

# Kvalitet i psykiatrien

## – ny dagsorden for diagnostik og behandling

---

### Indhold

1. Indledning.....	2
2. En bedre diagnostik .....	4
3. Ensartet udredning og behandling .....	7
4. Øget middellevetid .....	11
Bilag 1: Oversigt over anbefalinger .....	15
Bilag 2: Oversigt over kvalitetsindikatorer .....	23
Bilag 3: Gennemgang af diagnoseområder (ICD-10) i forhold til pakker .....	26

## 1. Indledning

Regionerne har lanceret en ny kvalitetsdagsorden for sundhedsvæsenet, hvor opgaven fremadrettet bliver, at skabe mest mulig sundhed for pengene ved at fokusere på, hvor effekten er størst. Kvalitetsbegrebet omfatter således ikke alene den kliniske effekt af en given behandling, men evnen til at sikre et samlet behandlingstilbud af ensartet, høj kvalitet.

Den nye kvalitetsstyringsmodel for sundhedsvæsenet er baseret på et sæt fælles overordnede værdier, der supplerer og understøtter hinanden. Værdierne skal sikre, at vi dels lever op til borgernes forventninger til et sundhedsvæsen præget af inddragelse og kvalitet, dels indfrier borgernes forventninger om effektiv resourceanvendelse.

---

### Fakta boks 1: Regionernes kvalitetsstyringsmodel

---

- Effekt: Patienterne skal have den behandling, der virker bedst
  - Patientfokus: Patienten og de pårørende skal være i fokus og inddrages
  - Patientsikkerhed: Behandlingen skal være sikker for patienterne
  - Lighed: Der skal være lighed i pleje og behandling for alle borgere
  - Rettidighed: Behandlingen skal foregå til rette tid
  - Omkostningseffektivitet: Vi skal have mest mulig sundhed for pengene
- 

Psykiatrien står overfor en række store udfordringer de kommende år. For det første kan der på tværs af landet konstateres uforklarlige forskelle i diagnostik, ligesom der mangler retningslinjer for behandlingen af de enkelte diagnoser. Hertil kommer, at psykisk syge i gennemsnit lever 20 år kortere end gennemsnitsdanskeren. Det betyder, at kvaliteten kan forbedres. For det andet ved vi, at mange har en både udiagnostiseret og ubehandlet psykisk sygdom med store menneskelige og velfærdsøkonomiske konsekvenser til følge. Den betydelige underbehandling sætter behandlingskapaciteten under pres. For det tredje er der udsigt til en meget afdæmpet offentlig udgiftsudvikling de kommende år, ligesom der ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognoser er udsigt til speciallægemangel i psykiatrien frem til 2025. Det betyder, at ressourcerne i psykiatrien vil være under stadigt pres.

Regionerne afholdt i januar 2011 "Psykiatriens topmøde", hvortil en lang række centrale aktører indenfor psykiatrien og aktører med tætte relationer til psykiatrien var samlet. Et gennemgående træk ved topmødets konklusioner var et udtalt ønske om, at kvaliteten løftes, og at der påbegyndes et fagligt arbejde med at sikre større ensartethed i behandlingen af de store psykiske sygdomme fx gennem indførelse af pakkeforløb.

Danske Regioners benchmarkingrapport fra marts 2011 har påvist store og uforklarlige forskelle indenfor psykiatrien på tværs af landet. Dels påvistes store diagnostiske forskelle, dels påvistes betydelig variation i resourceforbruget. Hertil kom, at organiseringen og fordelingen af stationær og ambulante behandling var meget forskellig.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Danske Regioner. Benchmarking af psykiatrien. Marts 2011

Derfor har regionerne besluttet sig for at igangsætte et kvalitetsudviklingsprojekt i psykiatrien, hvis overordnede formål er at højne kvaliteten i den behandlingsindsats, som udgår fra psykiatrien.

Følgende 5 målsætninger danner udgangspunkt for det fælles kvalitetsarbejde, der præsenteres i nærværende rapport:

1. **Vi skal være bedre til at stille den korrekte diagnose**
2. **Vi skal organisere udredning og behandling mere effektivt**
3. **Vi skal sikre en standardiseret behandling af høj kvalitet**
4. **Vi skal øge middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom**
5. **Vi skal lade os måle på kvaliteten**

Det er ambitiøse mål og kræver, at alle regioner går ind i kvalitetsarbejdet med ønsket om at ændre i nuværende rutiner og klinisk praksis. Det forpligter endvidere regionerne til at have et vedholdende fokus på processen og den løbende monitorering af indhøstede resultater.

Rapporten er inddelt i tre fokusområder: En bedre diagnostik (afsnit 2), Ensartet udredning og behandling (afsnit 3) og Øget middellevetid (afsnit 4).

Målet om, at vi skal være bedre til at stille korrekte diagnose, handler om at reducere de uforklarlige forskelle i diagnosefordelingen på tværs af regionerne, dvs. øge den diagnostiske reliabilitet. Der præsenteres i afsnit 2 en række konkrete anbefalinger til styrkelse af de diagnostiske kompetencer gennem uddannelse og vedligeholdelse af færdigheder, og forslag til styrkelse af de diagnostiske instrumenter.

En af rapportens væsentligste anbefalinger er et forslag til, hvordan der kan indføres pakkeforløb i psykiatrien. Dette vil være med til at sikre en mere effektiv udredning og behandling af patienterne og en standardiseret behandling af høj kvalitet, ved gennem pakkeforløbene, at indføre standarder for klinisk praksis. Under overskriften ensartet udredning og behandling præsenteres i afsnit 3 en model for indførelse af pakkeforløb.

Den forventede levetid er som nævnt 20 år kortere for psykiatriske patienter end for almenbefolkningen. Mens 40 % af overdødeligheden kan tilskrives eksterne årsager (primært selvmord), skyldes 60 % somatiske sygdomme. Skal middellevetid for mennesker med psykiske sygdomme øges, er der behov for at sikre psykiatriske patienter en bedre somatisk udredning og behandling, end tilfældet er i dag. Herudover skal der naturligvis sættes ind med forebyggelse af de livsstilsrelaterede sygdomme, som mange psykisk syge lever med. I afsnit 4 præsenteres en række konkrete anbefalinger til en sådan indsats.

Når psykiatrien i højere grad skal fokusere på kvalitet, og de resultater, der skabes for patienterne, opstår der et behov for i øget omfang at måle på, om de ønskede resultater opnås. Der findes i dag allerede en lang række kvalitetsdata i psykiatrien, men der eksisterer ikke nogen samlet præsentation af eksisterende kvalitetsdata. Der er brug for en systematisk monitorering af kvaliteten i psykiatrien både regionalt og på landsplan. Der er derfor igennem rapporten oplyst en række forslag til konkrete kvalitetsindikatorer, der kan indgå i en systematisk monitorering og opfølgning på de anbefalede initiativer (oplyst a, b, c osv.). Indikatorerne er baseret på eksisterende data og vil relativt nemt kunne formidles. Det anbefales, at data

formidles i en kort oversigtlig form en gang om året, dog således at data, der indsamles i fx landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser og lign., følger de nuværende kadencer.

Rapporten indeholder til sidst en uddybning af samtlige anbefalinger, der præsenteres i løbet af rapporten (bilag 1), en teknisk gennemgang af de foreslåede kvalitetsindikatorer (bilag 2) og en gennemgang af mulighederne for indførelse af pakkeforløb indenfor de enkelte diagnosegrupper (bilag 3).

Rapporten er ikke en handleplan for psykiatrien, men et oplæg til konkrete initiativer inden for de tre udvalgte områder. Der er bevidst anbefalet initiativer, som regionerne selv og umiddelbart kan realisere.

I rapporten anvendes begrebet psykiatri om begge specialer (psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri). I de tilfælde, hvor der er behov for at sondre mellem de to specialer, fx i forbindelse med pakkeforløb, vil dette fremgå eksplicit.

Rapporten er udarbejdet med bidrag fra en række tværfaglige og tværregionale arbejdsgrupper, der i august-september 2011 har givet anbefalinger i forhold til de 5 målsætninger og dermed bidraget med input til den samlede rapport. Der har under udarbejdelse af rapporten endvidere været dialog med de faglige selskaber (Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab, Selskab for sygeplejersker i Psykiatrien og Dansk Psykolog Forenings Selskab for Psykologisk Psykiatri). Styregruppen for projektet er de lægelige direktører fra regionernes psykiatrier.

