

Kvalitetsstrategi for behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland

midt
regionmidtjylland

Psykiatrifaglig Stab
Maj 2008

Psykiatrifaglig Stab

Skovagervej 2

DK-8240 Risskov

Tal. +45 8728 4248

Kontaktperson:

Kontorchef Lisbeth Damgård

e-mail: lisbeth.pedersen@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. Elektronisk dokumentstyringsystem (e-Dok).....	9
3. Selvevaluering og auditering (TAK).....	9
4. Ekstern evaluering og akkreditering	10
5. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)	10
Indsatsområdet Patientforløb	12
Generelt	12
Konkrete tiltag under indsatsområdet patientforløb	12
1. Patientforløbsbeskrivelser	12
2. Referenceprogrammer.....	13
3. Inddragelse af primærsektoren.....	13
4. Patientsikkerhed	14
5. Kontaktpersonordningen.....	15
6. Anvendelse af tvang.....	15
7. Selvmordsforebyggelse.....	16
8. Bruger- og pårørenderelationer.....	16
Indsatsområdet Servicemål	18
Generelt	18
Konkrete tiltag under indsatsområdet servicemål	18
Voksenpsykiatriens servicemål	18
Børne- og ungdomspsykiatriens servicemål.....	18
Indsatsområdet Dokumentation og datakvalitet	20
Generelt	20
Konkrete tiltag under indsatsområdet dokumentation og datakvalitet	20
9. Patientjournal.....	20
10. Registreringspraksis/databasekomplethed i kvalitetsdatabaser	21
11. Data task force.....	21
12. DIPSY.....	22
13. BupBasen	23
14. InfoRM	23
Litteraturliste	25

Kvalitetsstrategien på behandlingspsykiatriområdet i Region Midtjylland

Kvalitetsstrategien for behandlingspsykiatrien i Region Midtjylland omfatter alene det behandlingspsykiatriske 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 psykiatriens arbejde med kvalitet. Strategien skal dels gøre rede for de konkrete strategiske mål og indsatsområder og dels beskrive en organisation, der gør det muligt at realisere arbejdet med kvalitetsudvikling på alle niveauer i psykiatrien.

Baggrund

Kvalitetsstrategien 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 psykiatrien og spille en afgørende rolle i forhold til innovation og nytænkning i psykiatrien.

Det er i den forbindelse en udfordring at finde balancen mellem en synlig og ensartet kvalitet og det lokale råderum, så 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. Psykiatrien ønsker at skabe en åben og gennemsigtig psykiatri, hvor omdrejningspunktet er erfaringsudveksling og videndeling. Arbejdet med kvalitet i psykiatrien skal derfor organiseres, så det inddrager ledelse, medarbejdere, brugere og pårørende.

Vision

Den overordnede vision for psykiatrien 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 psykiatrien skal være et naturligt referencepunkt for nationale vurderinger af den højeste kvalitet.

Organisering

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

I psykiatrien 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 sikrer overordnet koordinering, bistår i strategiudvikling og driver Kvalitetsnetværket.
- Center for Kvalitetsudvikling, som løser konkrete, tværgående kvalitetsopgaver
- Lokale kvalitetsorganisationer, som sikrer koordinering, forankring og implementering af samt opfølgning på kvalitetsarbejdet lokalt.

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.].

Psykiatrien 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 psykiatrien 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 psykiatrien 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 Psykiatrien i Region Midtjylland når sine målsætninger.

Områderne skal tænkes aktivt ind i de aktiviteter, der igangsættes i psykiatrien, 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. For at nå dette skal regionen 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 at kvalificere denne proces og sikre, at den nødvendige videndeling finder sted. F.eks. implementeres et elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok) i behandlingspsykiatrien.

Primærsektoren skal allerede nu inddrages i arbejdet med akkreditering; i første række i forhold til snitflader til psykiatrien, eksempelvis henvisningsstandarder

Akkreditering skal 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 en forudsætning for at blive akkrediteret. Herefter foretages en basisvurdering, der er en første selvevaluering, som udgør en baseline for akkrediteringsprocessen. 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 selvevaluering, der igen kan følges op af handlingsplaner, hvis dette er nødvendigt. Implementeringsprocessen afsluttes med et internt survey inden den eksterne vurdering gennemføres.

Konkrete tiltag under indsatsområdet akkreditering

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

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

1. Kompetenceudvikling og videndeling

Som led i akkrediteringsforberedelserne udbød psykiatrien i 2007 Region Midtjyllands kvalitetskoordinatoruddannelsen i samarbejde med det somatiske sundhedsområde.

