441.00
Antall reinnleggelser	21.92	18.50	0.00	66.00
Gj.snitt liggetid	10.76	10.40	5.30	22.20
Median liggetid	4.16	3.00	2.00	8.90
Beleggsprosent	62.02	64.90	31.00	93.90

Enhetene rapporterte antall innleggelser, liggetid og belegg fra selvvalgt 12-måneders periode før KvIP-besøket. Noen oppga tall for hele 2023, mens andre rapporterte for deler av 2023 og deler av 2024. En enhet rapporterte kun for 2024. Tallene for de ulike enhetene er derfor ikke fra samme 12-måneders periode.

Videre kan det være noe variasjon i hvordan enhetene har rapportert antall innleggelser, liggetid og belegg. Noen enheter har oppgitt beleggsprosent inkludert pasienter i permisjon, andre har ekskludert permisjoner, og flere har ikke spesifisert hvorvidt beleggsprosent inkluderer permisjoner. Videre har tre enheter rapportert innleggelser som inkluderer re-innleggelser, mens andre har ikke spesifisert om antall innleggelser er unike innleggelser eller inkluderer re-innleggelser.

Viktige hendelser og utfordringer

Fjorten enheter rapporterte inn hendelser med vold / trusler / utagering, AML (arbeidsmiljøloven)-brudd, personellskade gjennom 12 måneder. Det er ikke de samme fjorten enhetene som har rapportert tall for de ulike kategoriene. Gjennomsnittlig, median, høyeste og laveste antall slike hendelser kan ses i tabell 3.

Tabell 3: Antall episoder vold/trusler/utagering, AML-brudd og personellskade over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Vold/ trusler/ utagering	50.77	40.00	0.00	264.00
AML-brudd	276.00	181.00	0.00	930.00
Personellskade	17.21	6.50	0.00	78.00

Av andre viktige eller alvorlige hendelser nevnte enhetene blant annet utfordringer knyttet til pasienter med høy voldsrisiko, tvangsbruk ved spiseforstyrrelser, mange innlagte med alvorlig sykdom og skjermingsbehov, krevende pasientforløp, skader på enheten, mange nyansatte, utfordringer med opplæring, mangel på behandlere og høy vikarbruk og innføring av nytt journalsystem.

Tvangsvedtak

De fleste enhetene rapporterte antall tvangsvedtak over 12 måneder. Tabell 4 viser gjennomsnittlig, median, høyeste og laveste antall tvangsvedtak over 12 måneder i ulike vedtakskategorier. Noen av enhetene kommenterte at mange av vedtakene var knyttet til et fåtall pasienter.



Tabell 4: Antall tvangsvedtak over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Tvang.innl. § 3-2	10.56	10.00	0.00	37.00
Tvang.innl. § 3-3	5.53	5.00	0.00	9.00
Skjerm. § 4-3	12.47	11.00	0.00	43.00
Ernæring § 4-4	7.60	6.00	0.00	32.00
Legemidl. § 4-4	1.13	1.00	0.00	5.00
Innskrenk. §4-5	1.00	0.00	0.00	5.00
Visitasjon § 4-6	2.31	1.00	0.00	8.00
Rus.test § 4-7a	0.36	0.00	0.00	3.00
Mek. tvang § 4-8a	2.29	1.50	0.00	7.00
Isolasjon § 4-8b	63.71	0.00	0.00	772.00
Kort. legemidl. § 4-8c	1.54	1.00	0.00	7.00
Kort fasth. § 4-8d	166.00	80.00	0.00	1208.00

Det var stor variasjon i antall tvangsvedtak for flere av vedtakskategoriene. Dette reflekterer kanskje delvis at det er stor variasjon i antall og typer senger ved de ulike enhetene, samt mulige ulikheter i rapportering av tvang. Tabell 5 viser derfor gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall tvangsvedtak over 12 måneder, korrigert for antall sengeplasser på enhetene.

Tabell 5: Antall tvangsvedtak over 12 måneder, korrigert for antall sengeplasser

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Tvang.innl. § 3-2	1.14	0.95	0.00	3.08
Tvang.innl. § 3-3	0.64	0.61	0.00	1.80
Skjerm. § 4-3	1.47	0.93	0.00	7.17
Ernæring § 4-4	0.83	0.49	0.00	2.67
Legemidl. § 4-4	0.15	0.11	0.00	1.00
Innskrenk. §4-5	0.13	0.00	0.00	0.83
Visitasjon § 4-6	0.33	0.13	0.00	1.33
Rus.test § 4-7a	0.06	0.00	0.00	0.50
Mek. tvang § 4-8a	0.24	0.17	0.00	0.83
Isolasjon § 4-8b	6.67	0.00	0.00	96.50
Kort. legemidl. § 4-8c	0.20	0.00	0.00	1.17
Kort fasth. § 4-8d	20.35	9.20	0.00	151.00

Bemanning

Tabell 6 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall årsverk for stillingskategorier hvor minst ti enheter rapporterte antall.

Tallene tyder på en del variasjon i bemanning mellom enhetene. Noen enheter hadde to fagutviklere ved enheten, mens andre hadde ingen. Noen enheter hadde også manglende eller vakante stillingskategorier, som psykologspesialist, psykiatrier og lege i spesialisering. Videre hadde noen enheter sykepleiere og vernepleiere i videreutdanning.



Utover stillingskategoriene i tabellen under var det variasjon i administrativt ansatte på enhetene. Noen enheter hadde en eller flere administrativt ansatte, noen hadde ikke administrativt/merkantilt ansatte, mens andre hadde tilgang til merkantilt personell på divisjons- eller seksjonsnivå.

Noen enheter hadde også tilgang til andre stillinger med terapeutiske oppgaver, som klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, familieterapeut, musikkterapeut, kunstterapeut, og egen kokk eller kjøkkenassistent ved enheten. Flere enheter rapporterte svært høyt antall overtidstimer og vakter med innleie eller vikar for å dekke bemanningsbehovet ved enheten.

Tabell 6: Antall årsverk per stillingskategori

Stilling	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Ledelse	1.94	2.00	1.00	6.00
Fagutvikler	0.58	0.50	0.00	2.00
Psykolog	1.05	1.00	0.00	3.00
Psykologspesialist	1.79	2.00	1.00	4.00
Barne- og ungd. psykiater	2.12	2.00	1.00	3.00
Lege/LIS	1.19	1.00	0.00	2.00
Miljøpersonell m/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	6.17	5.00	2.00	12.38
Vernepleier	1.95	2.00	0.00	4.00
Barnevernsped.	1.42	1.00	0.00	4.00
Miljøpersonell u/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	6.31	6.30	0.00	13.00
Vernepleier	2.48	1.60	0.00	8.00
Barnevernsped.	3.03	1.00	0.68	13.60

Tabell 7 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall årsverk for stillingskategorier hvor minst ti enheter rapporterte antall, korrigert for antall sengeplasser på enheten. Dette for å kunne sammenligne egen ansattdekning med andre enheter med ulikt antall senger.



Tabell 7: Antall årsverk per stillingskategori per sengeplass

Stilling	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Ledelse	0.23	0.2	0.09	0.43
Fagutvikler	0.06	0.04	0.00	0.20
Psykolog	0.12	0.13	0.00	0.33
Psykologspesialist	0.22	0.17	0.04	0.67
Barne- og ungd. psykiater	0.27	0.30	0.07	0.60
Lege/LIS	0.15	0.14	0.00	0.40
Miljøpersonell m/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	0.77	0.67	0.25	2.48
Vernepleier	0.25	0.17	0.00	0.67
Barnevernsped.	0.15	0.12	0.00	0.50
Miljøpersonell u/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	0.72	0.67	0.00	1.86
Vernepleier	0.25	0.17	0.00	0.67
Barnevernsped.	0.32	0.20	0.04	0.97

Tabell 8 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste bemanningsfaktor (antall miljøpersonell per én sengeplass) på ulike vaktlag ved enhetene. Det var nokså stor variasjon i bemanningsfaktoren ved de ulike enhetene.

Tabell 8: Gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste bemanningsfaktor miljøpersonell fordelt på vaktlag

Bemanningsfaktor	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Dag uke	0.73	0.75	0.29	1.17
Kveld uke	0.69	0.75	0.29	1.00
Natt uke	0.34	0.30	0.17	0.83
Dag helg	0.53	0.50	0.29	1.00
Kveld helg	0.52	0.50	0.29	1.00
Natt helg	0.35	0.33	0.20	0.83

Enhetenes forbedringsarbeid

Enhetenes fokusområder for forbedringsarbeid i 2024 var knyttet til pasientbehandling, implementering av tvangs- og voldsreducerende tiltak, samarbeid, utbedring av fysiske omgivelser, økonomi, rutiner og struktur. Ni enheter hadde planer for nybygging, ombygging, flytting, sammenslåing eller annen forbedring knyttet til bygg.

Utfordringer for forbedringsarbeidet som ble beskrevet var begrenset økonomi og tid, nedprioriteringer, høy aktivitet / overbelegg og krevende pasientforløp, utfordrende samarbeid med eksterne samt få ansatte og vakans. Dette ble beskrevet av mange enheter på tvers av de ulike standardområdene.

På selvevalueringen rapporterte flere enheter sine mål, oppnådd forbedring og hindringer for forbedring det siste året, samt ønsker for videreutvikling fremover. Under utdypes enhetenes beskrivelse av oppnådd forbedring og hindringer for forbedring for de ulike standardområdene.



1 Miljø og fasiliteter

Enhetenes forbedringsarbeid innenfor område 1, miljø og fasiliteter innebar utbedring av pasientrom, skjermingsenhet, ventesone, møterom, personalrom, kjøkkenfasiliteter og uteområde. Konkrete endringer inkluderte kunst og dekorasjon på veggene, nye møbler, maling, temperaturregulering, belysning, støyreduksjon, skilting og bygging innvendig i bygget, utvikling av aktiviteter og endring av sikkerhetsinstruks. Hindringer for forbedringsarbeidet inkluderte begrenset økonomi, tid og handlingsrom, pasientødeleggelse, nedprioriteringer og utsettelse grunnet klinisk bruk eller andre oppgaver (f.eks. nytt journalsystem).

