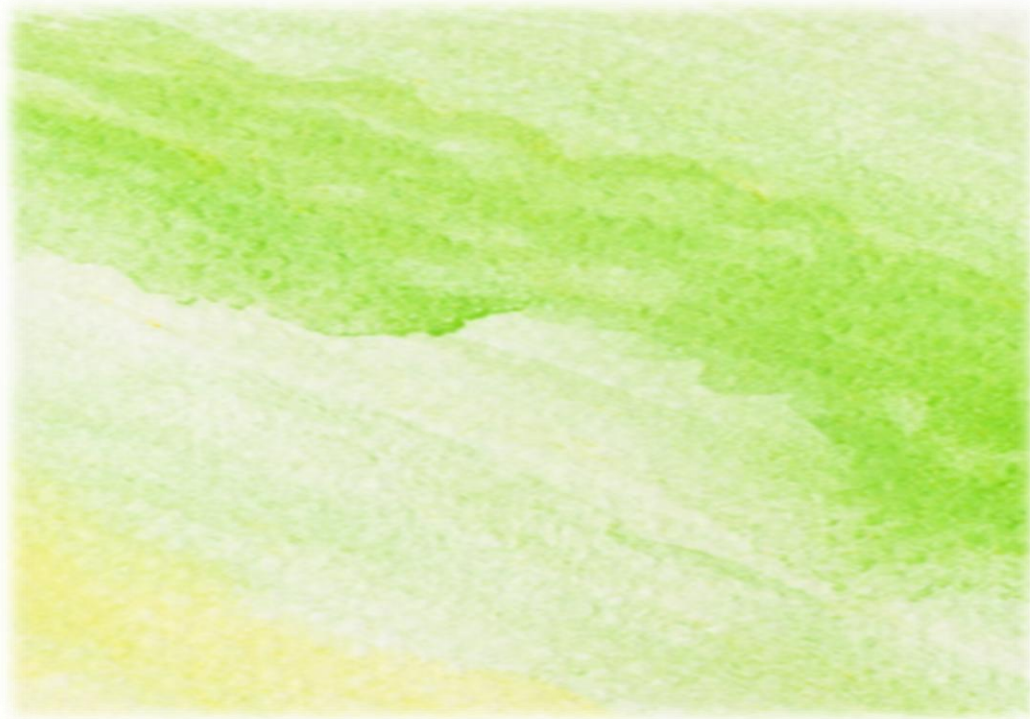





Årsrapport 2025

Kvalitet i institusjonsbehandling i psykisk helsevern (KvIP)

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





Rapportforfattere: Mathea Fretheim Walle, prosjektmedarbeider KvIP og 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.

Illustrasjon: Colourbox

Dato: 31.03.2026

Referanse: Walle, M.F. & Lorentzen, K.E.A (2026). *Årsrapport 2025 KvIP*. Akershus Universitetssykehus HF. <https://www.ahus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/akuttnettverket/kvip/arsrapporter/>

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 2025	13
ØKONOMI	13
OPPSTARTSMØTE	13
BESØKSLEDERSAMLING.....	13
BESØK	13
RÅDETS ARBEID.....	14
SAMARBEID MED SOCIALSTYRELSEN I SVERIGE	14
ÅRSMØTE	14
UTVIKLING OG FORBEDRING AV KVIP.....	15
SØKNADER OG PROSJEKTER.....	16
FORMIDLING, PRESENTASJONER, DELTAKELSE PÅ SEMINARER OG KONFERANSER.....	17
OPPLYSNINGER OM KVIP-ENHETENE	19
KAPASITET OG ORGANISERING	19
ANTALL INNLEGGELSER, BELEGG OG LIGGETID	19
VIKTIGE HENDELSER OG UTFORDRINGER.....	20
TVANGSVEDTAK.....	21
BEMANNING	22
ENHETENES FORBEDRINGSARBEID	24
1) MILJØ OG FASILITETER	25
2) BEMANNING OG OPPLÆRING	25
3) INNLEGGELSE OG UTSKRIVELSE	25
4) BEHANDLING OG OMSORG	25
5) INFORMASJON, SAMTYKKE OG TAUSHETSPLIKT.....	26
6) RETTIGHETER OG LOVVERK.....	26
7) KLINISK VIRKSOMHETSSTYRING.....	26
OVERSIKT OVER STANDARDSETTET 2025	27
RESULTATER 2025	28
NETTVERKETS TOTALE STANDARDOPPNÅELSE 2025	28
STANDARDOPPNÅELSE INNENFOR HVERT STANDARDOMRÅDE I 2025.....	29
OMRÅDE 1: MILJØ OG FASILITETER	29
<i>Standarder oppnådd av alle enheter</i>	29
<i>Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter</i>	30
OMRÅDE 2: BEMANNING OG OPPLÆRING.....	31
<i>Standarder oppnådd av alle enheter</i>	32

<i>Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter</i>	<i>33</i>
OMRÅDE 3: INNLEGGELSE OG UTSKRIVELSE.....	34
<i>Standarder oppnådd av alle enheter</i>	<i>35</i>
<i>Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter</i>	<i>35</i>
OMRÅDE 4: BEHANDLING OG OMSORG	36
<i>Standarder oppnådd av alle enheter</i>	<i>37</i>
<i>Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter</i>	<i>37</i>
OMRÅDE 5: INFORMASJON, SAMTYKKE OG TAUSHETSPLIKT	38
<i>Standarder oppnådd av alle enheter</i>	<i>39</i>
<i>Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter</i>	<i>39</i>
OMRÅDE 6: RETTIGHETER OG LOVVERK.....	40
<i>Standarder oppnådd av alle enheter</i>	<i>41</i>
<i>Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter</i>	<i>41</i>
OMRÅDE 7: KLINISK VIRKSOMHETSSTYRING.....	41
<i>Standarder oppnådd av alle enheter</i>	<i>42</i>
<i>Standarder skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter</i>	<i>43</i>
RÅDSLEDERS AVSLUTTENDE REFLEKSJONER.....	45
VEDLEGG 1: EN SYNLIGGJØRING AV FORBEDRINGSPRAKSIS	46
VEDLEGG 2: DAGSPLAN FOR FYSISKE KVIP BESØK 2025	47
VEDLEGG 3: NETTVERKETS STANDARDOPPNÅELSE FOR HVERT OMRÅDE	50

Forord

Arbeidet med systematisk kvalitetsforbedring forutsetter kontinuerlig refleksjon, samarbeid og vilje til forbedring. Gjennom KvIP samles alle landets barne- og ungdomspsykiatriske akuttenheter med brukerorganisasjonene Voksne for Barn (VfB) og Mental Helse Ungdom (MHU) i et felles læringsnettverk der erfaringer deles, praksis drøftes og forbedring utvikles i fellesskap.

En sentral styrke ved KvIP er bredden av perspektiver som bringes inn i arbeidet. Kliniske fagmiljøer, brukerrepresentanter og samarbeidspartnere bidrar alle til at tjenestene kan utvikles videre. Dette mangfoldet av erfaringer er avgjørende for å sikre at tilbudet til barn og unge i akutte og krevende situasjoner er trygt, persontilpasset, kunnskapsbasert, og faglig fleksibelt.

Årsrapporten for 2025 oppsummerer hovedtrekk fra nettverkets aktiviteter og resultater gjennom året. Den bygger på erfaringer fra besøk ved de deltakende enhetene, diskusjoner i nettverket og arbeid med felles kvalitetsstandarder. Rapporten gir et bilde av både styrker, utfordringer og utviklingsområder i tjenestene, og er ment som et bidrag til videre kvalitetsforbedring lokalt, regionalt og nasjonalt.

Jeg vil rette en stor takk til alle brukerrepresentanter, deltakende enheter og fagpersoner som gjennom året har bidratt med tid, engasjement og faglig generøsitet;

Prosjektmedarbeider og psykolog Mathea Fretheim Walle, prosjektmedarbeider og 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) Mental Helse Ungdom v/ Vebjørn Leite og Lasse Alexander Honningsvåg

Voksne for Barn v/ Julie Gulbrandsen og Marita Sæth

Alle KvIP enheters kontaktpersoner, ledelse, ansatte, pasienter og pårørende

Alle lokale brukerrepresentanter ved KvIP enhetene

Det er gjennom disse instansene og menneskene at nettverket opprettholder sin viktigste funksjon: å være et lærende fellesskap som sammen arbeider for gode akuttpsykiatriske tjenester for barn og unge.



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

Jeg vil starte med å takke for året som har gått og meddele at jeg er klar for å ta fatt på nok et nytt innholdsrikt år som brukerrepresentant fra Voksne for Barn i KvIP.

Som representant i KvIP er Akuttnettverkets samlinger blitt en viktig arena. På fjorårets samlinger i Akuttnettverket var det mange inspirerende innlegg. Overskriften på vårens samling i 2025 var «Tidspress møter kompleksitet: Beslutningstaking i akutt psykisk helsevern». Særlig innlegget «Instukid», som også er boktittelen til psykolog og forfatter Johanne Rogndal, satte spor hos meg og jeg håper at flere har lest hennes bok. Et annet innlegg som gjorde inntrykk, var: «Når mor og far strever med selvmordsatferd, Barnesamtalen som forebyggende tiltak» av Kristin Frisch Moe, Grete Lillian Moen, begge fra RBUP og Synøve Magnussen Wiig fra RVTS Øst. Barn får med seg så mye mer enn man kanskje vil tro og de trenger å bli møtt av trygge voksne som gir de konkret informasjon for å forebygge feiltolkning og skyld. Ved å gi de informasjonssamtale kan dette være forebyggende og bidra til å også bryte generasjonsoverføring. Jeg tenker at søsken som er pårørende er en gruppe som også er viktig å ta med seg i arbeidet der en informasjonssamtale kan ha stor betydning.

Høstens samling i 2025 hadde overskriften «Akuttpsykiatriens mange ansikter». Et av innleggene handlet om tvangsbruk og hva det gjør med de ansatte, dette er et innlegg vi igjen møter på årets samling. Siden jeg jo representerer en brukerorganisasjon håper jeg at brukernes erfaringer rundt tvangsbruk blir mer belyst fremover. Jeg heier også på at brukerstemmene får ta mer plass enn de gjør, fordi de kan bidra med en økt forståelse som igjen kan gi en bedre hjelp til de som kommer etter dem på en annen måte.

Min store motivasjon for å bruke av egne erfaringer er at det kan bidra positivt for de som kommer etter. Innsikten fra en som «har vært der» og kjent det på kroppen både fysisk og psykisk, er en annen lærdom enn det man møter i en ren fagbok gjennom utdanning. Man trenger begge deler.

Vi må høre mer på de unge i systemene, og jeg vil anbefale å lese innspill fra Ungdomspanelet i Voksne for Barn der de deler sine erfaringer med BUP på godt og vondt:
<https://vfb.no/2025/12/15/erfaringer-med-bup/>

Jeg ser frem til å både dra på årets samlinger i Akuttnettverket, og til endelig få delta på et KvIP besøk i år. Jeg setter stor pris på å få lov til å være en del av KvIP nettverket og er klar for å jobbe for at barn og unges stemmer løftes frem gjennom mitt bidrag inn som brukerrepresentant fra Voksne for Barn, hvor jeg nå er inne i mitt 14. år som frivillig.

Alt godt for året som kommer til dere alle!

Vennlig hilsen,



Marita Sæth, Frivillig i Voksne for Barn, KvIP rådet



Sammendrag

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

I 2025 ble nettverkets aktiviteter gjennomført i tråd med nettverkets årlige syklus, som inkluderte digitalt oppstartsmøte, digitale besøksledersamlinger, besøk til 16 av 17 deltakende enheter, rådsmøter og årsmøte. Nettverket og nettverksledelsen søkte også å forbedre flere samarbeidsprosesser og aktiviteter. I tillegg til våre faste aktiviteter hadde vi flere pågående prosjekter.

I 2025 ble 83% av standardene skåret «møtt» (mot 82% i 2024), 12% ble skåret «delvis møtt» (mot 13% i 2024) og 4% ble skåret «ikke møtt» (samme som i 2024). I tillegg ble 1% av standardene skåret «ikke aktuelt» (samme som i 2024), og 0% av standardene ble skåret «vet ikke» (samme som i 2024). Mange av de viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene. Samtidig var det noen standarder som ble skåret «delvis møtt» eller «ikke møtt» av fem eller flere enheter. Område 5, som omhandler informasjon, samtykke og taushetsplikt hadde lavest måloppnåelse.

Flere enheter rapportere om viktige eller alvorlige hendelser som kan ha påvirket driften ved enheten deres. Dette inkluderte utfordringer knyttet til pasienter med høyt voldspotensiale og utagering, manglende eller ustabil bemanning, samt hyppige innleggelse av barn og unge med alvorlig sykdom. Noen enheter beskrev at det å ha mange pasienter med spiseproblematikk innlagt også kan påvirke driften, for eksempel grunnet massiv tvangsbruk knyttet til sondeernæring.

I 2025 var de overordnede fokusområdene i enhetenes forbedringsarbeid knyttet til pasientbehandling, implementering av tvang-, vold og selvmordsforebyggende tiltak, ivaretagelse av ansatte, samarbeid internt og eksternt, implementering av tekniske løsninger, samt utbedring av fysiske omgivelser, informasjon, rutiner og struktur. Enhetene beskrev at utfordringer for forbedringsarbeidet innebar mangel på tid og økonomi, planleggings- og koordineringsutfordringer, utfordrende pasientforløp, lokale omorganiseringer og utfordringer knyttet til tilstrekkelig bemanning.

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 Siqueland 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 delfinansiering 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 har alle enheter i Norge vært med. Dette har gjort KvIP til et komplett nasjonalt nettverk. I 2023 inngikk KvIP samarbeid med Socialstyrelsen i Sverige for å bistå i opprettelsen av et liknende nettverk for polikliniske enheter der; KvIP Sverige (KvIPS).

