



PSYKIATRIEN REGION NORDJYLLAND

# Strategi for kvalitet og patientsikkerhed 2023



PSYKIATRIEN  
- i gode hænder

# INDHOLD

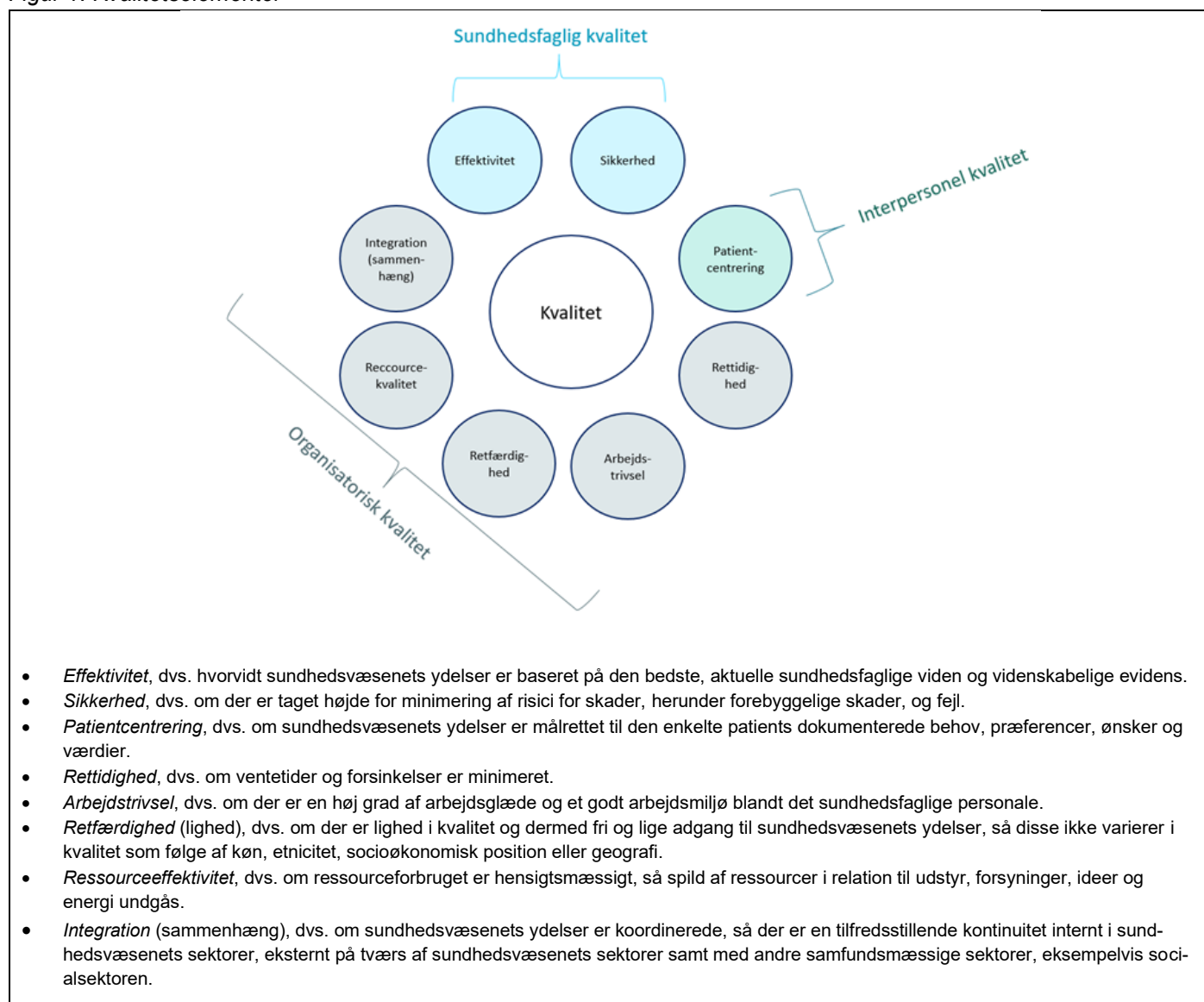
<b>1 Strategi for kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien i Region Nordjylland 2023</b> .....	<b>3</b>
Målsætninger.....	4
Referenceramme .....	4
Organisering.....	5
Centrale indsatser .....	6
<b>2 Bilag</b> .....	<b>18</b>
Bilag 1: Nationale mål for Psykiatrien .....	19
Bilag 2: Psykiatriens målsætninger for 2023.....	20

# 1 Strategi for kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien i Region Nordjylland 2023

Denne strategi beskriver Psykiatriens fokus for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet i 2023. Strategien er formuleret med afsæt i dels det lovgivningsmæssige grundlag, dels [Det Nationale Kvalitetsprogram](#) herunder [de nationale mål for sundhedsvæsenet](#) og [Region Nordjyllands strategiske fokusområder](#). De målsætninger, som udgør fundamentet for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet i Psykiatrien i Region Nordjylland, er således for hovedparten forpligtelser på nationalt og regionalt niveau.

Opfyldelse af Region Nordjyllands strategiske målsætninger indebærer, at der i Psykiatrien arbejdes med kvalitetsudvikling ud fra otte kvalitetselementer (*Kvalitet og Patientsikkerhed, Jan Mainz og Søren Paaske Johnsen, Munksgaards Forlag 2023*).

Figur 1: Kvalitetselementer



De otte kvalitetselementer knytter sig til tre kvalitetsaspekter:

- *Sundhedsfaglig kvalitet*, omfatter kvalitetselementerne *effektivitet* og *sikkerhed*. Den sundhedsfaglige kvalitet vedrører kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser, dvs. forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering med tilhørende information.
- *Interpersonel kvalitet*, vedrører kvalitetselementet *patientcentrering* og omhandler kvaliteten af de mellem menneskelige relationer mellem patienten og sundhedspersonalet, når patienten er i kontakt med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer omfatter de psykologiske, kulturelle og etiske dimensioner i interaktionen mellem patienten og sundhedspersonalet, herunder kommunikation og information.
- *Organisatorisk kvalitet*, omfatter *rettidighed*, *sammenhæng*, *lighed*, *ressourceeffektivitet* og *arbejdstrivsel* og skal sikre planlægning, tilrettelæggelse og gennemførelse af et hensigtsmæssigt patientforløb, så unødige forsinkelser, afbrydelser og ventetider kan undgås, samtidig med at det sikres, at de rette kompetencer er til stede på det rette tidspunkt, og at de tilgængelige ressourcer anvendes hensigtsmæssigt.

## Målsætninger

Grundlaget for Psykiatriens strategi for kvalitet og patientsikkerhed er de målsætninger, som er vedtaget for Psykiatrien i 2023. Målsætningerne udgøres samlet set af mål formuleret på henholdsvis nationalt og regionalt niveau (i. e. Psykiatrien i Region Nordjylland). De nationale mål samt Psykiatrien i Region Nordjyllands konkrete målsætninger for 2023 ses i bilag 1 og 2.

Målopfyldeelse monitoreres systematisk af Tværgående Udvidet Psykiatrilidelse (TUPL) samt Udvidet Psykiatrilidelse (UPL).