## 2. En bedre diagnostik

Den rette diagnose er en forudsætning for, at patienterne får den rette behandling. Udredning og diagnosticering af den enkelte patient er derfor helt central for at kunne sikre behandling af høj kvalitet.

Patienten bør udredes så tidligt som muligt. Mange endagsindlæggelser kan betyde mange hurtige og ukyndige diagnosticeringer, risiko for fejl i diagnosticering og dermed i den efterfølgende behandling. Det er vigtigt, at starte med en bred screening for at identificere alle psykiske symptomer og ikke blot fokusere på enkelte aktuelt fremtrædende symptomer. Dermed sikres en korrekt diagnose, der sammen med eventuelle andre fx somatiske diagnoser, kan give et samlet sygdomsbillede.

Danske Regioners benchmarking fra januar 2011 viser, at der er relativt store forskelle i diagnosefordelingen på tværs af regionerne. Regionale erfaringer viser ifølge rapporten, at der ligeledes er forskelle i diagnosefordelingen inden for den enkelte region. Sådanne forskelle er efter al sandsynlighed hverken udtryk for tilfældigheder eller reelle forskelle i borgernes sygelighed. Alt taler for, at der i højere grad er tale om forskellig diagnostisk tradition på tværs af landet og forskelle i snitflader mellem primærsektor og sekundærsektor.

---

## Fakta boks 2: Danske Regioners benchmarking fra januar 2011

- 24 procent af patienterne i Hovedstaden har skizofreni mod kun 16 og 17 procent i henholdsvis Syddanmark og Midtjylland.
- 29 procent af alle patienter i Midtjylland har en affektiv lidelse mod kun 20 procent i Hovedstaden.
- Region Sjælland har en større andel af patienter med en nervøse eller stressrelateret lidelser end de øvrige regioner.
- Region Syddanmark og Region Nordjylland har forholdsvis mange patienter med organiske psykiske lidelser (herunder demens).

Diagnosen stilles af en læge på baggrund af klinisk vurdering (ved brug af diagnostiske instrumenter), sygehistorie (anamnese) og øvrige observationer med involvering af andre faggrupper, som fx specialuddannede sygeplejersker og psykologer. Samlet betegnes dette den diagnostiske proces.

Siden 1996 har sygeplejersker kunne tage en 1-årig videreuddannelse til specialsygeplejerske i psykiatrisk sygepleje med det formål, at løfte kvaliteten i den psykiatriske sygepleje samt sikre den nødvendige fastholdelse og rekruttering af kvalificeret arbejdskraft til området.

For at styrke psykologernes bidrag iværksættes fra 2012 en ny 4-årig specialuddannelse for psykologer ansat i psykiatrien. Med uddannelse styrkes de praktiske psykopatologiske kliniske færdigheder med henblik på, at specialpsykologerne bl.a. kan varetage klinisk psykopatologisk undersøgelses-, behandlings- og forløbsplaner samt varetage psykopatologisk diagnostisk udredning.

Udredningen baseres i høj grad på den psykopatologiske kompetence – dvs. beskrivelse og karakteristik af de symptomer, der afgrænser og kendetegner psykiske sygdomme. Et vigtigt screeningsinstrument i udredningsarbejdet er det semistrukturerede interview. I (voksen)psykiatrien anvendes instrumentet PSE (Present State Examination) og i børne- og ungdomspsykiatrien anvendes K-SADS (Kiddie-Sads-Present) og DAWBA (Development and Well-Being Assessment). Det er imidlertid vurderingen, at de ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang og at de ikke altid anvendes korrekt.

### Anbefalinger

Alle patienter skal ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse som hovedregel udredes ved hjælp af semistrukturerede interviews som en bred screening. Herudover er der behov for en grundig sygehistorie (anamnese) og en funktionsvurdering. Ved behov anvendes herefter relevante diagnosespecifikke instrumenter, med henblik på en mere detaljeret symptomafdækning, for at kunne afgøre sværhedsgrad af den psykiatriske tilstand. Denne målsætning er udgangspunktet for anbefalingerne nedenfor.

Der er behov for mere uddannelse i diagnosticering. Det er endvidere vigtigt, at afdelingerne forpligtes til i langt højere grad at understøtte uddannelsen i psykopatologiske kompetencer og sikre vedligeholdelse af kompetencerne i klinisk praksis.

Der er behov for at skærpe kravene til vedligeholdelse af lægernes kompetencer i anvendelse af de diagnostiske instrumenter. Dette kunne fx ske gennem fælles obligatorisk efteruddannelse. Dét at skabe fælles efteruddannelseskurser, kan i sig selv være med til at bidrage til en mere ensartet diagnosticering på tværs af regionerne.

De konkrete anbefalinger nedenfor kan opdeles i forslag til, hvordan den psykopatologiske kompetence styrkes gennem uddannelse og vedligeholdelse af færdigheder, og forslag til hvordan vi kan forbedre de diagnostiske instrumenter.

Konkrete anbefalinger (for nærmere beskrivelse af de enkelte anbefalinger se bilag 1):

1. Speciallægeuddannelsen i psykiatri og specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatri skal styrkes indenfor psykopatologi og diagnostik:
  - Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.
  - Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.
  
2. Psykiatriens personale skal løbende efteruddannes i psykopatologi og diagnostik ved:
  - Fælles obligatorisk og tilbagevendende efteruddannelse i psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.
  - Lokale initiativer for primært læger, specialpsykologer og specialsygeplejersker til at følge en erfaren kollega i afviklingen af diagnostiske interviews (*bed side teaching*), og
  - Tværgående initiativer til at sammenholde egne diagnostiske konklusioner med andre kollegers (*samrating*).
  
3. Den diagnostiske udredning skal understøttes ved:
  - Udarbejdelse af en elektronisk ordbog med definition af psykopatologiske termers betydning
  - Udarbejdelse af en kort elektronisk manual med oversigt over de anvendte instrumenter
  - Indførelse af computerassisteret diagnostisk interview
  - Etablering af et videotek med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik samt viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.

En øget opmærksomhed på somatiske sygdomme og misbrug vil være med til at styrke den diagnostiske udredning og reliabilitet. Anbefalingerne skal således ses i sammenhæng med rapportens anbefaling 5 og anbefaling 7 nedenfor.

Der er endvidere en selvstændig udfordring i forhold til selve diagnoseregistreringen. Da det er afgørende for det videre behandlingsforløb, at registreringen afspejler det samlede sygdomsbillede, bør afdelingerne

være opmærksomme på, at gældende registreringsvejledning følges fx i forhold til registrering af relevante bidiagnoser. Denne vejledning opdateres løbende i regi af Sundhedsstyrelsen og er senest opdateret i juli 2011.<sup>2</sup>

### Monitorering

Forslag til konkrete kvalitetsindikatorer (for nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer se bilag 2) til monitorering af den diagnostiske reliabilitet:

- a. Fordeling af nydiagnosticeret psykiatrisk sygdom

Det vil være relevant for det fremtidige kvalitetsarbejde, at der arbejdes med udvikling af nye kvalitetsindikatorer for effekten af den diagnostiske proces, herunder reliabilitet og validitet.

## 3. Ensartet udredning og behandling

Psykatrien råder i dag ikke over nationale kliniske retningslinjer, hvilket er med til at understrege behovet for fælles standarder. Standardisering og ensartethed handler i vid udstrækning om systematisk at anvende metoder, vi ved virker. Det er god kvalitet.

Danske Regioners benchmarking fra 2011 viste store forskelle indenfor psykiatrien på tværs af landet. Forskelle i diagnostik, i ressourceforbrug, i organisering og i fordelingen af stationær og ambulat behandling. Forskellene må forventes at resultere i tilsvarende forskelle i kvaliteten. Som svar på denne udfordring anbefales her indførelse af pakkeforløb i psykiatrien. Formålet er en mere ensartet udredning og behandling af høj kvalitet gennem organisering i pakkeforløb. En model, der samtidig skaber større gennemsigtighed for patienter og pårørende.

### Pakkeforløb

For at opnå mest mulig sundhed for pengene skal der i psykiatrien anvendes styringsredskaber, som sikrer at man strategisk udnytter de ressourcer, der er tilgængelige. Pakkeforløb er et sådan redskab, fordi det sammenkæder styring af produktivitet, service og høj kvalitet i det enkelte behandlingsforløb.

I 2007-2009 indførte man kræft- og hjertepakker i sundhedsvæsenet. Pakkeforløb er i den forbindelse blevet defineret som "hospitalsbaserede patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd booket forløb". Da man indførte kræft- og hjertepakker var det bl.a. for at sikre alle patienter et patientforløb med mindst mulig ventetid.