Metodikk

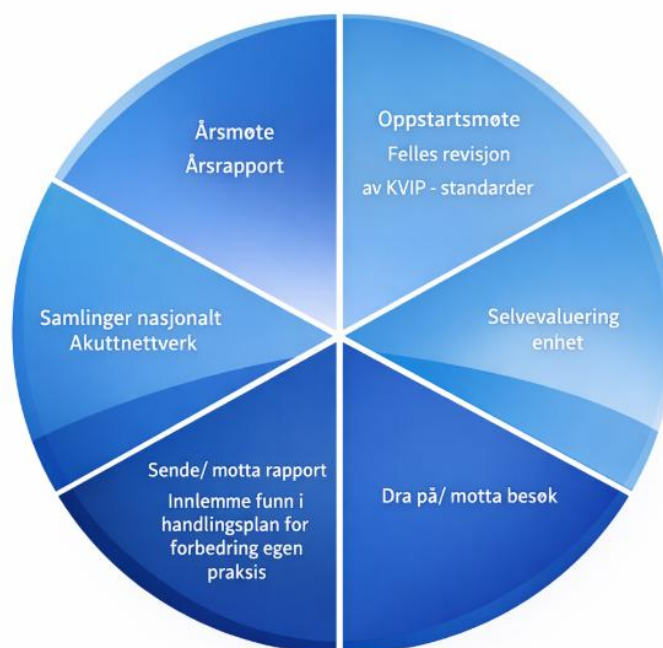
KvIP benytter seg av et vel utprøvd prosessorientert kvalitetsforbedringssystem utviklet av RCPsych, QNIC (Se: <https://www.rcpsych.ac.uk/>)

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 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, evaluere, drøfte og finne løsninger på utfordringer vertsenheten måtte ha (se diagram 1: Årssyklus i KvIP).

Diagram 1: Årssyklus i KvIP



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

Standardene er kategorisert i tre nivåer av viktighet:

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

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

Besøksteamet består av en til to brukerrepresentanter, og ca. fire fagpersoner fra andre enheter med kompetanse som leder/fagutvikler, lege, psykolog og miljøterapeut. En av disse

er leder for besøksteamet. Besøksteamet bidrar til refleksjon over praksis og deling av tiltaksforslag i arbeidet for bedre kvalitet.

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

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

Se vedlegg 1: En synliggjøring av forbedringspraksis

Organiseringen av KvIP

KvIP er organisert med en nettverksledelse og et faglig råd. Nettverksledelsen består av ansatte fra forskningsgruppen Behandlings- og evalueringforskning 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 2025 bestod nettverksledelsen av:

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

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

I 2025 var rådsmedlemmene:

Tarje Tinderholt	Fagutvikler OUS, rådsleder		Magnus Sjøstrand	Psykolog- spesialist Sykehuset Østfold	
Ingvild Brunborg Morton	Seksjonsoverlege, Helse Bergen		Pål Strandenæs Lode	Leder/fagleder M1, Stavanger Universitetssyk- ehus	
Marthe Austvik	Ass. enhetsleder, Nordlandssykehuset		Sindre Vevle	Koordinator, miljøterapeut, Sykehuset Vestfold	
Marita Sæth	Frivillig vara VfB,		Julie Gulbrandsen	Faglig ansvarlig, VfB	
Vebjørn Leite Olsen	1. nestleder i MHU		Martine Antonsen	Landsleder MHU, vara*	

*Lasse Alexander Honningsvåg tok over etter Martine Antonsen i løpet av 2025.

Deltakende enheter

I 2025 deltok alle 17 BUP akutte enheter i Norge i KvIP, men en enhet kunne ikke motta besøk grunnet flytting av egen virksomhet. Tabell 1 viser enhetene som deltok i 2025 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	2025
Sykehuset Østfold	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oslo universitetssykehus	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
St. Olavs hospital	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Møre og Romsdal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Fonna		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sykehus Innlandet		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Helse Bergen			x	x	x	x	x	x	x	x	x
UNN			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sykehuset i Vestfold			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vestre Viken				x	x	x	x	x	x	x	Ikke besøk i 2025
Ahus					x	x	x	x	x	x	x
Nordlandssykehuset					x	x	x	x	x	x	x
Helse Stavanger					x	x	x	x	x	x	x
Sykehuset Sørlandet								x	x	x	x
Helse Førde								x	x	x	x
Helse Telemark									x	x	x
Helse Nord-Trøndelag									x	x	x
Totalt antall enheter	4	6	9	10	13	13	13	15	17	17	16

Om årsrapporten

Årsrapporten er den 12. siden oppstart av KvIP. Rapporten gir en oversikt over årets resultater, og 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, samt aktuelle samarbeidspartnere.

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 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
- rådsleders avsluttende refleksjoner rundt betydningen av KvIP og veien videre

KvIPs virksomhet 2025

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 2025 utgjorde kostnadene dekket av Akuttnettverket kr. 53 855 (lønnsutgifter ledelse/stab ekskludert). 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.

I 2025 ble KvIP oppfordret til å undersøke alternative forankring- og finansieringsmuligheter. Etter møter med Helse Sør-Øst og Psykisk helsevern og rus divisjon v/ Ahus ble det besluttet at KvIP forblir forankret v/ Psykisk helsevern og rus divisjon avd. FoU v/ Ahus. Det ble også besluttet at Akuttnettverkets finansiering av KvIP opprettholdes med 75% støtte fra Ahus gjennom rammene til FoU. Dette innebærer en økning i personellressurser tilsvarende 35% stilling fra 2026.

Oppstartsmøte

Årets oppstartsmøte ble avholdt digitalt den 28.01.2025, med 27 deltakere. Fokus var på revisjon av KvIPs kvalitetsstandarder, og orientering om besluttede endringsforslag. Rådet prioriterte enhetenes innspill og nye nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i revisjonsprosessen. I forkant hadde alle enheter fått anledning til å vurdere hele standardsettet og melde inn forslag til endringer. Rådet hadde på forhånd bearbeidet innspill fra enhetene og høringsrunde med bl.a. spesialrådgiver i selvmordsforebygging, Tormod Stangeland v/ Ahus. Innspill hadde deretter vært drøftet og besluttet i rådet. I møtet ble det orientert om 20 endringer i standardsettet som berørte alle standardsettets områder.

Besøksledersamling

Digital besøksledersamling ble gjennomført 25.2.25 og 02.09.25 for å lære opp og trygge besøksledere. Det ble drøftet hvordan besøk best kan gjennomføres, og hvordan besøksledere best kan forberede og organisere seg før, under og etterpå. Rådsleder Tarje Tinderholt (OUS), og besøksleder Magnus Sjøstrand (Sykehuset Østfold) delte bl.a. sine erfaringer, tips og råd.

Besøk

I 2025 ble det gjennomført 16 fysiske KvIP besøk. Vestre Viken kunne ikke motta besøk i år grunnet fysisk flytting av egen virksomhet. 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 enheten.

Se vedlegg 2: Dagsplan digitale og fysiske besøk.

Rådets arbeid

Rådet i KvIP hadde totalt seks møter i 2025. Det ble avholdt tre digitale møter 13.01.25, 16.06.25 og 25.08.25. Det ble avholdt to møter i forbindelse med samling i Akuttnettverket 29.04.25 og 21.19.25. Det ble også avholdt et digitalt møte 09.12.25 for å ferdigstille årets revisjon av standardene for 2026.

Viktige fokus for møtene var:

- KvIPs aktiviteter, fremtid, finansiering og forankring
- Revisjon av standardene for 2026 (plan og prioritering)
- Besøk fra Socialstyrelsen i Sverige og samarbeid om innføring av KvIP i Sverige (KvIPS)
- Hovedoppgaver og samarbeid med PSI
- Søknad om midler til PhD forskningsprosjekt og samarbeid med PSI
- Rusbehandling i BUP akutt feltet
- Revision av KvIP standardene

Samarbeid med Socialstyrelsen i Sverige

I forbindelse med innføringen av KvIP Sverige (KvIPS) hadde vi fortløpende kontakt med Socialstyrelsen i Sverige gjennom året. For at Socialstyrelsen og deres nettverk av poliklinikker innenfor BUP skulle lære om metodikken og organiseringen av KvIP, arrangerte vi besøk fra Socialstyrelsen til UK Ahus 21. – 22.05.25 og til OUS 03. – 04.06.25.

Årsmøte

Årets årsmøte ble avholdt fysisk på Gardermoen den 18.11.25 med 39 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 og KvIPs aktiviteter for 2026.

KvIP rådet for neste periode ble innstilt. Ingvild B. Morton (overlege Helse Bergen) gikk ut av rådet, og ble erstattet av Ine M. Hansen (overlege Stavanger universitetssykehus) som var eneste nominerte overlege i nettverket. Hun gikk derfor inn i rådet til tross for at Stavanger universitetssykehus allerede hadde et medlem i leder/fagleder Pål S. Lode. Sindre Vevle (Koordinator, miljøterapeut, Sykehuset Vestfold) og Marthe Austvik (ass. enhetsleder, miljøterapeut, Nordlandssykehuset) gikk inn i rådet etter re-nominasjon og gjenvalg.) I etterkant av årsmøtet stilte Tarje Tinderholt (fagutvikler OUS) som rådsleder for en ny periode.

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

KvIP medarbeider Mathea F. Walle gjennomgikk videre undersøkelsen «Rusbehandling i BUP akutt feltet - Innblikk i KvIP enheters perspektiver og erfaringer». Gjennomgangen ble etterfulgt av en diskusjon om hvordan nettverket og enhetene bør forholde seg til forespørsler



om erfaringsdeling fra eksterne. Enhetene beskrev at det generelt er positivt med forespørsler, men at det kan være vanskelig å prioritere å svare.

Thomas Blikshavn, overlege UK Ahus, holdt et innlegg om medikamentassistert avrusning av alvorlig avhengighet av benzodiazepiner.

Det ble også holdt en panelsamtale om avrusning og rushåndtering i BUP akutt arbeid for å videreføre en dialog som ble startet på årsmøtet i 2024, med følgende tema: Hvordan håndtere rusproblematikk hos barn og unge i akutt BUP mens vi venter på avklaring om behandlingstilbud? Samtalen ble ledet av Julie Hodøl, overlege Innlandet sykehus. I panelet satt Thomas Blikshavn (overlege Ahus), Jonas Møller (psykologspesialist Nordlandssykehuset), Marianne Jønsberg (leder Sykehuset Vestfold), Tarje Tinderholt (fagutvikler OUS), Marthe Oldren Smørddal (psykologspesialist St. Olavs).

Samtalen gav inntrykk av at det er stor variasjon mht. henvisning av og erfaring med pasienter i målgruppen, nåværende inntak og samarbeid, og syn på fremtidens spesialiserte rusbehandling. Samtalen pekte på behov for tydelige rammer, tverrfaglig samarbeid og planlagt videre behandling. Flere påpekte at BUP akutt kan bidra i spesifikke situasjoner, men anses ikke egnet som langsiktig løsning for spesialisert rusbehandling.

Marianne Jønsberg, leder Sykehuset i Vestfold, presenterte Helseteam og hvordan dette er implementert i Vestfold. Hun beskrev bakgrunn for, og oppbygging av helseteam ved sykehuset, og fortalte hva helseteam kan gi samt suksesskriteriene for vellykket samarbeid.

Avslutningsvis ble det gjennomført gruppearbeid med drøfting av følgende spørsmål:

- 1) Hvordan foregår samarbeidet mellom deres BUP akutt og barnevernet om barn i institusjon?
- 2) Hvilke erfaringer har dere med helseteam/ etablering av helseteam?
- 3) Hvilken rolle kan helseteam få for samarbeid med barnevernsinstitusjoner, f.eks. mht. spesialisert rusbehandling?

Årsmøtet ble avsluttet med en oppsummering av gruppearbeidet.

Utvikling og forbedring av KvIP

Nettverket og nettverksledelsen forbedret flere samarbeidsprosesser og aktiviteter for å videreutvikle KvIP i 2025:

- System for digital deling og samtidsskriving av besøksrapporter ble etablert for å forebygge deling av konfidensiell informasjon om enhetene via epost og lette skriveprosessen for alle i besøksteamet, også direkte under selve besøksdagen.
- Besøksledersamling ble arrangert, og veiledning ble gitt, 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 ryddet og oppdatert.
- Nettsidene ble flyttet til Ahus.no og oppdatert systematisk for å sikre at alt materiell og nødvendig informasjon til enhver tid var tilgjengelig.