2 Bemanning og opplæring

Enhetenes forbedringsarbeid knyttet til område 2, bemanning og opplæring inkluderte formalisering og digitalisering av opplæring og kompetanseplaner, nyansettelser og oppdekking av bemanning samt utvikling av ny turnus. Opplæring i MAP, early recognition method (ERM), dialektisk atferdsterapi (DBT), familiebasert terapi (FBT), ABC traumekurs og bruk av VR-briller ble gjennomført. Andre tiltak var fagdag om rusmidler og innføring av veiledning for ansatte. Hindringer i forbedringsarbeidet var blant annet begrenset økonomi og tid, økt aktivitet og krevende pasientforløp, utfordringer med rekruttering og andre driftsutfordringer.

3 Innleggelse og utskrivelse

Enhetenes forbedringsarbeid knyttet til område 3, innleggelse og utskrivelse inkluderte flyt i pasientforløp; samarbeid med poliklinikker, voksenpsykiatri, fastleger og somatiske avdelinger; utarbeidelse av retningslinjer og sjekklistor for innleggelse, utskrivelse og ø-hjelp samt informasjonsmateriell til pasienter og pårørende; utvikling av kortidsstabiliserende opphold; arbeid med forvern og ettersamtale; internopplæring og arbeid med felles forståelse (f.eks. avrusning, god utnyttelse av døgnplasser), samt innføring av «Krisepakken» - Ullevålsmodellen, DIPS Arena, elektronisk registrering i Checkware og V-RISK-Y. Hindringer i forbedringsarbeidet var blant annet lite tid; overbelegg på enheten; ytre forventninger om akuttinnleggelsens funksjon; press fra, og utfordrende samarbeid med, eksterne aktører (f.eks. om vurderinger av riktig helsehjelp); få ansatte og vakans; opplæring av nyansatte og kommunikasjonsutfordringer.

4 Behandling og omsorg

Enhetenes forbedringsarbeid innenfor område 4, behandling og omsorg inkluderte arbeid med pårørende- og brukerorientering; kompetanseheving knyttet til rus, spiseforstyrrelser, ACT og miljøterapi ved mani/psykose; implementering av PEWS (Pediatric early warning score), NEWS (National early warning score), V-RISK-Y, komplementær ytre regulering (KYR) og simuleringstrening (SIM) og prinsipper fra BET/DBT; opplæring i BET-Recovery; arbeid med behandlingsplan; samarbeid i team og mellom avdelinger; veiledning; innføring av klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS), blodprøvekurs og «Krisepakken»; samt bedret møtestruktur, pasientflyt og informasjonsflyt. Det beskrives en opplevelse av at pasientgruppen til BUP akutt er i endring, som gir behov for økt kompetanse. Andre hindringer som ble beskrevet var utfordrende samarbeid med eksterne aktører (f.eks. knyttet til overbelegg og ulik forståelse), høy aktivitet og utfordrende saker, mangelfulle fysiske omgivelser knyttet til skjerming og som hindrer pasientflyt og samarbeid, og andre prosjekter som tar fokus fra pasientarbeidet.

5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Forbedringsarbeid knyttet til område 5, informasjon, samtykke og taushetsplikt inkluderte utarbeidelse, oppdatering og strukturering av informasjon og informasjonsmateriell til pasienter og pårørende (f.eks. om kontrollkommisjonen); oppdatering av nettsider, internundervisning og opplæring i rutiner; samt gjennomføring av tiltak vedrørende ny barnevernlov. Hindringer som blir beskrevet er økt aktivitet, vakans, begrenset tid og økonomi, og informasjonsflyt innad i personalgruppen. Av spesifikke utfordringer for dette



området ble det nevnt at samarbeidsinstanser er mindre gode på regelverk, feilinformasjon som spres på sosiale medier og pasienter over 16 som ikke samtykker til deling av informasjon med pårørende.

6 Rettigheter og lovverk

Enhetenes forbedringsarbeid innenfor område 6, rettigheter og lovverk, inkluderte oppdatering og strukturering av informasjon om rettigheter og lovverk til pasienter, opplæring og internundervisning om lover og retningslinjer for bruk av tvang, endrede prosedyrer for bruk av tvang, fokus på ettersamtale, samt samarbeid med kontrollkommisjon og barnevern. Det beskrives at rettigheter og lovverk er komplisert å jobbe med. Andre hindringer var høy aktivitet, vakans, prioriteringer, lederskifte, innleggelser på helg/kveld/helligdager, tid og utskifting av personalgruppe.

7 Klinisk virksomhetsstyring

Enhetenes forbedringsarbeid innenfor område 7, klinisk virksomhetsstyring, inkluderte oppdatering og revidering av retningslinjer og prosedyrer; fokus på opplæring (kompetanseplaner og kompetanseportalen); utvikling av mer enhetlig faglig standard; bedret praksis for testing av rusbruk; dialog med politi, barnevern, BUP og Helsedirektoratet; samt arbeid for å fremme godt arbeidsmiljø og samarbeidskultur, møte- og beslutningsstruktur og økt kompetanse. Spesifikke hindringer for dette området var mangelfull kompetanse og utilstrekkelige systemer, samt ustabilitet i ledelse og omstillingsprosesser.

Avsluttende kommentarer om BUP akutte enheters likheter og forskjeller

Gjennomgangen av opplysningene om enhetene viser at det BUP akutte feltet er et svært variert og mangfoldig felt. Enhetene beskriver blant annet ulikheter i kapasitet, organisering og bemanning, som kan gjøre det vanskelig å sammenlikne enhetene direkte med hverandre. Selv om enhetene har gjennomført ulikt forbedringsarbeid gjennom året, beskriver flere enheter mange av de samme utfordringene. Dette gjør kanskje at erfaringsutveksling, felles refleksjon og problemløsning på tvers av enheter er ekstra viktig, også fordi likeverdige, ikke like tjenester, er et mål i seg selv.



Oversikt over standardsettet 2024

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

Standardsettet er videre delt inn i tre nivåer som sier noe om viktighetsgraden av den enkelte standard for å opprettholde kvalitet i det BUP akutte arbeidet.

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

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

I 2024 bestod standardsettet av totalt 227 standarder. Det var 168 standarder på nivå 1 (mot 169 i 2023), 47 standarder på nivå 2 (mot 45 i 2023) og 12 standarder på nivå 3 (mot 11 i 2023). Tabell 9 viser antall standarder på hvert standardområde og nivå i 2024.

Tabell 9: Antall standarder fordelt på område og nivå i 2024

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Totalt
1 Miljø og fasiliteter	32	13	1	46
2 Bemanning og opplæring	35	17	5	57
3 Innleggelse og utskrivelse	18	3	0	21
4 Behandling og omsorg	17	4	1	22
5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt	16	2	4	22
6 Rettigheter og lovverk	12	1	0	13
7 Klinisk virksomhetsstyring	38	7	1	46
Totalt	168	47	12	227

Resultater 2024

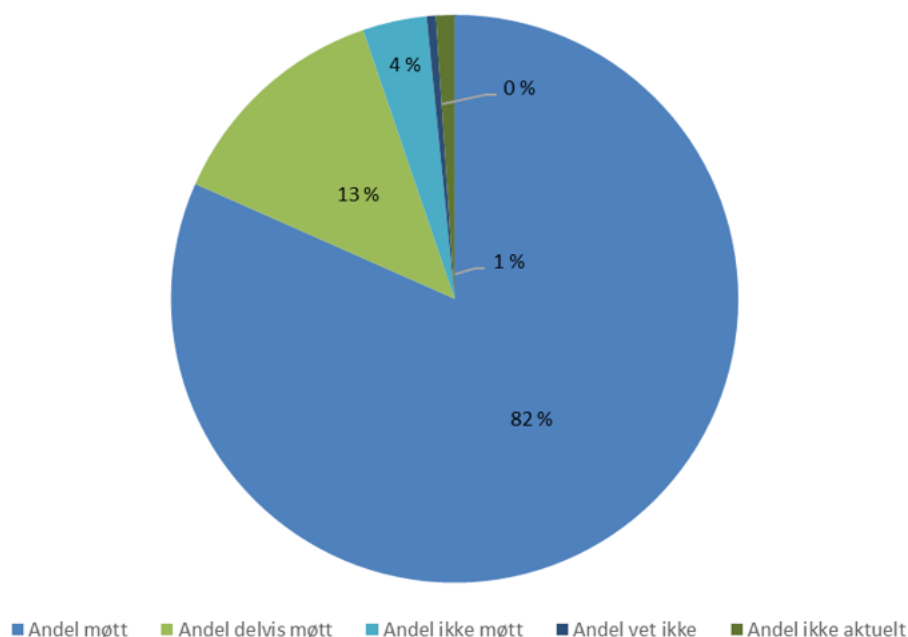
Nettverkets totale standardoppnåelse 2024

Diagram 3 viser KvIP-nettverkets standardoppnåelse totalt sett (alle nivå og områder) i 2024. Enhetene skåret 82% av standardene som «møtt» (mot 78% i 2023), 13% som «delvis møtt» (mot 16% i 2023) og 4% som «ikke møtt» (samme som i 2023). I tillegg ble 1% av standardene skåret «ikke aktuelt» (samme som i 2023), og 0% (totalt 20 skårer) av standardene ble skåret «vet ikke» (mot 1% i 2023).

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



Diagram 3: Samlet standardoppnåelse for alle standarder i 2024



Oppsummering total standardoppnåelse

Andel standarder skåret som «møtt» var noe høyere i 2024 sammenliknet med 2023, mens andel delvis møtte standarder var noe lavere. Andel standarder skåret som «ikke møtt» og «ikke aktuelt» var lik som i 2023. Andel standarder skåret som «vet ikke» var noe lavere i 2024 sammenliknet med 2023.