Psykatrien er i sammenligning karakteriseret af en meget uensartet patientgruppe og meget forskelligartede patientforløb rækkende fra en enkelt kontakt til (livs)lange forløb. Brug af pakkeforløb i psykiatrien kræver således en tilpasning af begrebet og udvikling af en model, der tager højde for psykiatriens træk.

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen, Psykiatrisk registreringsvejledning – indberetning til Landspatientregisteret

### Fakta boks 3: Pakkeforløb understøtter regionernes kvalitetsstyringsmodel

- *Effekt: Patienterne skal have den behandling, der virker bedst.* Pakkeforløb skal være baseret på højest mulige evidensniveau, sikre at kvalitetsforbedringer hurtigt kan udbredes og skabe mulighed for systematisk udvikling og forskning.
- *Patientfokus: Patienten og de pårørende skal være i fokus og inddrages.* Pakkeforløb giver patienten nogle klare strukturelle rammer for sit behandlingsforløb og øger dermed serviceniveauet for patient og pårørende.
- *Patientsikkerhed: Behandlingen skal være sikker for patienterne.* Gennem systematisk evaluering og tilretning af pakkeforløbsbehandlingen, optimeres behandlingen til stadighed (fx ift. medicin og selvmordsscreening).
- *Lighed: Der skal være lighed i pleje og behandling for alle borgere.* Pakkeforløb sikrer, at patienter med samme type lidelse modtager ensartet behandling af høj kvalitet i hele landet.
- *Rettidighed: Behandlingen skal foregå til rette tid.* Pakkeforløb giver mulighed for at arbejde med differentierede ventelister og gør ventetider gennemsnitlige. Det bliver tillige muligt at undgå unødvendige ventetid i det enkelte udrednings- og behandlingsforløb.
- *Omkostningseffektivitet: Samfundet skal have mest mulig sundhed for pengene.* Pakkeforløb giver mulighed for at tilrettelægge mere effektive arbejdsgange og i højere grad udnytte kapaciteten, og dermed kunne tilbyde flere patienter behandling.

Der er som led i aftalerne under de udvidede behandlingsrettigheder med private udbydere (DUF) på psykiatrien udviklet standardiserede udrednings- og behandlingspakker, der samlet set medvirker til at ensarte patientforløbene indenfor de enkelte diagnosegrupper. I DUF-pakkerne defineres både indhold og sammensætning af et patientforløb. På nuværende tidspunkt har Danske Regioner på vegne af de fem regioner indgået aftaler med fem behandlere inden for børne- og ungdomspsykiatrien og ni i psykiatrien. De indgåede aftaler dækker en bred vifte af psykiatrisk behandling, herunder bl.a. ADHD, anoreksi, depression, bipolar affektiv sindslidelse, angst mm. For børne- og ungdomspsykiatrien er der lavet udredningspakker inden et behandlingsforløb evt. startes op, hvorimod der på voksenområdet (med undtagelse af ADHD) er samlede behandlingspakker, der dækker over hele behandlingsforløbet.

I psykiatrien kan DUF-pakkerne betragtes som 1. generations pakkeforløb, eftersom den model, der her lægges op til, bl.a. også indeholde mere retningsgivende standarder for det sundhedsfaglige indhold samt tidsangivelse for pakkens delelementer. Der er således tale om en slags 2. generations pakkeforløb, hvor formålet er at samtænke behandling af høj kvalitet med en strategisk udnyttelse af de ressourcer, der er til rådighed, således at flere patienter kan tilbydes udredning og behandling af ensartet høj kvalitet. Målet

med pakkeforløb er således også at operationalisere referenceprogrammer, kliniske retningslinjer mv. med henblik på at sikre, at behandlingen for samme type lidelse har et ensartet højt kvalitetsniveau, uanset hvor i landet man modtager behandling.

### Anbefalinger

Regionerne ønsker at indføre pakkeforløb i psykiatrien. Som udgangspunkt skal al behandling på hovedfunktionsniveau i psykiatrien standardiseres ved indførelse af pakker. Det anbefales, at der opereres med særskilte udredningspakker indenfor visse diagnosekategorier og at der udarbejdes behandlingspakker med udgangspunkt i ICD-10 diagnosefordelingen.

Patienten er ikke et pakkeforløb, og pakkeforløbene skal tilrettelægges så tilpas fleksibelt, at det er muligt at tilbyde behandling, der tager udgangspunkt i den enkelte patients sygdom og situation. Behandlingspakkerne skal bestå af en basispakke med evt. tillægspakker, hvor indholdet matcher forskellige grader af sygdommen samt evt. komplicerende faktorer. Derved er det muligt at tilpasse behandlingen til den enkelte patient (fx pakke til behandling af comorbiditet). Der vil være patienter, der ikke kan følge et pakkeforløb fra start til slut. Det kan være patienter, der også har andre sygdomme eller tilstande som vil påvirke udrednings- og behandlingsforløbet, eller får tilbagefald. Der bør for den enkelte diagnosegruppe tages stilling til omfanget af denne problemstilling og om det giver mening at udarbejde tillægspakker (jf. bilag 3).

Rækkefølge og tempo for udrulning af pakkeforløb i psykiatrien bør tage udgangspunkt i de mest almindelige diagnoser og baseres på en samlet vurdering af volumen og eksisterende praksis. Det kan være en fordel, at starte med at udarbejde 2. generation af de eksisterende DUF-pakker samt de eksisterende pakker i fx Region Hovedstaden.

Implementering af pakkeforløb sker regionalt/lokalt. Pakkeforløbene skal sammensættes således at flerfagligheden i psykiatrien kan udnyttes systematisk i den lokale implementering med henblik på at øge behandlingskvaliteten og anvende de knappe faglige ressourcer i en mere strategisk retning. Erfaringerne med implementering af pakkeforløb viser, at Lean med fordel kan anvendes som redskab ift. arbejdstilrettelæggelse og organisering, da pakkeforløbskonceptet lægger sig tæt op ad Lean-tankegangen fx i forhold til organisering af patientforløb med mindst mulig spildtid.

Det skal endvidere sikres, at pakkeforløbene tilrettelægges således, at der stadig er plads til undervisning, supervision og opøvelse af færdigheder for studerende og personale under oplæring.

Konkrete anbefalinger (for nærmere beskrivelse af de enkelte anbefalinger se bilag 1):

4. Der skal udarbejdes fælles henvisningskriterier, der kan sikre høj og ensartet kvalitet i henvisningerne fra primærsektoren og sikre lige adgang til psykiatrien for alle patienter uanset bopæl.
5. Der skal udarbejdes fælles, men få udredningspakker. Pakkeforløbene skal indeholde standarder for diagnostisk praksis, tidsangivelser, patientinformation (f.eks. i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.

6. Der skal udarbejdes behandlingspakker for hver diagnose/diagnosegruppe med mulighed for til-lægspakker til komplekse forløb (jf. bilag 3). Pakkeforløbene skal indeholde standarder for sundhedsfagligt indhold, standarder for screening/udredning af somatiske sygdomme (se anbefaling 7) samt misbrugsproblematikker, tidsangivelser, patientinformation (fx i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.

Der nedsættes en styregruppe, der skal fastlægge rækkefølgen for udrulning af pakkeforløb, fastlægge de generiske modeller for pakkeforløb og sikre at der udarbejdes pakker til efterfølgende implementering regionalt. De første nationale pakkeforløb skal ligge klar til implementering medio 2012.

### Standarder for det sundhedsfaglige indhold

Der vil i arbejdet med pakkeforløb og løbende herefter være behov for, at fastlægge og løbende revidere standarder for det sundhedsfaglige indhold. Pakkeforløbene baseres på de til en hver tid senest opdaterede standarder for sundhedsfagligt indhold. Det kan være referenceprogrammer, guidelines eller sygdomsspecifikke retningslinjer.

Forud for udarbejdelsen af denne rapport har regionale arbejdsgrupper set på mulighederne for at udarbejde landsdækkende kliniske retningslinjer inden for tre af de store sygdomsgrupper (skizofreni, depression og angst) med henblik på at ensarte klinisk praksis. Der er i den forbindelse afdækket et omfattende materiale i form af referenceprogrammer, regionale vejledninger, instrukser og andet videnskabelig dokumentation. Det har vist sig, at alle regionerne har retningslinjer, vejledninger og instrukser, der støtter sig til de eksisterende referenceprogrammer. En indsats, der skal sikre mere ensartet udredning og behandling i og på tværs af regioner, skal derfor snarere tage afsæt i at standardisere dét man rent faktisk gør (som ved pakkeforløb) end at igangsætte en proces for systematisk udarbejdelse af kliniske retningslinjer.