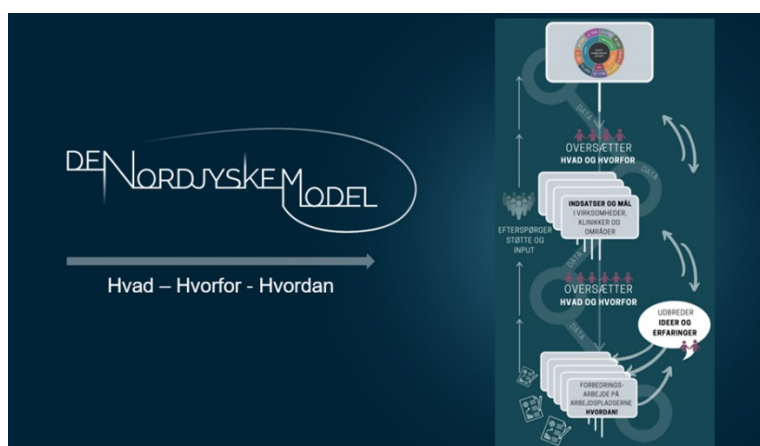
Udover de mål og indsatser, som er gældende for hele organisationen, forpligtes de enkelte afdelingsledelser samt afsnits- og ambulatorieledelser på at igangsætte og gennemføre kvalitetsarbejde i overensstemmelse med lokale udfordringer. Dette er ikke uddybende beskrevet i strategien men er af stor vigtighed for kvaliteten i Psykiatriens kliniske ydelser. Den overordnede strategi for kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien fordrer i tillæg til lokale handleplaner på udvalgte områder, hvor afdelingerne ser behov for indsatser og forbedringspotentialer, både jf. de anførte målsætninger i bilag 1 og bilag 2, men også ift. egne lokale målsætninger omkring samarbejde og kvalitetsforbedring med blik for det *sundhedsfaglige*-, *den interpersonelle* og *den organisatoriske kvalitet*.

## Referenceramme

Arbejdet med at sikre opfyldelse af Psykiatriens mål baserer sig på *Den Nordjyske Model*.

Psykiatriens ledere på alle niveauer i organisationen skal arbejde systematisk med datadrevet forbedring, hvilket kan illustreres med *Den Nordjyske Model*, som viser, hvordan de strategiske mål danner grundlag for forbedringstiltag i hele organisationen.

Figur 2: Den Nordjyske Model



[Læs mere om Den Nordjyske Model her](#)

### **Forbedringsarbejde**

Forbedringsarbejde udføres i overensstemmelse med principperne i *Den Nordjyske Model*. Gennem forbedringsarbejdet sikrer ledelse og medarbejdere, at erfarede udfordringer og barrierer for målopfyldelse adresseres og at der iværksættes relevante interventioner.

Ledelsesorganisationen udgør overordnet set kvalitetsorganisationen i Psykiatrien i Region Nordjylland og ledelsesstrukturen er dermed bærende for kvalitetsarbejdet. Opfyldelse af Psykiatriens målsætninger afhænger af følgende forudsætninger og gensidige afhængigheder:

*Ledelsesindsatsen* er en afgørende forudsætning for at skabe de ønskede resultater (kvalitetsmål). Ledelsens opgaven er således, både på psykiatriledelses-, afdelingsledelses-, afsnitsledelses- og ambulatorieledelesniveau:

- at følge målene og sikre, at målene nås
- at oversætte målene, så de giver mening i praksis
- at skabe motivation til kvalitetsarbejdet
- at tilvejebringe de rammer der, sikrer gennemførelse af de indsatser, som er nødvendige for målopfyldelse

Data er grundlaget for monitorering af graden af målopfyldelse på relevante ledelsesniveauer og udgør vigtig feedback til ledelsen om, hvorvidt praksis lever op til kvalitetsmålene. Monitorering skal ske på baggrund af:

- valide, afsnitsspecifikke og tidstro data
- forløbsdata (herunder Statistical Process Control (SPC) på udvalgte områder), hvor udviklingen i data kan følges over tid til brug i forbedringsarbejdet.

Data monitoreres løbende af afdelingsledelserne via relevante datasystemer eller leveres af regionens- og psykiatriledelsens kvalitetsstab i relevante formater efter aftale med de relevante ledelser. Der kan være behov for at supplere med kliniske audit med henblik på nærmere forståelse af de udfordringer, som udgør barrierer for målopfyldelse.

## **Organisering**

**Psykiatriledelsen og Tværgående Udvidet Psykiatriledelse** er overordnede ansvarlige for kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien og har beslutningskompetence ift. fastlæggelse af Psykiatriens samlede målbillede. Psykiatriledelsen har ansvar for:

- den samlede grad af målopfyldelse i forhold til Psykiatriens målbillede
- formidling og oversættelse af psykiatriens målsætninger for afdelingsledelserne
- den overordnede allokering af ressourcer til kvalitetsområdet

Psykiatriledelsen afrapporterer og er ansvarlig for kvaliteten og patientsikkerhed overfor direktionen og Regionsrådet.

**Afdelingsledelserne** er ansvarlige for målopfyldelse i afdelingen, herunder at:

- formidle og oversætte Psykiatriens målsætninger til afdelingens ledere i de enkelte underliggende sengeafsnit og ambulatorier
- sikre en effektiv organisering og allokering af ressourcer til kvalitetsarbejdet, for at de nødvendige monitorerings- og forbedringsaktiviteter gennemføres med henblik på målopfyldelse i afdelingerne
- facilitere og tilsikre kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdets gennemførelse herunder, at der arbejdes med relevante målsætninger, analyser og læring i de enkelte afsnit
- afholde målstyringsmøder sammen med sengeafsnit/ambulatorier, hvor der opstilles relevante målsætninger for de enkelte sengeafsnit/ambulatorier med aftalt opfølgingsperioder

**Ledere af sengeafsnit og ambulatorier** er ansvarlige for målopfyldelse i egen enhed, herunder at:

- formidle og oversætte relevante målsætninger for afsnittets medarbejdere, så der skabes mening med og opbakning til kvalitetsarbejdet
- deltage i målstyringsmøder og arbejde med gennemførelse af kvalitetsarbejde samt iværksætte de forbedringstiltag, som er nødvendige for målopfyldelse

Kvalitetsstaben understøtter afdelingernes arbejde med kvalitet og patientsikkerhed. Kvalitetsstaben kan altid kontaktes af afdelingsledere såvel som ledere af sengeafsnit og ambulatorier for hjælp, støtte og ad hoc sparring.

## Centrale indsatser

Hovedparten af kvalitetsarbejdet i Psykiatrien udgøres af den løbende indsamling, opgørelse og monitorering af data samt forbedring af praksis, som sker i de enkelte afsnit med henblik på at opfylde vedtagne målsætninger. Dette kvalitetsarbejde adresserer både målene i Psykiatriens målbillede (bilag 2) og lokalt besluttede indsatsområder og forbedringsbehov.

Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i Psykiatrien er karakteriseret ved en række centrale indsatser, som almindeligvis udgør kerneelementerne Psykiatriens kvalitetsarbejde og som i mange, men ikke alle tilfælde knytter an til Psykiatriens målsætninger. Udover de centrale indsatser, som går på tværs af alle psykiatriens afdelinger, arbejdes der i de enkelte afdelinger med mange lokalt forankrede indsatser og metoder, fx journalaudit, patientsikkerhedsrunder og 15 skridt.

I det følgende beskrives overordnede centrale indsatser i Psykiatriens kvalitetsarbejde:

- *Lærings- og Kvalitets Teams (LKT)*
- *Utilsigtede hændelser*
- *Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP)*
- *Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP-psykiatri)*
- *PRO*
- *Forebyggelse af tvang*
- *PRI*
- *Sundhedsfaglig risikobaseret tilsyn ved Styrelsen for Patientsikkerhed*

I det følgende udfoldes de enkelte elementer.

