



Bilag til dagsordenspunkt vedr. Kvaliteten af behandlingen af patienter med depression

Tabellen næste side viser resultater for Dansk Depressions Database for National årsrapport 2011, baseret på indberetninger fra 1. januar 2011 til 31. december 2011.

Dette er den første rapport databasen har udgivet, hvorfor der ikke er data fra tidligere år til sammenligning.

Dato 20.08.2012

Tine Niemann

Tel. +45 7841 2322

tine.niemann@stab.rm.dk

Indikator om råde	Indikator	Standard	Målopfyldelse på landsplan 2011	Målopfyldelse i RM 2011
Udredning	1a. Indlagte , der vurderes ved speciallæge inden for 7 dage fra indlæggelsen	Mindst 90%	27 %	26 %
	1b. Ambulante forløb, der vurderes ved speciallæge senest 30 dage efter 1. ambulante besøg	Mindst 90%	18 %	11 %
	2a. Indlagte forløb, hvor initial somatisk udredning iværksættes inden for 2 dage fra indlæggelsen	Mindst 90%	29 %	35 %
	2b. Ambulante forløb, hvor initial somatisk udredning iværksættes senest 30 dage efter 1. ambulante besøg	Mindst 60%	11 %	9 %
Sociale støttebehov	3a. Indlagte forløb, hvor patient vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved udskrivelse	Mindst 90%	25 %	28 %
	3b. Ambulante forløb, hvor patient vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved afslutning af ambulante kontakt	Mindst 90%	15 %	16 %
De pres	4a. Indlagte forløb, der via diagnostisk instrument får	Mindst 95%	21 %	34%

Indikator om råde	Indikator	Standard	Målopfyldelse på landsplan 2011	Målopfyldelse i RM 2011
	vurderet depressions-sværhedsgraden inden for 7 dage fra indlæggelsen			
	4b. Ambulante forløb, der via diagnostisk instrument får vurderes depressions-sværhedsgraden senest 30 dage efter 1. ambulante besøg	Mindst 95%	19 %	15 %
	5a. Indlagte forløb, der via diagnostisk instrument får vurderet depressions-sværhedsgraden ved udskrivelsen	Mindst 95%	19 %	29 %
	5b. Ambulante forløb, der via diagnostisk instrument får vurderet depressions-sværhedsgraden ved afslutning af ambulante kontakt	Mindst 95%	7 %	7 %
Selvmordsrisiko	6a. Indlagte forløb, der er undersøgt for selvmordsrisiko ved indlæggelse	Mindst 90%	34 %	48 %
	6b. Ambulante forløb, der er undersøgt for selvmordsrisiko ved 1. ambulante besøg	Mindst 90%	26 %	25 %
	7. Indlagte forløb, der er undersøgt for selvmordsrisiko, når udskrivelse aftales med psykiatrisk afdeling	Mindst 90%	28 %	40 %
Behandling	8. Ambulante forløb, hvor der gives tilbud om psykoterapi senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt	Afventer første resultater	11 %	4 %

Indikator om råde	Indikator	Standard	Målopfylde på landsplan 2011	Målopfylde i RM 2011
Pårørende kontakt	9a. Indlagte forløb, hvor pårørende er i kontakt med henblik på inddragelse senest ved udskrivelse	Afventer første resultater	25 %	41 %
	9b. Ambulante forløb, hvor pårørende er i kontakt med henblik på inddragelse senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt	Afventer første resultater	24 %	31 %
Planlagt opfølgning	10. Indlagte forløb, hvor der er planlagt opfølgning ved udskrivelse	Mindst 90%	16 %	22 %
Genindlæggelse	11. Indlagte forløb, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse	Afventer første resultater	19 %	13 %
30 dages dødelighed	12. Indlagte patienter, der dør inden for 30 dage efter udskrivelse	Afventer første resultater	1 %	1 %

Rød betyder at standarden ikke er opfyldt.

For overskuelighedens skyld er der i tabellen angivet resultater samlet for Psykiatrien. Der er tale om 26 afsnit for behandling af ambulante patienter og 11 afsnit for behandling af indlagte patienter. De indberettende afdelingers resultater ligger langt overvejende på niveau med Psykiatriens samlede målopfylde. Der henvises til årsrapporten for detaljerede oplysninger om de enkelte afdelingers målopfylde, årsrapporten kan ses [her](#).

Bemærkninger fra de enkelte afdelinger

Resultater

Nedenstående dækker indikatorer for patienter behandlet i Region Midtjylland i perioden 1. januar 2011 til 31. december 2011. På den afholdt regionale audit den 25. april 2012 fremlagde afdelingerne handleplaner og indsatsområder samt orienterede om allerede planlagte/iværksatte forbedringstiltag. De væsentligste kommentarer fra afdelingerne til resultaterne fremgår nedenfor.