Der lægges her op til, at lade pakkeforløbene være styrende for processen, således, at der i forbindelse med udarbejdelsen af de nationale pakkeforløb fastlægges standarder for det sundhedsfaglige indhold ud fra eksisterende referenceprogrammer, retningslinjer m.v. Der vil i nogle tilfælde alene skulle ske en sammenkrivning af de gældende retningslinjer fra praksis til fælles standarder. I andre tilfælde vil der være behov for at nedsætte tværregionale og tværfaglige arbejdsgrupper, til at sikre en mere omfattende gennemgang og opdatering af eksisterende referenceprogrammer og retningslinjer.

Danske Regioner er ved at udarbejde et oplæg til det fremtidige arbejde med kliniske retningslinjer inden for både somatik og psykiatri. En model der skal drøftes med relevante parter. Når modellen herfor er på plads, vil det være oplagt indenfor psykiatrien at starte med de store sygdomsgrupper, hvor der allerede foreligger referenceprogrammer eller områder, hvor pakkeforløbsarbejdet vil afdække store forskelle i behandlingspraksis. Når de første retningslinjer på det psykiatriske område foreligger, vil disse naturligt give anledning til en eventuel opdatering af de relevante pakkers sundhedsfaglige indhold.

Tilsvarende vil kliniske retningslinjer fra de faglige selskaber eller fra Sundhedsstyrelsen kunne give anledning til justering af det sundhedsfaglige indhold i de pågældende pakkeforløb.

Der er således tale om en gensidig proces, hvor eksisterende pakkeforløb løbende revideres efter den nyeste viden (fx ved opdatering af et gældende referenceprogram, nye sygdomsspecifikke retningslinjer i relation til Den Danske Kvalitetsmodel eller nye landsdækkende kliniske retningslinjer), ligesom udarbejdelse af de konkrete pakker kan give anledning til igangsættelse af et arbejde med henblik på, at udarbejde standarder for det sundhedsfaglige indhold.

### Monitorering af pakkeforløb

Monitorering af kvaliteten indgår som en integreret del af pakkeforløbene idet de generiske modeller vil indeholde generelle proces- og effektmål. Dertil kan man overveje at anvende kvalitetsmål, som styringsværktøj i udformningen af pakkeforløb. Det kan fx være faktorer fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) eller kvalitetsmål om reduktion af symptomer og nedbringelse af selvmordsraten for psykiske syge.

Forslag til konkrete kvalitetsindikatorer (for nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer se bilag 2), der kan anvendes som afsæt for arbejdet er:

- b. Ventetid til udredning
- c. Varighed af udredning
- d. Indlæggelsestid
- e. Genindlæggelsesfrekvens
- f. Patient- og pårørendetilfredshed med hhv. indlæggelse og ambulante forløb
- g. Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. skizofreni
- h. Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. depression

## 4. Øget middellevetid

Den forventede levetid er i dag omkring 20 år kortere for psykiatriske patienter end for almenbefolkningen.<sup>3</sup> Ifølge registerforskningen kan ca. 40 % af overdødeligheden tilskrives eksterne årsager (primært selvmord), mens ca. 60 % kan tilskrives somatiske sygdomme/medicinske tilstande.<sup>4</sup> Overdødelighed gælder for alle psykiatriske diagnosegrupper<sup>5</sup> og er høj indenfor alle sygdomskategorier: hjerte-karsygdomme, diabetes, kræft, infektioner og andet.

I denne rapport rettes fokus mod den del af overdødeligheden, der skyldes somatiske sygdomme/ medicinske tilstande og den indsats som psykiatrien selv kan sætte sig i spidsen for. Der bør sikres en fortsat indsats for nedbringelse af selvmord, ligesom der er behov for at have fokus på misbrugsproblematikker i psykiatrien. Rapporten afgrænser sig imidlertid fra at komme med anbefalinger på disse områder. Tilsvarende har sektorovergange og den indsats, der sker i almen praksis og i kommunerne, stor betydning for den samlede indsats for at øge middellevetiden, men i anbefalingerne nedenfor er fokus rettet mod dét, som psykiatrien selv kan gøre.

<sup>3</sup> Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen: Outcome of mental health policy in Nordic countries: life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. *British Journal of Psychiatry*, May 2011.

<sup>4</sup> Laursen: Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder, *Schizophrenia Research* 131 (2011) 101–104 06-07-2011.

<sup>5</sup> Laursen, Munk-Olsen, Nordentoft & Mortensen: Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007 Jun; 68(6):899-907.

#### Fakta boks 4: Fysisk sygdom hos psykisk syge

- Patienter med depression har dobbelt så stor risiko for at få iskæmisk hjertesygdom (5)
- Patienter med depression har 65 % øget risiko for at udvikle diabetes (6)
- Patienter med skizofreni har 3 gange større risiko for diabetes (7)
- Patienter med skizofreni har dobbelt så stor dødelighed pga. hjerte-karsygdom (7)

Psykiatriske patienter har en overdødelighed af livsstilssygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme og kræft. Undersøgelser viser, at mennesker med psykisk sygdom generelt har mere usunde kostvaner, ryger mere, drikker mere alkohol og er mindre fysisk aktive end befolkningen i almindelighed.<sup>6</sup> Det kan blandt andet skyldes, at opmærksomheden på det fysiske og evnen til at drage omsorg for sig selv er nedsat på grund af den psykiske sygdom. Samtidig kan antipsykotisk medicin give risiko for vægtøgning. I nogle tilfælde er der tale om 'selvbehandling' af den psykiske sygdom med fx alkohol.

Overdødeligheden for psykiatriske patienter er høj indenfor alle sygdomskategorier. I nogle tilfælde bliver somatisk sygdom hos psykiatriske patienter ikke diagnosticeret. Enten fordi patienten på grund af den psykiske sygdom ikke er opmærksom på de fysiske symptomer og derfor ikke søger læge, eller fordi den somatiske undersøgelse i psykiatrien ikke er tilstrækkelig. Psykiatriske patienter, som bliver henvist til somatisk udredning, kan nogle gange opleve, at deres fysiske symptomer fejltolkes.

Samtidig kan psykiatriske patienter, som har fået en somatisk diagnose, risikere at blive underbehandlet. Det kan ske, fordi patienten på grund af den psykiske sygdom kan have brug for særlig støtte og motivation til at følge en behandling for den somatiske sygdom. Forskningen viser fx, at psykiatriske patienter med hjerte-karsygdomme kun i halvt så mange tilfælde som andre patienter opereres i forbindelse med deres hjertesygdom.<sup>7</sup> I nogle tilfælde skønnes det måske på forhånd, at patienten ikke kan klare at følge behandling eller genoptræning.

Forebyggelse, overvågning og behandling af det metaboliske syndrom er vigtige steder at sætte ind, hvis middellevetiden skal øges. Det metaboliske syndrom er en ophobning af forskellige risikofaktorer, som øger risikoen for at udvikle hjerte-karsygdomme og diabetes. Behandling med antipsykotisk medicin kan give risiko for udvikling af det metaboliske syndrom, men også fedme, mangel på motion og andre faktorer kan fremskynde det metaboliske syndrom. NIP og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) giver allerede nu en systematik omkring monitorering af metabolisk syndrom, men NIP dækker kun få diagnosegrupper. Opfølgning og intervention kan således sagtens udbygges.

<sup>6</sup> Sundhedsprofilen, data fra Region Midtjylland. Herunder Online nr. 4, 2008: Temarapport om Fysisk sundhed hos psykisk syge, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2008. Sundhedsprofilen bygger på selvrappor-tering via spørgeskemaer

Smoking cessation in psychiatry, A review of the literature, Network of Health Promoting Hospitals in Denmark, 2007 (udenlandske tal)

<sup>7</sup> Laursen, Munk-Olsen, Agerbo, Gasse & Mortensen: Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. Archives of General Psychiatry. 2009 Jul;66(7):713-20.

## Anbefalinger

Såfremt middellevetiden for mennesker med psykiske diagnoser skal bringes i vejret, er der behov for at sikre psykiatriske patienter en bedre somatisk udredning og behandling, end tilfældet er i dag. Herudover skal der sættes ind med forebyggelse af de livsstilsrelaterede sygdomme, som mange psykisk syge lever med.