Nettverkets standardoppnåelse innenfor hvert standardområde 2024

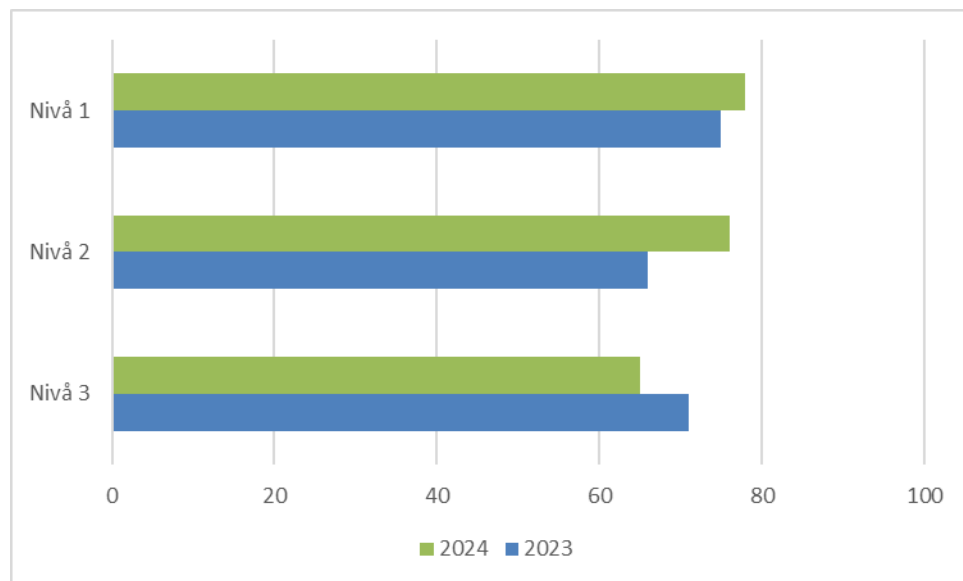
I avsnittene under presenteres gjennomsnittlig prosentandel av alle standarder innenfor hvert standardområde som ble skåret «møtt» av enhetene i 2024 sammenliknet med 2023. I tillegg rapporteres standarder som ble møtt av alle enhetene, og standarder som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter i 2024.

Område 1: Miljø og fasiliteter

Diagram 4 viser prosentandelen av alle standarder innenfor området «Miljø og fasiliteter» som ble skåret «møtt» av enhetene i 2024 sammenliknet med 2023. De viktigste standardene (nivå 1) hadde en standardoppnåelse på 78% i 2024, som var noe høyere enn i 2023 (75%). Standardoppnåelsen for standardene på nivå 2 var 76%, som var høyere enn i 2023 (66%), mens standardoppnåelsen på nivå 3 var 65 %, som var noe lavere enn i 2023 (71%). Standardoppnåelsen var høyest for de viktigste standardene.



Diagram 4: Prosentandel møtte standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» i 2024 sammenliknet med 2023



Standarder oppnådd av alle enheter

På området «Miljø og fasiliteter» var det 32 nivå 1 standarder, 13 nivå 2 standarder, og én nivå 3 standard. Tabell 10 viser standardene på området «Miljø og fasiliteter» som ble skåret «møtt» av alle enhetene i 2024. Tre av de 32 viktigste standardene (nivå 1) på dette området ble møtt av alle enhetene. I tillegg ble to av totalt 13 nivå 2 standarder møtt av alle enhetene.

Tabell 10: Standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» møtt av alle enheter i 2024

Nivå	Standard
2	1.1.12 Pasientene har tilgang til hage/ uteområde som kan gi naturopplevelser.
1	1.1.20 Det finnes skjermingsrom iii) med eget toalett, vask og dusj.
2	1.1.26 Pårørende har adgang til enkel servering som kaffe, te, vann.
1	1.2.4 Pasientene har mulighet til å praktisere sitt livssyn.
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 11 viser standardene på området «Miljø og fasiliteter» som fem eller flere enheter skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2024. Syv av de 32 viktigste standardene (nivå 1) ble kun delvis møtt, og én nivå 1 standard ble ikke møtt av fem eller flere enheter. I tillegg ble tre nivå 2 standarder delvis møtt av fem eller flere enheter.



Tabell 11: Standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2024

Nivå	Standard
1	1.1.1 Inngangen er tydelig merket - det er lett å finne frem. (Delvis møtt)
2	1.1.5 Enheten har tilstrekkelig tilgang på renholdstjenester. slik at klinisk personell kan prioritere pasientbehandling. (Delvis møtt)
1	1.1.7 Enheten er innredet for å passe til barn og unge under deres opphold. (Delvis møtt)
1	1.1.15 Det finnes tilstrekkelig egnede rom for måltider som også egner seg for måltidsstøtte. (Delvis møtt)
1	1.1.18 Det finnes skjermingsrom med mulighet for observasjon av hele rommet. (Delvis møtt)
1	1.1.21 Det finnes skjermingsrom iv) uten risikoelementer for pasientene og ansatte. (Delvis møtt)
1	1.1.2 Det finnes skjermingsrom vi) som er tilfredsstillende isolert. (Ikke møtt)
1	1.3.2 Det er gode siktlinjer i enheten og lett å ha oversikt. (Delvis møtt)
1	1.3.4 Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessige brannøvelser. inkl. evakuering én gang årlig. (Delvis møtt)
2	1.4.2 Det legges til rette for feedback fra ungdommene om kosttilbudet. og den benyttes i justering av kosttilbudet ved enheten. (Delvis møtt)
2	1.5.1 Brukermedvirkning benyttes når det gjøres endringer i enhetens fysiske miljø og fasiliteter på pasientrom og i fellesarealer. (Delvis møtt)

Oppsummering standardoppnåelse område 1: Miljø og fasiliteter

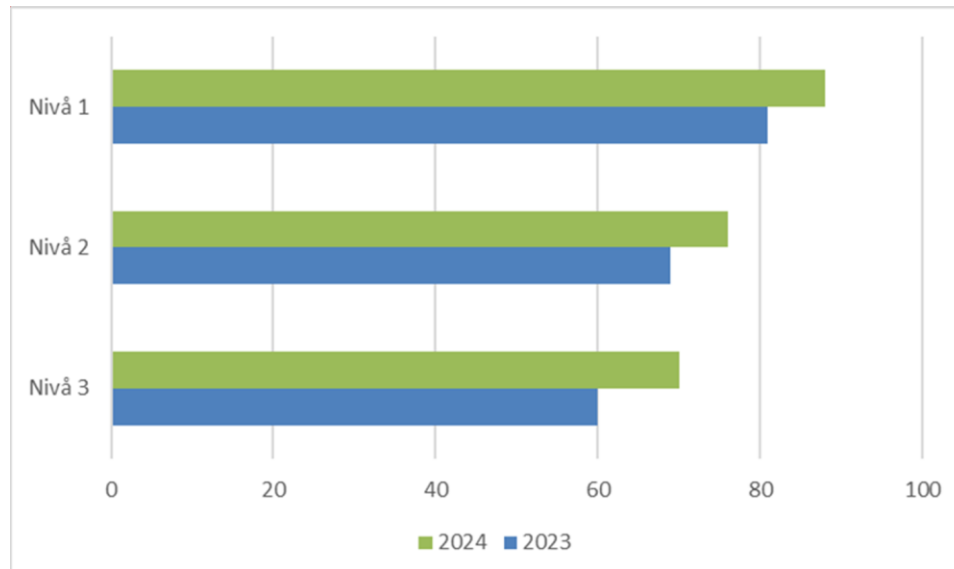
Standardoppnåelsen innenfor området «Miljø og fasiliteter» var noe høyere i 2024 enn i 2023 for nivå 1 og nivå 2, og noe lavere for nivå 3. Noen av standardene på området ble møtt av alle enhetene, særlig standarder knyttet til hensiktsmessige lokaler. Det var imidlertid også en god del av de viktigste standardene (nivå 1) som omhandler hensiktsmessige lokaler som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter. Videre ble noen av standardene som omhandler trygt miljø kun delvis eller ikke møtt av fem eller flere enheter. Slik var det også i 2023, som kan tyde på at en del av standardene som omhandler bygningsmessige forhold og utforming av lokaler kan være vanskelig å oppfylle for flere enheter. Dette kan kanskje dels skyldes at noen av disse forholdene krever endringer som ligger utenfor enhetenes kontroll, f.eks. ombygging.



Område 2: Bemanning og opplæring

Diagram 5 viser prosentandel standarder innenfor området «Bemanning og opplæring» som ble skåret «møtt» i 2024 sammenliknet med 2023. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) var på 88% i 2024 og dermed noe høyere enn i 2023 (81%). Standardoppnåelsen for nivå 2 (76%) og nivå 3 (70%) var også noe høyere i 2024 enn i 2023 (henholdsvis 69% og 60%). Standardoppnåelsen var høyest for de viktigste standardene (nivå 1) sammenliknet med standardene på nivå 2 og nivå 3.

Diagram 5: Prosentandel møtte standarder innenfor «Bemanning og opplæring» i 2024 sammenliknet med 2023



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 2024. Tabell 12 viser standardene på området «Bemanning og opplæring» som ble møtt av alle enhetene i 2024. Åtte av totalt 35 nivå 1 standarder ble oppnådd av alle enhetene. I tillegg ble én av 17 nivå 2 standarder oppnådd av alle enhetene.

Tabell 12: Standarder innenfor «Bemanning og opplæring» møtt av alle enheter i 2024

Nivå	Standard
1	2.1.2 Nattevaktdekning er minimum tre ansatte per ti senger. Det må være minimum to våkne nattevakter.
1	2.1.3 Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift.
1	2.2.3 Enheten har vedtaksansvarlig psykolog eller lege tilgjengelig på hver vakt.
1	2.2.4 Enheten har minimum én overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri.
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.
1	2.2.13 Enheten har en fast møtestruktur med faste kommunikasjonskanaler som sikrer tverrfaglig drøfting, diagnostisering, behandling og evaluering (inkl. spesialistinvolvering)



gjennom hele pasientoppholdet.

- 1 2.2.16 Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk pasientjournal.
- 1 2.2.17 Det finnes varslingsprosedyrer slik at ansattklager kan fremmes uten at deres arbeidsforhold settes i fare.
- 2 2.5.4 Lege i spesialisering (LIS) får avsatt tid til fordypning i sin arbeidsplan.

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

Tabell 13 viser standardene innenfor området «Bemanning og opplæring» som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter i 2024. En av de 35 viktigste standardene (nivå 1), og fire av 17 standarder på nivå 2, ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter.