Søknader og prosjekter

Fem prosjekter ble initiert eller videreført i 2025:

- **Prosjektet «Ungdom og pårørende i akuttpsykiatrien: Måling og forbedring av brukererfaringer».** I samarbeid med Mona Haugum v/ Folkehelseinstituttet og Cornelia Wiik v/MHU ble det sendt søknad til Stiftelsen Dam Forskning om midler til å utvikle skjema for innhenting av pasienter og pårørendes erfaringer med akutt døgninnleggelse. KvIPs fagråd stilte som referansegruppe for å sikre at prosjektet fikk relevans for KvIPs enheter. Prosjektet fikk tildeling med planlagt oppstart i 2026.
- **Hovedoppgaveprosjekt om fysiske omgivelser.** I samarbeid med professor Åshild L. Hauge v/ Psykologisk Institutt, UiO ble det jobbet videre med et hovedoppgaveprosjekt hvor studenter utforsker pasienter, pårørende og ansattes erfaringer med en BUP akutt enhets fysiske omgivelser (område 1 av standardene). KvIPs fagråd stilte som referansegruppe for å sikre at prosjektet fikk relevans for KvIPs enheter. KvIP ledelsen (v/ Kari og Mathea) bidrar som biveiledere.
- **Prosjektet «Rom for endring – Utvikling».** I samarbeid med professor II Agnieszka Butwicka v/ FOU Ahus, professor Åshild L. Hauge v/ Psykologisk Institutt v/ UiO, Elin Olsen og Rooy Rodriguez Ramirez v/ Spiseforstyrrelsesforeningen og Dagny Thurmann Moe v/ KOI fargestudio, ble det utviklet en skissesøknad til Stiftelsen Dam Utvikling om å utarbeide en veileder for evidensbasert design for måltidsomgivelser gjennom en oppgradering av to BUP akutte enheter i KvIP nettverket. Søknaden gikk videre med anledning til å sende full søknad.
- **Prosjektet «Rom for endring - Måltidsomgivers betydning for tvang og trygghet i BUP akutt».** I samarbeid med professor II Agnieszka Butwicka v/ FOU Ahus, Åshild L. Hauge v/ Psykologisk Institutt v/ UiO, Elin Olsen og Rooy Rodriguez Ramirez v/ Spiseforstyrrelsesforeningen og Dagny Thurmann Moe v/ KOI fargestudio ble det utarbeidet en skissesøknad til Stiftelsen Dam Forskning om PhD midler til å forske på måltidsomgivers betydning for tvang og trygghet i BUP akutt feltet. KvIPs fagråd stilte som referansegruppe for å sikre at prosjektet fikk relevans for KvIPs enheter.
- **Spørreundersøkelsen «Rusbehandling i BUP akutt feltet - Innblikk i KvIP enheters perspektiver og erfaringer».** I forbindelse med Helse Sør Øst sitt arbeid med å planlegge fremtidens spesialiserte rusbehandling for barn og unge ble det gjennomført en kartlegging av erfaringer og perspektiver på rusbehandling i BUP akutt feltet i KvIP-nettverket. 7 av 17 enheter svarte og erfaringene ble sendt arbeidsgruppen i Helse SØ v/ Ingrid M. Buene. Erfaringene og perspektivene ble hentet inn gjennom en frivillig undersøkelse. Dokumentet vi delte med arbeidsgruppen var ikke ment å være en representativ uttalelse fra KvIP nettverket, men kan forhåpentligvis gi innblikk i mangfoldet av erfaringer og perspektiver, og synliggjøre hva som kan være viktig å drøfte når fremtidens spesialiserte rusbehandling for barn og unge nå planlegges.

Ett prosjekt ble slutført i 2025:

- **Bokprosjekt for barn og unge om tvang, i samarbeid med Nordlandsforskning og Mental Helse Ungdom.** KvIP bidro med bokkapittelet «Om ansattes erfaringer med tvang i barne- og ungdomspsykiatrien». Flere ansatte i KvIP nettverket delte sine erfaringer. Tidligere prosjektmedarbeider i KvIP, Aleksandra E. Isham og Kari E. A.



Lorentzen forfattet kapittelet. Stine Kaasa illustrerte kapittelet og boken. Boken ble lansert v/ Universitetsforlaget 21.10.25.

Formidling, presentasjoner, deltakelse på seminarer og konferanser

- KvIP ble presentert i møter med Socialstyrelsen i Sverige, og i forbindelse med at KvIP tok imot ansatte fra Socialstyrelsen og deres nettverk ved UK Ahus 21.05 - 22.05.25 og OUS 03.06 - 04.06.25.
- ANIMAF – KvIP animasjonsfilmer om barn og unges rettigheter under døgninnleggelse, utarbeidet i samarbeid med Ahus sin eksterne leverandør av prosjekttjenester, Sykehuspartner, er blitt sett mellom 42 og 116 ganger. De mest sette filmene er film 1, «Rett til å bestemme om du skal innlegges», og film 10, «Rett til å klage på andre tvangsvedtak til kontrollkommisjonen».

<https://www.ahus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/akuttnettverket/kvip/kvip-ressursbank/filmer-om-barn-og-unges-rettigheter/>



Ordforklaringer

Selvevaluering: Innebærer at KvIP enhetene gjennomgår og vurderer sin egen oppnåelse på kvalitetsstandardene 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 av 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 akutfunksjonen 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

De 16 enhetene som deltok på KvIP-besøk i 2025 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.

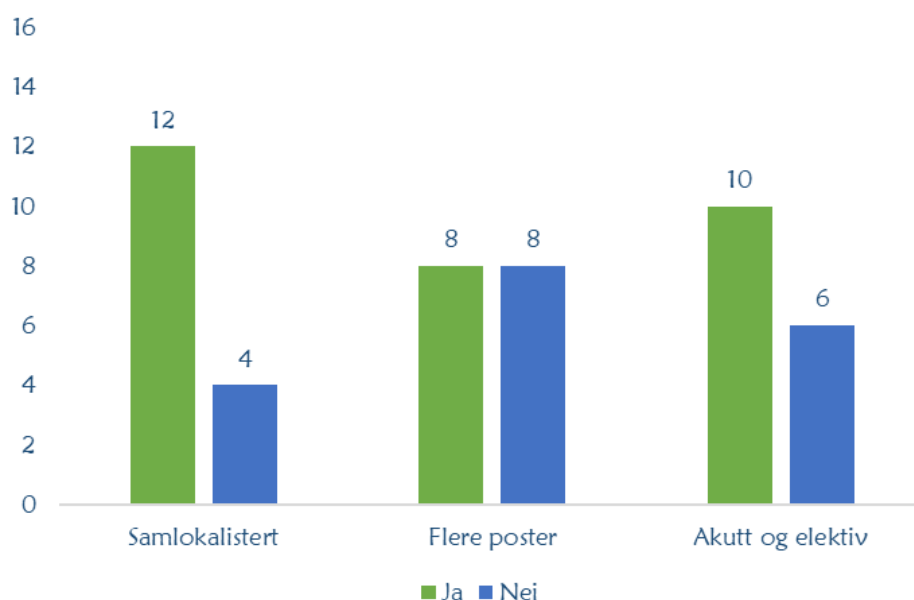
Kapasitet og organisering

I 2025 var gjennomsnittlig antall normerte sengeplasser ved de 16 enhetene 9.6 (median 9; laveste 5; høyeste 23). Seks av enhetene driftet kun akutte sengeplasser, mens resten hadde elektiv eller intermediær funksjon i tillegg til akutt. 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 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 døgneheter for barn og unge i opptaksområdet sitt, mens resten fungerte som eneste døgntilbud 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, noen samarbeidet også med vaktlag fra samlokaliserte enheter. Et flertall 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, unike pasienter, gjennomsnittlig og median liggetid, samt beleggsprosent. Tabellen viser gjennomsnitt, median, laveste/korteste og høyeste/lengste verdi som enhetene har rapportert.

15 enheter rapporterte antall innleggelser ved deres enhet gjennom 12 måneder. Ni enheter rapporterte antall unike pasienter.

14 enheter rapporterte gjennomsnittlig liggetid (som antall dager) ved deres enhet de siste 12 månedene, og 12 enheter rapporterte median liggetid. For flere enheter var gjennomsnittlig liggetid en god del høyere enn medianen. Dette kan tyde på at noen få pasienter med lang liggetid kan ha trukket gjennomsnittet opp. Den vanligste liggetiden ved enhetene (rapportert av 14 enheter) var 1-3 dager.

Ti enheter rapporterte beleggprosent (inkludert permisjoner) for 12 måneder.

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

Tabell 2: Antall innleggelser, unike pasienter, liggetid, og beleggprosent over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Antall innleggelser	123,87	102,00	53,00	208,00
Antall unike pasienter	74,67	66,00	8,00	143,00
Gj.snitt liggetid	11,32	11,00	6,20	22,20
Median liggetid	3,54	3,50	1,05	6,80
Beleggprosent	62,18	63,25	29,20	92,80

Enhetene rapporterte antall innleggelser, liggetid og belegg fra selvvalgt 12-måneders periode før KvIP-besøket. Noen av enhetene oppga tall for hele 2024, mens andre rapporterte for deler av 2024 og deler av 2025. En enhet rapporterte tall for deler av 2023 og 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. Kun seks enheter rapporterte beleggprosent ekskludert permisjoner. Kun en enhet spesifiserte at antall innleggelser er ekskludert reinnleggelser. Noen enheter som består av flere poster / akutt og elektiv funksjon har rapportert innleggelser fra en av postene, andre har ikke spesifisert hvorvidt tallene inkluderer både akutte og elektive innleggelser. Antall unike pasienter er imidlertid lavere enn antall innleggelser for alle enhetene, noe som indikerer at de samme pasientene har vært innlagt flere ganger.

Viktige hendelser og utfordringer

15 enheter rapporterte inn hendelser med vold / trusler / utagering, 12 rapporterte AML (arbeidsmiljøloven)-brudd og 13 rapporterte personellskade gjennom 12 måneder. Et par enheter beskrev at vold, trusler og utagering og personellskade er underrapportert. 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	30,43	22,00	0,00	79,00
AML-brudd	349,08	232,50	28,00	1448,00
Personellskade	17,92	7,00	0,00	103,00

Av andre viktige eller alvorlige hendelser som kan ha påvirket driften nevnte enhetene utfordringer knyttet til pasienter med høyt voldspotensiale og utagering, manglende eller ustabil bemanning, begrenset tilgang til fagkompetanse, samt mange barn og unge innlagte med alvorlig sykdom og hyppige innleggelseser.

Tvangsvedtak

Alle 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. Særlig er vedtak om kortvarig fastholding, ofte knyttet til sondeernæring, fordelt på et mindre antall unike pasienter.

Tabell 4: Antall tvangsvedtak over 12 måneder

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Tvang.innl. § 3-2	9,81	8,00	0,00	37,00
Tvang.innl. § 3-3	6,94	5,50	0,00	21,00
Skjerm. § 4-3	8,38	6,50	0,00	27,00
Ernæring § 4-4	8,81	5,00	0,00	34,00
Legemidl. § 4-4	2,25	1,00	0,00	8,00
Inskrenk. §4-5	0,81	0,00	0,00	3,00
Visitasjon § 4-6	1,80	1,00	0,00	6,00
Rus.test § 4-7a	0,00	0,00	0,00	0,00
Mek. tvang § 4-8a	9,13	1,00	0,00	113,00
Isolasjon § 4-8b	52,75	0,00	0,00	729,00
Kort. legemidl. § 4-8c	1,75	0,00	0,00	18,00
Kort fasth. § 4-8d	179,69	82,00	0,00	768,00

Det var stor variasjon i antall tvangsvedtak for flere av vedtakskategoriene. Dette reflekterer 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. Først beregnes tvangsvedtak korrigert for sengeplasser for hver enhet ved å dele antall vedtak på antall sengeplasser. Deretter beregnes gjennomsnitt, median, laveste og høyeste antall tvangsvedtak basert på disse korrigerede tallene.

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

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Tvang.innl. § 3-2	1,01	0,83	0,00	3,08
Tvang.innl. § 3-3	0,76	0,55	0,00	2,50
Skjerm. § 4-3	0,90	0,70	0,00	2,67
Ernæring § 4-4	0,83	0,68	0,00	2,67
Legemidl. § 4-4	0,27	0,10	0,00	1,20
Inskrenk. §4-5	0,11	0,00	0,00	0,60
Visitasjon § 4-6	0,20	0,13	0,00	0,75
Rus.test § 4-7a	0,00	0,00	0,00	0,00
Mek. tvang § 4-8a	1,65	0,12	0,00	22,60
Isolasjon § 4-8b	6,30	0,00	0,00	91,13
Kort. legemidl. § 4-8c	0,22	0,00	0,00	2,25
Kort fasth. § 4-8d	19,79	6,85	0,00	96,00

Bemanning

Tabell 6 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall årsverk for stillingskategorier. Alle enhetene rapporterte antall årsverk for de ulike stillingene.

Tallene tyder på en del variasjon i bemanning mellom enhetene. Noen enheter hadde to fagutviklere ved enheten, mens andre hadde fagutvikler fordelt på andre stillinger eller ingen. Noen enheter beskrev vansker med rekruttering av f.eks. LIS-lege. Videre hadde noen enheter sykepleiere og vernepleiere i videreutdanning.

Utover stillingskategoriene i tabellen under var det variasjon i antall administrativt ansatte på enhetene. Noen enheter hadde en eller flere administrativt 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 en terapihund. 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	2,06	2,00	1,00	6,00
Fagutvikler	0,76	1,00	0,00	2,00
Psykolog	1,24	1,00	0,00	3,00
Psykologspesialist	1,68	1,45	0,00	4,00
Barne- og ungdomspsykiater	2,09	2,00	1,00	3,00
Lege/LIS	1,50	1,50	0,00	3,00
Miljøpersonell m/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	6,14	6,00	3,00	10,80
Vernepleier	1,91	2,00	0,00	4,00
Barnevernspedagog	1,61	1,00	0,00	5,00
Andre	1,82	1,26	0,00	5,00
Miljøpersonell u/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	5,80	5,00	1,00	13,00
Vernepleier	2,67	2,00	0,00	8,00
Barnevernspedagog	3,12	1,31	0,00	13,60
Andre	3,87	3,20	1,00	12,00

Tabell 7 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste antall årsverk for stillingskategorier, korrigert for antall sengeplasser på enheten. Først beregnes antall årsverk per en sengeplass ved å dele antall årsverk på antall sengeplasser på enheten. Deretter beregnes gjennomsnitt, median, laveste og høyeste antall årsverk basert på disse korrigerede tallene. Vi oppgir antall årsverk korrigert for sengeplasser for å kunne sammenligne egen ansattdekning med andre enheter med ulikt antall senger. Alle enhetene rapporterte antall årsverk for de ulike stillingene.

Tabell 7: Antall årsverk per stillingskategori per sengeplass

Stilling	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Ledelse	0,24	0,25	0,07	0,43
Fagutvikler	0,06	0,05	0,00	0,20
Psykolog	0,15	0,15	0,00	0,50
Psykologspesialist	0,19	0,18	0,00	0,38
Barne- og ungdomspsykiater	0,26	0,25	0,07	0,60
Lege/LIS	0,19	0,17	0,00	0,60
Miljøpersonell m/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	0,77	0,79	0,25	2,11
Vernepleier	0,24	0,17	0,00	0,67
Barnevernspedagog	0,21	0,15	0,00	0,80
Andre	0,21	0,17	0,00	0,63
Miljøpersonell u/ videreutdanning i psykisk helse				
Sykepleier	0,62	0,68	0,07	1,30
Vernepleier	0,25	0,18	0,00	0,70
Barnevernspedagog	0,32	0,24	0,00	0,97
Andre	0,41	0,32	0,00	1,00


Tabell 8 viser gjennomsnittlig, median, laveste og høyeste bemanningsfaktor (antall miljøpersonell per én sengeplass) på ulike vaktlag ved enhetene (eks. dag ukedag, kveld ukedag, m.m.). Det var nokså stor variasjon i bemanningsfaktoren ved de ulike enhetene. Noen enheter rapporterte også mellom-vakter eller økt bemanning på enkelte dager.