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

Ultimo 2008 gennemføres 2-3 uddannelsesforløb af 1 dags varighed for ansatte i psykiatrien. Forløbene vil introducere til Den Danske Kvalitetsmodel, opgaver, roller, tidsperspektiv mv.

For at dele viden på tværs i regionen indsamles og koordineres eksisterende retningslinjer i alle dele af psykiatrien. Med udgangspunkt heri udarbejdes og implementeres retningslinjer for alle de psykiatrirelevante standarder. Retningslinjerne samles i e-Dok (se umiddelbart nedenfor) og systematiseres efter Den Danske Kvalitetsmodel.

2. Elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok)

Der implementeres et fælles elektronisk dokumentstyringssystem (e-Dok) for Region Midtjylland, som skal medvirke til at sikre, at behandlingspsykiatrien administrerer og udformer politikker, retningslinjer og instrukser korrekt. Dette vil bidrage væsentligt til at sikre kvaliteten og til at opnå akkreditering.

e-Dok er et tværregionalt og tværsektorielt dokumentstyringssystem for hele sundheds- og psykiatriområdet, som indføres i Region Midtjylland i løbet af 2008.

Implementeringen e-Dok i psykiatrien tilrettelægges i takt med systemudviklingen og udgivelsen af bl.a. retningslinjer..

3. Selvevaluering og auditering (TAK)

Behandlingspsykiatrien gennemfører en selvevaluering³ for alle standarder⁴, hvorefter behandlingspsykiatrien på baggrund af resultaterne fra basisevalueringen udarbejder handlingsplaner med henblik på en egentlig selvevaluering.

Til brug for basis- og selvevalueringen introduceres et IT-støtteværktøj, TAK-systemet. TAK-systemet er et IT-system, som IKAS udvikler i samarbejde med regionerne til det danske sundhedsvæsen. TAK står for **T**værgående **A**kkreditering og **K**valitetsudvikling.

Formålet med TAK er at facilitere og understøtte en effektiv akkrediteringsproces i forbindelse med:

- overdragelse og implementering af standardmaterialet
- løbende vurdering af status for opfyldelse af standarder og indikatorer
- begrænsning af tidsforbruget i forbindelse med fordeling af standarder og indikatorer
- understøttelse af selve surveybesøget og akkrediteringsprocessen
- understøttelse af offentliggørelsesprocessen

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 sundhedsydelse og aktiviteter (<http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw175.asp>).

Systemet opsamler data om opfyldelse af kvalitetsindikatorer under Den Danske Kvalitetsmodel. Målet er at skabe struktur og overblik i kvalitetsarbejdet i det danske sundhedssystem, samtidig med at systemet bidrager til at spare tid i forbindelse med en række arbejds gange.

4. Ekstern evaluering og akkreditering

I løbet af 2009/11 gennemføres 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 surveyorkorps. 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.

5. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)

I Den Danske Kvalitetsmodels sygdomsspecifikke standarder findes henvisning til den 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 psykiatrien 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.

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

- Udredning – speciallæge: Der sikres procedurer, således at alle patienter med skizofreni udredes ved speciallæge. Der arbejdes med rekruttering af speciallæger til psykiatrien

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

- 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 psykiatrien målrettet fokuserer på at styrke sammenhænge. Det skal ske ved hjælp af dels forløbsplanlægning, dels evaluering på tværs af sektorerne og dels ved en fælles opfattelse af mål, ansvar og opgaver. Der må derfor etableres en fælles forståelse af, hvad vi forstår ved god kvalitet og udvikling på tværs af sektorerne. Strukturreformen og psykiatriens mange interne og eksterne samarbejdsrelationer skærper behovet herfor.

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

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

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 psykiatrien:

- 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 udgør 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 allerede igangsatte eller færdige patientforløbsbeskrivelser, der omfatter stort set de elementer, der er lagt op til. Det er hensigten, at disse patientforløbsbeskrivelser skal udbredes til og implementeres i hele regionen.

Fremover er der desuden fokus på følgende:

- At der udarbejdes patientforløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper, for eksempel depression, 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 der i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdet tre referenceprogrammer:

- Referenceprogram for skizofreni (2004)
- Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (2007)
- Referenceprogram for unipolar depression hos voksne (2000).

Der er flere referenceprogrammer på vej, f.eks. om ADHD hos børn, der forventes i 2008.

