



PSYKIATRIEN REGION NORDJYLLAND

Strategi for kvalitet og patientsikkerhed 2019-2020



PSYKIATRIEN
- i gode hænder

Strategi for kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien i Region Nordjylland 2019-2020

Denne strategi beskriver Psykiatriens strategiske fokus for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet i 2019 - 2020.

Strategien er formuleret med afsæt i dels [Det Nationale Kvalitetsprogram](#) og herunder [de nationale mål for sundhedsvæsenet](#) og [Region Nordjyllands strategiske fokusområder](#).

De målsætninger, som udgør fundamentet for kvalitetsarbejdet i Psykiatrien i Region Nordjylland, er således for hovedparten forpligtelser på nationalt og regionalt niveau.

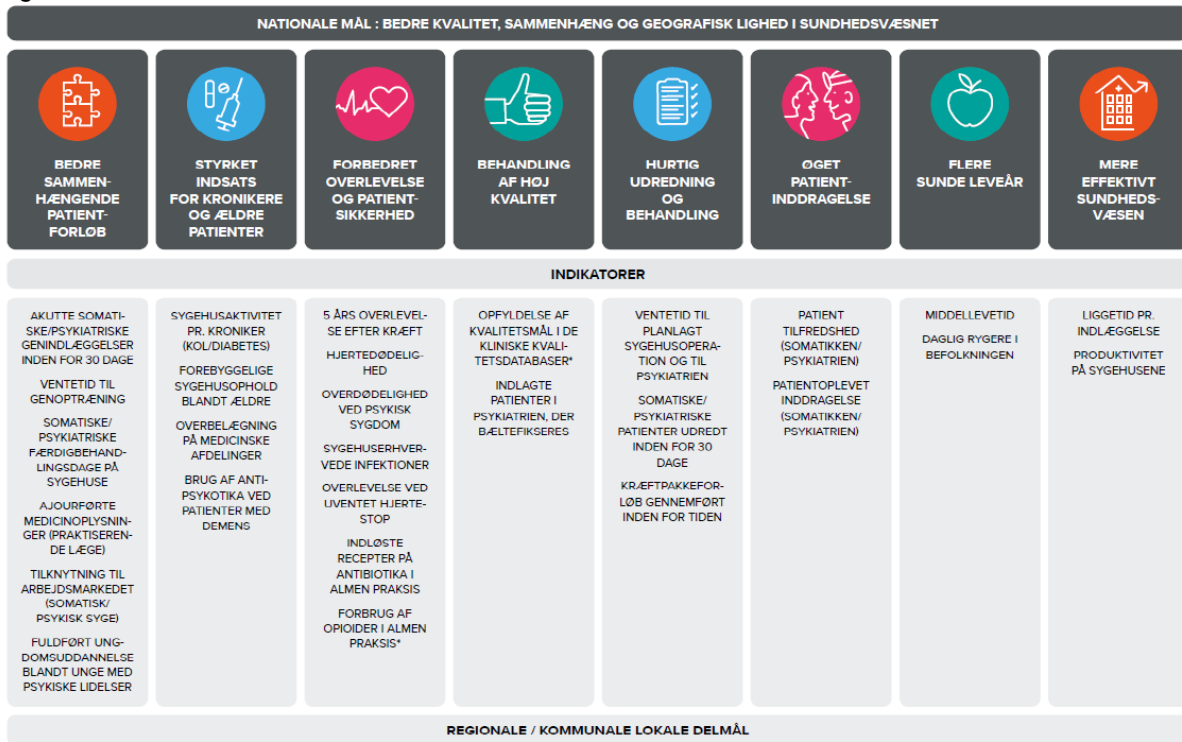
Opfyldelse af Region Nordjyllands strategiske målsætninger indebærer, at der i Psykiatrien arbejdes med kvalitetsudvikling ud fra tre forskellige vinkler:

- *Sundhedsfaglig kvalitet*, som handler om at sikre, at forebyggelse, udredning, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering følger høj faglig og professionel standard på evidensbaseret grundlag, og at de kliniske aktiviteter gennemføres på en måde, som er sikker for patienten.
- *Brugeroplevet kvalitet*, som handler om at Psykiatriens kliniske ydelser ikke kun skal være af høj fagfaglig standard, men at vi også gennem samarbejde og samskabelse med patienter og pårørende herunder i Patientens Team, skal imødekomme den enkeltes særlige situation og behov.
- *Organisatorisk kvalitet*, som handler om, at Psykiatrien skal have de rette ressourcer og den rette organisering til at løse sin opgave, og at opgaverne løses effektivt.