Psykiatrien har ansvaret for at initiere den patientrettede forebyggelse, når det gælder psykiatriske patienter, ligesom psykiatrien har et ansvar for at patienter undersøges for somatiske sygdomme. Det anbefales, at de kommende behandlingspakker indeholder systematisk screening. Det er vigtigt, at der med indførelse af systematisk screening angives tærskelværdier, således at screening også resulterer i handling, når dette er nødvendigt. Personalet skal have den nødvendige viden om hvor og hvordan, der følges op på screeningens resultater.

Der er brug for en øget forebyggelse af livsstilssygdomme med fokus på de såkaldte KRAM-faktorer: Kost, rygning, alkohol og motion. Risikofaktorerne skal opdages og følges tæt, og der skal sættes ind med intervention. Intervention bør planlægges med udgangspunkt i den enkelte patients hverdag og søge at skabe forandring med 'små skridt'.

Der er behov for at styrke den somatiske undersøgelse i psykiatrien. Personalets kompetencer i somatisk undersøgelse i psykiatrien skal styrkes gennem uddannelse og opkvalificering eller ved styrket samarbejde med somatikken og de praktiserende læger. Der skal være gode rammer og redskaber til rådighed for at understøtte somatisk undersøgelse og der bør være nemmere adgang til somatisk tilsyn.

I forbindelse med regionernes samarbejde om sundheds-it, er der etableret løsningen e-journal. Via lokale patientadministrative systemer eller EPJ-systemer har også psykiatrien allerede i dag adgang til kliniske og parakliniske patientdata på patienter i behandling og som tidligere har været i kontakt med fx det somatiske sundhedsvæsen. E-journal løsningen vil i løbet af 2012 blive udbygget med patientdata fra primærsektoren – fra almen praksis og speciallægepraksis. Hermed vil psykiatrien få adgang til oplysninger om, hvorvidt en patient er diagnosticeret med en eller flere kroniske diagnoser af den praktiserende læge.

Der er brug for i højere grad end nu, at overvåge bivirkninger ved medicin, med henblik på eventuelt at tilpasse medicineringen. Somatiske følgetilstande som fx metabolisk syndrom skal systematisk undersøges, og der bør intervereres, enten farmakologisk eller gennem fx fysisk træning, kostvejledning mv.

Konkrete anbefalinger (for nærmere beskrivelse af de enkelte anbefalinger se bilag 1):

7. De kommende behandlingspakker skal indeholde systematisk screening for KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme
8. Der skal sikres øget fokus på bivirkninger af antipsykotisk medicin ved fælles rekommandationsliste
9. Psykiatriens samarbejde med somatikken formaliseres gennem lokale samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidige tilsyn og undervisning
10. Psykiatrien skal ved lokale initiativer/aftaler sikre, at mennesker, der lever med langvarig psykisk sygdom, får et regelmæssigt helbredstjek.

## Monitorering

Det anbefales, at der i forbindelse med en kommende indsats for at øge levetiden hos psykiatriske patienter udarbejdes et materiale med tal og data målrettet sundhedspersonalet, hvor den tilgængelige viden formidles mere detaljeret – og gerne med brug af grafisk fremstillinger.

Alle regioner bør på baggrund af data fra Sundhedsprofilen 2010 udarbejde et ensartet talmateriale om livsstil og sygdom hos psykisk syge og publicerer dem. Sammenlignelige datatræk i alle regioner anbefales, med inspiration fra temarapporten "Fysisk sundhed hos psykisk syge" Region Midtjylland, 2008.

Forslag til konkrete kvalitetsindikatorer (for nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer se bilag 2):

- i. Metabolisk syndrom
- j. Dødelighed for psykiatriske patienter i forhold til almenbefolkningen

## Bilag 1: Oversigt over anbefalinger

1. Speciallæger og specialsygeplejerskers uddannelse i psykopatologi og diagnostik skal styrkes	
<i>Anbefaling:</i>	<p>Speciallægeuddannelsen i psykiatri og specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatri skal styrkes indenfor psykopatologi og diagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.</li> <li>• Den teoretiske del af specialuddannelserne skal sikre mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.</li> </ul>
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Ad 1) Mere viden om psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter</i>            I dag deltager alle læger i hoveduddannelsesforløb i psykiatri i H-kursus af 3 dages varighed om PSE, psykopatologi og patientregistrering. Kun få læger når at få praktiseret, at interviewe på kurset. For børne- og ungdomspsykiatriens vedkommende deltager alle H-læger i et kursus af 4 dages varighed, hvoraf 2 dage anvendes til træning i K-SADS, og alle foretager et videooptaget interview, som anvendes på kurset.</p> <p>Den 1-årige uddannelse til specialsygeplejerske i psykiatri bør styrkes, når det gælder psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter</p> <p><i>Ad 2) Mere viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom</i>            I dag tilbringer speciallæger i psykiatri kortere tid på somatisk afdeling end under den tidligere speciallægeuddannelse. Der er behov for, at styrke det somatiske indhold i den psykiatriske speciallægeuddannelse for at sikre, at speciallægerne i psykiatri er tilstrækkelig opmærksom på patienternes evt. somatiske problemer.</p> <p>Specialsygeplejersker i psykiatri bør ligeledes kunne medvirke til at sikre opsporing og forebyggelse af somatiske lidelser hos mennesker med psykisk sygdom.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	<p>For speciallægeuddannelsens vedkommende skal der rettes henvendelse til Sundhedsstyrelsen, der har det overordnede ansvar for målbeskrivelserne for uddannelserne, herunder den del af de teoretiske kurser, som er specialespecifikke. For specialuddannelsen for sygeplejersker skal der rettes henvendes til landsråd for specialsygeplejerskeuddannelsen.</p>
<i>Hvornår</i>	<p>Ved næste gennemgang af målbeskrivelserne for de to lægelige specialer.</p>
<i>Ansvar:</i>	<p>Danske Regioner</p>

<b>2. Psykiatriens personale skal løbende efteruddannes i psykopatologi og diagnostik</b>	
<b>Anbefaling:</b>	<p>Psykiatriens personale skal løbende efteruddannes i psykopatologi og diagnostik ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fælles obligatorisk og tilbagevendende efteruddannelse i psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.</li> <li>• Lokale initiativer for primært læger, specialpsykologer og specialsygeplejersker til at følge en erfaren kollega i afviklingen af diagnostiske interviews (bed side teaching), og</li> <li>• Tværgående initiativer til at sammenholde egne diagnostiske konklusioner med andre kollegers (samrating).</li> </ul>
<b>Uddybning:</b>	<p><i>Ad) Fællesregional efteruddannelse</i></p> <p>Det skal undersøges, hvordan regionernes i fællesskab kan iværksætte en fælles regional efteruddannelse i psykopatologi, den diagnostiske proces og de diagnostiske instrumenter.</p> <p><i>Ad) Sidemandsoplæring</i></p> <p>Lokale initiativer for primært læger, specialpsykologer og specialsygeplejersker til at følge en erfaren kollega i afviklingen af diagnostiske interviews (<i>bed side teaching</i>). Det bør således prioriteres at alle H-læger som minimum foretager et superviseret interview på afdelingen.</p> <p><i>Ad) Samrating</i></p> <p>Tværgående initiativer til at sammenholde egne diagnostiske konklusioner med andre kollegers (<i>samrating</i>). Samrating etableres i den enkelte afdeling og på tværs af afdelingerne med deltagelse af fastansatte læger i afdelingen. Endvidere etableres samrating på tværs af regionerne med deltagelse af speciallæger.</p>
<b>Hvad skal der til:</b>	<p>Regionerne skal i fællesskab undersøge mulighederne for at gennemføre fælles efteruddannelsesforløb og gøre disse obligatoriske for fx læger. For de øvrige forslag kræver disse, at afdelingerne prioriterer og organiserer disse.</p>
<b>Hvornår</b>	<p>I løbet af 2012.</p>
<b>Ansvar</b>	<p>Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).</p>