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

	Gj.snitt	Median	Laveste	Høyeste
Dag ukedag	0,77	0,80	0,29	1,17
Kveld ukedag	0,70	0,75	0,29	1,00
Natt ukedag	0,34	0,32	0,17	0,60
Dag helg	0,52	0,50	0,29	1,00
Kveld helg	0,53	0,50	0,29	1,00
Natt helg	0,33	0,33	0,20	0,60

Enhetenes forbedringsarbeid

Enhetenes fokusområder for forbedringsarbeid i 2025 var knyttet til pasientbehandling, implementering av tvang-, vold- og selvmordsforebyggende tiltak, ivaretagelse av ansatte, samarbeid internt og eksternt, implementering av tekniske løsninger, og utbedring av fysiske omgivelser, informasjon, rutiner og struktur. Utfordringer for forbedringsarbeidet var mangel på tid og økonomi; planleggings- og koordineringsutfordringer; utfordrende pasientforløp; lokale omorganiseringer; nye, for få eller fraværende ansatte; og lav grunnbemanning.



Ti enheter hadde planer for nybygging, ombygging, flytting, sammenslåing eller annen forbedring knyttet til bygg.

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 området miljø og fasiliteter innebar utbedring av inn klima (luft, temperatur), lyd- og lysforhold, uteområder (f.eks. tilgang til og bruk av hage), skjermingsenhet, hobbyrom, innredning (f.eks. mer ungdomsvennlig interiør), og fokus på å balansere ivaretagelse av sikkerhet med at enheten er innbydende og koselig. Hindringer for forbedringsarbeidet var begrenset tid, økonomi og personell, samt fysiske begrensninger.

2) Bemanning og opplæring

Enhetenes forbedringsarbeid knyttet til bemanning og opplæring inkluderte fokus på tilstrekkelig bemanning; opplæring av ansatte og nyansatte; veiledning, internundervisning og simulering; kompetanseplaner; arbeidsmiljø; medarbeidersamtaler og avslutningssamtaler. Opplæring og kompetanseheving knyttet til familiebasert terapi, spiseforstyrrelsesbehandling, psykose, rus, voldsriskoutredning og -håndtering (HCR20, ERM), MAP (Møte med Aggresjonsproblematikk) og selvmordsforebygging (SIMPLE) ble gjennomført. Hindringer som ble beskrevet var blant annet tid, økonomi, rekrutteringsvansker, manglende involvering fra ledelse og lederstøtte, sykefravær og manglende struktur for opplæring.

3) Innleggelse og utskrivelse

Enhetenes forbedringsarbeid knyttet til innleggelse og utskrivelse omfattet tiltak for bedre pasientforløp, flyt og samhandling med poliklinikker, somatiske avdelinger, ARA, barnevern, FACT Ung og voksenpsykiatri. Flere jobbet med forbedring av elektive innleggelser, forvern, planlagt utskrivelse, samt fraser og sjekklister for innkomst og utskrivelse. Arbeid med skriftlig informasjon til pasienter og pårørende, brukermedvirkning og evaluering, samt systematisering av voldsriskokartlegging (V-Risk-Y), etablering av helseteam og elektronisk registrering i Checkware ble beskrevet. Hindringer inkluderte manglende tilbud ved utskrivelse (eks. i barnevern, kommune), uklarheter rundt ansvar for rusavgiftning, rekrutteringsutfordringer, fravær og utskiftninger i behandlerstillinger, begrenset tid og pågående omstillinger.

4) Behandling og omsorg

Enhetenes forbedringsarbeid innen behandling og omsorg omfattet ruskartlegging og oppfølging (f.eks. basisforløp for medisinsk avrusning), bruk av individuell plan (IP) og behandlingsplan, innhenting av pasienttilbakemeldinger, veiledning og tiltak for redusert tvangsbruk. Enhetene beskrev arbeid med etablering av felles miljøterapeutisk metode og begrepsforståelse, DBT-team, sikkerhetsinstruks, TPH/MAP, pårørendearbeid, og turgruppe; implementering av Ullevålsmodellen, VR-simulering, V-Risk-Y, SIMPLE, Blakstadmodellen og Recovery; samt forbedret møttestruktur. Hindringer for forbedringsarbeidet var blant annet høyt belegg, økonomi, omstillingsprosesser, lite erfaring med rus, fravær hos ledelse og behandlere, og ulik forståelse i ansattgruppen.

5) Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Forbedringsarbeid knyttet til informasjon, samtykke og taushetsplikt inkluderte utarbeiding og oppdatering av tilrettelagt, skriftlig, enhetlig og digital informasjon til pasienter, pårørende og ansatte i andre instanser, f.eks. informasjon om behandling, planer, medikamenter og vurdering. Det var også fokus på taushetsplikt, utforming og dokumentering av samtykke, oppdatering av hjemmeside, og sikring av tilstrekkelig informasjon til pasienter og pårørende. Hindringer som ble beskrevet var mangel på tid og kapasitet, utfordringer med implementering, manglende systemer for informasjon, motstand fra pasienter og press om informasjon fra pårørende, fravær og utskifting av personell.

6) Rettigheter og lovverk

Enhetenes forbedringsarbeid innenfor området rettigheter og lovverk omfattet oppdatering og formidling av informasjon om rettigheter og klageadgang til ulike instanser og lovverk, internundervisning og opplæring for ansatte, utarbeiding av felles retningslinjer, samarbeid med politi og barne- og familietjenesten, samt fokus på lovens gråsoner. Hindringer var omstillingsprosesser, tidsbegrensninger, ulike tolkninger av loven, samt utfordringer med å forholde seg til andre instansers lovverk.

7) Klinisk virksomhetsstyring

Enhetenes forbedringsarbeid innenfor klinisk virksomhetsstyring inkluderte digital innhenting av pasienterfaringer (f.eks. PasOpp); gjennomgang av vedtaksbruk; bruk av behandlingsplan; implementering av DIPS Arena; utarbeidelse av retningslinjer for samarbeid, håndtering av rusmiddelbruk og ruset person, og pasienter over 18 år; gjennomgang av rutiner og prosedyrer; samarbeid med poliklinikk, barnevern, kommune og ARA; samt arbeid med å engasjere alle ansatte i KvIP-arbeidet. Spesifikke hindringer for dette området var høyt pasientbelegg; travelhet og omorganisering; samt tap av, og mangel på, funksjoner; kommunikasjonsvansker; samt begrenset tid og ressurser.

Avsluttende kommentarer om BUP akutte enheters likheter og forskjeller

Det BUP akutte feltet er et svært variert og mangfoldig felt. Gjennomgangen av opplysningene som enhetene har rapportert for 2025 viser at det er ulikheter i kapasitet, organisering og bemanning, og at enhetene har hatt ulike fokus for forbedringsarbeidet gjennom året. Dette kan gjøre det vanskelig å sammenlikne enhetene direkte med hverandre. Flere enheter hadde likevel overlappende fokus for forbedringsarbeidet, slik som vold- og selvmordsforebyggende tiltak, eksternt samarbeid, og informasjon- og informasjonsmateriell til pasienter og pårørende. Flere tema gikk også igjen på KvIP-besøk, slik som rushåndtering, langvarige og krevende pasientforløp, innføring av Ullevålsmodellen, pårørendearbeid og -involvering, samt miljøterapeutisk arbeid. Enhetene beskriver også lignende utfordringer, slik som begrensninger i tid og økonomi, utfordringer knyttet til bemanning og krevende pasientforløp. I tillegg ser det ut til at den iboende uforutsigbarheten i akuttarbeidet kan skape utfordringer med planlegging og prioritering av forbedringsarbeid. Dette understreker betydningen av å kunne møtes i felles erfaringsutveksling, refleksjon og problemløsning på tvers av enheter gjennom KvIP-arbeidet.

Oversikt over standardsettet 2025

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 derfor et bilde av hvordan de ligger an i forhold til de gjeldende standardene det året.

I 2025 bestod standardsettet av totalt 228 standarder. Det var 168 standarder på nivå 1 (likt som i 2024), 48 standarder på nivå 2 (sammenlignet med 47 i 2024) og 12 standarder på nivå 3 (likt som i 2024). Tabell 9 viser antall standarder på hvert standardområde og nivå i 2025.

Tabell 9: Antall standarder fordelt på område og nivå i 2025

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Totalt
1 Miljø og fasiliteter	32	14	1	47
2 Bemanning og opplæring	37	17	5	59
3 Innleggelse og utskrivelse	18	3	0	21
4 Behandling og omsorg	15	4	1	20
5 Informasjon, samtykke og taushetsplikt	17	2	4	23
6 Rettigheter og lovverk	11	1	0	12
7 Klinisk virksomhetsstyring	38	7	1	46
Totalt	168	48	12	228

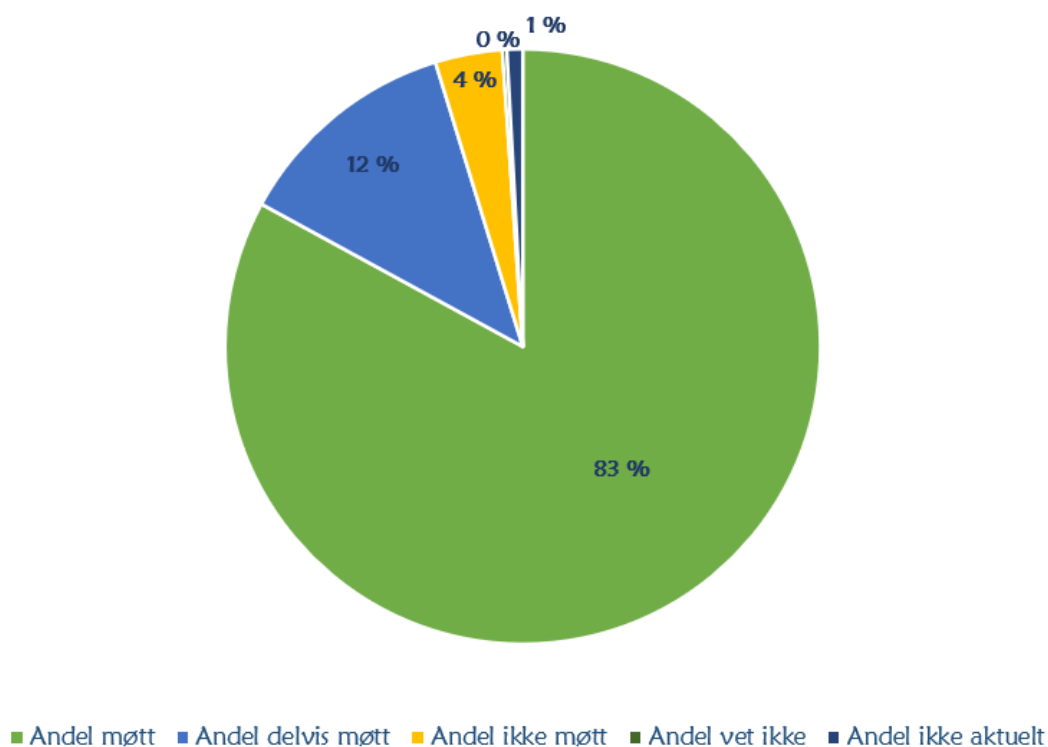
Resultater 2025

Nettverkets totale standardoppnåelse 2025

Diagram 3 viser KvIP-nettverkets standardoppnåelse totalt sett (alle nivå og områder) i 2025. Enhetene skåret 83% av standardene som «møtt» (mot 82% i 2024), 12% som «delvis møtt» (mot 13% i 2024) og 4% som «ikke møtt» (samme som i 2024). I tillegg ble 1% av standardene skåret «ikke aktuelt» (samme som i 2024), og 0% av standardene ble skåret «vet ikke» (samme som i 2024).

For en oversikt over nettverkets oppnåelse innenfor hvert standardområde, se Vedlegg 3, Nettverkets standardoppnåelse for hvert område.

Diagram 3: Samlet oppnåelse for alle standarder i 2025



Oppsummering total standardoppnåelse

Andel standarder skåret som «møtt», «delvis møtt», «vet ikke» og «ikke aktuelt» var tilnærmet lik i 2025 som i 2024. Standardoppnåelsen hadde gått opp 1 % for standarder skåret «møtt», og ned 1 % for standarder skåret «delvis møtt», sammenlignet med 2024. Den totale standardoppnåelsen for 2025 indikerer at enhetene klarer å holde tritt med endringer i krav og føringer og holder en stabil god måloppnåelse.