Grundlaget for Psykiatriens strategi for kvalitet og patientsikkerhed er de målsætninger, som er vedtaget for Psykiatrien i 2020. Målsætningerne udgøres samlet set af mål formuleret på henholdsvis nationalt og regionalt niveau (i. e. i Psykiatrien i Region Nordjylland).

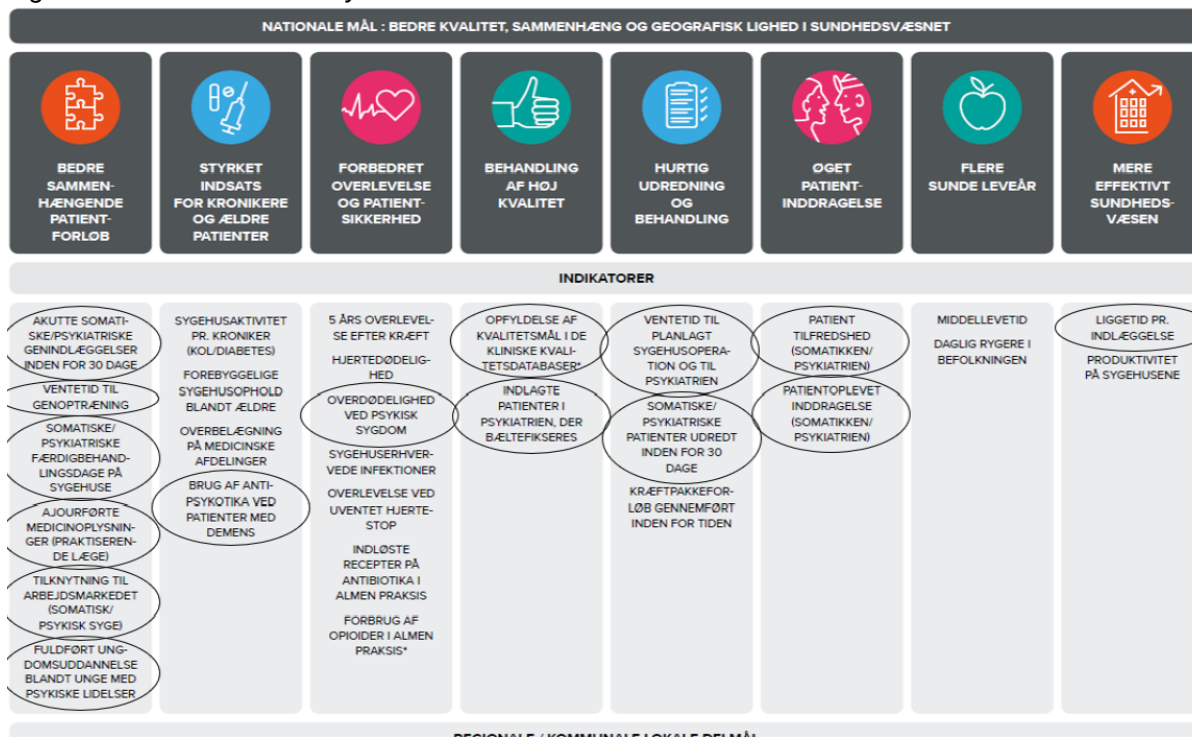
Se næste side.

Figur 1: Nationale mål for sundhedsvæsenet



Ikke alle mål er relevante for Psykiatrien. Figur 2 herunder viser, hvilke nationale mål Psykiatrien er omfattet af.

