

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

Tabellen næste side viser resultater fra Den Nationale Skizofrenidatabase for National årsrapport 2012, baseret på indberetninger fra 1. januar 2011 til 31. december 2011.

Markering med grøn betyder at standarden er opfyldt; markering med gul betyder at standarden er opfyldt, når der tages højde for statistisk usikkerhed; markering med rød betyder at standarden ikke er opfyldt.

Dato 20.08.2012

Tine Niemann

Tel. +45 7841 2322

tine.niemann@stab.rm.dk

Side 1

	Indikator	Standard	Målopfyldelse i RM 2011	Målopfyldelse på landsplan 2011	Målopfyldelse i RM 2010
Indikatorområde 1: Udredning	1aI. Udredning for psykopatologi ved speciallæge	Mindst 98%	Ja (95%)	Nej (94%)	96%
	1aII. Udredning for psykopatologi og interview med diagnostisk instrument	Mindst 80%	Ja (85%)	Nej (71%)	83%
	1b. Udredning for kognitiv funktion ved psykolog	Mindst 50%	Ja (43%)	Nej (44%)	48%
	1c. Udredning for sociale støttebehov ved socialrådgiver	Mindst 80%	Ja (82%)	Ja (81%)	86%
	1d. Vurdering af ubehandlet psykose	Mindst 50%	Nej (38%)	Nej (40%)	30%
Indikatorområde 2: Medicinsk Behandling	2a. Ordination antipsykotisk behandling	Mindst 90%	Ja (95%)	Ja (95%)	94%
	2b. Amb. ptt. der får mere end ét antipsykotikum	Højst 25%	Nej (41%)	Nej (37%)	34%
	2c. Benzodiazepiner	Højst 30%	Ja (22%)	Ja (27%)	18%
Indikatorområde 3: Bivirkninger	3a. Neurologiske bivirkninger	Højst 10%	Nej (13%)	Nej (13%)	14%
	3b. Søvn og sedationsbivirkninger	15%	Nej (18%)	Nej (17%)	18%
	3c. Vægtøgning	Højst 15%	Nej (31%)	Nej (28%)	30%
	3d. Seksuelle bivirkninger	Højst 10%	Ja (9%)	Ja (8%)	11%

	Indikator	Standard	Målopfyldelse i RM 2011	Målopfyldelse på landsplan 2011	Målopfyldelse i RM 2010
Indikatorområde 4: Metabolisk syndrom	4a. Forhøjet BMI	Højst 20%	Nej (36%)	Nej (35%)	37%
	4b. Forøget taljeomfang	Højst 35%	Nej (57%)	Nej (57%)	62%
	4c. Forhøjet blodsukker	Højst 17%	Nej (19%)	Nej (18%)	27%
	4d. Forhøjet triglycerider/ lav HDL	Højst 40%	Nej (59%)	Nej (59%)	61%
	4e. Forhøjet blodtryk	Højst 55%	Ja (56%)	Nej (61%)	61%
	4f. Metabolisk syndrom	Højst 25%	Ja (22%)	Ja (24%)	24%
Indikatorområde 5: Familieintervention	5. Familieintervention, incidente	Mindst 90%	Ja (94%)	Nej (82%)	92%
	5. Familieintervention, prævalente	Mindst 60%	Ja (67%)	Nej (58%)	60%
Indikatorområde 6: Psykoedukation	6. Psykoedukation, incidente	Mindst 40%	Ja (59%)	Ja (44%)	43%
Indikatorområde 7: Udskrivelse	7a. Social støtteforanstaltning	Mindst 90%	Ja (93%)	Ja (92%)	95%
	7b. Efterbehandling	Mindst 90%	Nej (88%)	Nej (89%)	89%
	7c. Følges i ambulans regi	Mindst 90%	Nej (85%)	Nej (78%)	86%

	Indikator	Standard	Målopfyldelse i RM 2011	Målopfyldelse på landsplan 2011	Målopfyldelse i RM 2010
Indikatorområde 8: selvmordsrisiko	8. Selvmordsrisiko	Mindst 90%	Ja (92%)	Ja (95%)	93%
	Antal opfyldt indikatorer, inkl. indikatorer, der er opfyldt, når der tages højde for statistisk usikkerhed.		I alt: 14/25	I alt: 8/25	

For overskuelighedens skyld er der i tabellen angivet resultater samlet for Psykiatrien. De 12 indberettende afdelingers resultater ligger langt overvejende på niveau med Psykiatriens samlede målopfyldelse. Der henvises til årsrapporten for detaljerede oplysninger om de enkelte afdelingers målopfyldelse, 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.