### Lærings- og Kvalitets Teams (LKT)

Kort om	<p>Der iværksættes lærings- og kvalitetsteam (LKT) på områder med utilfredsstillende kvalitet og uønsket variation, ligesom LKT skal bidrage til opfyldelse af de nationale mål.</p> <p>LKT er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger og enheder samt en ekspertgruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer på et udvalgt område med afsæt i kliniske kvalitetsdatabaser. Nye LKT udgør et vigtigt element i det Nationale Kvalitetsprogram. LKT skal understøtte, at der sker kvalitetsforbedringer på udvalgte områder med utilfredsstillende kvalitet eller stor variation. Målet med et LKT er at forbedre den kliniske kvalitet og resultatet samt oplevelsen af behandling, pleje og forløb for brugere, patienter og pårørende. Det er planen, at der skal etableres 2-3 nye LKT om året, der herefter skal løbe i ca. 2 år. I 2021 blev LKT Tvang igangsat, med fokus på forebyggelse af tvang</p>
---------	---

	<p>på baggrund af en tværsektoriel indsats. Projektet løber indtil efteråret 2023. Region Nordjylland har sekretariatsbetjeningen.</p> <p>Lokale LKT teams arbejder efter forbedringsmetoden med dataorienterede forbedringstiltag og deltager i tværregionale læringsseminarer.</p> <p>Lokalt er der nedsat en styregruppe for LKT Tvang med det formål, at sikre overblik, koordination og ledelsesunderstøttelse af de lokale projektledere og forbedringsteams i de to spor LKT Tvang spor (Voksen-sporet og Børn- og unge-sporet).</p>
Mål	<p>Psykiatrien i Region Nordjylland deltager i LKT og opfylder gennem deltagelsen målene for LKT.</p>
Strategiske indsatser, ledelsesansvar og hyppighed	<p>Psykiatriciledelsen er overordnet ansvarlig for at de rette ressourcer stilles til rådighed.</p> <p>Kvalitetskoordinator som del i det lokale LKT team:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagelse i arbejdsgruppemøder.</li> <li>• Være en aktiv del i forbedringsarbejdet i arbejdsgruppen (månedlige møder samt ad hoc møder).</li> <li>• Arbejde med data i forbindelse med at måle effekten af forbedringsarbejdet</li> <li>• Deltagelse i LKT-seminarer</li> </ul> <p>Styregruppen (LKT Tvang) er ansvarlig for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at understøtte implementeringen af LKT-tvang projektets interventioner, og herunder opnåelsen af LKT Tvangs målsætninger.</li> <li>• at sikre deltagelse herunder ledelsesforankring på læringsseminar</li> <li>• at der bliver igangsat aktiviteter, der understøtter målsætningen, herunder at give input til relevante tværgående parter (fx Faglig følgegruppe for forebyggelse af tvang).</li> <li>• at følge arbejdet i de lokale projekter samt sikre prioritering og træffe beslutninger i forhold til de udfordringer, som dagsordenssættes.</li> <li>• at udvikle, implementere og følge monitorering af de enkelte indikatorer i projektet</li> <li>• at drøfte hvilke initiativer, der skal spredes til den øvrige organisation</li> </ul> <p>Forbedringsteams er ansvarlige for at udarbejde statusrapport 2 gange årligt</p>
Link	<p><a href="#">Kvalitetsteams - LKT: Tvang i psykiatrien</a></p>

## Utilsigtede hændelser

Kort om	<p>Forpligtelsen på rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser (UTH) er fastlagt med Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. og afgørende for læring og højnelse af patientsikkerheden i Psykiatrien. Såvel Psykiatriens medarbejdere som patienter og pårørende bidrager gennem rapportering af UTH til Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD) til dette lærings- og forbedringssystem.</p> <p>Alle dybdegående analyser af dødelige og komplekse tværsektorielle UTH i Psykiatrien Region Nordjylland, gennemføres med peerdeltagelse, for at sikre patient/pårørende perspektivet. Kvalitetsstaben har overblik over alle indrapporterede utilsigtede hændelser i forhold til tendenser og læringspotentiale samt koordinering og afholdelse af hændelsesanalyser på alvorlige hændelser eller hændelser, som går på tværs af faggrupper og sengeafsnit/ambulatorier. Dette i tæt samarbejde med de enkelte sengeafsnit og ambulatorier.</p>
Mål	<p>Der følges op på og opnås løbende læring af de indrapporterede UTH'er med henblik på at forbedre patientsikkerheden, så hyppigheden og alvorligheden af de utilsigtede hændelser undgås eller reduceres.</p>



<p>Kort om</p>	<p>Forpligtelsen på rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser (UTH) er fastlagt med Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. og afgørende for læring og højnelse af patientsikkerheden i Psykiatrien. Såvel Psykiatriens medarbejdere som patienter og pårørende bidrager gennem rapportering af UTH til Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD) til dette lærings- og forbedringssystem.</p> <p>Alle dybdegående analyser af dødelige og komplekse tværsektorielle UTH i Psykiatrien Region Nordjylland, gennemføres med peerdeltagelse, for at sikre patient/pårørende perspektivet. Kvalitetsstaben har overblik over alle indrapporterede utilsigtede hændelser i forhold til tendenser og læringspotentiale samt koordinering og afholdelse af hændelsesanalyser på alvorlige hændelser eller hændelser, som går på tværs af faggrupper og sengeafsnit/ambulatorier. Dette i tæt samarbejde med de enkelte sengeafsnit og ambulatorier.</p>
<p>Ledelsesansvar</p>	<p>Psykiatriledelsen er overordnet ansvarlig for patientsikkerheden i Psykiatrien. Psykiatriledelsen tager initiativ til gennemførelse af dybdegående analyser af dødelige og komplekse tværsektorielle utilsigtede hændelser.</p> <p>Afdelingsledelser er ansvarlige for patientsikkerheden i afdelingerne.</p> <p>Afdelingsledelser er ansvarlige for opfølgning og deltager i hændelsesanalyser på tværgående patientsikkerhedsproblemer i de underliggende afsnit med henblik forbedring.</p> <p>Ledere af sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for patientsikkerheden i egen afsnit og herunder for opfølgning på egne UTH og gennemførelse af forbedring.</p> <p>Alle ledelseslag i Psykiatrien er ansvarlige for at holde sig opdateret ift. patientsikkerhedsområdet. Dette sikres bl.a. ved deltagelse i regionale- og lokalt tilrettelagte kurser på området.</p> <p>Sundhedsfagligt Råd er ansvarlig for at drøfte patientsikkerhed løbende ved alvorlige UTH på baggrund af gennemførte hændelsesanalyser og årligt på baggrund den årlige monitoreringsrapport (se herunder).</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlig for udsendelse af ugentlige rapporter med opgørelse af lokalt rapporterede UTH til ledere på alle niveauer.</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlig for at udarbejde en årlig monitoreringsrapport, som beskriver mønstre og tendenser, og som identificerer særlige patientsikkerhedsproblemer på baggrund af UTH-arbejdet.</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlig for institutionsdækkende opfølgning på tværgående problemstillinger.</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlig for sekretariatsbetjening ved dybdegående analyser af dødelige og komplekse tværsektorielle utilsigtede hændelser samt alvorlige og tværgående utilsigtede hændelser i afdelingerne og opfølgning på mønstre og tendenser. Derudover er kvalitetsstaben tovholder og arrangerer hændelsesanalyser på alvorlige UTH'er internt på sengeafsnit og ambulatorier samt ved UTH'er, som går på tværs af faggrupper og afsnit/ambulatorier i Psykiatrien.</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlig for at understøtte patientsikkerhedsorganisationen, herunder at undervise og servicere patientsikkerhedsnøglepersoner i samtlige sengeafsnit og ambulatorier.</p> <p>Afdelingerne er ansvarlige for at orientere/undervise nyansat personale i rapporteringen af UTH.</p> <p>Kvalitetsstaben arrangerer tværgående workshop/temadag med fokus på patientsikkerhed for patientsikkerhedsnøglepersoner.</p> <p>Alle ledelseslag i psykiatrien er ansvarlige for en synlig og stærk patientsikkerhedskultur, der bl.a. skal sikre rapportering af utilsigtede hændelser i organisationen.</p>
<p>Strategiske indsatser</p>	<p>Psykiatrien ønsker fortsat at fremme en læringsorienteret kultur, hvor hændelser rapporteres til DPSD og hvor tværgående læring sikres i organisationen.</p>