Regionspsykiatrien Horsens

Afdelingen har identificeret tre emner, der har betydning for resultaterne i årsrapporten. Det drejer sig om dokumentation, datakomplethed, og at ydelserne ikke tilbydes til patienten.

Dokumentation

- Der dokumenteres de forkerte steder i MidtEPJ
- Der mangler dokumentation

Afdelingen har udarbejdet en vejledning med overblik over krav til hvilke ydelser der skal gives og hvilke ydelser der skal følges op på. Desuden har personalet har gennemgået EPJ kursus, hvilket forventes at forbedre registreringen.

Datakomplethed

Grundet implementering af MidtEPJ er det ikke længere muligt at få reminder via registreringsskemaet med henblik på at sikre, at patienten får alle ydelser tilbudt. Afdelingen vil fremadrettet ugentligt udtrække lister på indlagte patienter med depression som A-diagnose med henblik på at følge op på, om patienter tilbydes ydelser jf. databasen. Implementering af MidtEPJ har gjort det svært at følge, om der er taget stilling til alle ydelser.

Ydelser der ikke tilbydes til patienten

Generelt er der mangel på overholdelse af tidsrammer i sengeafsnit og ambulatorium eksempelvis i relation til udredning af patienten. Når diagnose løbende opdateres i MidtEPJ bliver det muligt at tilbyde ydelser inden for tidsrammerne. Personalet skal undervises i disse processer.

Der mangler samtaler ved speciallæge ifht. somatisk udredning i ambulans regi. Fremadrettet vil der være fokus på prioritering af lægernes opgaver. Der vil eventuelt blive mulighed for videokonference mellem patienter/behandler og speciallæge. Desuden vil yngre læger i fremtiden blive tilknyttet affektivt ambulatorium.

Resultaterne viser, at diagnostisk instrument til at vurdere depressionsgrad tilsyneladende endnu ikke er velintegreret i sengeafsnit og ambulatorium. Afdelingssygeplejersker er undervist i det diagnostisk instrument. Fremadrettet vil afdelingssygeplejersker modtage fast undervisning hvert år.

Regionspsykiatrien Vest

MidtEPJ er indført maj 2011. Afdelingen har derfor frem til maj måned fravalgt at indberette til databasen med papirskemaer. Afdelingen har således ikke registreret til Dansk Depressionsdatabase fra januar til maj måned i løbet af 2011.

Det har været en udfordring at opstarte registreringen i MidtEPJ, idet MidtEPJ ikke understøttede dokumentationen til databasen. Derfor er der pr. februar 2012 udviklet en standardplan og et overblik, som skal gøre det nemmere at registrere.

Afdelingen har fokus på at forbedre datakvaliteten via følgende indsatser:

- Beskrivelse af datadefinitioner og inklusionskriterier i standardplaner i MidtEPJ
- Tydeliggøre ledelsesansvaret på ledermøder
- Ruste EPJ-superbrugere og kvalitetsnøglepersoner til at understøtte at arbejdsgange iværksættes og fastholdes
- Undervisning af teams og afsnit
- Løbende opfølgning i 2012 på implementering af MidtEPJ

AUH Risskov, Afdeling Q

Organisationsændringer samt implementering af MidtEPJ har påvirket datakvaliteten. Resultater har ikke ændret sig siden den præliminære audit. Dog er andelen af patienter, hvis depressionssværhedsgrad der vurderes med diagnostisk instrument forbedret i stationært regi. Afdeling Q er ved at lære alle faggrupper op i at udføre disse undersøgelser.

Pårørendeinddragelse i ambulans regi ser ud til at være faldende. Afdelingen har ikke en forklaring på, hvorfor pårørendeinddragelsen er faldet, det kan skyldes registreringsproblemer.

Afdelingen fremhæver, at resultaterne ud over registreringsproblemer er et udtryk for mangel af speciallæger.

Afdelingen har følgende indsatsområder for 2012:

- Rekruttering af speciallæger
- Oplæring af medarbejdere i brugen af Hamilton. Denne indsats er i gang.
- Fokus på korrekt dokumentation i MidtEPJ
- Tilpasning af lokale arbejdsgange mhp. sikring af ydelser inden for tidsrammen
- Tilpasning af MidtEPJ til arbejdsgangene

AUH Risskov, Afdeling M

Afdelingen tilslutter sig de bemærkninger de øvrige afdelinger har præsenteret.