Figur 2: Nationale mål for Psykiatrien



Som supplement til de nationale mål på psykiatriområdet er der formuleret mål på regionalt og lokalt niveau, som afspejler særlige udfordringer og indsatsområder for Psykiatrien.

Psykiatriens konkrete målsætninger, som afspejler fokuseringen på både faglig, brugeroplevelse og organisatorisk kvalitet, er følgende i 2020:

Figur 3: Psykiatriens målbillede 2020

Fokusområde Dashboard	Mål	Indikator	Milepæl Baseline
 Respekt for patientens tid	Udredningsretten	1. Overholdelse af udredningsretten - klinisk beslutning 2. Overholdelse af udredningsretten - bekendtgørelsen	Mindst 75 % Overholdt jf. bekendtgørelsen - 100%
	Udeblivelser	3. Antal udeblivelser	Reduktion med 10 % i forhold til 2018
	Aflysninger	4. Antal aflysninger	Reduktion med 10 % i forhold til 2018
	Rettidig udsendelse - udskrivningsbrev	5. Rettidig udsendelse af udskrivelsesbrev - ambulante 6. Rettidig udsendelse af udskrivelsesbrev - indlagte	Mindst 90 % Mindst 90 %
	Rettidig udsendelse - indkaldelsesbreve	7. Rettidig udsendelse af indkaldelsesbreve - ambulante 8. Rettidig udsendelse af indkaldelsesbreve - indlagte	Mindst 90 % Mindst 90 %
	Sammenhæng og nærhed	Ajourføringsprocent på FMK	9. Ajourføringsprocent på FMK - Ambulante patienter 10. Ajourføringsprocent på FMK - Stationær patienter
 På patientens præmisser	Ambulante besøg – digitaliseringsindsatser	11. Øge andelen af ambulante kontakter, der gennemføres ved brug af virtuelle løsninger	Mere end 20%
	Patienttilfredshed	12. Patienttilfredshed (LUP)	Bedre end 2019-niveauet
	Patientoplevelt inddragelse	13. Patientoplevelt inddragelse (LUP)	Bedre end 2019-niveauet
 Patientansvarlig læge	Patientansvarlig læge	14. Andel patienter i behandling tildelt patientansvarlig læge	Mindst 90 %

Fokusområde Dashboard	Mål	Indikator	Milepæl Baseline
 Sikkerhed og kvalitet for patienten	Reduktion af tvang	15. Andel patienter som tvangsfikseres af antal indlagte 16. Antal langvarige bæltefikseringer over 48 timer	Mindre end 3,8 % Færre end 33 bæltefikseringer
	Reduktion øvrig tvang	18. Antal bæltefikseringer	Psykiatriens mål: færre end 190 bæltefikseringer i 2019
		19. Antal fastholdelser	Færre end baseline
		20. Antal akut beroligende medicin	Færre end baseline
		21. Andel indlagte patienter udsat for (al) tvang af antal indlagte	Lavere end baseline
	 En arbejdsplads I TOP	Budget	22. Budgetoverholdelse – indeks - (akk. ATD)
Vikarudgifter		23. Eksternt vikarbureauer/-forbrug – Læger	Nedbringe udgifterne til eksterne vikarbureauer. <1,5% af de samlede lønudgifter
		24. Eksternt vikarbureauer/-forbrug – Pleje	Nedbringe udgifterne til eksterne vikarbureauer. <1,5% af de samlede lønudgifter
		25. Eksternt vikarbureauer/-forbrug – Andet	Nedbringe udgifterne til eksterne vikarbureauer. <1,5% af de samlede lønudgifter
Sygefravær		26. Reduktion med de korte sygefravær i 2019	Max. 6,8 dage
Arbejdsskader		27. Reduktion af antal arbejdsskader	Færre end 37 arbejdsskader
Psykisk arbejdsmiljø		28. Påbud vedr. psykisk arbejdsmiljø fra Arbejdstilsynet	Ingen påbud
 En ren og grøn region	Grøn Region	29. Reduktion af madspild i Psykiatrien	Reduceres med XX %

Mål	Indikator	Milepæl Baseline
Ventetid til første besøg	30. Ventetid til første besøg (Børn og unge)	Følges
	31. Ventetid til første besøg (Voksne)	Følges
Gennemsnitlig indlæggelsestid	32. Gennemsnitlig indlæggelsestid	Følges
Ambulante besøg	33. Antal ambulante besøg	Følges
Ambulante indskrivninger	34. Antal henvisninger	Følges
Ambulante afslutninger	35. Antal afslutninger	Følges
Eksterne Henvisninger	36. Antal Henvisninger (eksterne)	Følges
Hensigtsmæssig medicinering (medicinmonitorering)	37. Andel indlagte patienter i behandling med <u>antipsykotika</u> i doseringer, som overskrider specificerede maksimale doser	Følges
	38. Andel indlagte patienter i behandling med flere typer <u>antipsykotika</u> samtidigt	Følges
	39. Andel indlagte patienter i samtidig behandling med <u>antipsykotika</u> og <u>benzodiazepiner</u>	Følges

Mål	Indikator	Milepæl Baseline
Budgetopfølgning	40. Samhandel, udgifter offentlige sygehuse (<u>akk. ÅTD</u>)	Følges
	41. Samhandel, udgifter private sygehuse (<u>akk. ÅTD</u>)	Følges
	42. Samhandel, indtægter (<u>akk. ÅTD</u>)	Følges
Akutte genindlæggelser	43. Antal akutte genindlæggelser inden for 30 dage	Følges
Færdigbehandlingsdage	44. Antal færdigbehandlingsdage på sygehuse	Følges
Psykiatrien kliniske kvalitetsdatabaser (RKKP)	45. Opfyldelse af kvalitetsmål i psykiatrien kliniske kvalitetsdatabaser	Følges
Fastholdelse af psykiatrisk syge i beskæftigelse Fuldført ungdomsuddannelse blandt unge med psykiske lidelser	46. Tilknnytning til arbejdsmarkedet – fastholdelse, pct.	Følges
	47. Tilknnytning til ungdomsuddannelser, pct.	Følges
Borgere med demens i behandling med <u>antipsykotika</u>	48. Andel borgere med demens i behandling med <u>antipsykotika</u>	Reduktion med 50 % i 2025
Overdødelighed blandt borgere med udvalgte psykiske lidelser	49. Overdødelighed ved psykisk sygdom	Følges
Fastholdelse og rekruttering	50. Antal læge	Følges
	51. Antal Sygeplejersker	Følges
	52. Gennemsnitligt ugentligt timetal for sygeplejersker	Følges

Principper

Arbejdet med at sikre opfyldelse af Psykiatriens målsætninger – og herunder de nationale mål og regionale fokusområder - baserer sig på følgende forudsætninger:

- *Ledelse* er en afgørende forudsætning for at skabe de ønskede resultater. Ledelserne skal således både på psykiatriledelses-, klinikledelses-, afdelingsledelses-, afsnitsledelses- og ambulatorieledelesniveau have fokus på målene, tilvejebringe de rammer og sikre gennemførelse af de indsatser, som er nødvendige for målopfyldeelse. Ledelserne skal gennem oversættelse af målene skabe mening og motivation til kvalitetsarbejdet. Det er ligeledes de respektive ledelsers opgave at følge op på målene og sikre, at målene nås.
- Data er grundlaget for monitorering af graden af målopfyldeelse på relevante ledelsesniveauer. Monitorering af valide, enhedsspecifikke, tidstro data udgør vigtig feedback til ledelsen om, hvorvidt praksis lever op til kvalitetsmålene. Psykiatrien anvender i stadig stigende grad anerkendte principper for statistisk analyse af forløbsdata herunder Statistical Process Control (SPC). Disse data leveres af regionens og Psykiatriens stabe 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 målopfyldeelse.
- *Forbedringsarbejde* udføres i overensstemmelse med principperne i [den nordjyske model](#) (se side 6). Ledelsen er forpligtet på at følge op ved kvalitetsbrist. Gennem forbedringsarbejdet sikrer ledelse og medarbejdere at erfarede udfordringer og barrierer for målopfyldeelse adresseres, og at der iværksættes relevante interventioner
- *Metodefrihed* er et grundlæggende princip i alle ovennævnte led. Så længe ledelsen gennem datamonitorering og -analyser ansvarsfuldt gennemfører de forbedringer, som er nødvendige for målopfyldeelse, har den enkelte leder udstrakt frihed til selv beslutte metoder og processer.

Organisering

Ledelsesorganisationen udgør kvalitetsorganisationen i Psykiatrien i Region Nordjylland. Ansvar og beslutningskompetence i kvalitetsarbejdet er indarbejdet i ledelsesstrukturen. Dette indebærer, at det er de respektive ledelsers ansvar at oversætte psykiatriens målsætninger og iværksætte forbedringsindsatser igennem ledelsesniveauerne – fra hvert overordnede ledelsesniveau til næste niveau. Nedenstående ledelsesniveauer er medansvarlige for opfyldelse af Psykiatriens kvalitetsmål i henhold til følgende overordnede principper:

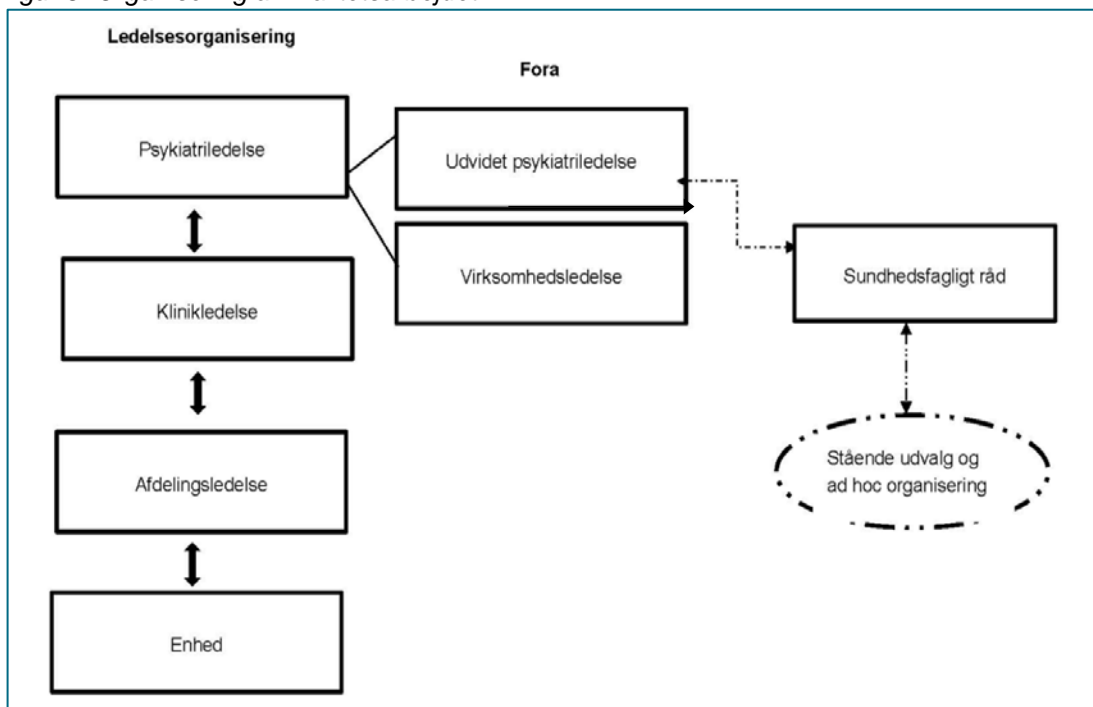
- *Direktionen i Region Nordjylland* fastlægger på baggrund af politiske prioriteringer fra Regionsrådet de overordnede kvalitetsmål for sundhedsområdet i dialog med hospitalerne. Direktionen er overordnet ansvarlig for den realiserede kvalitet i forhold til Regionsrådet og nationale myndigheder.
- *Strategisk og Udvidet strategisk sundhedsledelse* i Region Nordjylland bidrager til konkretisering af de overordnede kvalitetsmål og fastlægger fælles grundlæggende principper for kvalitetsarbejdet på sundhedsområdet i regionen. I udvidet strategisk sundhedsledelse overvåges graden af målopfyldelse på udvalgte målsætninger.
- *Psykiatriledelsen* har det overordnede ansvar for kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien. Psykiatriledelsen har beslutningskompetence i forhold til fastlæggelse af Psykiatriens samlede målbillede, for udarbejdelsen af en strategi for kvalitet og patientsikkerhed, for den overordnede allokering af ressourcer til kvalitetsområdet og for den samlede grad af målopfyldelse i forhold til Psykiatriens målbillede. Psykiatriledelsen afrapporterer og er ansvarlig for kvaliteten og patientsikkerhed overfor direktionen og Regionsrådet. Psykiatriledelsen er ansvarlig for oversættelse af psykiatriens kvalitets- og patientsikkerhedsstrategi med tilhørende målsætninger for klinikledelserne.
- *Udvidet psykiatrilidelse* monitorerer graden af målopfyldelse på samtlige mål i Psykiatriens målbillede og drøfter strategiske udfordringer knyttet til målrealisering med fokus på klinik- og psykiatriniveauerne. Som led i monitoreringen og sigtet mod målrealisering ses der i udvidet psykiatrilidelse både på klinikvisse og fælles udfordringer, ligesom der med afsæt i såvel et delt som et fælles ansvar for kvaliteten i Psykiatrien er fokus på samlet set at iværksætte strategiske tiltag, som bringer hele virksomheden i mål.