Kort om	<p>Forpligtelsen på rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser (UTH) er fastlagt med Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. og afgørende for læring og højnelse af patientsikkerheden i Psykiatrien. Såvel Psykiatriens medarbejdere som patienter og pårørende bidrager gennem rapportering af UTH til Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD) til dette lærings- og forbedringssystem.</p> <p>Alle dybdegående analyser af dødelige og komplekse tværsektorielle UTH i Psykiatrien Region Nordjylland, gennemføres med peerdeltagelse, for at sikre patient/pårørende perspektivet. Kvalitetsstaben har overblik over alle indrapporterede utilsigtede hændelser i forhold til tendenser og læringspotentiale samt koordinering og afholdelse af hændelsesanalyser på alvorlige hændelser eller hændelser, som går på tværs af faggrupper og sengeafsnit/ambulatorier. Dette i tæt samarbejde med de enkelte sengeafsnit og ambulatorier.</p>
Hyppighed	<p>Ledelser på alle niveauer modtager ugentlige overblik over rapportering af UTH inden for eget område. Opfølgning sker løbende og snarest muligt efter hændelsen.</p> <p>Dødelige og alvorlige UTH analyseres løbende og snarest muligt efter hændelsen.</p> <p>Workshop/temadag for patientsikkerhedsnøglepersoner sker årligt.</p> <p>Grundkursus for patientsikkerhed udbydes årligt</p> <p>Lederkursus i patientsikkerhed, udbydes halvårligt i 2023.</p> <p>Årsrapport vedrørende UTH udgives én gang årligt i marts.</p>
Link	<p><a href="#">Utilsigtede Hændelser (UTH) (rn.dk)</a>  <a href="https://stps.dk/da/rapporter-en-utilsigtet-haendelse/">https://stps.dk/da/rapporter-en-utilsigtet-haendelse/</a>  <a href="https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=134520">https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=134520</a></p>

### Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP)

Kort om	<p>Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udgør infrastrukturen for bl.a. støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet. Programmets primære formål er at sikre fortsat bedre udnyttelse af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser såvel klinisk, ledelsesmæssigt som forskningsmæssigt. Psykiatrien i Region Nordjylland er omfattet af følgende kliniske kvalitetsdatabaser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den Nationale Skizofrenidatabase</li> <li>• Dansk Depressionsdatabase</li> <li>• Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens</li> <li>• ADHD Databasen</li> <li>• Retspsykiatridatabase</li> </ul>
Mål	<p>Psykiatrien opfylder standarderne i RKKP-databaserne</p> <p>Psykiatrien sikrer høj datakvalitet (datakomplethed) i RKKP-databaserne</p> <p>Psykiatrien i Region Nordjylland er også fremover repræsenteret og aktive i styregrupper og faglige indikatorgrupper for de psykiatriske RKKP-databaser med henblik sikring af et relevant indikator- og standardgrundlag.</p>

<p>Kort om</p>	<p>Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udgør infrastrukturen for bl.a. støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet. Programmets primære formål er at sikre fortsat bedre udnyttelse af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser såvel klinisk, ledelsesmæssigt som forskningsmæssigt. Psykiatrien i Region Nordjylland er omfattet af følgende kliniske kvalitetsdatabaser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den Nationale Skizofrenidatabase</li> <li>• Dansk Depressionsdatabase</li> <li>• Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens</li> <li>• ADHD Databasen</li> <li>• Retspsykiatridatabase</li> </ul>
<p>Ledelsesansvar</p>	<p>Psykiatriledelsen er ansvarlige for standardopfyldelse på psykiatriniveau. Afdelingsledelser er ansvarlige for standardopfyldelse på afdelingsniveau. Ledere i sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for datakvalitet og standardopfyldelse i eget afsnit. Kvalitetsstaben er ansvarlig for at varetage kontakten til RKKP-sekretariatet og for at understøtte og bidrage til afdelingernes arbejde med datakvalitet og standardopfyldelse. Kvalitetsstaben er ansvarlig for at orientere Psykiatriudvalget om graden af målopfyldelse i RKKP-databaserne.</p>
<p>Strategiske indsatser</p>	<p>Tværgående Udvidet Psykiatriledelse monitorerer graden af målopfyldelse på baggrund af de validerede årsrapporter. Afdelingsledelserne foretager monitorering af standardopfyldelse i de afsnit og ambulatorier, som udgør afdelingerne.</p> <p>Ledere i sengeafsnit og ambulatorier sikrer løbende indberetning til RKKP-databaserne gennem bl.a. effektiv organisering af fornødne administrative processer og arbejdsgange. Derudover har kvalitetsstaben en tovholderfunktion i RKKP-arbejdsgrupperne på de forskellige sengeafsnit/ambulatorier og faciliterer forbedringsarbejdet. Høj datakvalitet (datakomplethed) er afgørende for, at Psykiatrien lykkes med at opfylde målene i RKKP. Høj datakvalitet sikres ved hjælp af henholdsvis manuelle checklister og automatiseret dataoverblik i NordEPJ, samt dataoverblik i Qlik. Kvalitetsstaben har en arbejdsgruppe, som arbejder med at lette registreringen i NordEPJ og hjælpe relevante medarbejdere med at få dataoverblik i Qlik.</p> <p>Ledere i sengeafsnit og ambulatorier sikrer kliniske arbejdsgange, som understøtter standardopfyldelse. I de enkelte afsnit sker løbende monitorering af indberetning på patientniveau. Ledere i sengeafsnit og ambulatorier foretager monitorering af standardopfyldelse i eget afsnit. Kvalitetsstaben er ansvarlig for at tilrettelægge regional audit på validerede årsrapporter efterfølgende audit på nationalt niveau. Kvalitetsstaben følger op på regional audit på tværgående problemstillinger, mens afdelingsledelserne er ansvarlige for opfølgning på kvalitetsproblemer (ikke-opfyldte standarder) i egen afdeling. Kvalitetsstaben tilrettelægger audit.</p>
<p>Hyppighed</p>	<p>National audit gennemføres én gang årligt på hver database. Regional audit følger herefter. Tidspunktet udmeldes af RKKP-sekretariatet. Tværgående Udvidet Psykiatriledelse monitorerer RKKP-resultaterne månedligt. Afdelingsledelserne monitorerer og følger op RKKP-resultaterne månedligt. Sikring af indberetning og datakvalitet sker løbende.</p>

Kort om	<p>Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udgør infrastrukturen for bl.a. støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet. Programmets primære formål er at sikre fortsat bedre udnyttelse af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser såvel klinisk, ledelsesmæssigt som forskningsmæssigt. Psykiatrien i Region Nordjylland er omfattet af følgende kliniske kvalitetsdatabaser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den Nationale Skizofrenidatabase</li> <li>• Dansk Depressionsdatabase</li> <li>• Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens</li> <li>• ADHD Databasen</li> <li>• Retspsykiatridatabase</li> </ul>
Link	<a href="#">Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP)</a>

### Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP)

Kort om	<p>Psykiatrien deltager i de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP-psykiatri), som er formaliserede spørgeskemaundersøgelser af patienters og pårørendes oplevelser af og tilfredshed med de psykiatriske sygehuse. LUP-psykiatri udgøres af følgende delundersøgelser, som alle gennemføres i 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undersøgelse blandt indlagte børn og unge (uge 38-41)</li> <li>• Undersøgelser blandt børn og unge i ambulant behandling (uge 36-41)</li> <li>• Undersøgelser blandt forældre til indlagte børn og unge (uge 38-41)</li> <li>• Undersøgelser blandt forældre børn og unge i ambulant behandling (uge 36-41)</li> <li>• Undersøgelse blandt Patienter på specialiserede retspsykiatriske sengeafsnit (uge 36-38)</li> <li>• Undersøgelser blandt indlagte voksne patienter (løbende målinger på månedsbasis)</li> <li>• Undersøgelser blandt voksne patienter i ambulant behandling (løbende målinger på månedsbasis)</li> </ul>
Mål	<p>Psykiatrien opnår højere svarprocent (datakvalitet) end ved sidste undersøgelse. Psykiatrien opnår højere tilfredshed end ved seneste undersøgelse. Psykiatrien opnår bedre patientoplevelset inddragelse end ved seneste undersøgelse.</p>