Tabell 13: Standarder innenfor «Bemanning og opplæring» skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2024

Nivå	Standard
2	2.2.12 Det er oppdaterte funksjonsbeskrivelse for alle stillinger. (Delvis møtt)
2	2.3.4 Enheten har en oppdatert opplæringsplan som inkluderer budsjettkonsekvenser. (Delvis møtt)
1	2.4.3 Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i bruk av individuelle planer og ansvarsgrupper, herunder medvirkning som et viktig element. (Delvis møtt)
2	2.7.2 I forbindelse med langtidsfravær eller svangerskapspermisjon handler ledelsen raskt for å sikre vikar. (Delvis møtt)
2	2.7.3 Ved avslutning av arbeidsforhold gjennomfører ledelsen en avsluttende samtale med vedkommende, og feedback gis til overordnede ledelse. (Delvis møtt)

Oppsummering standardoppnåelse område 2: Bemanning og opplæring

Standardoppnåelsen innenfor området «Bemanning og opplæring» var noe høyere i 2024 enn i 2023 for alle nivåer. Flere av de viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enheter. Dette var særlig standarder knyttet til flerfaglig teamarbeid, men også bemanningsnormer og opplæring / kompetanseheving. Det var imidlertid noen standarder som kun ble delvis møtt av fem eller enheter, knyttet til flerfaglig teamarbeid, rekruttering, og planer, rutiner eller prosedyrer knyttet til opplæring. Det var færre standarder som ble delvis eller ikke møtt av fem eller flere enheter i 2024 sammenliknet med 2023 (henholdsvis 5 og 13 standarder). Noen forhold knyttet til bemanning og opplæring kan likevel være utfordrende for enhetene å oppnå.

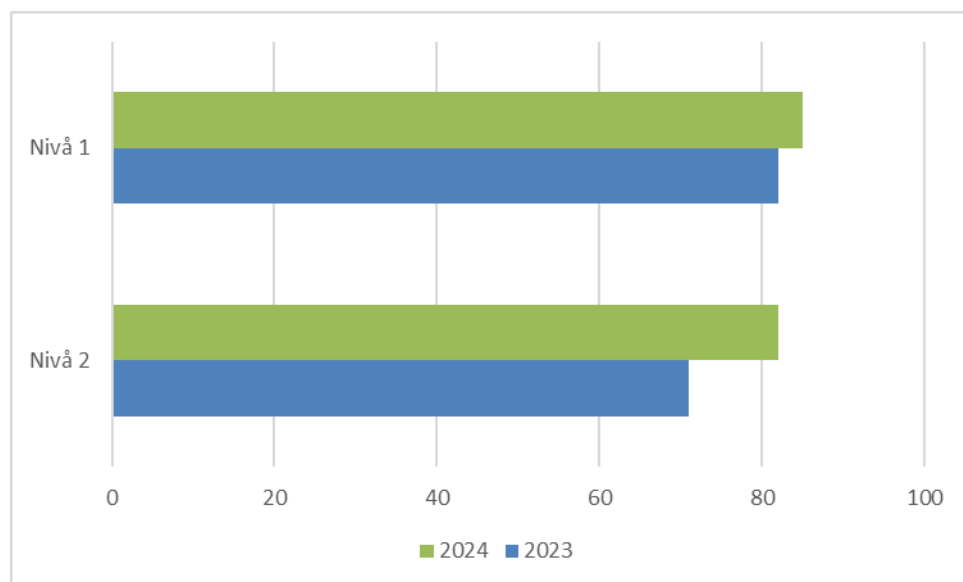
Område 3: Innleggelse og utskrivelse

Diagram 6 viser standardoppnåelsen for området «Innleggelse og utskrivelse» i 2024 sammenliknet med 2023. Prosentandel standarder som ble skåret «møtt» var noe høyere i 2024 enn i 2023 for både nivå 1



standardene (85% i 2024 mot 82% i 2023) og nivå 2 standardene (82% i 2024 mot 71% i 2023). Standardoppnåelsen var høyest for de viktigste standardene (nivå 1).

Diagram 6: Prosentandel møtte standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» i 2024 sammenliknet med 2023



Standarder oppnådd av alle enheter

Det var 18 nivå 1 standarder, tre nivå 2 standarder og ingen nivå 3 standarder på området «Innleggelse og utskrivelse» i 2024. Tabell 14 viser standardene innenfor området «Innleggelse og utskrivelse» som ble møtt av alle enhetene i 2024. Seks av de 18 viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene. De samme standardene ble møtt av alle enheter i 2023.

Tabell 14: Standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» møtt av alle enheter i 2024

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

Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Tabell 15 viser standardene på området «Innleggelse og utskrivelse» som ble skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2024. Tre av de 18 viktigste standardene (nivå 1) og én av totalt tre standarder på nivå 2



ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2024.

Tabell 15: Standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» skåret «delvis møtt» i 2024

Nivå	Standard
1	3.1.3 Ved innleggelse av pasienter som er i behov for, eller som allerede mottar kommunale tjenester, og som samtykker til informasjonsdeling, må PLO melding sendes innen 24 timer (eller så snart det lar seg gjøre). (Delvis møtt)
2	3.3.3 Enheten har en rutine for å informere om støttetiltak for pårørende. (Delvis møtt)
1	3.4.3 Ved avslutning av behandling samtales det om brukertilfredshet med pasient og pårørende. (Delvis møtt)
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. (Delvis møtt)

Oppsummering standardoppnåelse område 3: Innleggelse og utskrivelse

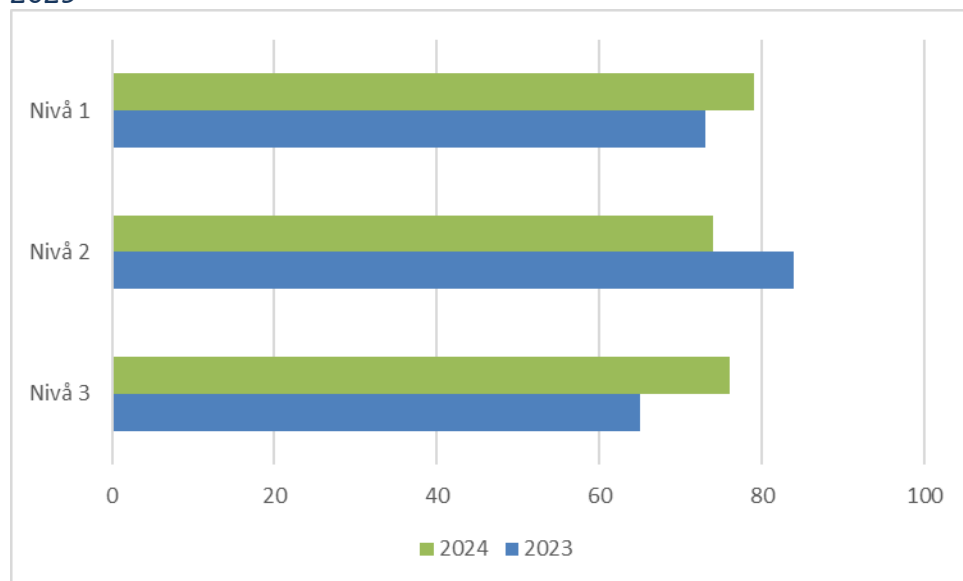
På området «Innleggelse og utskrivelse» var standardoppnåelsen i 2024 noe høyere enn i 2023 for begge nivåer. Flere av de viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene, særlig blant standardene som omhandler involvering av familie og pårørende, og utskrivelse. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter. Noen standarder ble imidlertid skåret som kun «delvis møtt» av fem eller flere enheter, inkludert noen standarder knyttet til utskrivelse. Dette tyder på at noen forhold knyttet til utskrivelse kan være vanskelig å oppnå helt for en del enheter, samtidig som andre forhold oppnås av alle enhetene.

Område 4: Behandling og omsorg

Diagram 7 viser prosentandel møtte standarder innenfor området «Behandling og omsorg» i 2024 sammenliknet med 2023. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) var noe høyere i 2024 enn i 2023 (79 % i 2024, og 73% i 2023). På nivå 2 var det noe lavere andel møtte standarder i 2024 (74%) enn i 2023 (84%). Standardoppnåelsen på nivå 3 var imidlertid høyere i 2024 (76%) enn i 2023 (65%). De viktigste standardene (nivå 1) hadde høyest oppnåelse i 2024.



Diagram 7: Prosentandel møtte standarder innenfor «Behandling og omsorg» i 2024 sammenliknet med 2023



Standarder oppnådd av alle enheter

Det var 17 standarder på nivå 1, fire standarder på nivå 2, og en standard på området «Behandling og omsorg» i 2024. Tabell 16 viser standardene som alle enhetene oppnådde i 2024. To av de 17 viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene.

Tabell 16: Standarder innenfor «Behandling og omsorg» møtt av alle enheter i 2024

Nivå	Standard
1	4.5.2 Pasientene kan følge sin videregående opplæring. Det ordnes i samarbeid med elevens skole, for eksempel: spesifikke lærebøker, interaktivt utstyr og lignende.
1	4.5.8 Pasienter kan gjennomføre eksamener på enheten.

Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Tabell 17 viser standardene på området «Behandling og omsorg» som kun ble delvis møtt av fem eller flere enheter i 2024. Fem av de 17 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret som delvis møtt av fem eller flere enheter i 2024. I tillegg ble en av fire standarder på nivå 2 skåret delvis møtt av fem eller flere enheter. Ingen standarder innenfor «Behandling og omsorg» ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2024.

Tabell 17: Standarder innenfor «Behandling og omsorg» skåret «delvis møtt» i 2024

Nivå	Standard
1	4.1.1 Risiko for suicid, vold og rus vurderes med kartleggingsverktøy ved innleggelse og under oppfølging. (Delvis møtt)
2	4.3.1 Det er strukturert bruk av tid på kveldene og i helgene som tar utgangspunkt i pasientene som er innlagt til enhver tid. Miljøterapien evalueres regelmessig slik at pasientene opplever at deres feedback er betydningsfull. (Delvis møtt)
1	4.4.2 Kopi av utredningsplaner gis pasient og/ eller pårørende og fastlege så sant ikke pasient motsetter seg dette. (Delvis møtt)



- 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. (Delvis møtt)
- 1 4.4.6 Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan). (Delvis møtt)
- 1 4.4.7 Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette. (Delvis møtt)