<b>3. Understøttelse af den diagnostiske udredning</b>	
<b>Anbefaling:</b>	<p>Den diagnostiske udredning skal understøttes ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejdelse af en elektronisk ordbog med definition af psykopatologiske termers betydning</li> <li>• Udarbejdelse af en kort elektronisk manual med oversigt over de anvendte instrumenter</li> <li>• Indførelse af computerassisteret diagnostisk interview</li> <li>• Etablering af et videotek med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik, samt viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom</li> </ul>

	blandt psykisk syge.
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Ad) Elektronisk ordbog</i> Der skal udarbejdes en elektronisk ordbog med klare og entydige definitioner af psykopatologiske termers betydning og et psykopatologisk glossarium, så man kan slå op, hvordan de enkelte symptomer skal forstås. Klare og entydige definitioner er en forudsætning for ensartede vurderinger af, om et symptom er til stede hos patienten, og dette er afgørende for en ensartet konklusion af diagnosen.</p> <p><i>Ad) Elektronisk manual</i> Der er behov for en kort manual med oversigt over forskellige instrumenter og deres anvendelse. Der udarbejdes en kort elektronisk manual med oversigt over forskellige instrumenter, der bruges i den kliniske hverdag, og med en kort beskrivelse af, hvad instrumenterne anvendes til.</p> <p><i>Ad) Computerassisteret diagnostisk interview</i> Hvis et instrument findes i elektronisk form, kan det være indarbejdet i systemet, at man kan se hvilken information, man mangler at rate, for at kunne stille en given diagnose. Det skal sikres, at PSE og K-SADS etableres som elektroniske interviews i forhold til ICD-10 og at den eksisterende elektroniske udgave af DAWBA implementeres.</p> <p><i>Ad) Videotek</i> Et fælles internetbaseret videotek kan visuelt understøtte diagnostiseringen med opdateret viden om psykopatologi og psykiatrisk diagnostik, samt viden om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom blandt psykisk syge.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	Finansiering af udvikling og oversættelse.
<i>Hvornår:</i>	I løbet af 2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

<b>4. Fælles henvisningskriterier</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal udarbejdes fælles henvisningskriterier, der kan sikre høj og ensartet kvalitet i henvisningerne fra primærsektoren og sikre lige adgang til psykiatrien for alle patienter uanset bopæl.
<i>Uddybning:</i>	<p>For at kunne visitere patienterne til de rigtige udrednings- og behandlingspakker, er det nødvendigt, at der i forbindelse med udrulningen af pakkeforløb, udarbejdes retningslinjer for henvisning til psykiatrien, med krav til angivelse af symptomer, hvilke undersøgelser der skal være gennemført og hvilke oplysninger der ellers er nødvendige for at foretage visitation. Henvisningerne skal kunne sendes elektronisk.</p> <p>Der kan evt. hentes inspiration fra Region Syddanmark, der har udarbejdet standarder herfor med udgangspunkt i den norske model og fra Region Hovedstadens målafrænsningsrapport, som beskriver målgruppen for den hospitalsbaserede psykiatri.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	Efterhånden som der udarbejdes pakkeforløb skal der udarbejdes kriterier for henvisning.

	Dette arbejde skal ske i tæt dialog med almen praksis.
<i>Hvornår:</i>	De første pakkeforløb skal være klar til implementering medio 2012.
<i>Ansvar:</i>	Styregruppen for pakkeforløb i psykiatrien.

<b>5. Udredningspakker</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal udarbejdes fælles, men få udredningspakker. Pakkeforløbene skal indeholde standarder for diagnostisk praksis, tidsangivelser, patientinformation (f.eks. i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.
<i>Baggrund:</i>	Hver udredningspakke skal indeholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En veldefinerede serie af kliniske handlinger (inkl. alternativer), som knytter sig til en afgrænset patientgruppe og hviler på til formålet udarbejdede standarder for sundhedsfagligt indhold.</li> <li>• Principper for organisering, der sikre en samlet forløbsplanlægning, herunder sikrer, at patientene gennemgår forløbet indenfor en på forhånd fastlagt tidsramme (fx at udredningen er gennemført inden for en måned)</li> <li>• Indhold til information til patienter/pårørende om udredning og sygdom.</li> <li>• Udpegning af eventuelle pakkespecifikke monitoreringsindikatorer.</li> </ul>
<i>Hvad skal der til:</i>	Udredningspakkerne skal udarbejdes efter en generisk model (skabelon) med afsæt i eksisterende referenceprogrammer, internationale guidelines og/eller sygdomspecifikke retningslinjer. Såfremt der ikke er en entydig praksis på området, nedsættes tværregionale arbejdsgrupper til at udarbejde standarder for det sundhedsfaglige indhold til pakken.
<i>Hvornår</i>	De første pakkeforløb skal være klar til implementering medio 2012
<i>Ansvar</i>	Styregruppen for pakkeforløb i psykiatrien

<b>6. Behandlingspakker</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal udarbejdes behandlingspakker for hver diagnose/diagnosegruppe med mulighed for tillægspakker til komplekse forløb (jf. bilag 3). Pakkeforløbene skal indeholder standarder for sundhedsfagligt indhold, tidsangivelser, patientinformation (f.eks. i form af skabeloner) og kvalitetsindikatorer.
<i>Uddybning:</i>	Hver behandlingspakke skal indeholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En veldefinerede serie af sundhedsfaglige handlinger (inkl. alternativer), som knytter sig til en afgrænset patientgruppe og hviler på til formålet udarbejdede standarder for sundhedsfagligt indhold, samt en screening/udredning af somatiske sygdomme.</li> <li>• Principper for organisering, der sikre en samlet forløbsplanlægning, herunder sikrer, at patientene gennemgår forløbet indenfor en på forhånd fastlagt tidsramme</li> <li>• Indhold til information til patienter/pårørende om behandlingsforløb og sygdom.</li> <li>• Udpegning af eventuelle pakkespecifikke monitoreringsindikatorer.</li> </ul>

<i>Hvad skal der til:</i>	Behandlingspakkerne skal udarbejdes efter en generisk model (skabelon) med afsæt i eksisterende referenceprogrammer, internationale guidelines og/eller sygdomspecifikke retningslinjer. Såfremt der ikke er en entydig praksis på området, nedsættes tværregionale arbejdsgrupper til at udarbejde standarder for det sundhedsfaglige indhold til pakken.
<i>Hvornår:</i>	De første pakkeforløb skal være klar til implementering medio 2012.
<i>Ansvar:</i>	Styregruppen for pakkeforløb i psykiatrien.

## 7. Systematisk screening

<i>Anbefaling:</i>	De kommende behandlingspakker skal indeholde systematisk screening for hhv. KRAM-faktorer, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme.
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Ad) KRAM-faktorer</i></p> <p>Alle patienter screenes grundigt for KRAM-risikofaktorer under indlæggelse eller ved. 1. ambulante besøg. Screeningen foregår ved hjælp af et særligt skema. Personalet, der udfører screeningen, skal afsætte tid til en egentlig forebyggelsessamtale og henvise til tilbud om fx vejledning, rygestop mv. Det skal sikres, at screeningsoplysningerne videregives til fx praktiserende læge.</p> <p><i>Ad) Metabolisk syndrom</i></p> <p>Forebyggelse, overvågning og behandling af det metaboliske syndrom er vigtige steder at sætte ind, hvis middellevetiden skal øges. Det metaboliske syndrom er en ophobning af forskellige risikofaktorer, som øger risikoen for at udvikle hjerte-karsygdomme og diabetes. Behandling med antipsykotika kan give risiko for udvikling af det metaboliske syndrom, men også fedme, mangel på motion og andre faktorer kan fremskynde det metaboliske syndrom. Det metaboliske syndrom defineres ved forekomsten af mindst tre af følgende faktorer: forhøjet BMI, forøget taljeomfang, forhøjet blodsukker, forhøjet fedtindhold i blodet og/eller forhøjet blodtryk.</p> <p><i>Ad) hjerte-karsygdomme</i></p> <p>Patienter med svære psykiske sygdomme udgør en høj-risiko population for hjerte-karsygdomme. Alligevel har flere undersøgelser vist, at disse patienter kun i beskedent omfang udredes og behandles for relevante risikofaktorer. Det må forventes, at en mere systematisk tilgang til screening og specifikke interventionsgrænser vil muliggøre, at flere psykiatriske patienter tidligt får identificeret risikofaktorer for hjerte-karsygdomme og sættes i relevant behandling, hvorved de potentielt kan opnå samme reduktion i dødelighed som følge af hjerte-karsygdom, som observeres i normalbefolkningen. Der skal foretages en målrettet indsats for tidlig opsporing af risikofaktorer ved hjælp af screeningsalgoritmer for en løbende monitorering af familiære dispositioner til diabetes og kardiovaskulær sygdom, vægt (BMI), livvidde, blodtryk, faste-glucose, lipider og EKG. Der skal endvidere implementeres interventionsalgoritmer, der sikrer, at der tages relevante konsekvenser af abnorme fund.</p> <p>Det vil ikke være alle behandlingspakker, som skal indeholde screening for alle tre (KRAM, metabolisk syndrom og hjerte-karsygdomme), men alle behandlingspakker skal indeholde et screeningselement.</p>