Kort om	<p>Psykiatrien deltager i de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP-psykiatri), som er formaliserede spørgeskemaundersøgelser af patienters og pårørendes oplevelser af og tilfredshed med de psykiatriske sygehuse. LUP-psykiatri udgøres af følgende delundersøgelser, som alle gennemføres i 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undersøgelse blandt indlagte børn og unge (uge 38-41)</li> <li>• Undersøgelser blandt børn og unge i ambulant behandling (uge 36-41)</li> <li>• Undersøgelser blandt forældre til indlagte børn og unge (uge 38-41)</li> <li>• Undersøgelser blandt forældre børn og unge i ambulant behandling (uge 36-41)</li> <li>• Undersøgelse blandt Patienter på specialiserede retspsykiatriske sengeafsnit (uge 36-38)</li> <li>• Undersøgelser blandt indlagte voksne patienter (løbende målinger på månedsbasis)</li> <li>• Undersøgelser blandt voksne patienter i ambulant behandling (løbende målinger på månedsbasis)</li> </ul>
Ledelsesansvar	<p>Psykiatriledelsen deltager i styregruppen for LUP-psykiatriundersøgelserne. Afdelingsledelser er ansvarlige for afdelingens samlede LUP-resultater herunder monitorering af LUP-resultater for de underliggende afsnit og for at sætte tværgående forbedringstiltag i værk.</p> <p>Ledere på sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for at understøtte gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelserne med henblik på at sikre høj svarprocent bl.a. gennem motivation af patienter til deltagelse.</p> <p>Ledere på sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for monitorering af egne LUP-resultater og for gennemførelse af forbedringsarbejde med henblik på målopfyldelse. Kvalitetsstaben understøtter dette arbejde og udarbejder handleplaner i samarbejde med ledere ift. det fremadrettede arbejde med LUP.</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlig for at orientere Social- og Psykiatriudvalget om graden af målopfyldelse i LUP-undersøgelserne.</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlige for kontakten til DEFACTUM, som sekretariatsbetjener LUP-Psykiatri.</p>
Strategiske indsatser	<p>Psykiatrien ønsker højere svarprocenter i LUP-psykiatri. Særligt i børne- og ungdomspsykiatrien er der behov for en skærpet indsats i forhold til at sikre deltagelse i undersøgelserne.</p>
Hyppighed	<p>LUP-psykiatriundersøgelserne gennemføres med en kadence svarende til én undersøgelse årligt for patienter i Børne- og Ungdomspsykiatrien samt for retspsykiatriske patienter. Herudover vil LUP-Psykiatri for voksne indlagte- og ambulante patienter fra oktober 2022 blive gennemført som løbende målinger på månedsbasis. For pårørendeundersøgelserne (til voksne patienter) gælder dog, at undersøgelserne blot gennemføres hvert 3. år - næste gang i 2024.</p>
Link	<p><a href="https://rn.dk">Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) (rn.dk)</a></p>

## PRO-Psykiatri

Kort om	<p>PRO-Psykiatri har til formål at sætte fokus på patientoplevet helbred ved brug af patientrapporterede outcomes (PRO) i samtaler med patienten. PRO er oplysninger, der indsamles direkte fra patienten omhandlende patientens syn på og oplevelse af hans eller hendes helbredstatus dvs. symptomer, trivsel, bivirkninger, social funktion osv.</p>
---------	---

	PRO-Psykiatri består af et spørgeskema, en online platform til patienternes rapportering af data og simultan resultatudlæsning i patientjournalen, definition af målgruppe og måletidspunkter, samt et sæt PRO-baserede indikatorer.
Mål	Psykiatrien har en målsætning om fortsat implementering af PRO-Psykiatri i afdelingerne i 2023. Der vil være særligt fokus på at alle relevante patienter ved udgangen af 2023 bliver tilbudt PRO-Psykiatri, samt at relevant personale kender til og kan anvende PRO-Psykiatri.
Ledelsesansvar, strategiske indsatser og hyppighed	<p>Psykiatrideledelsen er i samarbejde med afdelingsledelserne ansvarlig for gennemførelse af implementeringen af PRO-Psykiatri data i de psykiatriske RKKP-databaser.</p> <p>I 2023 kommer der en ny IT-udbyder på PRO-løsningen og i denne forbindelse skal implementeringen af PRO kick-startes og nye arbejdsgange kortlægges. Kvalitetsstaben har en stor rolle både i forbindelse med udviklingen af den nye IT-plattform og implementeringen. Dette i tæt samarbejde med nøglepersoner fra hvert sengeafsnit/ambulatorium.</p>
Link	<a href="#">PRO (m.dk)</a>

### Forebyggelse af tvang

Kort om	Jævnfør de Nationale målsætninger og Psykiatriens primære målsætninger, gennemføres systematisk monitorering af tvang. Monitoreringerne har i 2023 primært fokus på: Bæltefikseringer, fastholdelser og brugen af akut beroligende medicin. Herudover vil der også være fokus på øvrig tvangsanvendelse (national indsats)
Mål	<p>Psykiatrien har formuleret følgende mål med forankring i blandt andet partnerskabsaftalen med Sundheds- og Ældreministeriet 2014-2020*. Reduktion i forhold til 2022-niveau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion af andel patienter som bæltefikseres – max. 3,2%</li> <li>• Reduktion af antal bæltefikseringer – max. 208.</li> <li>• Reduktion af antal langvarige bæltefikseringer &gt; 48 timer – max. 28</li> <li>• Reduktion af antal fastholdelser – max. 483</li> <li>• Reduktion af antal akut beroligende medicin med tvang – max. 418</li> <li>• Reduktion af andel patienter udsat for (al) tvang – max. 21,8%</li> </ul> <p>*Mål og fokus vil blive justeret ved beslutning om nye nationale målsætninger for tvang, som forventes vedtaget i løbet af 2023 i forbindelse med ny 10-årsplan for Psykiatri.</p>

Kort om	Jævnfør de Nationale målsætninger og Psykiatriens primære målsætninger, gennemføres systematisk monitorering af tvang. Monitoreringerne har i 2023 primært fokus på: Bæltefikseringer, fastholdelser og brugen af akut beroligende medicin. Herudover vil der også være fokus på øvrig tvangsanvendelse (national indsats)
Ledelsesansvar	<p>Psykiatriledelsen er overordnet ansvarlig for opfyldelsen af målene vedr. tvang.</p> <p>Afdelingsledelserne er ansvarlige for opfyldelsen af målene vedr. tvang på afdelingsniveau samt i de underliggende afsnit og herunder ansvarlige for monitorering samt for iværksættelse af forbedringstiltag.</p> <p>Lederne af sengeafsnit er ansvarlige for opfyldelsen af målene vedr. tvang i eget afsnit og er ansvarlige for igangværende tvangsforebyggende indsatser samt iværksættelse af nye forbedringstiltag. Kvalitetsstaben understøtter og bidrager til dette arbejde fx ved deltagelse i igangværende tvangsforebyggende tiltag; sikkerhedsbriefing, ekstern gennemgang, journalaudit med indikatorer vedrørende forebyggelse af tvang etc.</p> <p>Vedrørende forbedringsindsatsen med henblik på forebyggelse af tvang, er psykiatriledelsen og afdelingsledelserne ansvarlige for at udarbejde og realisere handleplan for forebyggelse af tvang. Psykiatrien har en fast skabelon for handleplanen på psykiatri- og afdelingsniveau, som kvalitetsstaben er ansvarlig for at sende ud til opdatering årligt.</p> <p>Afsnitsledelsen er ansvarlige for at udarbejde og realisere handleplaner på afsnitsniveau med sigte på forebyggelse af tvang.</p> <p>Kvalitetsstaben er ansvarlig for leverance af data til brug for monitoreringen af tvang i afdelingsledelserne og hos lederne af de enkelte sengeafsnit.</p> <p>Der afholdes årligt 6 møder i Faglig følgegruppe for forebyggelse af tvang, hvor bl.a. Psykiatri- og afdelingsledelserne er repræsenteret. Medlemmer af Faglig følgegruppe er ansvarlige for at deltage- og involvere sig i Faglige følgegruppe for forebyggelse af tvang jf. kommissoriet. Kvalitetsstaben sekretariatsbetjener følgegruppen.</p>
Hyppeghed	Tværgående Udvidet Psykiatriledelse monitorerer graden af målopfyldelse månedligt. Afdelingsledelser og ledere af sengeafsnit monitorerer som minimum graden af målopfyldelse månedligt.
Link	<a href="#">Nedbringelse af tvang (rn.dk)</a>