Afdelingen overfører erfaringer fra tidligere gerontropsykiatrisk afdeling til den nye større afdeling. Man planlægger mini-specialisering i afsnittene, ved at tildele sygeplejersker ansvar ifht. depression eksempelvis.

Afdelingen fremhævede shared care som en udfordring, idet den somatiske udredning ofte finder sted hos egen læge. Auditdeltagerne fra afdeling M efterspurgte registreringer fra praksisområdet.

Afdelingen har fokus på at justere arbejdsgange vedr. registrering og behandling mhp. at sikre tidstro registrering.

Regionspsykiatrien Randers

Afdelingen har haft stort fokus på selvmordsrisikovurdering ved indlæggelse og lever op til standarden.

Regionspsykiatrien Randers overgår til MidtEPJ i maj måned 2012. Man er klar over, at der skal være fokus på at registrere data.

Randers har udvalgt tre indsatsområder: I. vurdering af speciallæger ved indlæggelse/opstart af forløb (indikator 1); II. Hamilton rating (indikator 4 og 5) og III. selvmordsrisikovurdering ved udskrivelsen/afslutningen af forløb (indikator 7).

I. Handleplan for vurdering af speciallæge

Depressive patienter vurderes ikke af speciallæge inden for tidsfristen. Fra 1. maj til 1. november 2012 vil overlæge/speciallægen have fokus på arbejdsgange og processer, med henblik på at ændre arbejdsgangene således at speciallæge ser patienterne i overensstemmelse med kriterierne.

II. Handleplan for Hamilton rating

Hamilton rating bliver ikke brugt konsekvent i forløbet grundet manglende oplæring af medarbejdere. Plejepersonalet oplæres i Hamilton rating ved udviklingspsygeplejerske og overlæger. Samrating af patienter mhp. rutine i opgaven struktureres til faste møder i afdelingen. Desuden har yngre læger taget initiativ på afdelingsniveau til at lære Hamilton. Funktionsledelsen vil have særligt fokus på opgaven fra 1. maj til 1. november 2012.

III. Handleplan for selvmordsrisikovurdering

Regional retningslinje 2.7.15 Vurdering af selvmordsrisiko skal anvendes konsekvent. Afdelingen er bevidst omkring at forløb i overgange er særligt udsatte ift. ikke at blive selvmordsscreenet.

Ved udrulning af MidtEPJ vil SFI'er kunne anvendes til systematisk risikovurdering af selvmordsrisiko, hvor der er behov – med særligt fokus på udskrivelse.

Regionspsykiatrien Silkeborg

Erfaringerne fra Regionspsykiatrien Silkeborg viser, at det er svært at få registreringer implementeret. Man undrer sig over at data for indikator 1, vedr. vurdering af speciallæge ikke er bedre, da man har en opfattelse af, at langt de fleste patienter får denne vurdering foretaget. Silkeborg har udført stikprøver af registreringerne og har fundet uoverensstemmelser mellem indberetningerne i Grønt System og listerne fra RKKP. Silkeborg overgår til MidtEPJ til oktober 2012, hvorefter man vil se på resultaterne igen.

Silkeborg har gennemgået datadefinitionerne og orienteret medarbejderne om definitionerne. Der er stort fokus på at få speciallæger til at registrere.

Vurdering af depressionssævrhedsgrad med diagnostisk instrument udføres, når det synes at give mest mening. I daghospitalet sker det oftest ca. 12 uger henne i forløbet. Dette opfylder hverken indikator 4b eller 5b.

Regionspsykiatrien Viborg-Skive

Regionspsykiatrien Viborg-Skive tilslutter sig de bemærkninger, de øvrige afdelinger har præsenteret.

Der arbejdes målrettet på at sikre rettidige registreringer. Afdelingen har særligt fokus på vurdering af selvmordsrisiko og registreringer.

Afdelingen arbejder målrettet på at forbedre vurdering af selvmordsrisiko ved at analysere enhedens styrker og barrierer for at udføre vurderingerne, desuden er det fokus på undervisning og træning. Enheden har mål om standardopfyldelse. Indsatsen evalueres i maj måned 2012.

Med hensyn til registrering arbejdes der systematisk med at dokumentere korrekt i MidtEPJ. I juni og juli måned udfører EPJ superbrugere og kvalitetsnøglepersoner tre audits på registreringerne.