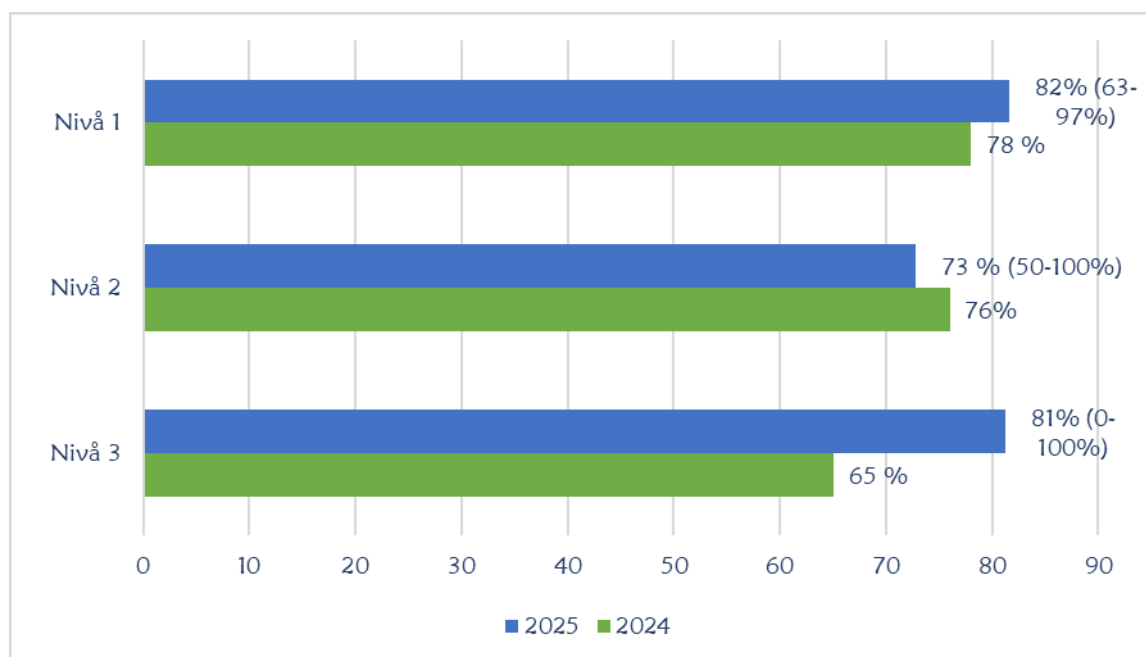
Standardoppnåelse innenfor hvert standardområde i 2025

I avsnittene under presenteres gjennomsnittlig prosentandel av alle standarder innenfor hvert standardområde som ble skåret «møtt» på tvers av enhetene i 2025 sammenliknet med 2024. I tillegg oppgis laveste og høyeste andel av alle standardene som er skåret «møtt» innenfor hvert område i parentes. Den laveste verdien tilsvarer andel møtte standarder hos den enheten i KvIP med lavest oppnåelse og den høyeste verdien tilsvarer andel møtte standarder hos den enheten i KvIP med høyest oppnåelse. Videre rapporteres standarder som ble møtt av alle enhetene, og standarder som kun ble delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter i 2025.

Område 1: Miljø og fasiliteter

På området «Miljø og fasiliteter» var det 32 nivå 1-standarder, 14 nivå 2-standarder, og én nivå 3-standard. Diagram 4 viser prosentandelen av alle standarder innenfor området «Miljø og fasiliteter» som ble skåret «møtt» av enhetene i 2025 sammenliknet med 2024, for hvert nivå. Skåren for enheten med laveste og enheten med høyeste oppnåelse i 2025 er oppgitt i parentes. Enhetene hadde for de viktigste standardene (nivå 1) en gjennomsnittlig standardoppnåelse på 82% i 2025, som var noe høyere enn i 2024 (78%).

Diagram 4: Prosentandel møtte standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» i 2025 sammenliknet med 2024



Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 10 viser standardene på området «Miljø og fasiliteter» som ble skåret «møtt» av alle enhetene i 2025. Syv av de 32 viktigste standardene (nivå 1) på dette området ble møtt av alle enhetene.

Tabell 10: Standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» møtt av alle enheter i 2025

Nivå	Standard
1	1.1.2 Det er mulig å kjøre helt frem til inngangen i en akutt situasjon.
1	1.1.17 Enheten har egne lokaler i nærheten som er egnet og utstyrt for å ivareta pasientenes undervisningsløp.
1	1.1.18 Det finnes skjermingsrom.
1	1.1.28 Enheten kan tilby overnatting for minimum én pårørende for alle under 18 år.
1	1.2.2 Pasienter kan bruke (evt. låne) telefon, sende og motta brev og pakker.
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 2025. Seks av de 32 viktigste standardene (nivå 1) ble bare skåret som «delvis møtt», og en nivå 1-standard ble bare skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter. Seks nivå 2-standarder ble skåret delvis eller ikke møtt av fem eller flere enheter.

Tabell 11: Standarder innenfor «Miljø og fasiliteter» skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2025

Nivå	Standard
1	1.1.1 Inngangen er tydelig merket - det er lett å finne frem. (Delvis møtt)
2	1.1.5 Enheten har tiltak for bærekraft og miljøhensyn slik som tiltak for energieffektivisering, reduksjon av matsvinn, grønn innkjøpspraksis, kildesortering, gjenbruk, miljøvennlig byggdrift. (Delvis møtt)
2	1.1.10 Temperaturen i pasientrom kan reguleres. (Delvis møtt)
1	1.1.16 Det finnes tilstrekkelig egnede rom for måltider som også egner seg for måltidsstøtte. (Delvis møtt)
1	1.1.19 Det finnes skjermingsrom med mulighet for observasjon av hele rommet. (Delvis møtt)
1	1.1.20 Det finnes skjermingsrom med god ventilasjon uten støy. (Delvis møtt)
1	1.1.22 Det finnes skjermingsrom uten risikoelementer for pasientene og ansatte. (Delvis møtt)
1	1.1.24 Det finnes skjermingsrom som er tilfredsstillende isolert. (Ikke møtt)
1	1.2.1 Enheten har besøksrom (og oppholdsrom for pårørende), og dette er familievennlig med bl.a. leker. (Delvis møtt)
2	1.3.2 Det er gode siktlinjer i enheten og lett å ha oversikt. (Delvis møtt)
2	1.3.4 Det er dokumentert at brannforskrifter følges med regelmessige brannøvelser, inkl. evakuering én gang årlig. (Delvis møtt 4/ikke møtt 1)
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 3, ikke møtt 2)
2	1.5.1 Brukermedvirkning benyttes når det gjøres endringer i enhetens fysiske miljø og fasiliteter på pasientrom og i fellesarealer. (Delvis møtt 4, ikke møtt 2)

Oppsummering standardoppnåelse område 1: Miljø og fasiliteter

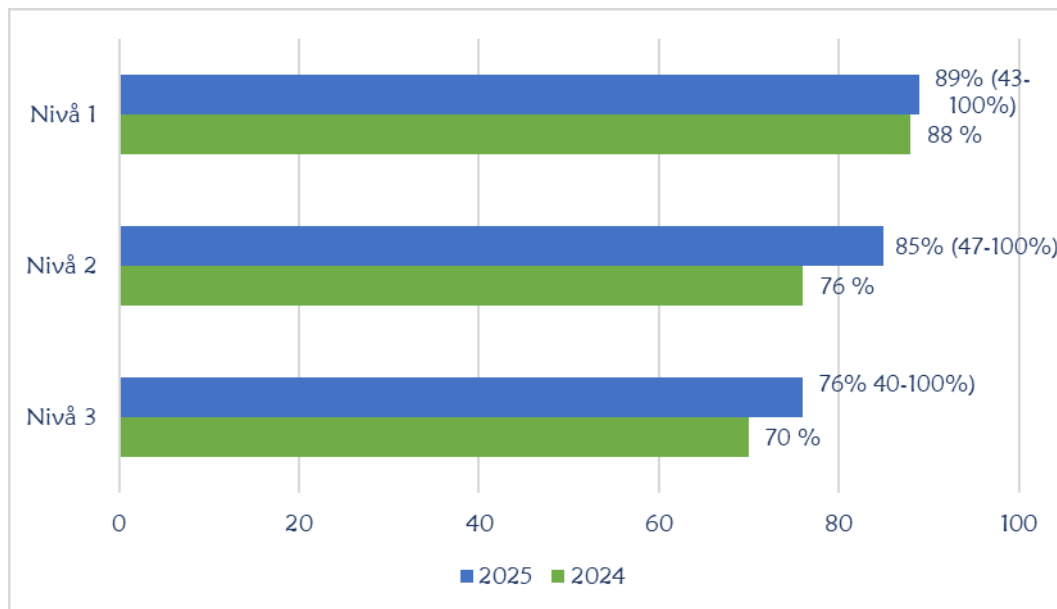
Standardoppnåelsen innenfor området «Miljø og fasiliteter» var noe høyere i 2025 enn i 2024 for nivå 1 og nivå 3, og noe lavere for nivå 2. Noen av standardene ble møtt av alle enhetene. Dette var både standarder knyttet til hensiktsmessige lokaler, samt pasienters rettigheter og verdighet. Det var imidlertid en god del av de viktigste standardene (nivå 1) som omhandler hensiktsmessige lokaler som bare ble skåret som delvis møtt eller ikke møtt av fem eller flere enheter. Slik var det også i 2024, som indikerer at noen av standardene som omhandler hensiktsmessige lokaler kan være vanskelig å oppfylle for flere enheter. Dette kan kanskje knyttes til at noen av disse forholdene krever endringer som ligger utenfor enhetenes kontroll.

Område 2: Bemanning og opplæring

På området «Bemanning og opplæring» var det 37 standarder på nivå 1, 17 standarder på nivå 2 og fem standarder på nivå 3 i 2025. Diagram 5 viser prosentandel standarder innenfor området «Bemanning og opplæring» som ble skåret «møtt» i 2025 sammenliknet med 2024, for hvert nivå. Skåren for enheten med laveste og enheten med høyeste oppnåelse i 2025 er

oppgitt i parentes. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) var på 89% i 2025 og dermed marginalt høyere enn i 2024 (88%).

Diagram 5: Prosentandel møtte standarder innenfor «Bemanning og opplæring» i 2025 sammenliknet med 2024



Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 12 viser standardene på området «Bemanning og opplæring» som ble møtt av alle enhetene i 2025. Ni av totalt 37 nivå 1-standarder ble oppnådd av alle enhetene. I tillegg ble to av 17 nivå 2-standarder, og en av fem nivå 3-standarder oppnådd av alle enhetene.

Tabell 12: Standarder innenfor «Bemanning og opplæring» møtt av alle enheter i 2025

Nivå	Standard
1	2.1.2 Nattevaktdekning er minimum tre ansatte per ti senger. Det må være minimum to våkne nattevakter.
1	2.1.3 Ansvarshavende miljøterapeut kan (i leders fravær) innkalle ekstra ressurser for å sikre forsvarlig drift.
1	2.1.5 Alle ekstravakter får opplæringsvakter.
1	2.2.4 Enheten har minimum én overlegespesialist i barne- og ungdomspsykiatri.
1	2.2.15 Det er øremerket tid til vaktskifter, for eksempel 30 min.
1	2.2.16 Alle kliniske ansatte får adgang til felles elektronisk pasientjournal.
1	2.4.1 Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i vurdering av suicidalitet (selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord) som ledd i den helhetlige vurderingen ved innleggelse og underveis i oppfølgingen.
1	2.4.14 Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i bruker- og pårørendemedvirkning, inkludert barn/søsken som pårørende.
2	2.5.4 Lege i spesialisering (LIS) får avsatt tid til fordypning i sin arbeidsplan.
2	2.6.2 Ansatte i utdanningsstillinger får dekket sine krav om opplæring og veiledning.
1	2.7.1 Alle ansatte som deltar i pasientbehandling blir sjekket opp mot autorisasjon i helseregister og har framvist gyldig politiattest før oppstart.
3	2.7.4 Ledige stillinger lyses ut både eksternt og internt.

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

Tabell 13 viser standardene innenfor området «Bemanning og opplæring» som ble skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2025. Tre av de 37 viktigste standardene (nivå 1), to av 17 standarder på nivå 2, og en av fem standarder på nivå 3 ble skåret som «delvis møtt» eller «ikke møtt» av fem eller flere enheter.

Tabell 13: Standarder innenfor «Bemanning og opplæring» skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2025

Nivå	Standard
3	2.1.12 Enheten har tilstrekkelig tilgang på klinisk ernæringsfysiolog. (Delvis møtt)
2	2.2.12 Det er oppdaterte funksjonsbeskrivelse for alle stillinger. (Delvis møtt)
1	2.4.3 Enheten har planer, rutiner eller prosedyrer som sikrer at ansatte får opplæring i vurdering av om rus utgjør en risiko og kan påvirke behandlingen, som ledd i den helhetlige vurderingen ved innleggelse og underveis i oppfølgingen. (Delvis møtt)
1	2.6.1 Alt klinisk personell har tilgang på veiledning og/ eller simulering - minst én g i mnd i to timer per gang. (Delvis møtt)
2	2.7.2 I forbindelse med langtidsfravær eller svangerskapspermisjon handler ledelsen raskt for å sikre vikar. (Delvis møtt 4, ikke møtt 1)
1	2.7.3 Ved avslutning av arbeidsforhold gjennomfører ledelsen en avsluttende samtale med vedkommende, og feedback gis til overordnede ledelse. (Delvis møtt)

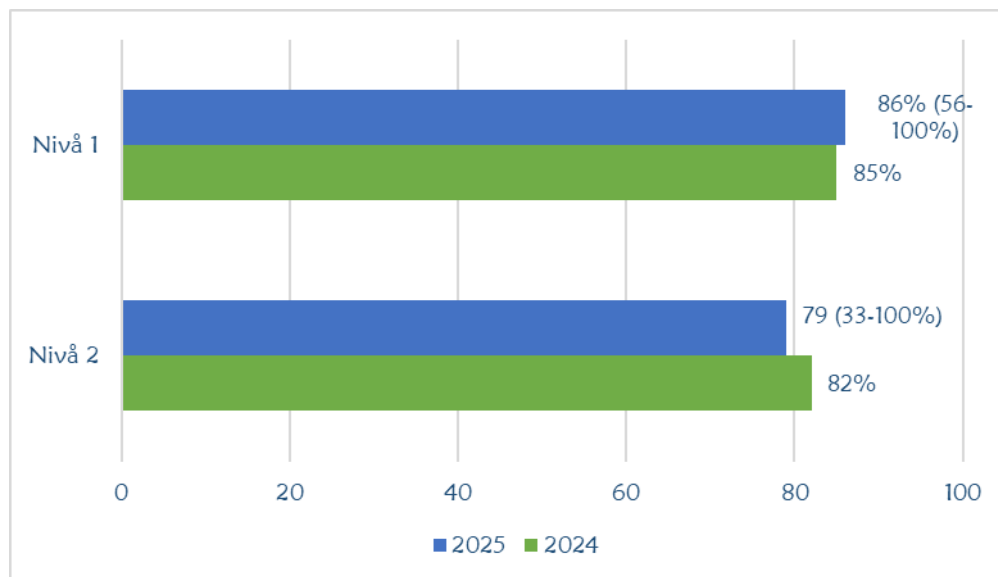
Oppsummering standardoppnåelse område 2: Bemanning og opplæring

Standardoppnåelsen innenfor området «Bemanning og opplæring» var noe høyere i 2025 enn i 2024 for alle nivåer. Flere av de viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enheter. Dette var særlig standarder knyttet til flerfaglig samarbeid og bemanningsnormer, men også opplæring og kompetanseheving. Det var imidlertid noen standarder som bare ble skåret som delvis møtt av fem eller flere enheter, knyttet til ulike tema innenfor området, som flerfaglig samarbeid, rekruttering og veiledning, samt planer, rutiner eller prosedyrer knyttet til opplæring. Noen forhold knyttet til bemanning og opplæring kan derfor se ut til å være utfordrende for enhetene å oppnå.