## PRI

Kort om	Præcise, fagligt ajourførte og klinisk relevante PRI-dokumenter kan understøtte høj kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien. Psykiatrien udarbejder og vedligeholder egne PRI-dokumenter gennem en PRI-organisering med forankring i psykiatriledelsens stab.
Mål	Sikre et relevant og overskueligt antal PRI-dokumenter i Psykiatrien. Den faglige kvalitet i PRI-dokumenterne skal højnes gennem faglige revisionsprocesser forankret i klinikernes specialistmiljøer.
Ledelsesansvar	Psykiatriledelsen er overordnet ansvarlig for opfyldelse af PRI-målsætningerne samt for gennemførelse af handleplan med henblik på målopfyldelse.

	<p>Sundhedsfagligt Råd er ansvarlig for at gennemføre en faglig og klinisk revision af PRI-grundlaget med henblik på opdatering, relevans og fortsat reduktion i antallet af individuelle dokumenter med henblik på at øge overblik, tilgængelighed og anvendelighed.</p> <p>Afdelingsledelserne er ansvarlige for fortsat revision og reduktion af afdelingernes lokale dokumenter (instrukser).</p> <p>Med henblik på at reducere antallet af – for Psykiatrien - irrelevante PRI-dokumenter på regionsniveau er psykiatrilædsens stab ansvarlig for at iværksætte en oprydning på centralt niveau.</p> <p>Psykiatrilædsens stab monitorerer løbende udviklingen i antallet af PRI-dokumenter.</p>
Link	<a href="#">Udarbejdelse, godkendelse og ajourføring af PRI og øvrige administrative principper og procedurer i Psykiatrien (rn.dk)</a>

### Sundhedsfagligt risikobaseret tilsyn

Kort om	<p>Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører fra 2017 regelmæssige risikobaserede tilsyn på de danske hospitaler og herunder i Psykiatrien.</p> <p>Målepunkter for tilsyn på psykiatriske hospitaler. <a href="https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn">https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn</a>.</p>
Mål	<p>At psykiatriens tilsyn resulterer i fund i kategorien ”Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden” eller ”Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden”.</p>
Ledelsesansvar	<p>Der er udarbejdet en drejebog, som i detaljer beskriver ansvarsfordelingen i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og opfølgning på risikobaserede tilsyn ved Styrelsen for Patientsikkerhed.</p>
Strategiske indsatser	<p>Psykiatrilædsen sikrer, at der foreligger en ajourført drejebog for forberedelse, gennemførelse og opfølgning på tilsyn.</p> <p>Psykiatrilædsen orienterer Psykiatriudvalget om resultaterne af risikobaserede tilsyn i Psykiatrien.</p> <p>Afdelingsledelser tager initiativ til iværksættelse af de tiltag, som sikrer målopfølgning i den enkelte afdeling.</p> <p>Afdelingsledelser forbereder sig på tilsyn med fokus på tværgående problemstillinger i afdelingerne.</p> <p>Afdelingsledelser følger effektivt op på tværgående fund i tilsynsrapporterne med forbedringstiltag i afdelingerne.</p> <p>Ledere af sengeafsnit og ambulatorier forbereder sig på tilsyn på baggrund af de gældende målepunkter (dvs. kvalitetsstandarder). Nødvendig forbedring iværksættes proaktivt før tilsyn.</p> <p>Det anbefales, at lederne af sengeafsnit og ambulatorier forbereder sig på tilsyn ved gennemførelse af audit og forbedringstiltag på baggrund af de udmeldte målepunkter.</p> <p>Ledere af sengeafsnit og ambulatorier følger effektivt op på fund (dvs. kritik) i tilsynsrapporter med lokale forbedringstiltag.</p> <p>Sundhedsfagligt Råd behandler tværgående faglige og kliniske problemstillinger i tilknytning til de risikobaserede tilsyn.</p> <p>Kvalitetsstaben understøtter lederne af sengeafsnit og ambulatorier i forberedelsen og opfølgningen på tilsyn ved fx justering af PRI, forbedringsindsatser mhp. justering af uhensigtsmæssig klinisk praksis mv.</p>

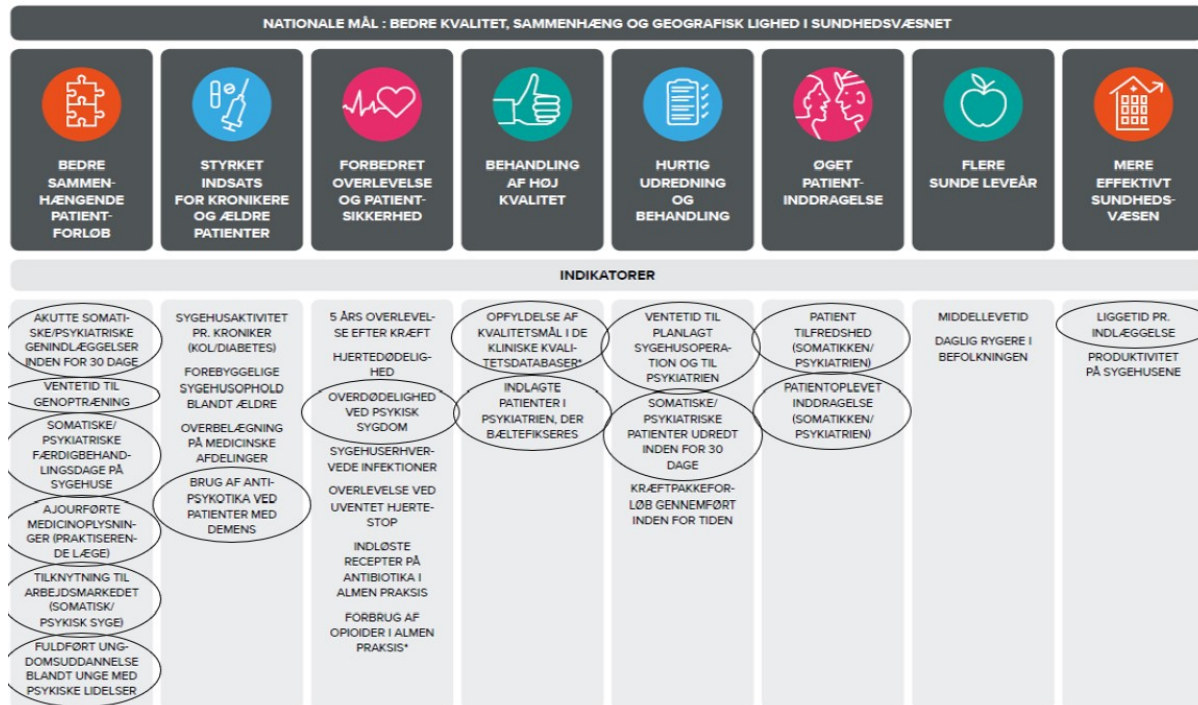


Kort om	Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører fra 2017 regelmæssige risikobaserede tilsyn på de danske hospitaler og herunder i Psykiatrien. Målepunkter for tilsyn på psykiatriske hospitaler. <a href="https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-rikobaserede-tilsyn">https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-rikobaserede-tilsyn</a> .
Hyppighed	Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør nye målepunkter årligt. Hvert år udtrækkes (tilfældigt) afdelinger, som modtager risikobaseret tilsyn. Kaldningen for tilsyn i det enkelte sengeafsnit eller ambulatorium kan ikke forudsiges.
Link	<a href="#">Sundhedsfaglige risikobaserede tilsyn (rn.dk)</a>

# 2 Bilag

# Bilag 1: Nationale mål for Psykiatrien

Figur 1: Nationale mål for Psykiatrien



## Bilag 2: Psykiatriens målsætninger for 2023

Tabel 1: Prioriterede målsætninger som følges i TUPL

Fokusområde	Målsætning	Delmål	Succeskriterier
Respekt for patientens tid	<b>1. Overholdelse af udredningsretten</b>	A. Overholdelse af klinisk beslutning B. Overholdelse af bekendtgørelsen C. Hurtig behandlingsstart	A. Min. 75 % B. 100 % C. 75 % har behandlingsstart inden 30 dage
Respekt for patientens tid	<b>2. Kortere ventetid</b>	A. Reduktion af ventetid til 1. besøg B. Færre patienter på venteliste	A. Max. 30 dage B. Udviklingen følges  Indtil der findes data på KoncernInfo anvendes venteforo på <a href="http://www.esundhed.dk">www.esundhed.dk</a>
Sikkerhed og kvalitet for patienten	<b>3. Mindre tvang<sup>1</sup></b>	A. Reduktion af andel patienter som bæltefikseres B. Reduktion af antal bæltefikseringer C. Reduktion af antal langvarige bæltefikseringer > 48 timer D. Reduktion af antal fastholdelser E. Reduktion af antal akut beroligende medicin med tvang F. Reduktion af andel patienter udsat for (al) tvang	Reduktion i forhold til 2022-niveau.  A. Max. 3,2 % B. Max. 208 C. Max. 28 D. Max. 483 E. Max. 418 F. Max. 21,8 %
Sikkerhed og kvalitet for patienten	<b>4. Standardopfyldelse i de kliniske kvalitetsdatabaser</b>	A. Opfyldelse af standarder i Den Nationale Skizofrenidatabase B. Opfyldelse af standarder i Dansk Depressionsdatabase C. Opfyldelse af standarder i ADHD Database D. Opfyldelse af standarder i Dansk Retspsykiatrisk Database E. Opfyldelse af standarder i Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens	A. Gældende standarder B. Gældende standarder C. Gældende standarder D. Gældende standarder E. Gældende standarder

<sup>1</sup> OBS her indsat 2022 målsætninger og tærskelværdier. Afventer nye nationale målsætninger som led i ny partnerskabsaftale.

Fokusområde	Målsætning	Delmål	Succeskriterier
Sammenhæng og nærhed	<b>5. Rettidig udsendelse af udskrivningsbreve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Rettidig udsendelse af udskrivelsesbreve - Ambulante patienter</li> <li>B. Rettidig udsendelse af udskrivelsesbreve – indlagte patienter</li> <li>C. Rettidig udsendelse af gule udskrivningsbreve</li> <li>D. Rettidig udsendelse af røde udskrivningsbreve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Min. 90 %</li> <li>B. Min. 90 %</li> <li>C. Min. 90 %</li> <li>D. 100 %</li> </ul>
Respekt for patientens tid	<b>6. Øget digitalisering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Større andel ambulante kontakter gennemføres digitalt</li> <li>B. Større andel virtuelle kontakter gennemføres som videobesøg</li> <li>C. Øget brug af selvbooking på ADHD-området</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Min. 33 %</li> <li>B. Min. 10 %</li> <li>C. Min. 10 %</li> </ul>
På patientens præmisser	<b>7. Høj patientoplevelt kvalitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Patienterne er alt i alt tilfredse med deres indlæggelse / besøg</li> <li>B. Patienterne oplever, at de er med til at træffe beslutninger om egen undersøgelse / behandling i det omfang, de havde behov for</li> <li>C. Patienterne oplever, at personalet spørger ind til patientens egen beskrivelse af sygdom / tilstand i det omfang, de havde behov for</li> <li>D. Øget patient- og pårørendeinddragelse med fokus på dialog</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Min. 90 %</li> <li>B. Min. 90 %</li> <li>C. Min. 90 %</li> <li>D. Fokus på 3-5 indsatser</li> </ul>

Fokusområde	Målsætning	Delmål	Succeskriterier
En arbejdsplads i TOP	<b>8. Øget rekruttering og fastholdelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Flere speciallæger</li> <li>B. Flere medicinstuderende og læger i uddannelsesstillinger</li> <li>C. Ansættelse af uddannelseskoordinerende overlæge (UKO)</li> <li>D. Flere sygeplejersker</li> <li>E. Gode opstartsforløb</li> <li>F. Det gennemsnitlige ugentlige timetal for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og lægesekretærer skal øges</li> <li>G. Medarbejderne oplever indflydelse på arbejdet</li> <li>H. Nærværsprocenten skal være høj</li> <li>I. Udgifterne til eksterne vikarbureauer skal reduceres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Antallet øges med min. 10 %</li> <li>B. Udviklingen overvåges</li> <li>C. Der ansættes en UKO i 2023</li> <li>D. Antallet øges med 10 %</li> <li>E. 95 % af alle nyansatte skal være tilfredse eller meget tilfredse med deres samlede opstartsforløb</li> <li>F. Timetallet skal øges med 1 time pr. uge</li> <li>G. Min. 10 % over 2021 niveauet</li> <li>H. Min. samme niveau som 2019</li> <li>I. Udgifterne reduceres med 25 % i forhold til 2022</li> </ul>
En arbejdsplads i TOP	<b>9. Et godt og sikkert arbejdsmiljø</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Lavere samlet sygefravær</li> <li>B. Lavere kort sygefravær</li> <li>C. Færre arbejdsskader</li> <li>D. Færre fraværstimer som konsekvens af arbejdsskader</li> <li>E. Ingen påbud vedrørende fysisk og psykisk arbejdsmiljø fra Arbejdstilsynet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Max. 10,3 dage i gennemsnit</li> <li>B. Max. 6,8 dage i gennemsnit</li> <li>C. Færre end 44 arbejdsskader</li> <li>D. Max. 2608 fraværstimer grundet arbejdsskader</li> <li>E. Ingen påbud</li> </ul>
Udenfor regionale fokusområder	<b>Særlig monitorering i børne- og ungdomspsykiatrien som led i stabilisering af området</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Udvikling i antal henvisninger</li> <li>2. Udviklingen i antal afslutninger</li> <li>3. Udvikling i ventelisten</li> <li>4. Udviklingen i digitale kontakter</li> <li>5. Overholdelse af udredningsretten (bekendtgørelsen) Udviklingen i personale: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Læger herunder læger i hoveduddannelses- og introstillinger</li> <li>b. Psykologer</li> <li>c. Sygeplejersker</li> <li>d. Lægesekretærer</li> <li>e. Studerende</li> </ul> </li> <li>6. Fokus på arbejdsmiljøet Sygefravær</li> <li>7. Trivselsmåling</li> </ul>	