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 psykiatrien, sker det ved:

- prioritering mellem anbefalinger i referenceprogrammerne på baggrund af faglig rådgivning
- at der udarbejdes tværgående retningslinjer for udvalgte dele af 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 hovedhjørneste­nenene i samarbejdet er praksiskonsulentordningen, som er et netværk af praktiserende læger, der sikrer og styrker samarbejdet mellem den primære og sekundære sundhedssektor.

Psykiatrien 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 sagsgennemgang
- undervisning og foredrag

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

Det er 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 psykiatriens samarbejde med primærsektoren. Udvalget nedsættes i forlængelse af psykiatriplanens vedtagelse.

4. Patientsikkerhed

Det er et overordnet mål i psykiatrien at minimere forekomsten af utilsigtede hændelser og 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.

Psykiatrien 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 kvalitetstænkningen og giver mening på alle niveauer i organisationen.

Det forekommer, at patientsikkerhed og kvalitetsudvikling opfattes som to forskellige områder. Mål og problemstillinger er imidlertid ofte identiske. 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 kvalitetsbrister.

Omdrejningspunktet for psykiatriens 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
- Psykiatriens deltagelse i Operation Life⁶ for så vidt angår medicinafstemning (medicinpakken).

5. Kontaktpersonordningen

En tilføjelse til Sundhedsloven, der gør kontaktpersonordningen lovpligtig, er under udarbejdelse i 2008. Det samme er en regional retningslinje for kontaktpersoner, der skal gælde i både sundhed og psykiatri.

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 psykiatrien har lang erfaring med.

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

I psykiatrien arbejdes der målrettet med kvalitetsudvikling af kontaktpersonordningen med afsæt i følgende initiativer:

- Afdelingerne i psykiatrien skal være i besiddelse af en retningslinje for tildeling af kontaktpersoner
- Der er faste og rammesatte instrukser for dokumentation af tildelte kontaktpersoner på alle afdelinger og afsnit

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

6. Anvendelse af tvang

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

⁶ 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.

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

- Udviklingen i anvendelse af 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
- 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 psykiatrien 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 psykiatrien 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 psykiatrien blive en fælles regional retningslinje for selvmordsforebyggelse i form af den nationale vejledning vedrørende selvmordsscreening. Retningslinjen vil være færdig medio 2008.

8. Bruger- og pårønderelationer

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 personalet, 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 psykiatrien sikre, at brugerens perspektiv inddrages bredt i planlægning og evaluering af psykiatrien. I den forbindelse er patientforløbsbeskrivelserne én metode til at sikre et fælles afsæt. Erfaringen har vist, at disse forløbsbeskrivelser kan fremme en effektiv og velkoordineret indsats med høj kvalitet som et af resultaterne. Psykiatrien 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 pårørende⁷
- 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.

⁷ 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. Derfor skal servicemålene harmoniseres med udgangspunkt i dels de nationale (lovmæssige) servicemål dels de hidtidige servicemål i de fire tidligere amter. Der skal desuden indføres servicemål i relation til regionslægevagten, og der vil blive arbejdet på at indføre anvendelige servicemål på de enkelte praksisområder.

Servicemål er den politisk fastsatte målsætning for udvalgte dele af den service, som patienten kan forvente i sit møde med psykiatrien i Region Midtjylland. Servicemålene er nært knyttet til realiseringen af det sammenhængende patientforløb, herunder kapacitetsplanlægning og økonomi.

Konkrete tiltag under indsatsområdet servicemål

Blandt konkrete tiltag, vil servicemålene og deres opfyldelsesgrad vil blive præsenteret i Region Midtjyllands nye ledelsesinformationssystem InfoRM. I ledelsesoverblikket vil de mest centrale servicemål blive vist sammen med øvrige kvalitetsdata.

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

De to specialer, voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, har hver deres servicemål, der i Region Midtjyllands økonomiaftale 2008 beskrives som følgende:

"Voksenpsykiatriens servicemål

- *Akutte patienter skal undersøges/behandles umiddelbart*
- *Klar besked senest 8 hverdage efter henvisning*
- *Første personlige kontakt med en behandler ligger for 90 % inden for 8 uger efter henvisningen.*

De voksenpsykiatriske afdelinger og ambulante behandlingsenheder undersøger og behandler et bredt spektrum af psykiske sygdomme. På grund af det brede spektrum af indsatser kan der være forskelle mellem afdelinger og behandlingsenheder.