Afdeling P, Aarhus Universitetshospital Risskov

Afdelingen opfylder 19 ud af 25 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed. Afdelingen oplyser at manglende standardopfyldelse for indikator 7C (efterbehandling efter 1½år) samt indikator 1b (udredning ved psykolog) skyldes organisatoriske ændringer. Afdelingen forventer derfor, at resultaterne for registrering af disse to indikatorer bliver bedre til næste år. Afdelingen vil i løbet af 2012 have et særligt fokus på bivirkninger. Handleplaner udarbejdes i lokalt kvalitetsråd.

Afdeling R, Aarhus Universitetshospital Risskov

Afdelingen opfylder 15 ud af 19 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed. Afdelingen har oplevet mange registreringsproblemer. Afdelingen har udvalgt metabolisk syndrom som fokusområde for 2012.

Regionspsykiatrien Vest

Afdelingen opfylder 18 ud af 25 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

Afdelingen har ikke afholdt intern audit, inden den regionale audit, derfor er der ikke aftalt fælles forbedringstiltag. Afdelingen vil have fokus på fortsat at undervise personale i registrering. Erfaringer viser, at det er uklart hvem der har registreringsopgaven.

Regionspsykiatrien Randers

Afdelingen opfylder 17 ud af 25 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

Afdelingen præsenterede opfølgning på indsatsområder for 2011.

1. KRAM faktorer, afdelingen skal blive bedre til at dokumentere. Resultaterne fra denne årsrapport viser en let nedadgående tendens (lidt færre med forhøjede værdier)
2. Registrering af bivirkninger vil fortsat være et fokusområde. Resultaterne i årsrapporten viser at antallet af patienter med bivirkninger er lidt nedadgående
3. Afdelingen har fokuseret på andel af indlagte patienter der udskrives til psykiatrisk efterbehandling. Afdelingen opfylder nu standarden

Afdelingen kan se at vægtøgning, BMI, taljemål er et problem hos deres skizofrene patienter, derfor er der fokus på KRAM faktorerne i afdelingens handleplaner. Desuden har afdelingen valgt serumværdi som et indsatsområde, med fokus på forhøjede lipider, idet mange af afdelings patienter har forhøjede lipidværdier. Afdelingen vil sikre at informationer om forhøjede lipidværdier overgives til egen læge, der kan følge op på resultaterne. Med henblik på at sikre at egen læge får resultaterne, skal der vinges af, at prøveresultat sendes til egen læge, når de bestilles via MidtEPJ. Læger i alle afsnit er ansvarlig for gennemførelse. Fokusområdet følges via stikprøver i Midt EPJ. Der vil være opfølgning med overlæger i alle afsnit og på det lokale Kvalitetsråd.

Regionspsykiatrien Silkeborg

Afdelingen opfylder 12 ud af 21 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

Afdelingen videresender udredte og diagnosticerede patienter til Regionspsykiatrien Horsens.

Afdelingen oplever problemer med registrering. Derfor har afdelingen udformet fire handleplaner, med henblik på at sikre bedre registrering.

- 1) Speciallæge i psykoseteamet er gjort ansvarlig for registrering ift. indicente patienter.
- 2) Primærbehandler er gjort ansvarlig for at følge op på overblikket for registreringerne på den enkelte patient.
- 3) Tre gange årligt tages registreringerne til skizofreni databasen op som tema på behandlingkonferencer.
- 4) Inden årlig samtale med læge skal data ift. bivirkninger og metabolisk syndrom indsamles af sygeplejerske/primærbehandler.

Regionspsykiatrien Horsens

Afdelingen opfylder 17 ud af 25 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

Afdelingen overvejer at udredning ved speciallæge kan foregå samlet i Psykose ambulatorium og OPUS.

I løbet af 2011 er personalet blevet undervist i psykopatologi, afdelingen forventer derfor bedre standardopfyldelse for indikator 1.a II fremadrettet.

Afdelingen vil have øget fokus på at sikre målopfyldelse af indikator 1.b. vedr. udredning for kognitiv funktion ved psykolog.

Afdelingen ønsker at forbedre indberetningen til skizofrenidatabasen via MidtEPJ for alle kontaktpersoner og behandlere. Derfor har afdelingen udarbejdet vejledning for dokumentation i MidtEPJ, som skal implementeres via undervisning til personalet.

Regionspsykiatrien Viborg-Skive

Viborg: Afdelingen opfylder 16 ud af 25 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

Skive: Afdelingen opfylder 21 ud af 24 indikatorer, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

Afdelingerne er ikke tilfreds med deres indberetning til databasen, forventer at datakompletheden vil blive bedre med implementering af MidtEPJ. Afdelingerne afholder audits på rettidig og korrekt placering af dokumentation.