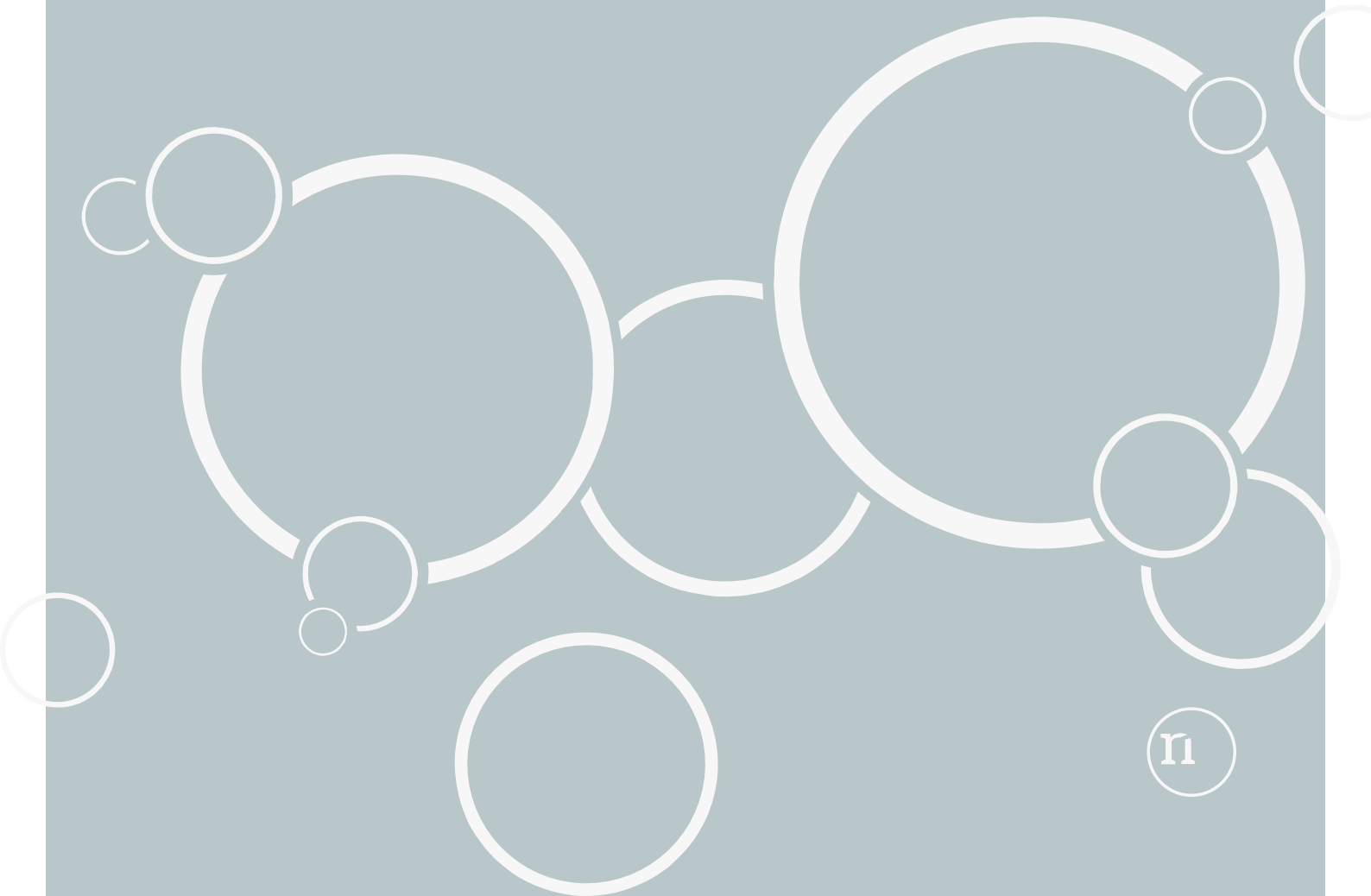
**Table 2: Målsætninger som følges administrativt i UPL**

<b>Fokusområde</b>	<b>Målsætning</b>	<b>Delmål</b>	<b>Tærskelværdi</b>
Respekt for patientens tid	<b>10. Færre udeblivelser og aflysninger</b>	A. Færre udeblivelser B. Færre aflysninger	A. Reduceres med 10 % i forhold til 2022 B. Reduceres med 10 % i forhold til 2022
Respekt for patientens tid	<b>11. Høj ambulant aktivitet</b>	A. Udvikling i antal henvisninger B. Udvikling i antal ambulante besøg C. Udvikling i antal kliniske beslutninger	A. Udviklingen overvåges B. Udviklingen overvåges C. Udviklingen overvåges
Respekt for patientens tid	<b>12. Rettidig behandling</b>	A. Større andel af henviste patienter, der behandles inden for 30 dage B. Kortere gennemsnitlig ventetid på behandling	A. Min. 75 % B. Udviklingen overvåges
Sikkerhed og kvalitet for patienten	<b>13. Rettidig skrivning og registrering</b>	A. Uskrevne notater og ventende registreringer monitoreres løbende	A. Udviklingen overvåges
Sikkerhed og kvalitet for patienten	<b>14. Rettidig ajourføring af Fælles Medicinkort</b>	A. Høj ajourføringsprocent på FMK - Ambulante patienter B. Høj ajourføringsprocent på FMK – indlagte patienter	A. Min. 90 % B. Min. 90 %
På patientens præmisser	<b>15. Udbredelse af PRO</b>	A. Alle relevante patienter tilbudt PRO B. Flere nyoprettede patienter i PRO C. Alle relevante medarbejdere kender og kan anvende PRO	A. 100 % B. Min. 20 % C. 100 %
Sikkerhed og kvalitet for patienten	<b>16. Sikker medicinering</b>	A. Udvikling i andel indlagte patienter i behandling med antipsykotika i doseringer, som overskrider specificerede maksimale doser B. Udvikling i andel indlagte patienter i behandling med flere typer antipsykotika samtidigt C. Udvikling i andel indlagte patienter i samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner D. Halvering af forbruget af antipsykotika til patienter med demensdiagnose frem mod 2025	A. Max. 10 % B. Max. 15 % C. Max. 20 % D. Afklares med SDS

Fokusområde	Målsætning	Delmål	Tærskelværdi
Udenfor regionale fokusområder	<b>17. Budgetoverholdelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Budgetoverholdelse (akkumuleret ÅTD)</li> <li>B. Udvikling i samhandel offentlige sygehuse (akkumuleret ÅTD)</li> <li>C. Udvikling i samhandel private sygehuse (akkumuleret ÅTD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. 100 %</li> <li>B. Udvikling følges</li> <li>C. Udvikling følges</li> </ul>
På patientens præmisser & Sammenhæng og nærhed	<b>18. Gode patientforløb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Passende gennemsnitlig indlæggelsestid</li> <li>B. Færre færdigbehandlingsdage</li> <li>C. Færre akutte genindlæggelser inden for 30 dage</li> <li>D. Der er fokus på implementering af PAL og patientens team</li> <li>E. Patienterne tildeles (PAL)</li> <li>F. Patienterne oplever, at én læge har det overordnede ansvar for det samlede forløb</li> <li>G. Hensigtsmæssig belægningsprocent</li> <li>H. Patienterne oplever, at det samlede forløb af indlæggelser og / eller ambulante besøg var godt tilrettelagt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Max. stigning på 10 % i forhold til 2020-niveau (19 dage gennemsnit)</li> <li>B. Positiv udvikling og lavere end landsgennemsnittet</li> <li>C. Max. 17 %</li> <li>D. Der gennemføres 3-5 indsatser med fokus på PAL og patientens team i tværgående patientforløb</li> <li>E. Min. 90 %</li> <li>F. Min. 90 %</li> <li>G. Ml. 90 og 100 %</li> <li>H. Min. 90 %</li> </ul>
En ren og grøn region	<b>19. En klimavenlig psykiatri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Gennemførelse af indsatser og realisering af målsætninger i Psykiatriens Klimahandlingsplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Psykiatriens Klimahandlingsplan gennemføres</li> </ul>
Udenfor regionale fokusområder	<b>20. Øget beskæftigelse blandt psykisk syge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Fastholdelse af psykisk syge i beskæftigelse</li> <li>B. Fuldførelse af ungdomsuddannelser blandt unge med psykiske lidelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Andel psykisk syge med tilknytning til arbejdsmarkedet følges</li> <li>B. Andel unge psykisk syge med ungdomsuddannelse følges</li> </ul>







PSYKIATRIEN  
- i gode hænder