Nærmere beskrivelse af indikatorerne

Udredning

1a. Indlagte, der vurderes ved speciallæge inden for 7 dage fra indlæggelsen: andelen af indlagte patienter, der vurderes ved speciallæge i psykiatri inden for 7 dage fra indlæggelsesdatoen på psykiatrisk afdeling

1b. Ambulante forløb, der vurderes ved speciallæge senest 30 dage efter 1. ambulante besøg: andelen af ambulante patienter, der vurderes ved speciallæge i psykiatri senest 30 dage efter 1. ambulante besøg

2a. Indlagte forløb, hvor initial somatisk udredning iværksættes inden for 2 dage fra indlæggelsen: andelen af indlagte forløb, hvor initial somatisk udredning iværksættes inden for 2 dage fra indlæggelsen

2b. Ambulante forløb, hvor initial somatisk udredning iværksættes senest 30 dage efter 1. ambulante besøg: andelen af ambulante forløb, hvor initial somatisk udredning iværksættes senest 30 dage efter 1. ambulante besøg

Sociale støttebehov

3a. Indlagte forløb, hvor patient vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved udskrivelse: andelen af indlagte forløb hvor patienten vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved udskrivelse

3b. Ambulante forløb, hvor patient vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved afslutning af ambulant kontakt: andelen af ambulante forløb, hvor patienten vurderes vedr. sociale støttebehov senest ved afslutning af ambulant kontakt

Depressions sværhedsgrad

4a. Indlagte forløb, der via diagnostisk instrument får vurderet depressionssværhedsgraden inden for 7 dage fra indlæggelsen: angiver hvorvidt indlagte patienter får vurderet depressionssværhedsgraden ved Hamiltons Depressionsskala (HAM-D17)¹ inden for 7 dage fra indlæggelsesdatoen på psykiatrisk afdeling

¹ Hamiltons Depressionsskala består af 17 spørgsmål om symptomer og tegn, som kan være tilstede ved en depressiv tilstand.

4b. Ambulante forløb, der via diagnostisk instrument får vurderes depressions-sværhedsgraden senest 30 dage efter 1. ambulante besøg: angiver hvorvidt ambulante patienter får vurderet depressionssværhedsgraden ved Hamiltons Depressionskala (HAM-D17) ved afslutning af ambulante kontakt.

5a. Indlagte forløb, der via diagnostisk instrument får vurderet depressions-sværhedsgraden ved udskrivelsen: angiver hvorvidt indlagte patienter har fået foretaget en vurdering af depressionssværhedsgraden med Hamiltons Depressionskala (HAM-D17) ved udskrivelse fra psykiatrisk afdeling

5b. Ambulante forløb, der via diagnostisk instrument får vurderet depressions-sværhedsgraden ved afslutning af ambulante kontakt: angiver hvorvidt ambulante patienter har fået foretaget en vurdering af depressionssværhedsgraden med Hamilton Depressionskala (HAM-D17) ved afslutning af ambulante kontakt

Selvmondsrisiko

6a. Indlagte forløb, der er undersøgt for selvmondsrisiko ved indlæggelse: angiver hvorvidt patienten er blevet undersøgt for selvmondsrisiko ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

6b. Ambulante forløb, der er undersøgt for selvmondsrisiko ved 1. ambulante besøg: angiver hvorvidt patienten er blevet undersøgt for selvmondsrisiko ved 1. ambulante besøg

7. Indlagte forløb, der er undersøgt for selvmondsrisiko, når udskrivelse aftales med psykiatrisk afdeling: angiver hvorvidt patienten er undersøgt for selvmondsrisiko når udskrivelse aftales med psykiatrisk afdeling

Behandling

8. Ambulante forløb, hvor der gives tilbud om psykoterapi senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt: angiver hvorvidt ambulante patienter er blevet tilbudt psykoterapeutisk behandling senest 90 dage efter 1. besøg

Pårørende kontakt

9a. Indlagte forløb, hvor pårørende er i kontakt med henblik på inddragelse senest ved udskrivelse: angiver hvorvidt pårørende til indlagte patienter er i kontakt mhp. inddragelse senest ved udskrivelse fra psykiatrisk afdeling

9b. Ambulante forløb, hvor pårørende er i kontakt med henblik på inddragelse senest 90 dage efter 1. ambulante kontakt: angiver hvorvidt pårørende til ambulante patienter er i kontakt mhp. inddragelse senest 90 dage efter 1. ambulante besøg

Planlagt opfølgning

10. Indlagte forløb, hvor der er planlagt opfølgning ved udskrivelse: angiver andelen af indlagte patienter, hvor der er planlagt opfølgning ved udskrivelse fra psykiatrisk afdeling

Genindlæggelse

11. Indlagte forløb, der genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse: angiver hvorvidt patienten genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling

30 dages dødelighed

12. *Indlagte patienter, der dør inden for 30 dage efter udskrivelse:* angiver hvorvidt patienten er død 30 dage efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling.