

Kvalitetsstrategi for behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland



Psykiatrifaglig Stab
August 2008

Psykiatrifaglig Stab

Skovagervej 2
DK-8240 Risskov
Tal. +45 8728 4248

Kontakt:

Kontorchef, fung. kvalitetschef Lisbeth Damgård
e-mail: lisbeth.damgaard@ps.rm.dk

Indholdsfortegnelse

Kvalitetsstrategien på behandlingspsykiatriområdet i Region Midtjylland	4
Formål	4
Baggrund	4
Vision	5
Organisering	5
Ledelse af kvalitet	6
Strategiske indsatsområder	7
Indsatsområdet: Akkreditering	8
Generelt	8
Konkrete tiltag under indsatsområdet akkreditering	8
1. Kompetenceudvikling og videndeling	8
2. Fælles retningslinjer	9
3. Elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok)	9
4. Selvevaluering og auditering (TAK)	9
5. Ekstern evaluering og akkreditering	10
6. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)	10
Indsatsområdet: Patientforløb	12
Generelt	12
Konkrete tiltag under indsatsområdet patientforløb	13
1. Patientforløbsbeskrivelser	13
2. Referenceprogrammer	14
3. Inddragelse af primærsektoren	14
4. Patientsikkerhed	15
5. Kontaktpersonordningen	16
6. Anvendelse af tvang	16
7. Selvmordsforebyggelse	17
8. Bruger- og pårørenderelationer	17
Indsatsområdet: Servicemål	19
Generelt	19
Konkrete tiltag under indsatsområdet servicemål	19
Indsatsområdet: Dokumentation og datakvalitet	20
Generelt	20
Konkrete tiltag under indsatsområdet dokumentation og datakvalitet	20
1. Patientjournal	20
2. Registreringspraksis/databasekomplethed i kvalitetsdatabaser	21
3. Klinikrelevante data	21
4. DIPSY	22
5. BupBase	23
6. InfoRM	23
Litteraturliste	24

Kvalitetsstrategien på behandlingspsykiatriområdet i Region Midtjylland

Kvalitetsstrategien for behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland omfatter alene det behandlingspsykiatriske område og således ikke det socialpsykiatriske område. Den dækker såvel voksenpsykiatrien som den behandlende del af børne- og ungdomspsykiatrien.

Kvalitetsstrategien favner både de strategiske mål og de konkrete indsatsområder. Strategiens målgruppe spænder fra det politiske niveau over ledelsesniveauet til nøglepersoner og medarbejdere i såvel klinik som administration.

Formål

Det overordnede formål med strategien er at skabe et klart grundlag for behandlingspsykiatriens arbejde med kvalitet. Strategien skal dels gøre rede for de konkrete strategiske mål og indsatsområder, dels beskrive en organisation, der gør det muligt at realisere arbejdet med kvalitetsudvikling på alle niveauer i behandlingspsykiatrien.

Baggrund

Kvalitetsstrategien for behandlingspsykiatrien spiller sammen med Kvalitetsstrategien for sundhedsområdet i Region Midtjylland. Desuden er strategien inspireret af Psykiatriplan for Region Midtjylland, Region Midtjyllands ledelses- og styringsgrundlag, National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, herunder i psykiatrien, Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og igangværende kvalitetsudviklingstiltag.

Kvalitetsstrategien understøtter udvikling og opnåelse af en ensartet høj kvalitet i hele regionen. Det indebærer, at kvaliteten skal ses fra tre vinkler:

- Den faglige kvalitet/kerneydelsen, der dækker forebyggelse, udredning, diagnostik, behandling, pleje, hensigtsmæssige patientforløb, pædagogisk/social støtte, opfølgende, forebyggende og sundhedsfremmende indsats
- Den organisatoriske kvalitet, der omhandler effektiv ressourceudnyttelse, kontinuitet og koordinering
- Den oplevede kvalitet, der drejer sig om inddragelse af patienter og pårørende og styrkelse af patientfokus

Konkret betyder det, at kvalitetsperspektivet skal være en fuldt integreret del af arbejdet på alle niveauer i behandlingspsykiatrien og spille en afgørende rolle i forhold til innovation og nytænkning.

Det er i den forbindelse en udfordring at finde balancen mellem en synlig og ensartet kvalitet og det lokale råderum således, at et øget fællesskab ikke klemmer det individuelle ejerskab. Medarbejdere såvel som ledere skal rustes til at løse de mange kvalitetsopgaver gennem uddannelse og videndeling på tværs af geografi og faglig baggrund.

Kvalitetsarbejdet gør den fagprofessionelle indsats og målsætning tydelig. Derved bidrager kvalitetsudviklingsarbejdet til et inspirerende og godt arbejdsmiljø.

En fuld integration af kvalitetsperspektivet forudsætter en kultur, hvor kvalitetsarbejdet udspringer af organisationens visioner, mål og værdier og nyder ledelsens synlige og fortløbende støtte. Behandlingspsykiatrien ønsker at skabe en åben og gennemsigtig psykiatri, hvor omdrejningspunktet er erfaringsudveksling og videndeling. Arbejdet med kvalitet i behandlingspsykiatrien skal derfor organiseres, så det inddrager ledelse, medarbejdere, brugere og pårørende.

Vision

Den overordnede vision for behandlingspsykiatrien er at skabe en psykiatri på højt internationalt niveau til gavn for alle. I overensstemmelse hermed er visionen for kvalitetsstrategien, at der skal kunne konstateres en synlig styrkelse af den faglige kvalitet, patienttilfredsheden og effektiviteten, så der opnås et forbedret behandlingsresultat for patienterne. Det er visionen, at behandlingspsykiatrien skal være et naturligt referencepunkt for nationale vurderinger af den højeste kvalitet.

Organisering

Det er en forudsætning for at opnå akkreditering¹, at behandlingspsykiatrien udvikler en kvalitetsorganisation til blandt andet at understøtte akkrediteringsarbejdet.

I behandlingspsykiatrien er kvalitetsudviklingsarbejdet organiseret ud fra et ønske om mest mulig videndeling og erfaringsudveksling på tværs i regionen og bedst mulig opbakning til ledelsessystemet og medarbejdere på alle niveauer.

Kvalitetsarbejdet er organiseret med følgende strukturer:

- Regionsrådet, som godkender væsentlige tiltag om kvalitetsudvikling på det politiske niveau
- Den Strategiske Psykiatriske Ledelsesgruppe, som træffer alle væsentlige beslutninger om kvalitetsudvikling i psykiatrien
- Psykiatriens Kvalitetsråd, som refererer til og rådgiver Den Strategiske Psykiatriske Ledelsesgruppe om emner inden for den behandlende psykiatri
- Psykiatriens Kvalitetsnetværk, som sikrer den regionale koordinering og implementering på det lokale niveau samt videndeling i regionen.
- Psykiatrifaglig Stab, som sikrer overordnet koordinering, bistår i strategiudvikling og driver Kvalitetsnetværket.

¹ Akkreditering er defineret som en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institutionen lever op til et sæt af fælles standarder [Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, kvalitetsbegreber og -definitioner. København, 2003.].

- Center for Kvalitetsudvikling, som løser konkrete, tværgående kvalitetsopgaver
- Lokale kvalitetsorganisationer, som sikrer koordinering, forankring og implementering af samt opfølgning på kvalitetsarbejdet lokalt.

Behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland har desuden nedsat faglige råd for faggrupperne læger, sygeplejersker, psykologer, ergo- og fysioterapeuter samt socialpsykiatrien på tværs af de to psykiatriske specialer: voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. De to psykiatriske specialer udgør to lægefaglige specialer, der har hver sit faglige råd. Rådene har til opgave i konsensus at yde faglig rådgivning til ledelsessystemet på et evidensbaseret grundlag, herunder rådgivning om kvalitetsudviklingsarbejdet.

Ledelse af kvalitet

Ledelse af kvalitet er væsentligt, fordi Psykiatrien i Region Midtjylland i lighed med resten af det danske sundhedsvæsen til stadighed skal løse flere og mere komplicerede opgaver bedre for de samme fælles ressourcer.

Med introduktionen af Den Danske Kvalitetsmodel skærpes kravene til lederne om at integrere og synliggøre kvalitetsudvikling og dokumentation i den daglige ledelse. Hvis ikke det lykkes for lederne at integrere indholdet af modellens elementer og oversætte standarder og indikatorer til praktisk dagligdag for medarbejderne, bliver opgaven uoverskuelig og meningsløs.

Kravene til ledelse kommer imidlertid ikke alene fra Den Danske Kvalitetsmodel. Krav om formidling af og offentliggørelse af kvalitet stilles også af såvel patienter, pårørende, medarbejdere og politikere. Det betyder blandt andet, at kvalitet skal synliggøres og dokumenteres på lige fod med aktivitet og økonomi. Det kræver proaktivitet, lederskab og veldefinerede mål.

Ledelse af kvalitet er at bringe kvalitetsarbejdet i fokus og sætte kvalitet på dagsordenen igen og igen. Eksisterende planer skal løbende revideres, beslutninger, der ikke matcher nye vilkår og rammer, skal ændres, og sidst men ikke mindst skal der planlægning til. Hertil kommer, at det er næsten umuligt at overvurdere behovet for kommunikation. Manglende information skaber utryghed på alle niveauer, og det er derfor væsentligt, at psykiatriens kvalitetsarbejde har et tæt samspil mellem det ledelsesmæssige og det udførende lag på kvalitetsområdet. Det er dog fortsat vigtigt at holde fast i, at det er i ledelseslaget, at beslutninger om fordeling af ressourcer, opgaver og roller skal træffes.

Ledelse af kvalitet er desuden et spørgsmål om holdning. Det er lederne i psykiatrien, der skal tage ansvar for kvalitetsopgaven og agere rollemodel. Det handler blandt andet om at tage sig frihed til at handle, evne at prioritere opgaverne og sikre et højt informationsniveau.

Ledelse af kvalitet er ikke mindst ledelsens behandling og brug af data. Målet er, at ledelsesinformation skal danne grundlag for ledelsesbeslutninger inden for kvalitetsområdet både i forbindelse med identifikation af problemområder og i forhold til fremhævelse af gode eksempler.

Det er et fælles ansvar for lederne i behandlingspsykiatrien til stadighed at drøfte og udvikle psykiatriens kvalitetsorganisation, så den fungerer på alle niveauer. Kvalitetsopgaven vedrører for en stor del strategi, økonomi, værdier og planer. Ledelseslaget skal tænkes ind i kvalitetsorganisationen, så det er synligt og har et passende rum at agere i.

Strategiske indsatsområder

Aktuelt skal behandlingspsykiatrien i den kommende årrække satse på fire strategiske indsatsområder, der efterfølgende beskrives i hvert sit kapitel. Det drejer sig om:

- 1. Akkreditering**
- 2. Patientforløb**
- 3. Servicemål**
- 4. Dokumentation og datakvalitet**

Områderne er valgt, fordi de er særligt afgørende for, at behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland når sine målsætninger.

Områderne skal tænkes aktivt ind i de aktiviteter, der igangsættes inden for behandlingspsykiatrien, og udviklingen vil på regionsniveau blive fulgt af den strategiske ledelsesgruppe for psykiatri og social, Psykiatriens Kvalitetsråd og Kvalitetsnetværket.

Det er hensigten, at strategien videreudvikles og anvendes dynamisk, så der hele tiden lægges vægt på de opgaver, der er aktuelle på det givne tidspunkt. Det er afgørende, at medarbejderne til stadighed får mulighed for at påvirke udviklingen og bidrage med deres viden og erfaringer.

Indsatsområdet: Akkreditering

Generelt

Det er et mål, at behandlingspsykiatrien opnår akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel, og opgaven fordrer - og har - Strategisk Ledergruppes bevågenhed og opbakning. For at blive akkrediteret skal behandlingspsykiatrien forberedes og løbende udvikles til den meget store opgave, det er, at implementere standarder, udarbejde retningslinjer og uddanne medarbejdere. I Region Midtjylland koordineres og igangsættes derfor en række fælles regionale tiltag for både behandlingspsykiatrien og somatikken.

Også primærsektoren inddrages i arbejdet med akkreditering; i første række i forhold til snitflader til psykiatrien, eksempelvis henvisningsstandarder

Akkreditering opnås gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, som er en overordnet model² for kontinuerlig kvalitetsforbedring. Den Danske Kvalitetsmodel er et obligatorisk kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem, der baseres på et fælles sæt af standarder og indikatorer omfattende bl.a. koordinering og kontinuitet, overdragelse, patientinddragelse, patientinformation og kommunikation.

Implementering af standarderne i den Danske Kvalitetsmodel er første forudsætning for at blive akkrediteret. Herefter foretages en basisvurdering, der er en selvevaluering, som udgør en baseline for den videre akkrediteringsproces. I tilfælde af kvalitetsbrists følges basisvurderingen op af handlingsplaner. Efter en tid, hvor afdelinger og afsnit har haft tid til at arbejde med disse, gennemføres en ny selvevaluering, der igen kan følges op af handlingsplaner, hvis dette er nødvendigt. Implementeringsprocessen afsluttes med et internt survey, inden den eksterne vurdering og endelige akkreditering gennemføres.

Konkrete tiltag under indsatsområdet akkreditering

I det følgende beskrives seks tiltag, der alle er en væsentlig del af indsatsen for primært at udvikle kvaliteten og i sidste ende opnå akkreditering:

- 1) Kompetenceudvikling og videndeling
- 2) Fælles retningslinjer
- 3) Elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok)
- 4) Selvevaluering og auditering (TAK)
- 5) Ekstern evaluering og akkreditering
- 6) Det nationale indikatorprojekt (NIP)

1. Kompetenceudvikling og videndeling

Akkreditering indeholder et stærkt element af videndeling, hvilket behandlingspsykiatrien både udnytter og understøtter.

² <http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw1470.asp>

Konkret udbød psykiatrien i 2007 Region Midtjyllands kvalitetskoordinatoruddannelse som et samarbejde med det somatiske sundhedsområde. Resultatet er, at der i slutningen af 2008 gennemføres to eller tre uddannelsesforløb af en dags varighed for ansatte i psykiatrien. Forløbene vil introducere medarbejderne til Den Danske Kvalitetsmodel, opgaver, roller, tidsperspektiv mv.

2. Fælles retningslinjer

Som en del af akkrediteringsarbejdet er det et mål for behandlingspsykiatrien at støtte opfattelsen af, at psykiatrien er én enhed, og som følge heraf har Strategisk Ledergruppe besluttet, at så mange retningslinjer som muligt skal være fælles. Derfor er behandlingspsykiatriens eksisterende retningslinjer indsamlet med det formål i løbet af 2008-09 at danne grundlag for udarbejdelse og implementering af nye, fælles retningslinjer for alle de standarder, der er relevante for behandlingspsykiatrien.

Retningslinjerne systematiseres efter Den Danske Kvalitetsmodel og samles i dokumentstyringssystemet e-Dok (se umiddelbart nedenfor).

Processen følger den nationale udvikling i takt med, at standarderne frigives.

3. Elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok)

I behandlingspsykiatriens kontinuerlige indsats for at sikre høj og ensartet kvalitet og for at blive akkrediteret, er det væsentligt, at politikker, retningslinjer og instrukser udformes og administreres korrekt. Til at sikre dette indføres et elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok). e-Dok er tværregionalt og tværsektorielt og indføres i hele sundheds- og psykiatriområdet i Region Midtjylland i løbet af 2008.

I behandlingspsykiatrien tilrettelægges implementeringen af e-Dok i takt med systemudviklingen og udgivelsen af bl.a. retningslinjer.

4. Selvevaluering og auditering (TAK)

Som en del af arbejdet mod at blive akkrediteret gennemfører behandlingspsykiatrien en selvevaluering³ for alle standarder⁴, hvorefter man på baggrund af resultaterne fra bisevalueringen udarbejder handlingsplaner med henblik på en egentlig selvevaluering.

Til brug for denne basis- og selvevaluering introduceres et it-system, 'TAK', som IKAS udvikler i samarbejde med regionerne til det danske sundhedsvæsen. TAK står for **T**værgående **A**kkreditering og **K**valitetsudvikling.

Systemet opsamler data om opfyldelse af kvalitetsindikatorer under Den Danske Kvalitetsmodel. Derved kan der skabes struktur og overblik i kvalitetsarbejdet i det danske

³ Ved selvevaluering forstås en systematisk vurdering af institutionens aktiviteter og resultater foretaget af institutionen selv [Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Psykiatriens kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.].

⁴ Ved standarder forstås et sæt af foruddefinerede krav. Standarderne vedrører sundhedsydelser og aktiviteter (<http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw175.asp>).

sundhedssystem, samtidig med at systemet bidrager til at spare tid i forbindelse med en række arbejds gange.

I første omgang skal TAK bruges til at overdrage og implementere standardmaterialet, men det langsigtede formål er, at TAK kan bruges til løbende status for opfyldelse af standarder og indikatorer. Det gælder både den førnævnte selvevaluering og ved selve surveybesøget og akkrediteringsprocessen.

5. Ekstern evaluering og akkreditering

I løbet af 2010 forventes den eksterne evaluering med henblik på akkreditering. Akkreditering baseres på vurdering af standardopfyldelse i forbindelse med den eksterne evaluering.

Den eksterne evaluering er baseret på institutionsbesøg af et eksternt surveykorps. Besøget består af dialog og interview med ledelsen og medlemmer af kvalitetsorganisationen om kvalitetsforbedringer og standardopfyldelse samt besøg i afdelinger og afsnit, interviews med personale og patienter, stikprøver og casebaseret audit.

6. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)

I Den Danske Kvalitetsmodels sygdomsspecifikke standarder findes henvisning til en eksisterende database, der er udviklet af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). For psykiatrien er skizofreni et udvalgt sygdomsområde.

NIP er oprettet af de videnskabelige og faglige selskaber samt Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Formålet er at sikre et fælles grundlag og en fælles metode til at dokumentere og udvikle den faglige kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Til det formål er der udviklet en række indikatorer (mål for kvalitet) og tærskelværdier (krav til i hvor høj grad indikatoren skal være opfyldt). En indikator kan f.eks. være et mål for overlevelse, ventetid, eller om patienterne modtager en bestemt behandling. Indikatorer og tærskelværdier skal belyse kvaliteten af forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering i forløbet. Alle danske hospitalsafdelinger, der behandler patienter indenfor de omfattende sygdomsområder⁵, indberetter de relevante data til NIP sekretariatet.

I behandlingspsykiatrien forelægges kvartalsvise NIP-resultater for afdelingsledelserne og Strategisk Ledelsesgruppe med henblik på løbende vurderinger.

Resultaterne fra en årlig audit forelægges Strategisk Ledelsesgruppe, som beslutter, hvilke særlige tiltag til kvalitetsforbedringer der iværksættes på bestemte områder. Resultater og handlingsplaner for NIP skizofreni forelægges desuden det politiske niveau i form af Forretningsudvalget og Regionsrådet. Den årlige audit holdes i august.

For perioden 2007-2008 er følgende indsatsområder for NIP skizofreni besluttet:

⁵ Det drejer sig om følgende otte sygdomsområder: Akut mave-tarm kirurgi, Apopleksi, Diabetes, Hjerterisikoficiens, Hoftenebræ frakturer, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), Lungecancer og Skizofreni.

- Udredning – speciallæge: Der sikres procedurer, således at alle patienter med skizofreni udredes ved speciallæge. Der arbejdes med rekruttering af speciallæger til psykiatrien
- Udredning – diagnoseredskab: Der sikres procedurer til anvendelse af diagnose-redskab herunder undervisning i anvendelse af diagnoseredskaber
- Udredning – psykologer: Der sikres procedurer, således at alle patienter med skizofreni får bedømt kognitiv funktion ved psykolog. Der udvælges et testbatteri
- Undersøgelse for bivirkninger: Der udarbejdes retningslinjer og tilhørende dokumentation. Endvidere sættes der ind med informations – og undervisningsindsats for de medarbejdergrupper, der registrerer bivirkninger
- Kontakt med pårørende: Der arbejdes med at styrke samarbejdet med pårørende i form af undervisning og kurser for personale
- Den nye nationale vejledning vedrørende selvmordsscreening implementeres i psykiatrien

Indsatsområdet: Patientforløb

Generelt

Sammenhæng i patientforløbene er et mål for Region Midtjylland på både sundheds- og psykiatriområdet. Kvalitetsbrist i disse forløb opstår særlig hyppigt i sektorovergange, og det er derfor afgørende for både den faglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet, at der målrettet fokuseres på at styrke sammenhænge mellem behandlingspsykiatrien og dens samarbejdsparter. Dette behov er yderligere skærpet som følge af Strukturreformen.

Det er et overordnet mål for indsatsområdet 'patientforløb', at der opnås en væsentlig forbedring i resultaterne fra patientundersøgelsernes spørgsmål om kontinuitet.

Den ønskede styrkelse af patientforløb i behandlingspsykiatrien skal dels ske ved hjælp af forløbsplanlægning, dels ved evaluering på tværs af sektorerne og dels ved en fælles opfattelse af mål, ansvar og opgaver samt af begreberne god kvalitet og udvikling på tværs af sektorerne. Som nævnt i psykiatriplanen inkluderer dette arbejde et nært samarbejde mellem kommunerne og psykiatrien. Basis for dette samarbejde beskrives i den generelle sundhedsaftale: "*Aftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser*"⁶, herunder den "*Supplerende generelle sundhedsaftale vedrørende børne- og ungdomspsykiatrien*". Heri defineres blandt andet, hvilke elementer der indgår i en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien for at effektivisere processen mest muligt.

Et andet eksempel på samarbejde er, at Den Administrative Styregruppe på Socialområdet (DAS) med repræsentanter fra såvel psykiatri som kommuner har nedsat "Tema-gruppe vedrørende samspil mellem det kommunale social- og undervisningsområde og den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i Region Midtjylland". En underarbejdsgruppe med to kommunale repræsentanter samt en fra Børne- og Ungdomspsykiatrien arbejder på et notat om, hvad der skal gøres inden en henvisning.

Eksempler på samarbejde er også aftaler med nogle kommuner om konsulentbistand fra Børne- og Ungdomspsykiatrien, samt nogle akutaftaler, hvoraf det fremgår, hvem en kommune kan henvende sig til, hvis der opstår en akut situation.

Blandt kommende tiltag forventes projekt "Fremskudt team" hvor Børne- og Ungdomspsykiatrien og en række kommuner vil samarbejde om at forbedre og styrke samarbejdet i forhold til svære sager.

Vedrørende patientforløb er der desuden en række specifikke standarder i Den Danske Kvalitetsmodel, der også er mål for arbejdet.

⁶ Der blev i 2007 indgået sundhedsaftaler med alle kommuner i Region Midtjylland. Aftalerne revideres i løbet af 2008 og skal inden oktober 2008 indsendes til fornyet godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

I indsatsen for at skabe det optimale patientforløb skal der også lægges vægt på det igangværende regionale arbejde med patientsikkerhed, forestået af Enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed.

Konkrete tiltag under indsatsområdet patientforløb

I det følgende beskrives otte tiltag, der alle er en væsentlig del af indsatsen for at skabe optimale, sammenhængende patientforløb i behandlingspsykiatrien:

- 1) Patientforløbsbeskrivelser
- 2) Referenceprogrammer
- 3) Inddragelse af primærsektoren
- 4) Patientsikkerhed
- 5) Kontaktpersonordning
- 6) Anvendelse af tvang
- 7) Selvmordsforebyggelse
- 8) Bruger- og pårørende relationer

1. Patientforløbsbeskrivelser

En patientforløbsbeskrivelse har til formål at skabe sammenhæng i patientens vej gennem sundhedsvæsenet fra det første besøg hos den praktiserende læge over henvisning, indkaldelse, udredning, behandling, pleje og udskrivning til den videre opfølgning i den kommunale sektor og i praksissektoren.

I en patientforløbsbeskrivelse indgår en samlet beskrivelse af og standarder for alle aktiviteter, arbejdsgange, beslutningspunkter, organisering og kontakter i et optimalt sammenhængende patientforløb for en specifik patientgruppe (typisk en diagnose).

Den psykiatrifaglige evidens danner grundlag for indsatsen, og dokumentation samt kvalitetsmonitorering er med til at sikre patienterne den relevante behandling. Hensigtsmæssig organisering og koordinering af dette arbejde skal derfor prioriteres for at skabe en optimal proces i patientforløbene. Inddragelse af patienternes, og i relevant omfang de pårørendes, synspunkter er i øvrigt et væsentligt led i arbejdet med at udforme patientforløb.

Der foreligger såvel igangsatte som færdige patientforløbsbeskrivelser, der omfatter stort set alle de elementer, der er lagt op til, og hensigten er, at forløbene skal udbredes til og implementeres i hele regionen. Aktuelt udarbejdes en patientforløbsbeskrivelse for patienter med depression, herunder også børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Denne beskrivelse forventes færdig inden udgangen af 2008.

Fremover skal der i behandlingspsykiatrien være fokus på følgende:

- At der fortsat udarbejdes patientforløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper, hvor inddragelse af relevante aktører, såsom praktiserende læger, speciallæger, patienter, pårørende samt kommunerne inddrages

- At fremtidige patientforløbsbeskrivelser baseres på en overordnet model for patientforløb udviklet i samarbejde med sundhedsområdet med henblik på en systematisk kvalitetsudvikling i hele regionen.

2. Referenceprogrammer

Formålet med referenceprogrammer er at kortlægge 'god klinisk praksis' og sammenfatte den seneste faglige viden, evidens og erfaring indenfor det pågældende område. Referenceprogrammer udarbejdes af tværfaglige arbejdsgrupper, som systematisk gennemgår og vurderer den videnskabelige litteratur på området og på baggrund heraf formulerer en række anbefalinger om opsporing, diagnostik, behandling og pleje.

Inden for de psykiatriske specialer er udarbejdet fire referenceprogrammer:

- Referenceprogram for skizofreni (2004), Sundhedsstyrelsen
- Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (2007), Sundhedsstyrelsen
- Referenceprogram for unipolar depression hos voksne (2000), Sundhedsstyrelsen
- Referenceprogram for udredning og behandling af børn og unge med ADHD (2008), BUP-DK

Sundhedsstyrelsen har desuden udgivet en række publikationer, der vil blive behandlet på tilsvarende vis som referenceprogrammerne, eksempelvis "Anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser".

Når referenceprogrammer indføres i behandlingspsykiatrien, sker det ved at:

- der prioriteres mellem anbefalinger i referenceprogrammerne på baggrund af faglig rådgivning
- der udarbejdes tværgående retningslinjer for udvalgte delemner i programmerne, hvilket understøtter en afdelingsvis indførelse. Center for Kvalitetsudvikling er tovholder på at udarbejde disse retningslinjer.

3. Inddragelse af primærsektoren

Sammenhængende patientforløb og høj behandlingskvalitet fordrer et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, da stadig flere ydelser foregår i ambulant regi med den praktiserende læge som en vigtig og nødvendig tovholder og samarbejdspartner.

En af hovedhjørnesteenerne i samarbejdet er praksiskonsulentordningen, som er et netværk af praktiserende læger, der sikrer og styrker samarbejdet mellem den primære og sekundære sundhedssektor.

Behandlingspsykiatrien bidrager på forskellige måder til at understøtte de praktiserende læger og speciallægers arbejde. Der arbejdes således for:

- en let tilgængelig telefonrådgivning fra læge til læge
- muligheden for subakut vurdering
- faste aftaler om opgavefordeling, jf. patientforløbsbeskrivelserne
- en aftalt standard for kommunikation (henvisning og epikrise)
- fælles møder f.eks. i forbindelse med udskrivning fra en kompliceret indlæggelse
- tilbud om klinisk supervision og sags gennemgang

- undervisning og foredrag

Behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland kan herudover indgå i *shared care* dvs. i et egentligt behandlingsmæssigt samarbejde i forbindelse med en konkret patient.

Det blev i forbindelse med aftalen om Region Midtjyllands budget for 2008 aftalt at nedsætte et midlertidigt politisk underudvalg, som skal forestå udarbejdelsen af et modeloplæg for behandlingspsykiatriens samarbejde med primærsektoren. "Udvalget vedr. psykiatriområdet" blev nedsat i forlængelse af psykiatriplanens vedtagelse.

4. Patientsikkerhed

Det er et overordnet mål i behandlingspsykiatrien at minimere forekomsten af såvel utilsigtede hændelser som nærhændelser samt at drage læring af disse hændelser.

Det medfører, at der skal være tilbud om konsulentstøtte til afdelingernes organisering af patientsikkerhedsarbejdet samt temadage og undervisning af personale på afdelinger og afsnit. Patientsikkerhedsarbejdet koordineres af den regionale risikomanager for psykiatrien i Enheden for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed (EKKP) i samarbejde med Psykiatrifaglig Stab.

Behandlingspsykiatrien er langt i arbejdet med patientsikkerhed, som der er et stort ejerskab til lokalt på afdelinger og afsnit.

Erfaringen har vist, at arbejdet med patientsikkerhed motiverer kvalitetstækningen og giver mening på alle niveauer i organisationen.

Patientsikkerhed og kvalitetsudvikling har ofte identiske mål og problemstillinger. Blandt de særlige styrker ved patientsikkerhedssamarbejdet er den systematiske indsamling af utilsigtede hændelser, der kan være med til at målrette indsatsen på de områder, hvor der er de største kvalitetsbrist.

Omdrejningspunktet for behandlingspsykiatriens patientsikkerhedsarbejde er et øget fokus på følgende initiativer:

- Sammenhæng mellem det lokale patientsikkerhedsarbejde og afdelingernes indsats indenfor de resterende indsatsområder i forbindelse med kvalitetsudviklingsarbejdet
- Feedback i relation til rapporterede hændelser og deraf afledte handlingsplaner, såvel internt som eksternt, samt formidling af konklusioner og anbefalinger fra kerneårsagsanalyser, herunder formidling om patientsikkerhedsarbejdet ved introduktion af nye medarbejdere

- Behandlingspsykiatriens deltagelse i Operation Life⁷ for så vidt angår medicinafstemning (medicinpakken).

5. Kontaktpersonordningen

En tilføjelse til Sundhedsloven, der gør kontaktpersonordningen lovpligtig, er vedtaget i 2008. Det samme er en regional retningslinje for kontaktpersoner, der gælder i både somatik og behandlingspsykiatri.

Konkret dækker kontaktpersonordningen over, at en faglig person tilknyttes den enkelte patient med det formål at sikre en større koordination i den enkelte patients behandlingsforløb og styrke kommunikation med og information af patienten, hvilket behandlingspsykiatrien har lang erfaring med.

Kvartalsvist opgøres den dokumenterede andel af patienter, der har fået tildelt en kontaktperson i distrikterne. Denne opgørelse indberettes til Danske Regioner og vil fremover indgå i Den Danske Kvalitetsmodel.

I behandlingspsykiatrien arbejdes der målrettet med kvalitetsudvikling af kontaktpersonordningen med henblik på at udvikle faste og rammesatte instrukser for dokumentation af tildelte kontaktpersoner på alle afdelinger og afsnit.

Behandlingspsykiatrien har en overordnet målsætning om en 100% målopfyldelse for kontaktpersonordningen.

6. Anvendelse af nødvendig tvang

Anvendelse af nødvendig tvang i behandlingspsykiatrien er til stadighed på dagsordenen både politisk og fagligt samt i dialogen med bruger- og pårørendeorganisationerne. Nødvendig tvang vil fortsat være en faktor i behandlingspsykiatrien, og det er således en vedvarende udfordring at minimere behovet for og anvendelse af tvang, ligesom det er en vedvarende udfordring at forbedre patienternes oplevelse af nødvendig tvang.

Behandlingspsykiatrien skal arbejde for en minimeret brug af tvang med afsæt i følgende initiativer:

- Udviklingen i anvendelse af nødvendig tvang skal løbende monitoreres både lokalt og på regionsniveau på basis af indberetningerne til registeret over anvendelse af tvang i psykiatrien
- Der skal årligt gennemføres en systematisk analyse af årsagerne til udviklingen i anvendelse af tvang

⁷ Operation Life er en landsdækkende kampagne for kvalitet og patientsikkerhed på danske sygehuse. Målet med Operation Life er at redde 3000 liv, at tre ud af fire danske sygehuse er tilmeldt kampagnen, at alle fem regioner i Danmark er repræsenteret i kampagnen. Målene skal opnås gennem implementering af seks 'pakker' på danske sygehuse: Mobilt akut team Medicinafstemning (medicinpakken), AMI-pakken, CVK-pakken, Respiratorpakken og Sepsis-pakken.

- Resultaterne af dette analysearbejde gøres tilgængeligt for hele psykiatrien i Region Midtjylland med henblik på, at der udarbejdes regionale og lokale handleplaner for at styrke den forebyggende indsats
- Regionsrådet skal én gang årligt forelægges en samlet opgørelse over anvendelsen af tvang i behandlingspsykiatrien og handlingsplaner for nedbringelse.

7. Selvmordsforebyggelse

Det er en overordnet målsætning at minimere antallet af selvmord og selvmordforsøg i psykiatrien.

Det indebærer, at fokus i behandlingspsykiatrien er rettet mod følgende initiativer:

- Opkvalificere behandlerne i forhold til at kunne foretage en risikovurdering af og samtale med selvmordstruede personer
- Inddrage pårørende så tidligt som muligt, idet pårørende ofte vil kunne supplere patientens oplysninger
- Tilbyde opfølgningstilbud til personer, der har alvorlige selvmordstanker eller har forsøgt selvmord

Der vil på regionsniveau i behandlingspsykiatrien blive en fælles regional retningslinje for selvmordsforebyggelse i form af den nationale vejledning vedrørende selvmordsscreening. Retningslinjen forventes færdig ultimo 2008.

8. Bruger- og pårørenderelationer

Resultater af danske undersøgelser viser, at patienter og pårørende generelt har et positivt indtryk af den konkrete kliniske indsats, og at de har tillid til personalets faglige dygtighed. Der er imidlertid et væsentligt forbedringspotentiale med hensyn til koordineringen af det samlede forløb, kontinuitet i forhold til det personale, der er tilknyttet den enkelte patient, samt kommunikation med og information til patienter og pårørende.

Den indledende samtale med både patient og pårørende er således højt prioriteret. Det er afgørende, at der bliver afsat tid til at forklare patienten og de pårørende, hvad de skal igennem, og hvad de kan forvente sig af behandlingen.

Ud over at inddrage brugeren i sit eget sygdomsforløb vil behandlingspsykiatrien sikre, at brugernes perspektiv inddrages bredt i planlægning og evaluering af psykiatrien. I den forbindelse er patientforløbsbeskrivelser én metode, jf. side 13. Erfaringen har vist, at disse forløbsbeskrivelser kan fremme en effektiv og velkoordineret indsats med høj kvalitet som et af resultaterne. Behandlingspsykiatrien vil således opprioritere arbejdet med patientforløbsbeskrivelser og styrke brugerperspektivet i indsatsen på området.

For så vidt angår bruger- og pårørende relationer er der fokus på følgende initiativer:

- Inddragelse af bruger- og pårørende, når der udarbejdes patientforløbsbeskrivelser
- Styrket inddragelse af brugerne bredt i kvalitetsudviklingsarbejdet

- Styrket inddragelse af de pårørende herunder fire afdelingers deltagelse i det nationale gennembrudsprojekt for pårørende⁸
- Arbejdet med de landsdækkende psykiatriundersøgelser. Undersøgelserne er med til at skabe den dialog med psykiatriens brugere og pårørende, der er afgørende for at løfte kvaliteten i alle enheder
- Arbejdet med udvikling af politikker for samarbejdet mellem sindslidende, pårørende og medarbejdere i Region Midtjylland, der har vist sig at være et brugbart redskab.

⁸ Gennembrudsmetoden er praksisorienteret og karakteriseret ved at være videns – og erfaringsbaseret netværksarbejde. Gennem en koncentreret og stramt struktureret indsats skabes væsentlige kvalitetsforbedringer i pleje og behandling af patienter på kort tid. Implicit i metoden ligger spredning af forbedringer til andre enheder og organisationer. Den grundlæggende idé bag gennembrudsmetoden er princippet om, at kvalitetsforbedringer opnås gennem afprøvning, tilpasning og implementering af eksisterende og dokumenteret viden om 'god praksis'.

Indsatsområdet: Servicemål

Generelt

Region Midtjylland har som målsætning, at patienter skal modtage samme høje service i alle dele af regionen. Udvalgte dele af denne service er beskrevet i en række politisk vedtagne servicemål. Servicemålene tager udgangspunkt i dels de nationale (lovmæssige) servicemål, dels de servicemål der var i de fire tidligere amter.

Servicemålene er nært knyttet til realiseringen af det sammenhængende patientforløb, herunder kapacitetsplanlægning og økonomi. Servicemålene godkendes årligt ved budgetforhandlingerne, men kan løbende ændres af regionsrådet som følge af for eksempel lovændringer. De nuværende servicemål for de to specialer, voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, er beskrevet i Region Midtjyllands økonomiaftale 2008, der er godkendt af Regionsrådet den 26. september 2007. I august 2008 træder Bekendtgørelse om udvidet ret til undersøgelse og behandling af psykisk syge børn og unge i kraft. Servicemålene tilrettes i forhold hertil.

Konkrete tiltag under indsatsområdet servicemål

Blandt konkrete tiltag vil servicemålene og deres opfyldelsesgrad sammen med øvrige kvalitetsdata blive præsenteret i Region Midtjyllands nye ledelsesinformationssystem InfoRM, se side 20.

Servicemål, opfyldelsesgrad og ventetider skal løbende opdateres og være let tilgængelige for afdelinger, primærsektor og offentlighed.

Indsatsområdet: Dokumentation og datakvalitet

Generelt

Det er et mål for Region Midtjylland at opnå en stabil høj datakvalitet ved korrekt og tidstro registrering af alle data og at opnå en fyldestgørende dokumentation af kliniske, faglige og organisatoriske aktiviteter. Såvel korrekte data som en fyldestgørende dokumentation er en forudsætning for at kunne evaluere og måle kvaliteten og for at kunne sammenligne med andre afdelinger og enheder.