Børne- og ungdomspsykiatriens servicemål

Ventetider

- *Akutte patienter skal undersøges/behandles umiddelbart*
- *Der er en maksimal ventetid på 9 måneder fra henvisning til iværksættelse af undersøgelse/behandling for 75 % af henvisningerne*

Der er forventning om følgende lovgivningsmæssige ændringer på området:

- *At der pr 1. januar 2008 forventes indført ret til hurtig udredning. Det indebærer, at en patient, der på henvisningstidspunktet var under 19 år, ved ventetider på*

over 2 måneder skal have ret til at lade sig udrede på en klinik/et hospital, som regionerne har en aftale med. (Regeringen vil fremsætte lovforslag herom i folketingsmødet 2007/2008.)

- At der pr. 1. januar 2009 forventes indført ret til hurtig behandling efter udredning. Det indebærer, at patienter hvis tilstand ved udredningen tilsiger, at et hurtigt behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien er nødvendigt for at undgå en forværring af patientens lidelse, ved ventetid på behandling på over 2 måneder skal have ret til at lade sig behandle på en klinik/et hospital, som regionerne har en aftale med.
- At det er regeringens og satspuljepartiernes fælles målsætning, at alle patienter i psykiatrien fra 2010 skal have tilsvarende rettigheder.

De forventede ændringer medfører at udredningsret og behandlingsret i første omgang forventes indført for børn og unge under 19 år og senere forventes udbygget til at omfatte alle aldersgrupper.

Klar besked

- Alle patienter får klar besked senest 8 hverdage efter henvisning om tidspunkt for undersøgelse eller behandling
- Patienter tilbydes en ambulant kontakt med en faglig medarbejder senest 2 måneder efter, at henvisningen er accepteret, såfremt den egentlige undersøgelse/behandling ikke kan iværksættes inden for 3 måneder

Service målene bygger på Folketingets beslutning om service mål vedrørende klar besked - sygehuslovens § 5b, stk. 5."

Service målene revideres efter lovændringer og regionsrådsbeslutninger.

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 en fyldestgørende dokumentation af de kliniske, faglige og organisatoriske aktiviteter, der har betydning for patientforløbet. En fyldestgørende og korrekt dataregistrering er en forudsætning for evaluering og kvalitetsmåling og for at kunne sammenligne den opnåede kvalitet med sammenlignelige 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.

Udviklingen af den elektroniske patientjournal (EPJ) i Region Midtjylland kan få stor betydning for arbejdet med kvalitetsdata og herunder lette arbejdet med registrering og dokumentation, men kvaliteten i forbindelse med den daglige registrering af data i patientjournalen og indberetningen til kvalitetsdatabaser skal også sikres på afdelinger, der endnu ikke har en elektronisk patientjournal.

Der skal lægges vægt på en øget nyttiggørelse af kvalitetsdata gennem tilbagemelding på indrapporteringer til de enkelte distrikter samt Børn og 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) Data task force
- 4) DIPSY
- 5) BupBasen
- 6) InfoRM

9. Patientjournal

Patientjournalens oplysninger er afgørende for tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb, for patientsikkerheden, identifikation af patienter, personalets videndeling 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 psykiatrien fokus på følgende initiativer:

- At udnytte potentialet i DRG⁸-afregningen til at forbedre måden at dokumentere på i journalen
- At sikre sammenhæng mellem indsatsen for dokumentation i patientjournalen og kravene i EPJ
- At anvende patientjournaldata ved evaluering og i kvalitetsdatabaser

10. Registreringspraksis/databasekomplethed i kvalitetsdatabaser

Valide dataregistreringer er af afgørende betydning for at kunne dokumentere den samlede aktivitet i psykiatrien, men i forbindelse med regionale audit konstateres i flere tilfælde væsentlige uoverensstemmelser og variation i afdelingernes registreringspraksis, ligesom mangelfuld registrering i kliniske kvalitetsdatabaser forekommer. Endvidere er adgangen til kvalitetsdatabaserne i visse tilfælde ret besværlig og ufleksibel. Dette vanskeliggør generering af brugbare resultater, og det er derfor 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.

Den lokale opmærksomhed på tilrettelæggelsen af arbejdet med dataregistrering er afgørende for datakvaliteten. Det skal derfor sikres, at der på alle afdelinger er dedikeret personale, der har overblik over og et særligt ansvar for registreringen af data.

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

11. Data task force

Psykiatrien skal arbejde for, at registreringsarbejdet tjener kendte formål, og at data bearbejdes, så personalet og lederne i afdelingerne får tilbagemeldinger om effektivitet og kvalitet i det udførte arbejde. Det kan eksempelvis indgå i InfoRM.

Det er til stadighed et mål at forenkle dataindberetningerne og samtidig sikre, at data opgøres ét sted, der samkører med øvrige databaser. Der arbejdes mod data med klare og præcise formål og klar opfølgning. Det vil sige utvetydige og gennemskuelige processer fra indsamling til opfølgning og handling hos den enkelte medarbejder.