<i>Hvad skal der til:</i>	<p><i>Ad. KRAM-faktorer</i></p> <p>Man kan tage udgangspunkt i erfaringer fra Region Nordjylland samt Den Danske Kvalitetsmodel's standard vedr. sundhedsfremme og forebyggelse (2.16.2.). Standardens formål er, at identificere patienter med øget sundhedsmæssig risiko og at skabe grundlag for at iværksætte relevante aktiviteter sammen med patienten, som kan medvirke til at fremme patientens sundhedstilstand.</p> <p>Undervisning af personale i screening og intervention ved KRAM-risikofaktorer.</p> <p><i>Ad. Metabolisk syndrom</i></p> <p>Det foreslås, at der i de kommende udredningspakker indgår et basalt udredningsprogram, hvor følgende undersøges:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vægt, højde, abdominalomfang, BT, EKG,</li> <li>• Neurologisk somatisk undersøgelse (ved psykiater)</li> <li>• Blodprøver: hgb, crea, SR, ALAT, p-cholesterol(total), p-cholesterol ( HDL), P-cholesterol (LDL),p-triglycerid, p-glucose ( fastende),</li> <li>• p-TSH, p-koagulationsfaktorer.</li> </ul> <p>Denne screening vil afsløre uerkendte tilfælde af metabolisk syndrom og andre vigtige somatiske sygdomme. Udarbejdelse af instrukser.</p> <p><i>Ad. hjerte-kar-sygdomme</i></p> <p>Der skal udvikles nationale guidelines (inkl. algoritmer) for systematisk screening og intervention. Disse guidelines kan hensigtsmæssigt udarbejdes i et samarbejde mellem de videnskabelige selskaber (Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Psykiatrisk Selskab).</p>
<i>Hvornår</i>	I løbet af 2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

<b>8. Fælles rekommandationer for antipsykotisk medicin</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Der skal sikres øget fokus på bivirkninger af antipsykotisk medicin ved fælles rekommandationsliste.
<i>Uddybning:</i>	Rekommandationslisten skal indeholde et standardsortiment og behandlingsalgoritmer for antipsykotisk medicin. Rekommandationslisten angiver de mest effektive lægemiddel med inddragelse af vurdering af bivirkninger (bl.a. de enkelte præparaters vægtøgende potentiale).
<i>Hvad skal der til:</i>	Der skal nedsættes en arbejdsgruppe.
<i>Hvornår</i>	2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

## 9. Samarbejde mellem psykiatrien og somatikken

<i>Anbefaling:</i>	Psykiatriens samarbejde med somatikken formaliseres gennem lokale samarbejdsaftaler, der bl.a. indeholder aftaler om gensidige tilsyn og undervisning
<i>Uddybning:</i>	<p><i>Gensidig tilsyn</i></p> <p>Der skal være nem adgang til somatiske tilsyn på psykiatrisk afdeling og til psykiatriske tilsyn på somatisk afdeling. Der skal være mulighed for elektive og akutte tilsyn på stamafdelingen. Patienten vil blive bedre udredt og behandlet når det foregår i en dialog mellem somatisk og psykiatrisk afdeling. I Region Midtjylland er der somatiske tilsyn på psykiatrisk afdeling og psykiatriske tilsyn på de somatiske sygehuse nogen steder, hvilket der gensidigt er stor tilfredshed med. I Risskov er der en specialistgang for somatiske tilsyn, serviceret af sygeplejerske. Elektive tider bestilles 24 timer før. En samarbejdsaftale mellem det somatiske sygehus og den psykiatriske afdeling om tilsyn ved behov og evt. faste dage kan være en måde at sikre det på.</p> <p><i>Undervisning af psykiatrien i somatik</i></p> <p>Den helt nødvendige viden om somatiske sygdomme skal bringes up-to-date hos de i psykiatrien ansatte personaler gennem målrettet og fokuseret undervisning. Målgruppen er læger og sygeplejersker, men disse grupper bør undervises hver for sig, fordi deres behov er forskellige. Undervisningen skal være obligatorisk. Et "Brush-up" kursus om somatiske sygdomme vil øge sandsynligheden for, at somatiske sygdomme bliver diagnosticeret korrekt hos de psykiatriske patienter og gavne opfølgning af behandlingstiltag, fra almen praksis eller specialambulatorier. Desuden vil det bedre samarbejdsrelationerne mellem psykiatri og somatik.</p> <p>Region Midtjylland har gjort dette ved en række videotransmitterede forelæsninger ved en række eksperter i udvalgte store sygdomsgrupper (fx hjerte-karsygdomme og endokrine sygdomme). Underviserne har både klinisk erfaring samt forskningserfaring med de pågældende sygdomme. Kurset udbydes til alle. Dette tiltag burde umiddelbart kunne implementeres i alle regioner. Ved at videotransmittere undervisningen sikres at alle kan overvære undervisningen og at den kan foregå interaktivt trods de store afstande. Sådanne kurser har traditionelt været sponsoreret af medicinalindustrien, men det vurderes som værdifuldt, at de holdes i offentligt regi.</p> <p><i>Undervisning af somatikken i psykiatri</i></p> <p>Undervisning og mulighed for fokuseret ophold i psykiatrien kan give de somatiske læger en bedre forståelse for psykiatriske patienter og for psykiske sygdomme. Det kan være undervisning af de store psykiatriske sygdomme som skizofreni, affektive lidelser, angst og OCD, spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelse. Undervisningen kan organiseres i psykiatrien lokalt på det enkelte sygehus eller regionalt af regionsfunktion for liaisonpsykiatri.</p>
<i>Hvad skal der til:</i>	Psykiatridelelserne skal iværksætte og understøtte regionale/lokale dialogprocesser med henblik på indgåelse af formelle aftaler mellem psykiatrien og somatikken.
<i>Hvornår:</i>	I løbet af 2012.
<i>Ansvar</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

<b>10. Regelmæssige helbredstjek</b>	
<i>Anbefaling:</i>	Psykiatrien skal ved lokale initiativer/aftaler sikre, at mennesker, der lever med langvarig psykisk sygdom, får et regelmæssigt helbredstjek.
<i>Uddybning:</i>	Der er behov for en særlig indsats overfor den patientgruppe, der lever med langvarig psykisk sygdom. Regionerne skal tage ansvaret for, at der fx i samarbejde med kommunerne og/eller alment praktiserende læger tages initiativ til at de kroniske psykiatriske patienter får et regelmæssigt helbredstjek. Dette kan fx ske i regi af sundhedsaftalerne eller som mere specifikke aftaler vedrørende beboer på de kommunale bosteder.
<i>Hvad skal der til:</i>	Regionernes psykiatrilædelser skal tage initiativ til at dette område løftes.
<i>Hvornår:</i>	I løbet af 2012
<i>Ansvar:</i>	Regionernes psykiatridirektører (psykiatridirektørkredsen).

## Bilag 2: Oversigt over kvalitetsindikatorer

De valgte kvalitetsindikatorer er direkte implementerbare, hvilket bl.a. forudsætter udbredt konsensus om målenes validitet, klare datadefinitioner, klare principper for datafangst, en organisering af produktionen af data mv. De er som udgangspunkt baseret på eksisterende data, som parallelt til de anvendte data i Danske Regioners benchmarkingrapport, let vil kunne formidles og skabe overblik på tværs af regioner. Der er taget afsæt i de mest realistiske kliniske databaser med henblik på sikring af maksimal validitet i kvalitetsmonitoreringen. Dette betyder fx visse steder en prioritering af data fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) på bekostning af data fra Landspatientregistret til trods for, at der pt. kun findes solide data vedr. NIP-skizofreni men med en forventning om, at data inden længe vil blive anvendelige i NIP-depression.

### Indikator a: Fordeling af nydiagnosticeret psykisk sygdom

<b>Indikator</b>	Incidens af psykisk sygdom
<b>Fokus</b>	Variationer i forekomsten af nydiagnosticeret psykisk sygdom (debuterende patienter)
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011) Data opgøres på henholdsvis alder og geografi: - Geografi opgøres på regionsniveau. - Alder opgøres i to intervaller: < 18 & ≥ 18
<b>Datafangst</b>	Datafangst i Landspatientregistret

### Indikator b: Ventetid til udredning

<b>Indikator</b>	Ventetid til udredning i Psykiatrien
<b>Fokus</b>	Gennemsnitlig ventetid fra henvisning er modtaget i psykiatrien til undersøgelse/udredning indledes. Der skelnes mellem ventetid til indlæggelse (få ptt.) og ventetid til ambulant udredning (flere ptt.). Der kan fx benchmarkes med målsætning om ≤ 60 dage.
<b>Datadefinition</b>	Jf. opgørelser vedr. behandlingsret i psykiatrien
<b>Datafangst</b>	Jf. opgørelser vedr. behandlingsret i psykiatrien

### Indikator c: Varighed af udredning

<b>Indikator</b>	Ventetid til udredning i Psykiatrien
<b>Fokus</b>	Varighed af udredning i Psykiatrien. Gennemsnitlig varighed fra iværksættelse af undersøgelse/udredning til behandling igangsættes. Bør monitoreres for alle pakkeforløb.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner, som umiddelbart kan bringes i anvendelse, forefindes allerede som grundlag for monitorering af servicemålsopfyldelse i fx Region Midtjylland og Region Sjælland. Det anbefales dog, at der foretages en fornyet vurdering af, hvordan pakkeforløb og monitoreringen af varighed af udredning kan kalibreres, når de konkrete pakkeforløb foreligger
<b>Datafangst</b>	I henhold til beslutning om datadefinition

### Indikator d: Indlæggelsestid

<b>Indikator</b>	Indlæggelsestid i Psykiatrien
------------------	-------------------------------

<b>Fokus</b>	Gennemsnitlig indlæggelsestid på psykiatrisk sengeafsnit evt. suppleret med andre statistiske mål for spredning i varigheden af indlæggelse.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)
<b>Datafangst</b>	Datafangst i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)

#### Indikator e: Genindlæggelsesfrekvens

<b>Indikator</b>	Genindlæggelsesfrekvens i Psykiatrien
<b>Fokus</b>	Andel patienter som indlægges akut på psykiatrisk sengeafsnit på samme sygehus inden for 30 dage efter udskrivning.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)
<b>Datafangst</b>	Datafangst i henhold til Benchmarking af Psykiatrien (Danske Regioner 2011)

#### Indikator f: Patient- og pårørendetilfredshed

<b>Indikator</b>	Patient- og pårørendetilfredshed
<b>Fokus</b>	Patienter og pårørendes samlede tilfredshed med (indtryk af) henholdsvis indlæggelse på psykiatrisk sengeafsnit og ambulante behandlingsforløb. Det kan desuden overvejes også at indføre nok en indikator med henblik på tilsvarende monitorering af pårørendes oplevelser.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner i henhold til De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser
<b>Datafangst</b>	Datafangst som led i De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser

#### Indikator g: Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. skizofreni

<b>Indikator</b>	All-or-none skizofreni
<b>Fokus</b>	Psykiatriens evne til at sikre, at den enkelte patient modtager alle relevante udrednings- og behandlingsaktiviteter i henhold til kliniske anbefalinger vedr. skizofreni.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-skizofreni). Subsidært udarbejdes datadefinitioner i overensstemmelse med valg af målelige interventioner i relation til de landsdækkende kliniske retningslinjer.
<b>Datafangst</b>	Datafangst som led i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-skizofreni)

#### Indikator h: Efterlevelse af kliniske anbefalinger ift. skizofreni

<b>Indikator</b>	All-or-none depression
<b>Fokus</b>	Psykiatriens evne til at sikre, at den enkelte patient modtager alle relevante udrednings- og behandlingsaktiviteter i henhold til kliniske anbefalinger vedr. depression
<b>Datadefinition</b>	Datadefinition i henhold til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-depression). Subsidært udarbejdes datadefinitioner i overensstemmelse med valg af målelige interventioner i relation til de landsdækkende kliniske retningslinjer.
<b>Datafangst</b>	Datafangst som led i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-depression som pt. er ufuldstændig, men som vil blive fyldestgørende)

#### Indikator i: Metabolisk syndrom

<b>Indikator</b>	Metabolisk syndrom
<b>Fokus</b>	Forekomst af risikofaktorer i relation til psykiatrisk patienters udvikling af metabo-

lisk syndrom. Monitoreringen omfatter forhøjet BMI, taljeomfang, forhøjet blod-sukker, dyslipidæmi og forhøjet blodtryk. Der fokuseres på patienter med skizofre-ni.

<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner i henhold til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP-skizofreni)
<b>Datafangst</b>	Datafangst i Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret

#### Indikator j: Dødelighed

<b>Indikator</b>	Dødelighed
<b>Fokus</b>	Patienter med psykiske lidelsers gennemsnitlige levealder i forhold til hele popula-tionen.
<b>Datadefinition</b>	Datadefinitioner i henhold til Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret
<b>Datafangst</b>	Datafangst i Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret

### Bilag 3: Gennemgang af diagnoseområder (ICD-10) i forhold til pakker

**F00-09** (Organisk -inkl. symptomatiske- psykiske lidelser): Ved denne diagnosegruppe anbefales det, at der arbejdes med tværsektorielle forløbsprogrammer for demens. Ved de øvrige diagnoser anbefales, at der udarbejdes en udredningspakke.

**F10-19** (Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer): Ved denne diagnosegruppe anbefales det, at der udarbejdes pakkeforløb for afrusningsforløb i psykiatrien. På længere sigt bør der udarbejdes tværsektorielle forløbsprogrammer.

**F20-29** (Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser): Som udgangspunkt kræver denne patientgruppe et ganske fleksibelt pakkeforløb, idet der er stor variation i, hvor klar patienten er til at modtage behandling, og i sværhedsgraden af sygdommen. Der er tale om ofte uforudsigeligt sygdomsforløb med tilbagefald og genindlæggelse og varierende behov for periodevis intensiv kontakt. For debuterende sygdom anbefales pakkeforløb, som er udarbejdet med udgangspunkt i OPUS-konceptet. For resten af patientgruppen anbefales det, at pakkeforløbet deles op i flere delpakker, herunder en udredningsdel, et basisforløb som alle patienter tildeles, samt tillægspakker der sætter fokus på specifikke problemstillinger hos den enkelte patient (fx misbrug, fysisk helbred eller kognitive dysfunktioner).

**F30-39** (Affektive sindslidelser): Denne patientgruppe vurderes at være velegnet til behandling i pakkeforløb, specielt patienter med ikke-psykotiske lidelser og patienter som er stabile nok til at blive behandlet ambulantly. Det vil være muligt at udarbejde accelererede forløb til de lette patienter, og det anbefales at integrere telemedicin og shared care i visse pakkeforløb for denne patientgruppe. Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet pakkeforløb for bl.a. F31, F32 og F33.

**F40-49** (Nervøse- og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer): For denne patientgruppe gælder samme anbefalinger som ved F3. Der foreligger desuden gode referenceprogrammer og kliniske retningslinjer. Det vil også her være muligt at udarbejde accelererede forløb til de lette patienter. Der er udarbejdet pakkeforløb for F40, F41, F42 samt F43.1 og F43.2.

**F50-59** (Adfærd ændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer): Inden for spiseforstyrrelsesområdet gælder samme anbefalinger som ved F3. Der er allerede udarbejdet pakkeforløb for F50.1, F50.3 og F50.9. Under denne diagnosekategori findes en række sjældne lidelser, som det ikke anbefales i første omgang, at udarbejde pakkeforløb for.

**F60-69** (Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstrukturen og adfærd): Med hensyn til F60.3 og F60.6 (emotionel ustabil og evasiv personlighedsstruktur) gælder samme anbefalinger som ved F3 og der er allerede udarbejdet pakkeforløb for disse diagnoser. I forhold til andre typer personlighedsforstyrrelser vil pakkeforløb i højere grad skulle udarbejdes med udgangspunkt i de anbefalinger, der foreligger for F2.

**F70-79** (Mental retardering): På sigt anbefales det at udarbejde forskellige udredningsforløb for denne gruppe.

**F80-89** (Psykiske udviklingsforstyrrelser): Der bør lægges vægt på udviklingsaspektet i behandlingen og flerfaglighed i sammensætning af behandlingen, samt høj grad af inddragelse af pårørende. Såfremt disse forhold inddrages i tilrettelæggelsen af pakkeforløb, og såfremt der levnes mulighed for at foretage nødvendige justeringer i forløbet, vil der være fordele ved at indføre pakkeforløb i det børne- og ungdomspsy-

kiatriske speciale, både m.h.t. arbejdstilrettelæggelsen og for at imødekomme patientens og omgivelsernes behov for, at kunne overskue og forholde sig realistisk til den tilbudte udredning/behandling.

**F90-99** (Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller adolescens): For denne patientgruppe gælder samme anbefalinger som ved F8. Der har i et år været arbejdet med standard forløb for udredning af ADHD for børn og unge i Region Hovedstadens Psykiatri.