Område 3: Innleggelse og utskrivelse

På området «Innleggelse og utskrivelse» var det 18 nivå 1-standarder, tre nivå 2-standarder og ingen nivå 3-standarder i 2025. Diagram 6 viser standardoppnåelsen for området «Innleggelse og utskrivelse» i 2025 sammenliknet med 2024, for hvert nivå. Skåren for enheten med laveste og enheten med høyeste oppnåelse i 2025 er oppgitt i parentes. Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) var på 86% i 2025, og dermed noe høyere enn i 2024 (85%).

Diagram 6: Prosentandel møtte standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» i 2025 sammenliknet med 2024



Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 14 viser standardene innenfor området «Innleggelse og utskrivelse» som ble skåret møtt av alle enhetene i 2025. Fire av de 18 viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene.

Tabell 14: Standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» møtt av alle enheter i 2025

Nivå	Standard
1	3.1.5 Ved slutten av vurderingssamtale er hensikten med innleggelsen forklart til pasienten og pårørende.
1	3.1.7 Det er etablert rutiner for vaktskifter, slik at vaktlaget er forsvarlig oppdatert når de overtar ansvaret.
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	3.4.8 Epikrisen inneholder aktuell medisiner og indikasjon og fremtidig forventning om behov for medisiner.

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

Tabell 15 viser standardene på området «Innleggelse og utskrivelse» som ble skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2025. En av de 18 viktigste standardene (nivå 1) og en av tre standarder på nivå 2 ble skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2025.

Tabell 15: Standarder innenfor «Innleggelse og utskrivelse» skåret «delvis møtt» i 2025

Nivå	Standard
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)

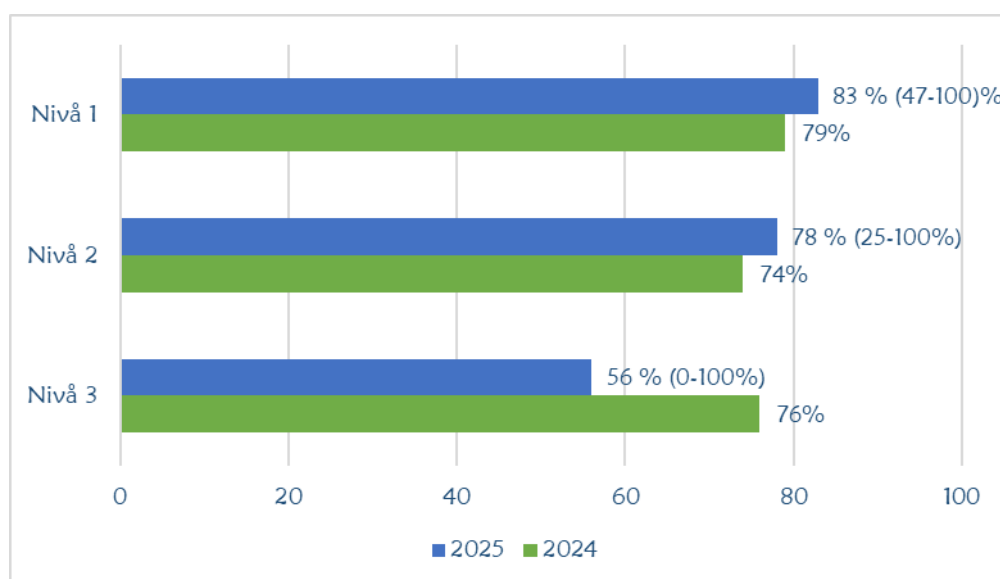
Oppsummering standardoppnåelse område 3: Innleggelse og utskrivelse

På området «Innleggelse og utskrivelse» var standardoppnåelsen i 2025 tilnærmet lik for nivå 1, og noe lavere for nivå 2, sammenliknet med 2024. Noen av de viktigste standardene (nivå 1) ble møtt av alle enhetene. Dette var standarder som omhandler innleggelse, involvering av familie og pårørende, og utskrivelse. Ingen standarder på dette området ble skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter. To standarder ble imidlertid bare skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Disse standardene omhandler involvering og støtte til bruker og pårørende, og peker seg derfor ut som et felles forbedringsområde for noen av enhetene.

Område 4: Behandling og omsorg

På området «Behandling og omsorg» var det 15 standarder på nivå 1, fire standarder på nivå 2, og en standard på nivå 3 i 2025. Diagram 7 viser prosentandel møtte standarder innenfor området «Behandling og omsorg» i 2025 sammenliknet med 2024, for hvert nivå. Skåren for enheten med laveste og enheten med høyeste oppnåelse i 2025 er oppgitt i parentes. Standardoppnåelsen var noe høyere for nivå 1, med 83 % i 2025 mot 79% i 2024.

Diagram 7: Prosentandel møtte standarder innenfor «Behandling og omsorg» i 2025 sammenliknet med 2024



Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 16 viser standardene som alle enhetene oppnådde i 2025. Fire av de 15 viktigste standardene (nivå 1), og en av fire nivå 2-standarder ble møtt av alle enhetene.

Tabell 16: Standarder innenfor «Behandling og omsorg» møtt av alle enheter i 2025

Nivå	Standard
1	4.1.1 Vold, rus og suicidalitet (selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord) vurderes ved innleggelse, under oppfølging og ved utskrivelse.
2	4.3.2 Pasientene har mulighet til daglig fysisk aktivitet avhengig av tilstand.
1	4.5.2 Pasientene kan følge sin videregående opplæring. Det ordnes i samarbeid med elevens skole, for eksempel: spesifikke lærebøker, interaktivt utstyr og lignende.
1	4.5.3 Lærerne kartlegger hver pasients opplæringsbehov og lager en opplæringsplan i samarbeid med hjemskolen. Aktuelle momenter tas med i Individuell Plan der dette er opprettet.
1	4.5.8 Pasienter kan gjennomføre eksamener på enheten.

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

Tabell 17 viser standardene på området «Behandling og omsorg» som ble skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» eller av fem eller flere enheter i 2025. Fire av de 15 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret som «delvis møtt» eller «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2025. I tillegg ble den ene nivå 3-standard bare skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Ingen standarder innenfor «Behandling og omsorg» ble bare skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2025.

Tabell 17: Standarder innenfor «Behandling og omsorg» skåret «delvis møtt» i 2025

Nivå	Standard
1	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 4, ikke møtt 1)
1	4.4.1 Alle pasienter vurderes ift. behov om IP og vurderingen er journalført. Konklusjoner og oppdatering av status i IP inkluderes i epikrisen, inkludert ansvar for tiltak. Vurderingen skjer i samarbeid med pasienten og oppfølgende instans. (Delvis møtt)
1	4.4.2 Det lages behandlingsplaner i samarbeid med pasienten og hvis mulig med pårørende. Hvis det ikke skjer i samarbeid med pasienter eller pårørende er grunnen journalført. (Delvis møtt)
1	4.4.4 Pasientene får kopi av planene (oppdatert IP hvis laget, behandlingsplan, sikkerhetsplan/kriseplan og evt. mestringsplan). (Delvis møtt 4, ikke møtt 1)
3	4.4.5 Pårørende og pasienter blir informert om mulighet for å ha med bistand / støtteperson i møter. Enheten tilrettelegger for dette. (Delvis møtt)

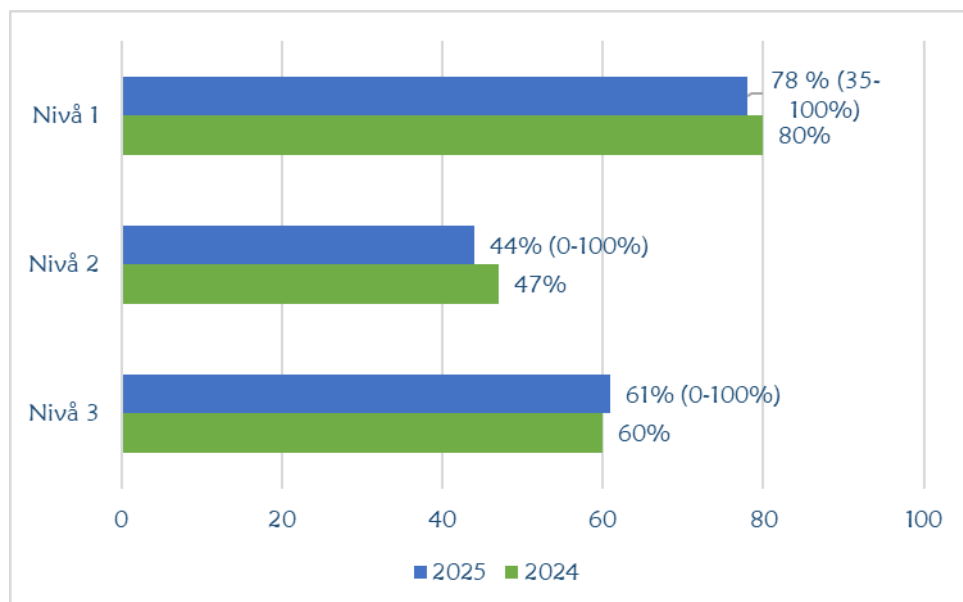
Oppsummering standardoppnåelse område 4: Behandling og omsorg

Standardoppnåelsen på området «Behandling og omsorg» var noe høyere i 2025 enn i 2024 for nivå 1- og nivå 2-standardene, og lavere for nivå 3-standardene. Noen standarder på området ble møtt av alle enhetene, disse omhandlet særlig skolegang ved opphold over tid. Noen standarder ble skåret som «delvis møtt»/ «ikke 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 planer for behandling og omsorg kan være utfordrende å oppnå for en del enheter. Ingen standarder ble bare skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter.

Område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

På området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» var det 17 standarder på nivå 1, to standarder på nivå 2 og fire standarder på nivå 3 i 2025. Diagram 8 viser prosentandel standarder som ble skåret «møtt» på området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» i 2025 sammenliknet med 2024, for hvert nivå. Skåren for enheten med laveste og enheten med høyeste oppnåelse i 2025 er oppgitt i parentes. Standardoppnåelsen var noe lavere i 2025 for de viktigste standardene, med 78% i 2025 mot 80% i 2024.

Diagram 8: Prosentandel møtte standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» i 2025 sammenliknet med 2024



Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 18 viser standardene innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» som ble møtt av alle enhetene i 2025. Tre av de 17 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 2025

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	5.4.6 Når pasientene ikke er samtykkekompetente blir pårørende sine synspunkter innhentet, notert og ivaretatt i tråd med lovverket.

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 som «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2025. Av 17 nivå 1-standarder ble fire standarder bare skåret som «delvis møtt», og en standard ble skåret delvis/ikke møtt av fem eller flere enheter. I tillegg ble en av to nivå 2-standarder bare skåret som «ikke møtt», og en nivå 2-standard ble skåret som delvis/ikke møtt av fem eller flere enheter. To av fire nivå 3-standarder ble bare skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter.

Tabell 19: Standarder innenfor «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» i 2025

Nivå	Standard
1	5.1.2 På nettsiden til enheten står det telefonnummer til forløpskoordinatorerne for de ulike Nasjonale pasientforløpene. (Delvis møtt 2, Ikke møtt 4)
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	5.2.5 Pasienter og pårørende gis en tilpasset skriftlig og muntlig informasjon om følgende temaer; v) hvordan de kan kontakte brukerorganisasjoner eller andre aktuelle instanser, som barneombudet, pasientombudet og sivilombudsmannen. (Delvis møtt)
2	5.2.9 Informasjonen som deles ut om temaene nevnt i standardene over, er utarbeidet med brukermedvirkning. (Delvis møtt 3, ikke møtt 3)
1	5.3.1 Pasienter og pårørende blir orientert, muntlig og skriftlig, om hvem som er oppnevnt som behandlingsansvarlig, spesialist, og kontaktperson/ miljøterapeuter/ ansvarlig miljøterapeut i teamet. (Delvis møtt)
2	5.3.2 Ansatte bruker navneskilt. (Ikke møtt)
3	5.3.3 Det finnes en tavle med bilde og navn på alle ansatte. (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)

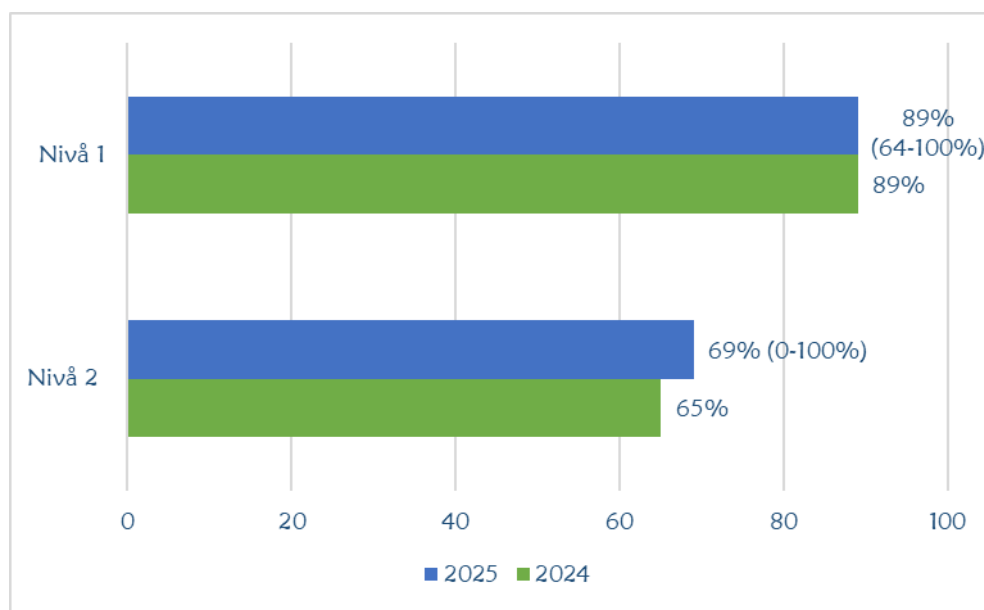
Oppsummering standardoppnåelse område 5: Informasjon, samtykke og taushetsplikt

Innenfor området «Informasjon, samtykke og taushetsplikt» var standardoppnåelsen noe lavere i 2025 enn i 2024 for de viktigste standardene (nivå 1) og nivå 2-standardene. Andel møtte standarder på nivå 3 var noe høyere sammenlignet med 2024. Noen standarder som omhandlet samtykke og samtykkekompetanse ble møtt av alle enhetene. Det var imidlertid også en del standarder som ble skåret som «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Dette var særlig standarder som omhandlet tilpasset informasjon til pasienter og pårørende, samt informasjon om kontaktpersoner og ansatte i miljøet. Oppsummert ser det ut til at noen forhold knyttet til informasjon til pasienter utgjør et felles forbedringsområde for flere enheter.