For at sikre en tilfredsstillende høj datakvalitet skal der på alle niveauer lægges vægt på, at strukturering og registrering af data er en naturlig og integreret del af arbejdsgangen, uanset om den elektroniske patientjournal EPJ er indført eller ej. Den elektroniske patientjournal kan dog få stor betydning for arbejdet med kvalitetsdata og herunder lette arbejdet med registrering og dokumentation.

Der skal lægges vægt på en øget nyttiggørelse af kvalitetsdata gennem tilbagemelding på indrapporteringer til de enkelte distrikter samt Børn, Unge og Specialrådgivning og gennem formidling af den faglige kvalitet til beslutningstagere og administratorer. Det er herunder afgørende, at ledelserne i deres udviklingsarbejde gør konkret brug af de resultater, der fremkommer af egne data og dermed sikrer det lokale ejerskab.

Konkrete tiltag under indsatsområdet dokumentation og datakvalitet

I det følgende beskrives seks tiltag, der alle er en væsentlig del af indsatsen for at opnå data af høj kvalitet:

- 1) Patientjournal
- 2) Registreringspraksis/databasekomplethed i kvalitetsdatabaser
- 3) Klinikrelevante data
- 4) DIPSY
- 5) BupBasen
- 6) InfoRM

1. Patientjournal

Patientjournalens oplysninger er afgørende for tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb, for patientsikkerheden, for identifikation af patienter, for personalets viden og kompetencer samt for arbejdet med kvalitetsudvikling. Som et af tiltagene for at forbedre datakvaliteten i Region Midtjylland skal der derfor sættes fokus på patientjournalen. Dette fokus skal tage udgangspunkt i den standard vedrørende patientjournalen, der udarbejdes i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel.

Der er i behandlingspsykiatrien fokus på følgende initiativer:

- At udnytte den eksisterende DRG-afregning som et middel til at forbedre dokumentationen i patientjournalen⁹
- At sikre sammenhæng mellem dokumentation i patientjournalen og kravene i EPJ
- At anvende patientjournaldata ved evaluering og i kvalitetsdatabaser

2. Registreringspraksis/databasekomplethed i kvalitetsdatabaser

Valide dataregistreringer er af afgørende betydning for at kunne dokumentere den samlede aktivitet i behandlingspsykiatrien, men i forbindelse med regionale audits konstateres i flere tilfælde væsentlige uoverensstemmelser og variationer i afdelingernes registreringspraksis, ligesom mangelfuld registrering i kliniske kvalitetsdatabaser forekommer. Det kan blandt andet skyldes, at adgangen til kvalitetsdatabaserne i visse tilfælde er besværlig og ufleksibel.

I behandlingspsykiatrien skal der til stadighed være fokus på udvikling af processer og arbejdsgange, der sikrer, at dokumentationsopgaven kan løses hensigtsmæssigt på alle afdelinger og afsnit.

For at sikre valide data, der kan generere brugbare resultater, er det en overordnet målsætning, at der udarbejdes nationale manualer for kodepraksis i alle relevante kvalitetsdatabaser i psykiatrien. Dette mål støttes af krav, der stilles til registreringspraksis i Den Danske Kvalitetsmodel. Manualerne skal indeholde alle koder m.m. og angive tidsfrister og registreringsansvarlige. Manualerne har til formål at sikre databasekomplethed og registrering af samtlige data for den enkelte patient.

Lokal opmærksomhed på tilrettelæggelsen af dataregistrering er afgørende for kvaliteten af data. Det skal derfor sikres, at der på alle afdelinger er dedikeret personale, der har overblik og særligt ansvar for registreringen af data, og der skal afsættes den nødvendige tid til at registrere korrekt.

For nogle afdelinger vil arbejdet med at sikre hensigtsmæssige processer for dataregistrering og -indberetning betyde, at man skal tænke organisationen om. Det gælder blandt andet i forbindelse med indkøring af EPJ og andre støtteværktøjer.

3. Klinikrelevante data

De mange data, der indberettes i behandlingspsykiatrien, skal for det første tjene formål, der er relevante for de personer, der indberetter og bruger data. Dernæst skal data bearbejdes på en sådan måde, at personalet og ikke mindst lederne i afdelingerne får

⁹ DRG = diagnoserelaterede gruppe. DRG-systemet gør det muligt at inddеле patienter i grupper, bl.a. på baggrund af diagnose og behandling, hvilket dernæst relateres til et ressourceforbrug. DRG-systemet kan derfor bruges til at foretage afregning mellem regioner, når en patient behandles uden for bopælsregionen. DRG-systemet er desuden et element i den aktivitetsafhængige finansiering. Med andre ord: For at modtage de penge, man er berettiget til, skal den korrekte diagnose og behandling angives, hvilket er et incitament til at dokumentere korrekt.

brugbare tilbagemeldinger om effektivitet og kvalitet. Det kræver udarbejdelse og udmelding af klare og præcise formål, utvetydige og gennemskuelige processer som beskrevet ovenfor, samt let tilgængelige og relevante data.

Klare og præcise mål er et vedvarende fokuspunkt på ledelsesniveau, og i arbejdet med at skaffe netop de data, som er til hjælp og støtte for både medarbejdere og ledere i kvalitetsudviklingsarbejdet, skal der være en klar angivelse af, hvad der er nyttigt for medarbejderne og i sidste ende patienterne.

Let tilgængelige og relevante data fås blandt andet ved at data opgøres ét sted, der samkører med øvrige databaser. Det vil eksempelvis ske i InfoRM, der beskrives nærmere på side 23. Det er dog afgørende, at data ikke bare læses, men omsættes til handling, og at klinikken fortsat arbejder systematisk med at bruge den information, der ligger i de mange data.

4. DIPSY

En af de databaser, der leverer kvalitetstal, er DIPSY (Database for klinisk kvalitet i ambulant psykiatrisk behandling), der omfatter en række kvalitetsindikatorer¹⁰, der giver et udtryk for kvaliteten af behandlingen.

Kvalitetssikringsdatabasen DIPSY blev fusioneret med Landspatientregisteret (LPR) med et tilbud om indberetning fra 1.1.2006 og med krav om indberetning fra 1.1.2007. Samtidig med denne fusion er der sket en opkvalificering af den ambulante registrering efter indstilling fra en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen: Udvikling af den psykiatriske patientregistrering i Landspatientregisteret.