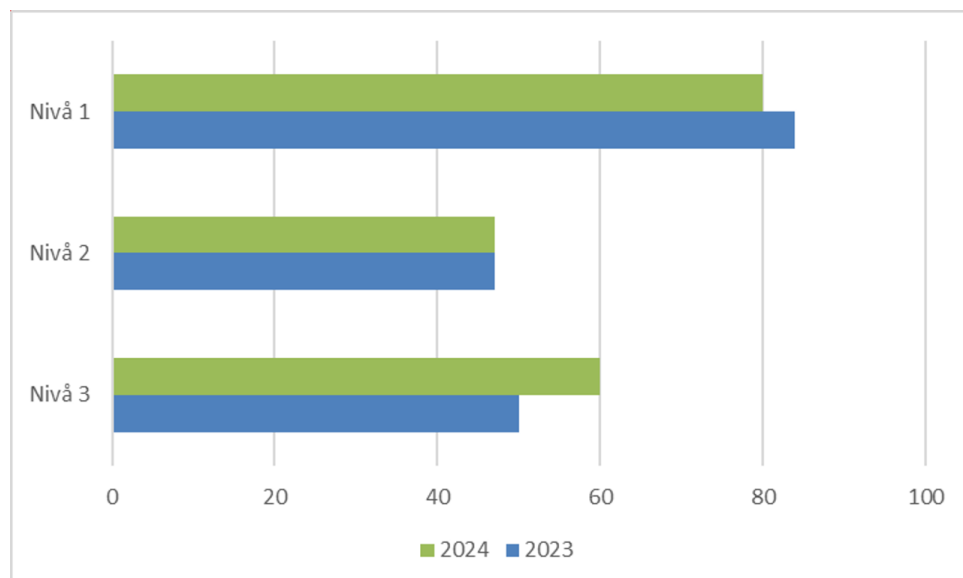
Oppsummering standardoppnåelse område 4: Behandling og omsorg

Standardoppnåelsen på området «Behandling og omsorg» var noe høyere i 2024 enn i 2023 for nivå 1 og nivå 3 standardene, og noe lavere for nivå 2 standardene. Noen standarder på området ble møtt av alle enhetene, disse omhandlet skolegang ved opphold over tid. Ingen standarder ble skåret «ikke møtt» av fem eller flere enheter, men noen ble skåret som kun «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Dette gjaldt særlig standarder knyttet til utredningsplan, behandlingsplan og individuell plan, og kan tyde på at noen forhold knyttet til behandling og omsorg kan være utfordrende å oppnå for en del enheter.

Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Diagram 8 viser prosentandel standarder som ble skåret «møtt» på området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» i 2024 sammenliknet med 2023. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) var noe lavere i 2024 enn i 2023 (80% i 2024 og 84% i 2023). Standardoppnåelsen på nivå 2 var på 47% og dermed likt som året før, mens oppnåelsen på nivå 3 var høyere i 2024 enn i 2023 (60% og 50%). Nivå 1 hadde høyest andel møtte standarder sammenliknet med de andre nivåene.

Diagram 8: Prosentandel møtte standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» i 2024 sammenliknet med 2023





Standarder oppnådd av alle enheter

Det var 16 standarder på nivå 1, to standarder på nivå 2 og fire standarder på nivå 3 på området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» i 2024. Tabell 18 viser standardene innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» som ble møtt av alle enhetene i 2024. Seks av de 16 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret «møtt» av alle enhetene. Ingen standarder på nivå 2 og nivå 3 ble skåret møtt av alle enhetene.

Tabell 18: Standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» møtt av alle enheter i 2024

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

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

Tabell 19 viser standardene på området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» som fem eller flere enheter skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2024. Av 16 nivå 1 standarder ble en standard skåret som ikke møtt, og fire kun delvis møtt, av fem eller flere enheter. I tillegg ble to av to nivå 2 standarder kun delvis møtt av fem eller flere enheter. På nivå 3 ble en standard skåret delvis møtt, og to standarder skåret ikke møtt av fem eller flere enheter.

Tabell 19: Standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2024

Nivå	Standard
3	5.1.1 Informasjon om enheten er lett tilgjengelig på internett for henvisere og samarbeidspartnere. (Delvis møtt)
1	5.1.2 På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorene for de ulike Nasjonale pasientforløpene. (Ikke møtt)
1	5.2.2 Pasienter og pårørende gis en tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om følgende temaer; ii) hvordan pasientene kan få innsyn i egen journal. inkludert rutiner for å lese elektronisk journal. (Delvis møtt)
1	5.2.6 vi) Enhetens tilbud til pårørende under innleggelse (eks. tilbud om kontakt med psykolog, sosionom, annet støttepersonell). (Delvis møtt)
2	5.2.8 Informasjonen som deles ut om temaene nevnt i standardene over. er utarbeidet



med brukermedvirkning. (Delvis møtt)

- 1 5.3.1 Pasienter og pårørende blir orientert. muntlig og skriftlig. om hvem som er oppnevnt som behandlingsansvarlig. spesialist. og kontaktperson/ miljøterapeuter/ ansvarlig miljøterapeut i teamet. (Delvis møtt)
- 2 5.3.2 Ansatte bruker navneskilt. (Delvis møtt)
- 3 5.3.3 Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte. (Ikke møtt)
- 3 5.3.4 Det finnes en lett tilgjengelig oversikt over hvem som er på jobb i miljøet (Ikke møtt)
- 1 5.4.2 Pasienter og pårørende informeres muntlig og skriftlig om aktuell medisiner. ønsket effekt. mulige bivirkninger og forsiktighetsregler. Informasjon til søsken tilpasset alder dersom aktuelt. Samtykke blir innhentet og dokumentert. (Delvis møtt)

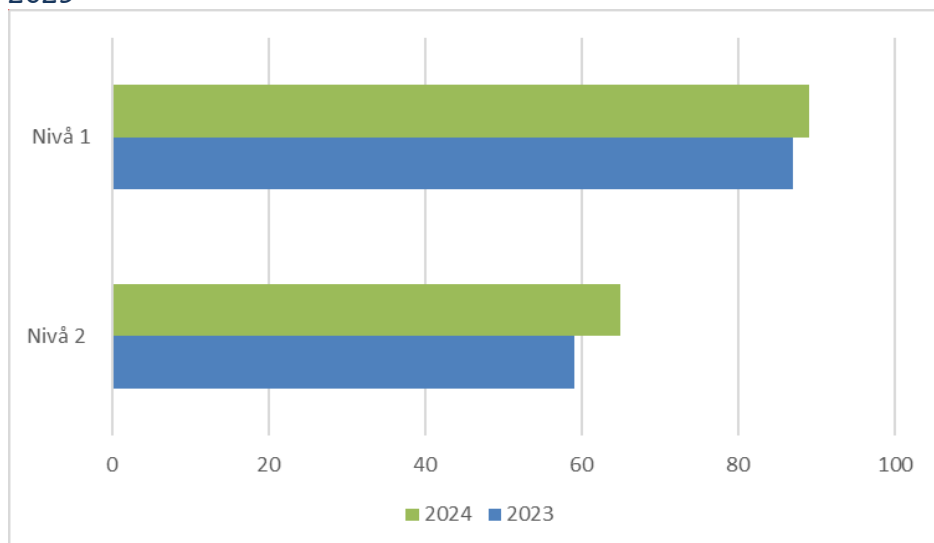
Oppsummering standardoppnåelse område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Innenfor området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» var standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) noe lavere i 2024 enn i 2023. Andel møtte standarder på nivå 2 var lik som året før, og nivå 3 var noe høyere. Nesten alle standardene som omhandlet samtykke og samtykkekompetanse ble møtt av alle enhetene. Det var imidlertid også en del standarder som ikke, eller kun delvis, ble møtt. Dette var særlig standarder knyttet tilpasset informasjon til pasienter og pårørende, samt informasjon om kontaktpersoner og ansatte i miljøet. Dette kan tyde på at noen forhold knyttet til informasjon kan være vanskelig å oppnå helt for alle enheter.

Område 6: Rettigheter og lovverk

Diagram 9 viser prosentandel standarder på området «Rettigheter og lovverk» som ble skåret «møtt» i 2024 sammenliknet med 2023. Standardoppnåelsen for nivå 1 og nivå 2 var noe høyere i 2024 (89% og 65%) enn i 2023 (87% og 59%). De viktigste standardene (nivå 1) hadde høyest standardoppnåelse av de to nivåene.

Diagram 9: Prosentandel møtte standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» i 2024 sammenliknet med 2023





Standarder oppnådd av alle enheter

Det var 12 standarder på nivå 1, og en standard på nivå 2 på området «Rettigheter og lovverk» i 2024. Tabell 20 viser standardene som ble oppnådd av alle enhetene i 2024. To av de 12 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret som «møtt» av alle enhetene. Ingen standarder på nivå 2 ble møtt av alle enhetene.

Tabell 20: Standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» møtt av alle enheter i 2024

Nivå	Standard
1	6.1.1 Alle tvangsvedtak blir journalført med begrunnelse innen fristene.
1	6.2.4 Enheten har raskt tilgang til tolketjeneste. Familiemedlemmer (eks. foresatt/ søsken) eller personalet brukes ikke utenom nødsituasjoner.

Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Tabell 21 viser standarder innenfor «Lovverk og rettigheter» som ble kun delvis møtt av fem eller flere enheter i 2024. En standard ble delvis møtt av fem eller flere enheter. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter.

Tabell 21 Standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» skåret «delvis møtt» i 2024

Nivå	Standard
1	6.3.1 Informasjon om klageretten til enhetsleder, vedtaksansvarlig, kontrollkommisjonen, statsforvalteren, sivilombudet og pasientombudet formidles skriftlig og muntlig til pasienter og pårørende. (Delvis møtt)

Oppsummering standardoppnåelse område 6: Rettigheter og lovverk

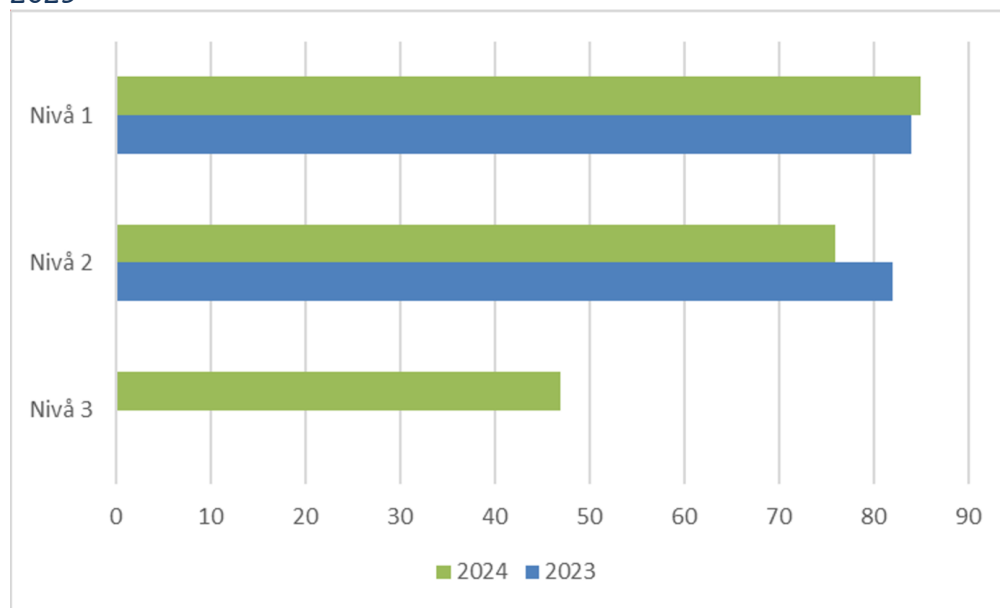
Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) og nest viktigste standardene (nivå 2) innenfor «Rettigheter og lovverk» var noe høyere i 2024 enn i 2023. Et par av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene, knyttet til innleggelse etter PHL og respekt for rettigheter. Ingen standarder ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter, og kun en standard, som omhandler klagerett, ble skåret som delvis møtt av fem eller flere enheter.

Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

Diagram 10 viser prosentandel standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» som ble skåret «møtt» i 2024 sammenliknet med 2023. De viktigste standardene (nivå 1) hadde noe høyere måloppnåelse i 2024 (85%) enn i 2023 (84%), mens nivå 2 standardene hadde noe lavere måloppnåelse i 2024 (76%) enn i 2023 (82%). I standardsettet for 2024 var det også én nivå 3 standard, som ble møtt av 47% av enhetene. Andel møtte standarder var høyest for de viktigste standardene.



Diagram 10: Prosentandel møtte standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» i 2024 sammenliknet med 2023



Standarder oppnådd av alle enheter

Det var 38 standarder på nivå 1, syv standarder på nivå 2, og en standard på nivå 3, på området «Klinisk virksomhetsstyring» i 2024. Tabell 22 viser standardene på området «Klinisk virksomhetsstyring» som alle enhetene oppfylte i 2024. 14 av de 38 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret «møtt» av alle enhetene. En nivå 2 standard ble møtt av alle enhetene.

Tabell 22: Standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» møtt av alle enheter i 2024

Nivå	Standard
1	7.1.3 Virksomhetens medarbeidere medvirker i kvalitetsforbedring slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
1	7.3.1 Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med Poliklinikken.
1	7.4.1 Enheten har tilgang på mal for førstegangssamtale som ivaretar "bør - anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.
1	7.4.2 Enheten har tilgang på en mal for basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.
1	7.4.3 Enheten har tilgang på en mal for vurdering og beslutning om videre oppfølging etter basis utredning som ivaretar "bør - anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.
1	7.4.5 Enheten har tilgang på en mal for behandlingsplan som ivaretar "bør-anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.
1	7.4.7 Enheten har tilgang på en mal for epikrise som ivaretar "bør-anbefalingene" i Nasjonale pasientforløpet.
1	7.4.10 Det finnes prosedyre for opplæring i kartlegging og vurdering av suicidrisiko.
1	7.4.11 Det finnes prosedyre for kartlegging og vurdering av suicidrisiko
1	7.4.12 Det finnes prosedyre for håndtering av aggresjon og vold. og bruk av tvang.
1	7.4.16 Enheten har prosedyre for gjennomgang og oppbevaring av private klær og



eiendeler med formål om å sikre at pasienter ikke har med seg gjenstander som ikke skal oppbevares fritt i avdelingen.

- 1 7.4.17 Prosedyre for ransaking og vedtak om gjennomgang av rom og eiendeler er tydelige.
- 1 7.4.22 Enheten har prosedyrer for håndtering av medisinske nødsituasjoner. Disse inkluderer når det skal ringes 113 og når vakthavende lege skal tilkalles.
- 2 7.6.1 Enheten gjennomfører rutinemessig HMS-kartlegging i vernerunde. som er i tråd med foretakets overordnede HMS-plan.
- 1 7.6.3 Enheten har et avvikssystem og et system for implementering av forbedringsarbeid i HMS.

Standarder skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter

Tabell 23 viser hvilke standarder som kun ble delvis møtt av fem eller flere enheter i 2024. To av de 38 viktigste standardene, en av nivå 2 standardene, og en av nivå 3 standardene ble skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Det var ingen standarder på dette området som ble skåret «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2024.

Tabell 23: Standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» skåret «delvis møtt» i 2024

Nivå	Standard
1	7.1.2 Vurderinger fra pasienter og pårørende innhentes og brukes ved utvikling av tjenestetilbudet. (Delvis møtt)
1	7.4.24 Enheten har prosedyre for hvordan forebygge seksuelle overgrep og vold. (Delvis møtt)
2	7.6.5 Enheten har utarbeidet et årshjul som viser årlige aktiviteter og oppgaver. (Delvis møtt)
3	7.6.7 Enheten har rutiner for å ivareta HMS-ansvaret overfor følgepersonal og sikrer at alt personell som utfører sitt arbeid i enheten har et forsvarlig arbeidsmiljø. (jf. AML §2.2) (Delvis møtt)

Oppsummering standardoppnåelse område 7: Klinisk virksomhetsstyring

På området «Klinisk virksomhetsstyring» var standardoppnåelsen på de viktigste standardene (nivå 1) i 2024 tilnærmet lik som i 2023, mens standardoppnåelsen på nivå 2 var noe lavere i 2024 enn i 2023. Det ble lagt til én nivå 3 standard i 2024. Flere av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene. Dette gjaldt særlig standarder knyttet til maler, prosedyrer og protokoller. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter. Noen standarder, knyttet til HMS, prosedyrer og evaluering av enhetene, ble imidlertid kun delvis møtt av fem eller flere enheter. Dette kan tyde på at noen forhold knyttet til HMS, prosedyrer og evaluering kan være krevende å oppnå for en del enheter.



Avsluttende kommentarer om standardoppnåelsen i 2024

Gjennomgangen av standardoppnåelsen for 2024 viser at oppnåelsen på standardene er høy på tvers av de ulike områdene, og at svært mange av kvalitetskravene for BUP akutt virksomhet ble oppfylt. Sammenlignet med 2023 er oppnåelsen av standardene noe bedre på de fleste områder. Dette kan skyldes flere faktorer, som at det ikke var noen nye enheter med i nettverket i 2024. Samtidig gir standardene kun et tilstandsbilde, og det er alltid potensiale for ytterligere forbedring. Kravene, forventningene og mulighetene for en BUP akutt enhet er mange. Enhetene fremstod imidlertid med god evne til å tilpasse seg og holde tritt med de endringer, krav og forventninger som stilles til dem, slik det er formulert i KvIP standardene. Dette til tross for store behandlings- og omsorgsoppgaver, begrenset tid og økonomi, pågående omorganiseringer, perioder med høyt belegg, stort arbeidspress og endringer i personalet.



Rådsleders avsluttende refleksjoner

KvIP har nå hatt to år som nasjonalt nettverk. Det forplikter å drive et slikt nettverk. Vi jobber så godt vi kan for å legge til rette for kvalitetsforbedring på akuttenhetene gjennom våre aktiviteter. Nettverket oppleves som en fin mulighet for fellesskap i fagfeltet vår og et sted vi kan drøfte de ulike utfordringene vi har med gode kollegaer.

Vi begynner å få erfaring med dette arbeidet, takket være kontinuitetsbærere og nye ansikter som kommer til. Begge deler er viktig. Det er en god struktur på arbeidet, som vi håper og tror kvalitetssikrer det vi driver med. Det er mange som bidrar og som bør takkes;

KvIP-administrasjonen som gjør en stor jobb slik at klinikerne kan konsentrere seg om fag.

Brukerorganisasjonene som bidrar til reel brukermedvirkning, slik vi ønsker.

Alle enhetene som bidrar ved å bruke tid og ressurser, som vi har felles nytte av.