Område 6: Rettigheter og lovverk

På området «Rettigheter og lovverk» var det 11 standarder på nivå 1 og en standard på nivå 2 i 2025. Diagram 9 viser prosentandel standarder på området «Rettigheter og lovverk» som ble skåret «møtt» i 2025 sammenliknet med 2024, for hvert nivå. Skåren for enheten med laveste og enheten med høyeste oppnåelse i 2025 er oppgitt i parentes. Standardoppnåelsen for nivå 1 var lik som i 2024 med 89%.

Diagram 9: Prosentandel møtte standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» i 2025 sammenliknet med 2024



Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 20 viser standardene som ble oppnådd av alle enhetene i 2025. Tre av de 11 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 2025

Nivå	Standard
1	6.2.3 Pasienter og foresatte mottar tilpasset informasjon og involveres i vurderinger av tilstand og i planlegging av behandlingstiltak og utskriving.
1	6.3.1 I informasjonen som utgis kommer det tydelig frem at enheten ønsker å legge til rette for klager fra pasienter og pårørende.
1	6.4.4 Enheten har retningslinje for protokollføring av tvangsvedtak.

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

Tabell 21 viser standarder innenfor «Lovverk og rettigheter» som ble skåret som «delvis møtt» eller «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2025. En standard på nivå 1 ble bare skåret «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 2025

Nivå	Standard
1	6.4.2 I etterkant av bruk av tvangsmidler evalueres episoden sammen med pasienten. (Delvis møtt)

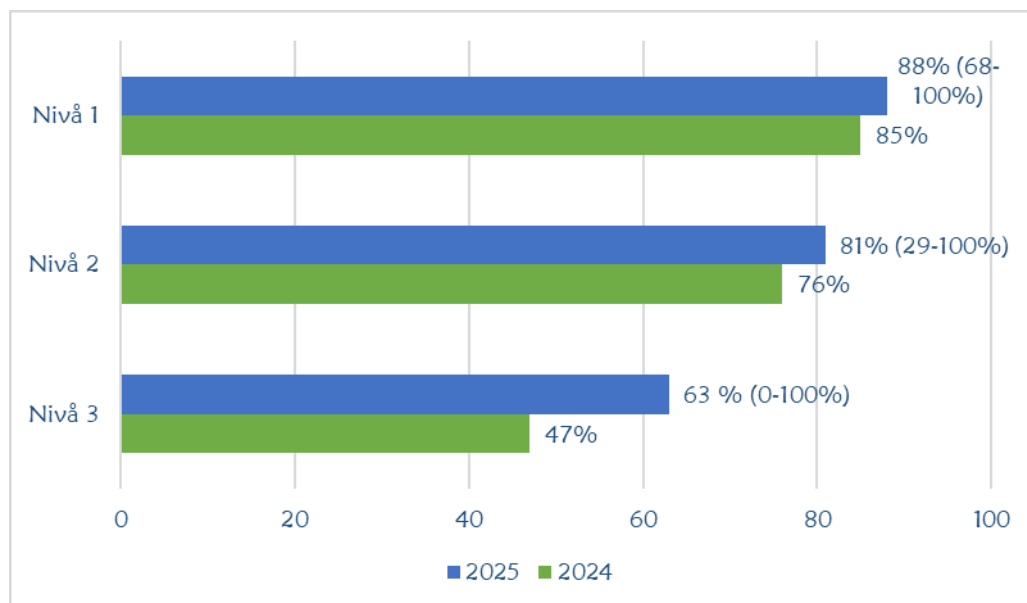
Oppsummering standardoppnåelse område 6: Rettigheter og lovverk

Standardoppnåelsen for de viktigste standardene (nivå 1) i 2025 var lik som i 2024 innenfor «Rettigheter og lovverk». Måloppnåelsen var noe høyere for de nest viktigste standardene (nivå 2) sammenliknet med 2024. Noen av de viktigste standardene ble møtt av alle enhetene, knyttet til respekt for rettigheter og medvirkning, klagerett og bruk av tvang/holding. Ingen standarder ble bare skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter, og kun en standard ble bare skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Denne omhandler evaluering av episoder med tvangsmidler sammen med

Område 7: Klinisk virksomhetsstyring

På området «Klinisk virksomhetsstyring» var det 38 standarder på nivå 1, syv standarder på nivå 2, og en standard på nivå 3 i 2025. Diagram 10 viser prosentandel standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» som ble skåret «møtt» i 2025 sammenliknet med 2024, for hvert nivå. Skåren for enheten med laveste og enheten med høyeste oppnåelse i 2025 er oppgitt i parentes. Det var noe høyere måloppnåelse for de viktigste standardene (nivå 1), med 88% i 2025 mot 85% i 2024.

Diagram 10: Prosentandel møtte standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» i 2025 sammenliknet med 2024



Standarder oppnådd av alle enheter

Tabell 22 viser standardene på området «Klinisk virksomhetsstyring» som alle enhetene oppfylte i 2025. 12 av de 38 viktigste standardene (nivå 1) ble skåret «møtt» av alle enhetene.

Tabell 22: Standarder innenfor «Rettigheter og lovverk» møtt av alle enheter i 2025

Nivå	Standard
1	7.1.3 Virksomhetens medarbeidere medvirker i kvalitetsforbedring slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
1	7.3.4 Det finnes retningslinjer om samarbeid og kommunikasjon med legevakt.
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	7.4.5 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 skriftlig prosedyre for innholdet i opplæring i vurdering og tiltak ved suicidalitet (selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord).
1	7.4.12 Det finnes prosedyre for håndtering av aggresjon og vold, og bruk av tvang.
1	7.4.15 Enheten har prosedyre for tilsyn og observasjon av pasienter.
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	7.6.3 Enheten har et avvikssystem og et system for implementering av forbedringsarbeid i HMS.

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

Tabell 23 viser hvilke standarder som ble skåret «ikke møtt» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter i 2025. To av de 38 viktigste standardene (nivå 1) og en av nivå 2-standardene ble bare skåret «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Det var ingen standarder på dette området som bare ble skåret «ikke møtt» av fem eller flere enheter i 2025.

Tabell 23: Standarder innenfor «Klinisk virksomhetsstyring» skåret «delvis møtt» i 2025

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)

Oppsummering standardoppnåelse område 7: Klinisk virksomhetsstyring

På området «Klinisk virksomhetsstyring» var standardoppnåelsen noe høyere for alle de tre standardnivåene. Endring i måloppnåelse var størst for nivå 3, som bare har en standard og derfor er sensitiv for endring. 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 bare skåret som «ikke møtt» av fem eller flere enheter, men noen standarder som omhandlet evaluering av tjenestetilbudet, prosedyrer og HMS ble bare skåret som «delvis møtt» av fem eller flere enheter. Dette kan tyde på at noen forhold knyttet til klinisk virksomhetsstyring kan være utfordrende å oppnå for en del enheter.

Avsluttende kommentarer om standardoppnåelsen i 2025

Gjennomgangen av standardoppnåelsen for 2025 viser at oppnåelsen på standardene er høy på tvers av de ulike områdene. Svært mange av kvalitetskravene for BUP akutt virksomhet ble oppfylt. Sammenlignet med 2024 er oppnåelsen av standardene noe bedre på de fleste områder. Dette kan skyldes flere faktorer, som at det ikke er noen nye enheter med i nettverket. Standardene oppdateres årlig, noe som også kan påvirke variasjonen. Oppsummeringen av standardoppnåelsen gir derfor kun et tilstandsbilde.

Det er alltid potensiale for ytterligere forbedring. Område 5, «informasjon, samtykke og taushetsplikt» peker seg ut som et felles forbedringsområde for flere enheter; måloppnåelsen var noe lavere for nivå 1 og 2 sammenlignet med 2024, og flere standarder for informasjon til pasienter og pårørende var skåret som «ikke» eller «delvis møtt» av fem eller flere enheter.

Det stilles mange krav og forventninger til en BUP akutte enhet, men det er også mange muligheter. Enhetene fremstod i 2025 med god evne til å tilpasse seg og holde tritt med de endringer, krav og forventninger som stilles til dem, som formulert gjennom KvIP standardene. Dette til tross for utfordringer som begrenset tid og økonomi, store behandlings- og omsorgsoppgaver og perioder med høyt belegg, omorganiseringer, varierende bemanning, og den iverksatte uforutsigbarheten i akuttarbeidet.

Rådsleders avsluttende refleksjoner

KvIP har nå fullført sitt tredje år med alle enhetene i Norge på plass i nettverket. Det gir oss en unik kontaktflate med hverandre og et felles fokus på kvalitetsforbedring.

Flere enheter har nå et betydelig press på økonomien. I lys av det er vi veldig fornøyde med at samtlige enheter finner dette verdifullt og prioriter arbeidet med KvIP.

Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033) sier at “det er særlig et mål å redusere psykiske plager hos barn og unge og å redusere andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser.” Dette rimer dårlig med å svekke tilbudet for de dårligste pasientene som trenger døgnbehandling. Det er paradoksalt at vårt fagfelt står i en opptappingsplan, samtidig som flere steder opplever nedskjæringer som vil gå utover tilbudet.

Det er ekstra nyttig med et nettverk i økonomisk trangere tider. For da møter vi enda flere utfordringer og må tenke nytt og annerledes. Vi har et velfungerende nettverk, med kontakt på tvers av enhetene, utover nettverkets basis-struktur med evaluering av kvalitetsstandarder og besøksvirksomhet.

KvIP har i løpet av 2025 nok en gang revidert egne standarder og bidratt inn i ulike prosjekter. Vi har bla. ved flere anledninger hatt fokus på de potensielle endringene i forhold til ansvar for pasienter med rusproblematikk.

Vi gleder oss til videre samarbeid i 2026!

Tarje Tinderholt,

Rådsleder i KvIP,

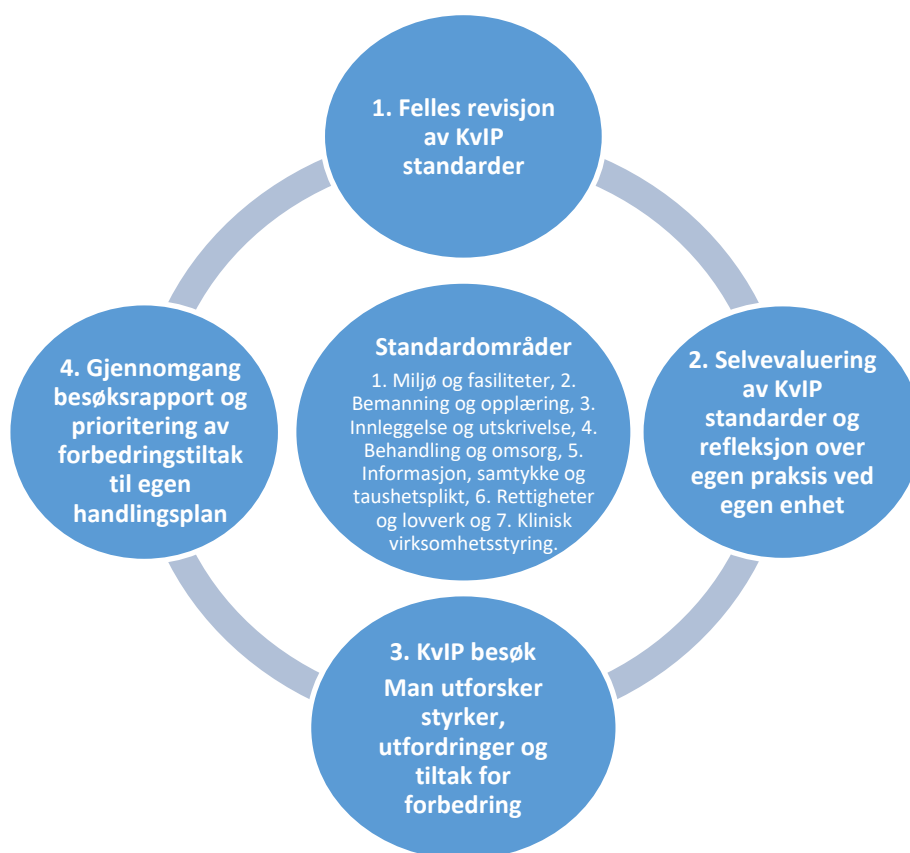
fagutvikler v/ Akutt døgnbehandlingsenhet,

Oslo Universitetssykehus



Vedlegg 1: En synliggjøring av forbedringspraksis

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



Vedlegg 2: Dagsplan for fysiske KvIP besøk 2025

KvIP middag kvelden før

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

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

KvIP Besøksdag – dagsplan

Kl.	Program
08.15 - 08.30	Besøksteamet avholder eget møte Kort gjennomgang av inntrykk av enheten fra forberedelsene. Roller og oppgaver fordeles og avklares. <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvem refererer (anbefaler å bruke tilsendt dokumentlenke)? ○ Hvem i besøksteamet skal intervju pårørende? (2 stk.) ○ Hvem i besøksteamet skal intervju pasient? (2 stk.) ○ Hvem i besøksteamet skal intervju ansatte? (2 stk.)
08.30 - 09.15	Oppstartsmøte mellom besøksteam og vertsenhet <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 besøksteamet 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) <ul style="list-style-type: none"> ○ 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oppsummerer helt kort 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) <p>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</p>		
15.00-15.05	Kort pause		

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.