⁸ DRG = diagnoserelaterede gruppe

Nogle afdelinger vil skulle tænke organisationen om med henblik på en mere hensigtsmæssig organisering af arbejdet med registrering og dataindberetning, herunder indkøring af EPJ og andre støtteværktøjer. Der skal samtidig afsættes den nødvendige tid til at registrere, så det bliver nemt for administrationerne at lave de nødvendige træk.

Det er et mål, at afdelinger og ledere får data tilbage i en form, så de er til hjælp og støtte i kvalitetsudviklingsarbejdet. Det indebærer blandt andet en klar angivelse af, hvad der er nyttigt for patienten og for medarbejderne. Det er afgørende, at der arbejdes systematisk med at bruge den information, der trækkes ud af de mange data.

12. DIPSY

DIPSY (Database for klinisk kvalitet i ambulant psykiatrisk behandling) omfatter en række kvalitetsindikatorer vedrørende ventetid, funktionsniveau, behandling og boligforhold/bostøtte for ambulante patienter med skizofreni eller bipolar lidelse.

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.

Kvalitetsindikatorerne i DIPSY dannes ud fra de indsamlede data, og der fastsættes standarder, som er et udtryk for god patientbehandling. Indikatorerne omhandler områder som:

- Service
- Ventetid
- Funktionsniveau
- Behandling
- Behandlingsplan
- Psykoterapeutisk og psykofarmakologisk behandling relateret til diagnosegrupper
- Boligforhold og bostøtte
- Hjemløshed
- Bostøtte til de "sværest psykisk syge"

Det er en overordnet målsætning at forbedre praktiske arbejdsgange med henblik på en bedre kvalitet i behandlingen ved de nævnte indikatorer.

Distriktspsykiatrien har herudover et særligt fokus på:

- Ventetider

- Behandlingsplaner

Henset til at indberetningen til DIPSY er blevet obligatorisk i 2007, er det besluttet, at viden om registrering i databasen og om anvendelsen af databasens talmateriale i kvalitetsudviklingsøjemed skal udbredes.

13. BupBasen

BupBasen (Børne- og Ungdompsykiatriens database) indeholder opgørelser over en række kvalitetsindikatorer, eksempelvis ventetid, udredningsstatus og ændring i symptom-belastning og psykosocial funktion

I den nuværende version af BupBasen 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 relation til landsgennemsnit. 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.

14. InfoRM

Kvalitet og Sundhedsdata etablerede i forsommeren 2007 en arbejdsgruppe med det formål at formulere og prioritere ønsker til udviklingen af kvalitetsdelen af InfoRM. Repræsentanter fra somatik og psykiatri deltog i arbejdsgruppen

Baggrunden for nedsættelsen af arbejdsgruppen er det systematiske kvalitetsarbejdes stigende betydning i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Dette arbejde kaster data af sig, der både har interesse ledelsesmæssigt og i forbindelse med læring og videndeling på tværs af regionens hospitaler. Generelt intensiveres behovet og interessen for at følge op på resultaterne af kvalitetsarbejdet. InfoRM bør være den væsentligste platform for monitorering og opfølgning på kvalitetsudviklingen inden for sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

Det har førsteprioritet at få de basale økonomiske og aktivitetsmæssige data på plads henset til den store efterspørgsel på regionens ydelser. Når dette er sket, er det målet, at publicering af kvalitetsdata prioriteres på lige fod med økonomiske og aktivitetsmæssige data. Der arbejdes mod at tage udgangspunkt i de parametre, der måles på såvel regionalt som nationalt.

Det er planen, at InfoRM skal understøtte processen med tilvejebringelse af det materiale, som bruges i forbindelse med de løbende dialogmøder mellem direktionen og hospitalsledelserne.

Målet er at ledelsesinformation skal understøtte ledelsesbeslutninger inden for kvalitetsområdet både i forbindelse med identifikation af problemområder og i forhold til fremhævelse af gode eksempler. Det skulle gerne bidrage til fastsættelse af realistiske målsætninger for kvalitetsudviklingsarbejdet.

Der er lagt et godt fundament, hvad angår det fremtidige arbejde med publicering af kvalitetsdata på InfoRM, i kraft af de NIP- og servicemålsdata, der allerede publiceres.

Litteraturliste

Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse.
Sundhedsstyrelsen, København, 2001

BupBase – Årsrapport 2006.
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, Kompetencecenter Syd, OUH, juni 2007

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 distriktspsykiatrien.
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