Tarje Tinderholt, Rådsleder i KvIP, fagutvikler v/

Akutt døgnsbehandlingsenhet,

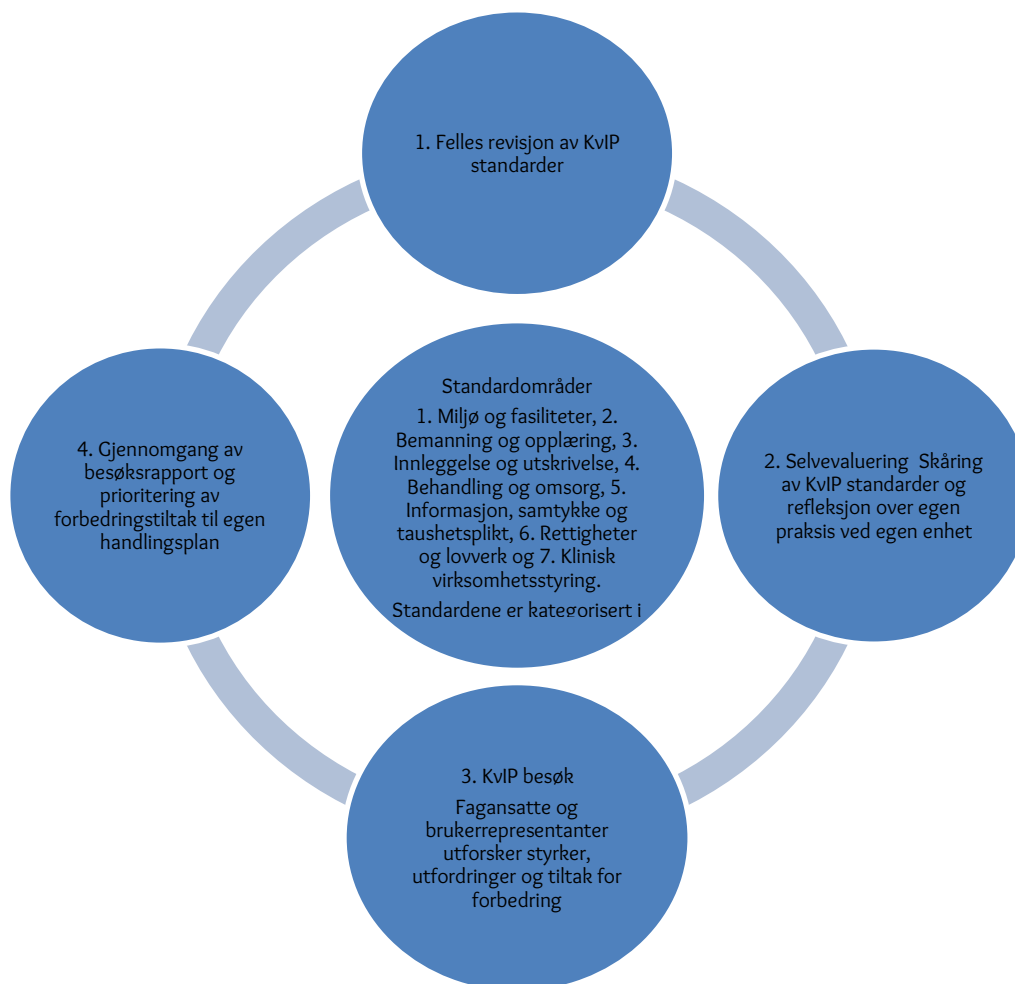
Oslo Universitetssykehus





Vedlegg 1: En synliggjøring av forbedringspraksis

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





Vedlegg 2: Dagsplan for KvIP besøk 2024



Dagsplan for fysiske KvIP besøk 2024

KvIP middag kvelden før

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

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

KvIP Besøksdag – dagsplan

Kl.	Program
08.15 - 08.30	Besøkssteamet avholder eget møte Roller og oppgaver fordeles og avklares. ○ Hvem refererer (f.eks rett i mal for besøksrapport)? ○ Hvem i besøkssteamet skal intervju pårørende? (2 stk.) ○ Hvem i besøkssteamet skal intervju pasient? (2 stk.) ○ Hvem i besøkssteamet skal intervju ansatte? (2 stk)
08.30 - 09.15	Oppstartsmøte mellom besøkssteam og vertsenhet ○ 08.30 - 08.45: Besøksleder gir en <u>kort</u> innledning, beskriver målsetting for dagen, gjennomgang av dagsplanen, bekrefter deltagelse av pasienter, pårørende og ansatte, samt sjekker at deres samtykker er signert. ○ 08.45 - 09.00: Deltakerne i besøkssteamet gir en <u>kort</u> innføring i hovedtrekk ved deres enheter¹ / organisasjoner² ○ 09.00 - 09.15: Vertsenheten introduserer og beskriver sin enhet, inkl. hovedfokus for kvalitetsforbedring siste året og mulige hindringer i dette arbeidet
09.15 - 09.45	Omvisning på vertsenheten Det er fint om 1-2 pasienter kan lede omvisningen
09.45 - 10.00	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.



10.00 - 11.00	Drøfting og erfaringsutveksling med ledere og nøkkelpersonell (2-8 stykker) ○ Drøfting av de fokusområder og tema vertsenheten har ønsket å adressere. ○ Event. gjennomgang av utvalgte standarder³		
11.00 - 11.15	Kaffe/te pause		
11.15 - 12.00	Videre drøfting og erfaringsutveksling av fokusområder, tema og standarder		
12.00 - 12.45	Lunsj		
12.45 - 13.45	Fokusgruppeintervju 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 en annen referent fra besøksteamet.	Fokusgruppeintervju med pasienter <i>NB: Husk at alle deltakere må signere samtykke for pasienter først.</i> Brukerrepresentant leder intervjuet med intervjuguide, med en annen referent fra besøksteamet.	Fokusgruppeintervju med pårørende <i>NB: Husk at alle pårørende må signere samtykke for pårørende først.</i> Brukerrepresentant leder intervjuet med intervjuguide, med en annen referent fra besøksteamet.
13.45 - 14.00	Kaffe/te pause		
14.00 - 15.00	Besøksteamet avholder eget møte og: ○ 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) NB! Noterte opplysninger/synspunkter fra fokusgruppeintervju gjøres anonyme, i betydningen at det ikke skal være mulig å direkte eller indirekte identifisere de som har deltatt i intervjuet. Opplysninger/synspunkter notert på papir under fokusgruppeintervju oppbevares separat i låst skap i adgangsbegrenset rom inntil de er delt/inngått i besøksrapport. Deretter slettes disse. Opplysninger/synspunkter notert i dokument på pc lagres på egnet område inntil de er delt/ inngått i besøksrapport. Deretter slettes disse.		

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.



15.00 - 15.30	Avsluttende møte mellom besøksteam og vertsenhet - Tilbakemelding og diskusjon Det er en fordel om ledere og kvalitetsansvarlige er tilstede. Flere fra sykehuset/divisjonen kan inviteres, i tillegg til enhetens nøkkelpersonell ○ Besøksteamet 1) Oppsummerer sitt inntrykk av enheten 2) Formidler hva de ser som enhetens styrker, utfordringer og forslag til kvalitetsforbedringstiltak
15.30 - 15.45	Besøksteamet avholder eget møte og: ○ Oppsummerer dagen og gir besøksleder/ hverandre tilbakemeldinger ○ Avtaler rapportskriving. Prosessen er som følgende: ○ Utkast skrives og gjennomgås av alle i besøksteamet under ledelse av besøksleder ○ Utkast sendes og gjennomgås av vertsenhet ○ Utkast revideres og sendes KvIP ledelsen for kvalitetssikring innen 2 uker fra besøksdato ○ Rapport revideres og sendes fra KvIP ledelsen til vertsenheten for godkjenning innen 3 uker fra besøksdato



Vedlegg 3: Nettverkets standardoppnåelse for hvert område

Diagrammene V3.1 til V3.7 viser prosentandel standarder innenfor hvert standardområde som ble skåret «møtt», «delvis møtt», «ikke møtt», «vet ikke» og «ikke aktuelt» i 2024.