15.05-15.35	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 <ul style="list-style-type: none">○ Besøksteamet<ul style="list-style-type: none">1) Oppsummerer sitt inntrykk av enheten2) Formidler hva de ser som enhetens styrker, utfordringer og forslag til kvalitetsforbedringstiltak
15.35 - 15.45	Besøksteamet avholder eget møte og: <ul style="list-style-type: none">○ Oppsummerer dagen og gir besøksleder/ hverandre tilbakemeldinger○ Avtaler rapportskriving. Prosessen er som følgende:<ul style="list-style-type: none">○ 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 2025.

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

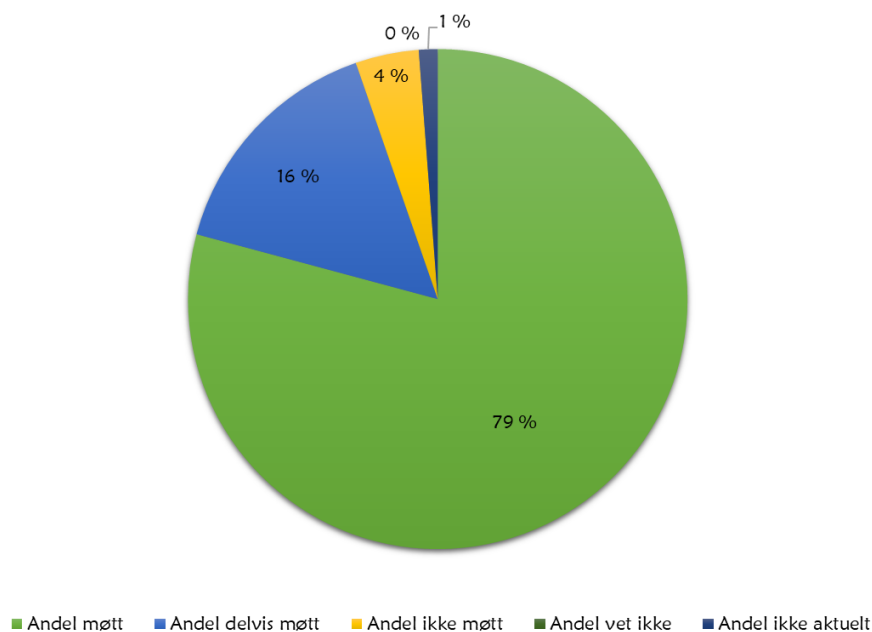


Diagram V3.2: Standardoppnåelse område 2 – Bemanning og opplæring

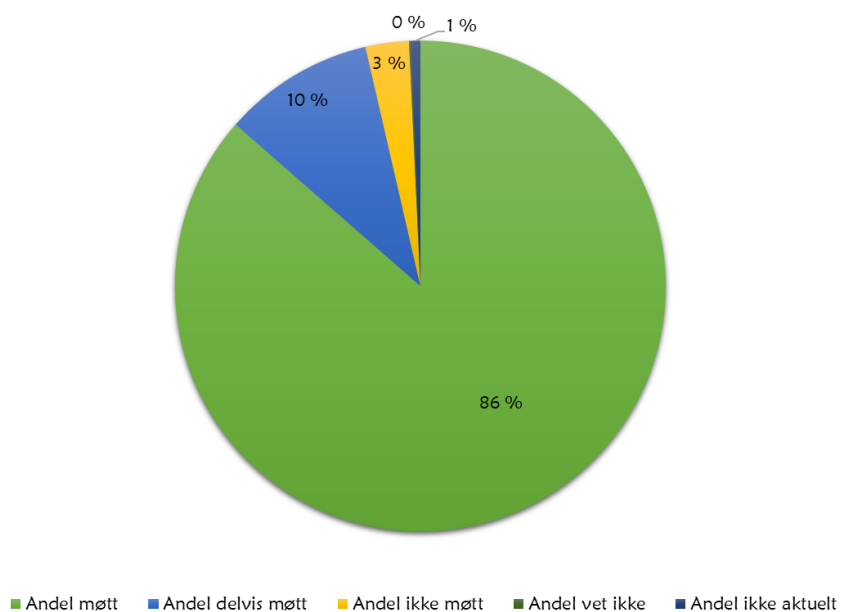


Diagram V3.3: Standardoppnåelse område 3 - Innleggelse og utskrivning

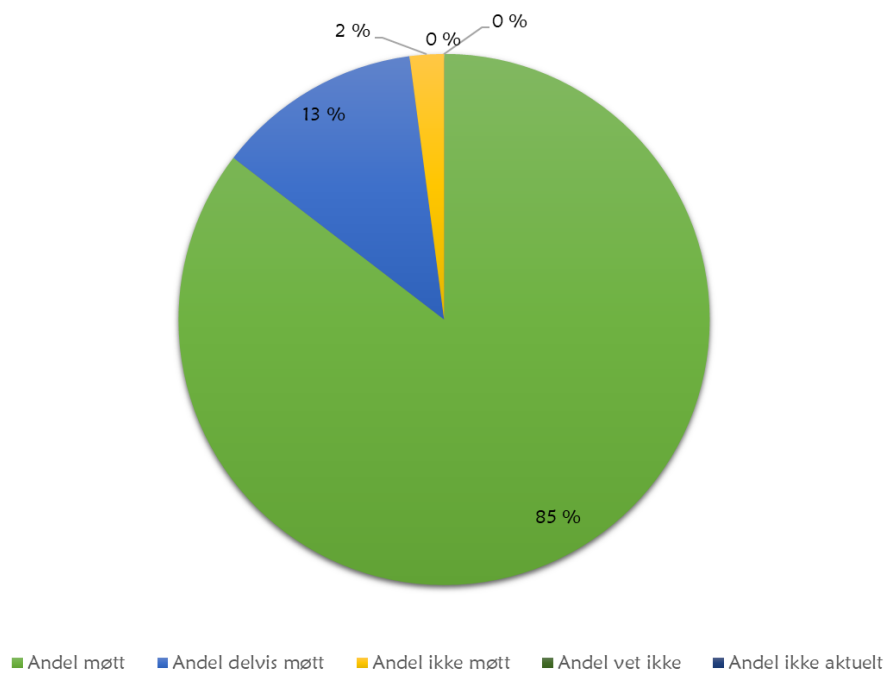


Diagram V3.4: Standardoppnåelse område 4 - Behandling og omsorg

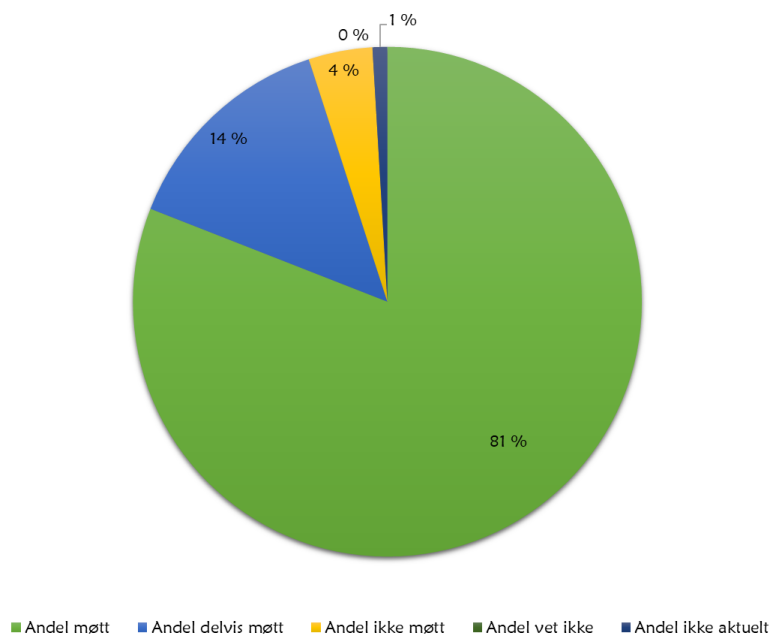


Diagram V3.5: Standardoppnåelse område 5 – Informasjon, samtykke og taushetsplikt

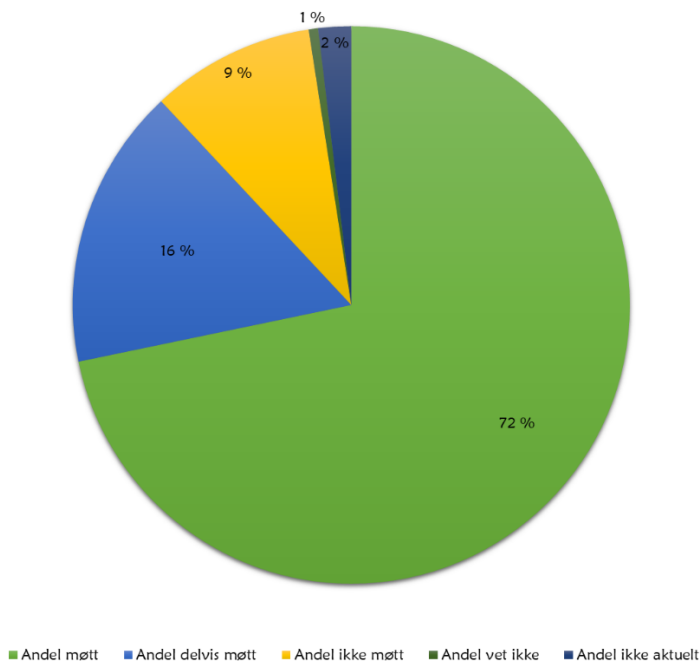


Diagram V3.6: Standardoppnåelse område 6 - Rettigheter og lovverk

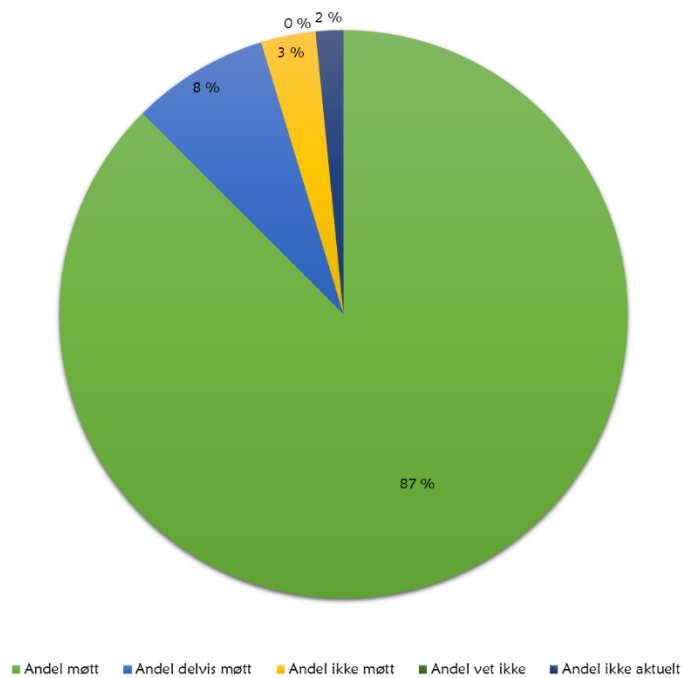
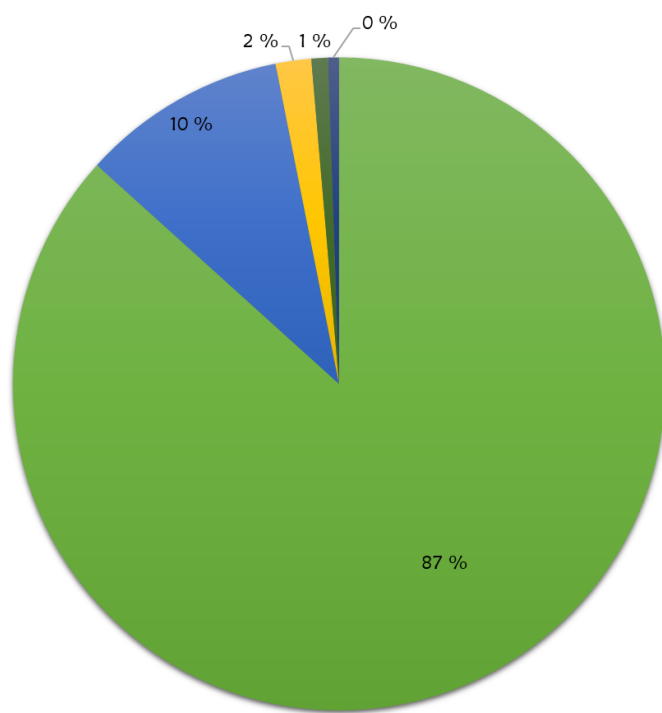


Diagram V3.7: Standardoppnåelse område 7 - Klinisk virksomhetsstyring



■ Andel møtt ■ Andel delvis møtt ■ Andel ikke møtt ■ Andel vet ikke ■ Andel ikke aktuelt