Databasen dækker de psykiatriske sygdomme, der behandles i regionalt ambulant voksenpsykiatri. De data, der indsamles til databasen, er dels data, der som kontaktregistrering indsamles i forvejen til Landspatientregistret, dels supplerende data. De supplerende data skal indberettes ved årsopfølgning og ved afslutning af ambulant kontakt til egen læge eller speciallæge.

Det er en overordnet målsætning for behandlingspsykiatrien at forbedre praktiske arbejdsgange med henblik på en bedre kvalitet i behandlingen ved alle indikatorerne.

Da indberetningen til DIPSY blev obligatorisk i 2007, besluttede Region Midtjylland, at viden om registrering i databasen og om anvendelsen af databasens talmateriale i kvalitetsudviklingsøjemed skal udbredes.

¹⁰ Indikatorerne omhandler områder som: service, ventetid, funktionsniveau, behandling, behandlingsplan, psykoterapeutisk og psykofarmakologisk behandling relateret til diagnosegrupper, boligforhold og bostøtte, hjemløshed og bostøtte til de "sværest psykisk syge"

5. BupBase

En anden database er Børne- og Ungdomspsykiatriens database, BupBase, der indeholder opgørelser over en række kvalitetsindikatorer, eksempelvis ventetid, udredningsstatus og ændring i symptombelastning og psykosocial funktion

I den nuværende version af BupBase arbejdes der med 7 indikatorer, fordelt på 4 procesindikatorer og 3 resultatindikatorer. Årligt udgives en rapport med årets resultater fordelt på BUP-centre og i fremtiden på regionsbasis. Dette muliggør sammenligninger mellem afdelinger og i relation til landsgennemsnittet. Der arbejdes på at kunne trække flere rapporter direkte fra online in-data platformen, både for det enkelte patientforløb og tal for de enkelte centrets aktiviteter.

Pr. 1.1.2008 er BupBase udvidet med den første diagnosespecifikke indikator. Alle patientforløb med ADHD eller hyperkinetisk syndrom (ICD-10) scores i forbindelse med udredning og efter institution af behandling. Der registreres, hvilken form for behandling der iværksættes og forældre- og lærervurderet belastning af symptomer. Scoring relateres til køns- og aldersstratificerede norm-scores og normaliseringsraten beregnes.

6. InfoRM

InfoRM er et it-ledelsesinformationssystem, der er ved at blive udviklet og implementeret i region Midtjylland. Det vil fremover være et redskab, der kan tilvejebringe materiale (blandt andet data), som skal bruges på dialogmøder mellem direktion og distriktsledelser i regionen.

InfoRM udvikles fortsat af en arbejdsgruppe i regi af Kvalitet og Sundhedsdata. Såvel psykiatri som somatik er repræsenteret i arbejdsgruppen.

Fordelen ved at udvikle InfoRM er blandt andet, at det systematiske kvalitetsarbejde overalt i sundhedsvæsenet er tiltagende, og at der som en del af dette kvalitetsarbejde genereres en mangfoldighed af data. Disse data har stor ledelsesmæssig interesse i forbindelse med fortsat udvikling, læring og videndeling på tværs af regionens distrikter og hospitaler, og for at give ledelsen det bedste overblik, præsenteres data fremover kun ét sted: på InfoRM.

Målet er, at InfoRM skal understøtte ledelsesbeslutninger inden for kvalitetsområdet, det være sig identificering af problemområder, fremhævelse af gode eksempler eller fastsættelse af realistiske målsætninger for kvalitetsudviklingsarbejdet.

Førsteprioritet i arbejdet med InfoRM er at få de basale økonomiske og aktivitetsmæssige data på plads henset den store efterspørgsel på regionens ydelser. Når dette er sket, er målet at publicere kvalitetsdata på lige fod med de økonomiske og aktivitetsmæssige data. Blandt disse data er NIP- og servicemålsdata, der allerede i dag publiceres, og som derfor er umiddelbart brugbare for InfoRM. Generelt arbejdes mod, at InfoRM tager udgangspunkt i såvel regionale som nationale parametre.

Litteraturliste

Budget 2008 og budgetoverslag 2009-2011, Bind 1, Budgetbemærkninger inkl. hovedlinjer.

Region Midtjylland, 26. september 2007.

BupBase – Årsrapport 2006.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, Kompetencecenter Syd, OUH, juni 2007

Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse.

Sundhedsstyrelsen, København, 2001

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen, København, 2004

Det Nationale Indikatorprojekt, 20.09.2007: <http://www.nip.dk/>

Det Nationale kvalitetsprojekt om brug af tvang i Psykiatrien med anvendelse af "Gennembrudsmetoden".

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.

20.09.2007: <http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw2031.asp>

DIPSY - Årsrapport 2006.

Kompetencecenter Nord, Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital, Risskov

Generel sundhedsaftale for Region Midtjylland - Generel aftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Region Midtjylland. 20.09.2007:

<http://www.rm.dk/Psykiatri+og+Social/Planer+og+aftaler/Sundhedsaftaler>

Kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden 2007-2009.

Januar 2007, vedtaget på Regionsrådsmøde den 6. februar 2007

Kvalitetsstrategier i den offentlige sektor – rids af en værdibaseret strategi.

FOKUS-NYT, nr. 32, august 2007

Kvalitetsstrategien på Sundhedsområdet i Region Midtjylland.

Region Midtjylland, Kvalitet og Sundhedsdata, 2007

Målsætning for kvalitet i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Psykiatrien i fortsat udvikling.

Status 2003. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København, 2003

Målsætninger for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

Sundhedsstyrelsen, København, 1998

Målsætninger for kvalitet i distriktpsychiatrien.

Sundhedsstyrelsen, København, 1998

Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien.

Sundhedsstyrelsen, København, 1995

National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – Fælles mål og handleplan 2002-2006.

Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Psykiatriplan for Region Midtjylland.

April 2008, psykiatri- og socialområdet

Rammeaftale 2008, Region Midtjylland:

20.09.2007: <http://www.rm.dk/Psykiatri+og+Social/Planer+og+aftaler/Rammeaftale>

Region Midtjyllands Ledelses- og styringsgrundlag, udkast 9. august 2007

Selvmondsforebyggelse på sygehus – strategi for implementering

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark – august 2006

Specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien, Danske Regioner, 2006

Strategi for psykiatrisk forskning i Region Midtjylland – prioritering, organisering og formidling.

Århus Universitetshospital, 2007