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

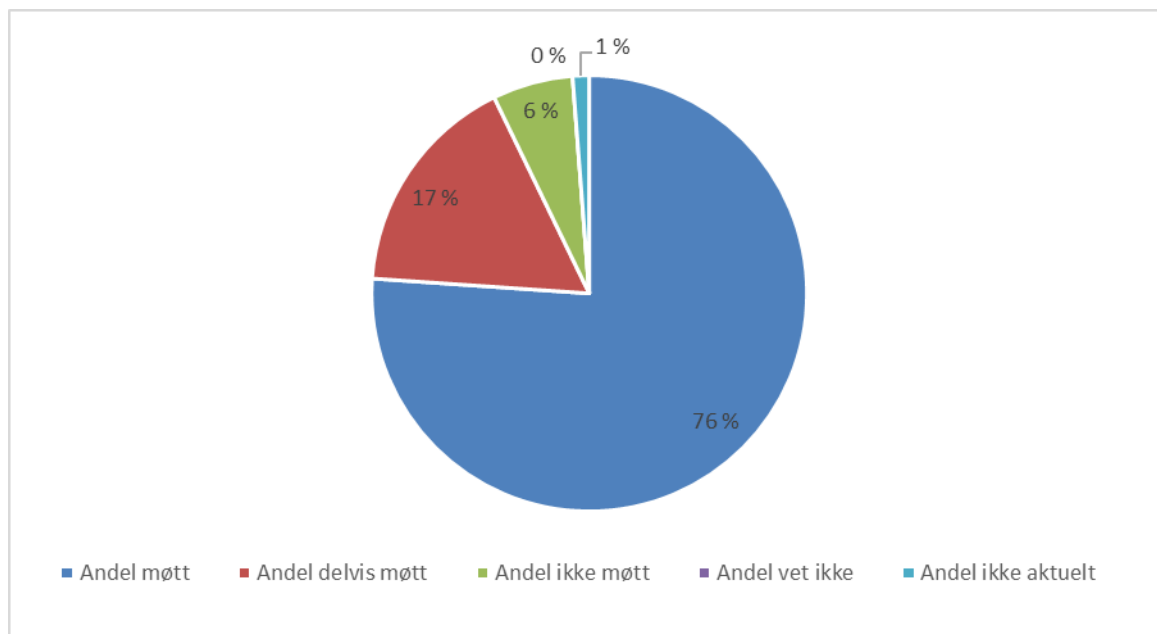


Diagram V3.2: Standardoppnåelse område 2 - Bemanning og opplæring

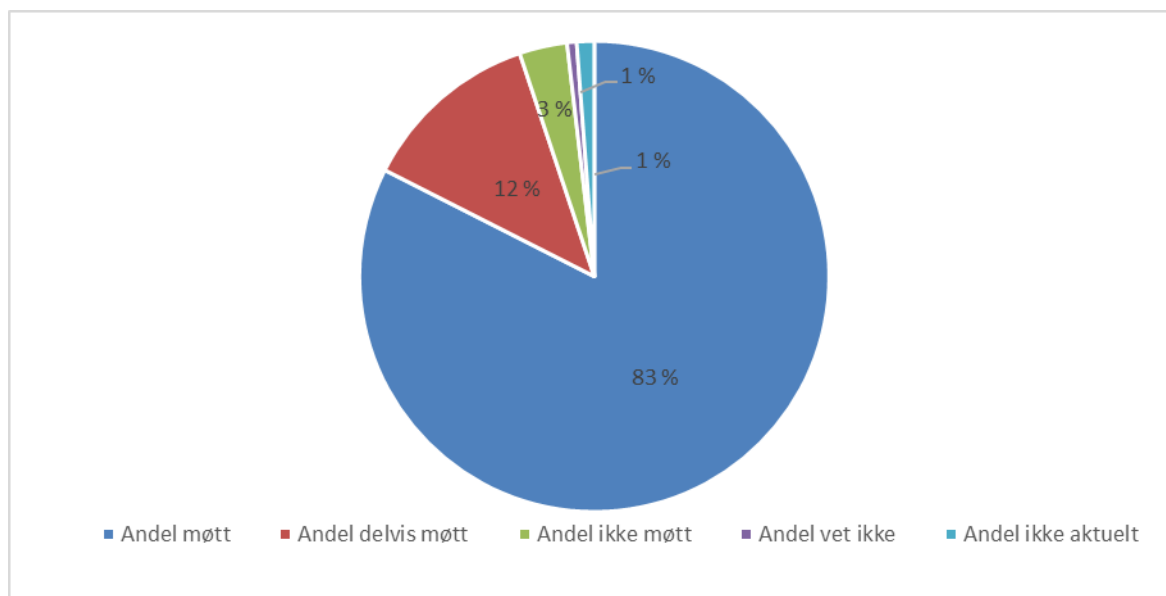




Diagram V3.3: Standardoppnåelse område 3 - Innleggelse og utskrivning

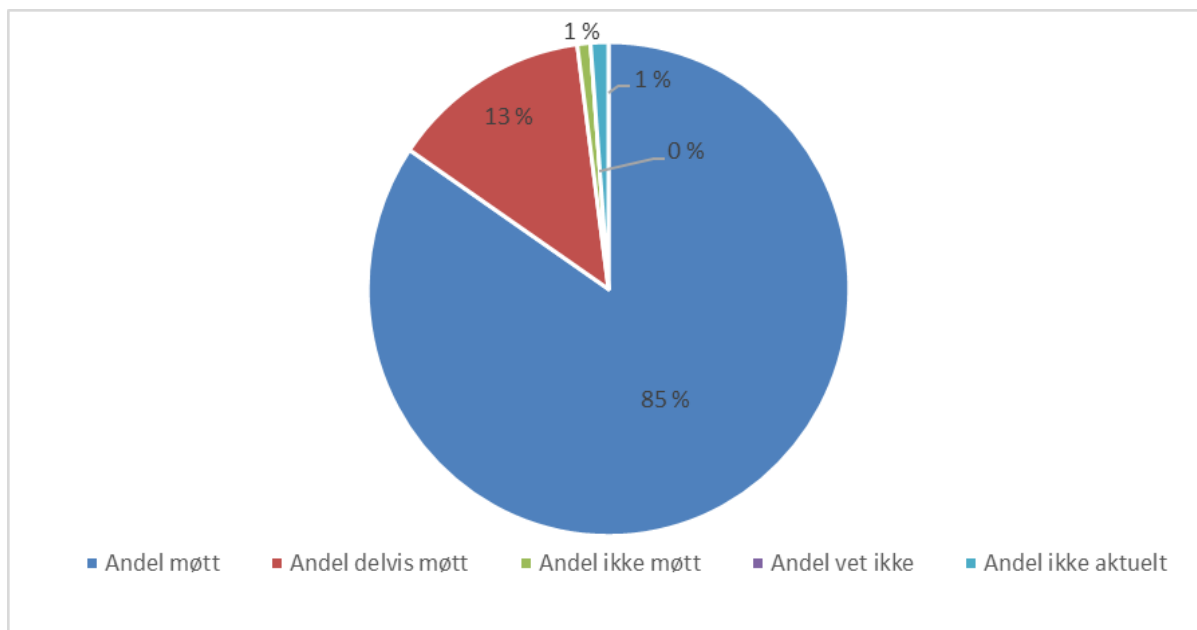


Diagram V3.4: Standardoppnåelse område 4 - Behandling og omsorg

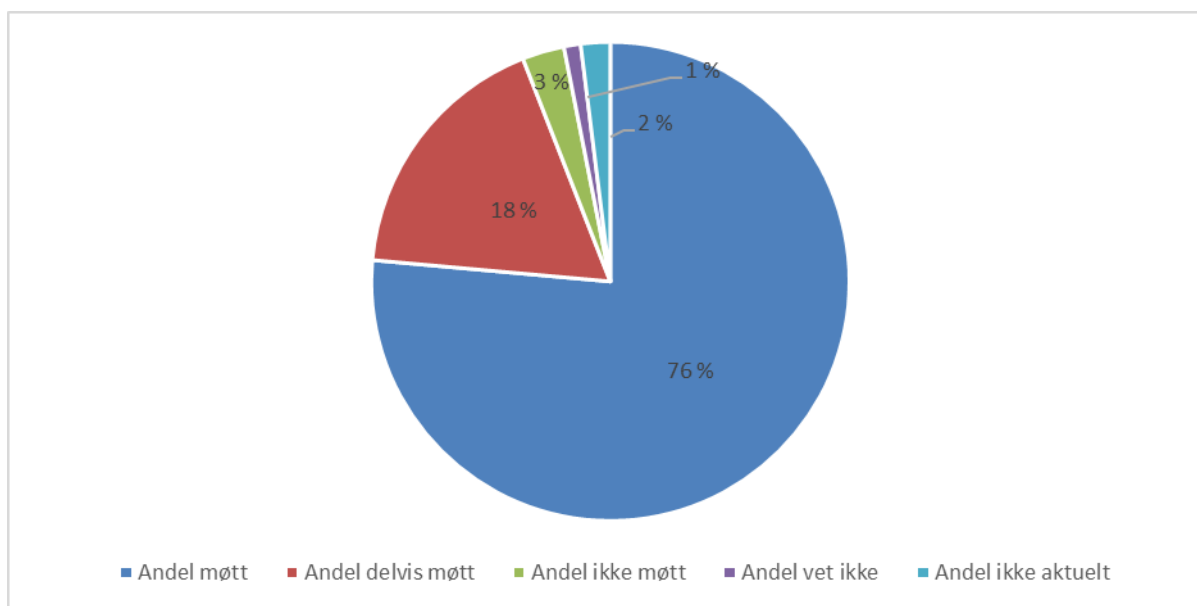




Diagram V3.5: Standardoppnåelse område 5 – Informasjon, samtykke og taushetsplikt

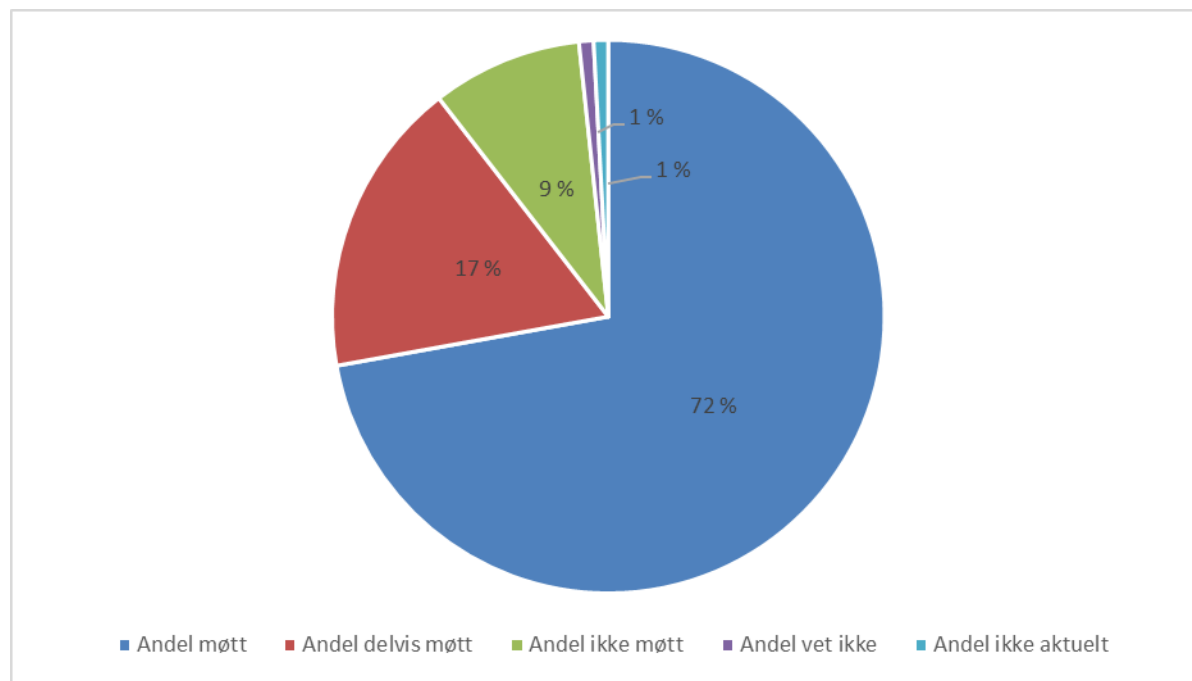


Diagram V3.6: Standardoppnåelse område 6 - Rettigheter og lovverk

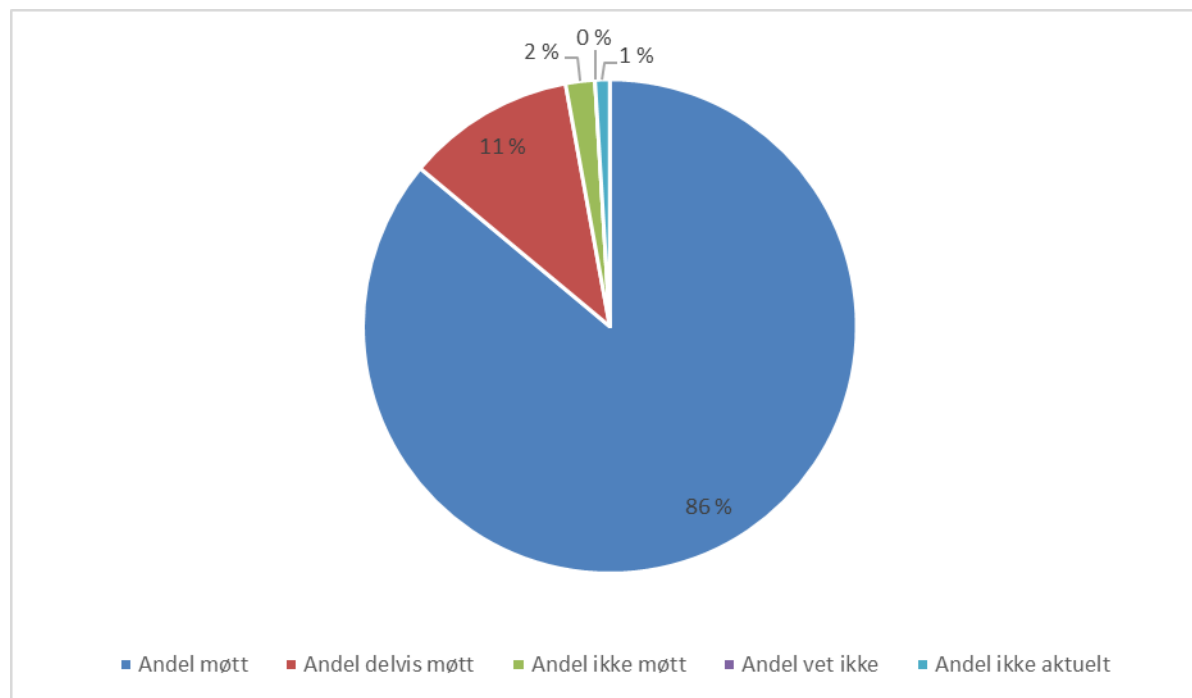




Diagram V3.7: Standardoppnåelse område 7 - Klinisk virksomhetsstyring