Afdelingerne har som indsatsområde, at incidente patienter videooptages under diagnostisk interview.

I forhold til metabolisk syndrom (indikatorområde 4) vil alle patienter blive gennemgået. Afdelingerne overvejer at opstarte forskningsprojekt i sengeafdelingerne med fokus på metabolisk syndrom.

Nærmere beskrivelse af indikatorerne

Indikatorområde 1: Udredning

1aI. Udredning for psykopatologi ved speciallæge: Andelen af nytilkomne (incidente) patienter med skizofreni, der udredes for psykiatriske symptomer (psykopatologi) ved speciallæge i psykiatri.

1aII. Udredning for psykopatologi og interview med diagnostisk instrument: Andelen af nytilkomne (incidente) patienter med skizofreni, der udredes for psykopatologi og interviewes med diagnostisk instrument.

1b. Udredning for kognitiv funktion ved psykolog: Angiver andelen af nytilkomne (incidente) patienter, der udredes for kognitiv funktion af en psykolog

1c. Udredning for sociale støttebehov ved socialrådgiver: Angiver andelen af nytilkomne (incidente) patienter, der udredes for sociale støttebehov ved en socialrådgiver.

1d. VUP (vurdering af ubehandlet psykose): Angiver andelen af patienter der kommer i behandling for deres skizofreni, indenfor 6 måneder fra symptom debut

Indikatorområde 2: Medicinsk Behandling

2a. Ordination antipsykotisk behandling: Angiver andelen af patienter med skizofreni, som er i medicinsk behandling for skizofreni.

2b. Amb. ptt. der får mere end ét antipsykotikum: Angiver andelen af ambulante patienter, der behandles med mere end ét antipsykotikum for skizofreni.

2c. Benzodiazepiner: Angiver andelen af ambulante patienter, som behandles med beroligende midler for skizofreni

Indikatorområde 3: Bivirkninger

3a. Neurologiske bivirkninger: Angiver andelen af patienter, som har neurologiske bivirkninger til den medicinske behandling

3b. Søvn og sedationsbivirkninger: Angiver andelen af patienter der har søvn- og beroligelses- (sedations)-bivirkninger til den medicinske behandling.

3c. Vægtøgning: Angiver andelen af patienter der har bivirkning i form af vægtøgning til den medicinske behandling.

3d. Seksuelle bivirkninger: Angiver andelen af patienter der har seksuelle bivirkninger til den medicinske behandling

Indikatorområde 4: Metabolisk syndrom

4a. Forhøjet BMI: Angiver andelen af patienter, som har forøget BMI

4b. Forøget taljeomfang: Angiver andelen af patienter, som har forøget taljeomfang

4c. Forhøjet blodsukker: Angiver andelen af patienter, som har forhøjet blodsukker

4d. Forhøjet triglycerider/lav HDL: Angiver andelen af patienter, som har enten forhøjede fedtstoffer (triglycerider) og/eller lav koncentration af "det gode kolesterol" (HDL)

4e. Forhøjet blodtryk: Angiver andelen af patienter, som har forhøjet blodtryk

4f. Metabolisk syndrom: Angiver andelen af patienter, som har forstyrrelser i stofskiftet som bivirkning af psykofarmaka (metabolisk syndrom).

Indikatorområde 5: Familieintervention

5. Familieintervention, incidente/prævalente: Angiver andelen af patienter, hvor pårørende tager imod afdelingens tilbud om kontakt

Indikatorområde 6: Psykoedukation

6. Psykoedukation, incidente: Angiver andelen af incidente patienter, der inden for 2 år modtager undervisning i i psykiatriske lidelser og reaktioner efter en fastlagt plan (psykoedukation i et manualiseret forløb).

Indikatorområde 7: Udskrivelse

7a. Social støtteforanstaltning: Angiver andelen af patienter med en global funktions vurdering (GAF funktionsscore) lig med eller under 30 ved udskrivelse, som udskrives med social støtteforanstaltning i bolig

7b. Efterbehandling: Angiver andelen af patienter, der efter udskrivelse modtager psykiatrisk efterbehandling

7c. Følges i ambulant regi: Angiver andelen af patienter der senest et halvt år efter udskrivelsen er registreret med en ambulant kontakt i Landspatientregisteret.

Indikatorområde 8: selvmordsrisiko

8. Selvmordsrisiko: Angiver andelen af patienter, hvor det er dokumenteret i journalen, at der er screenet for selvmordsrisiko forud for udskrivelse