- *Virksomhedsledelsen* beslutter interventioner gennem oversættelse og fortolkning af Psykiatriens målbillede. Virksomhedsledelsen iværksætter blandt andet overordnede, ofte tværgående, faglige og kliniske initiativer til støtte for målopfyldelse. På den måde yder virksomhedsledelsen et værdifuldt og forudsætningskabende bidrag til Psykiatriens kvalitetsarbejde.
- *Klinikledelserne* formidler og oversætter Psykiatriens målsætninger til klinikernes ledere. Klinikledelserne er ansvarlige for kvalitetsarbejdet i egen klinik og i de enkelte underliggende sengeafsnit og ambulatorier. Klinikledelserne har ansvar for at sikre en effektiv organisering af og allokering af ressourcer til kvalitetsarbejdet, for at de nødvendige monitorerings- og forbedringsaktiviteter gennemføres og for målopfyldelse i klinikkerne. Klinikledelserne skal således samtidig facilitere og tilsikre kvalitetsarbejdets gennemførelse herunder, at der arbejdes med relevante målsætninger i de enkelte enheder. Klinikledelserne står til ansvar for kvaliteten overfor psykiatrilidelsen b.la. i regi af udvidet psykiatrilidelse.
- *Afdelingsledelserne* oversætter kvalitetsmålene, monitorerer kvaliteten, iværksætter forbedringstiltag og er ansvarlige for målopfyldelse i de sengeafsnit og ambulatorier, som udgør afdelingen. Afdelingsledelserne er ansvarlige for kvaliteten i afdelingernes sengeafsnit og ambulatorier under ét samt for løsning af kvalitetsproblemer knyttet til afdelingens tværgående patientforløb, mens kvaliteten i de enkelte underliggende kliniske enheder påhviler den enkelte leder af sengeafsnittene og ambulatorierne. Afdelingsledelserne står til ansvar for kvaliteten overfor klinikledelserne.
- *Ledere af sengeafsnit og ambulatorier* er ansvarlige for at formidle og oversætte relevante målsætninger for enhedernes medarbejdere med henblik på at sikre opbakning og støtte til kvalitetsarbejdet i enhederne. Lederne af sengeafsnit og ambulatorier er lokalt ansvarlige for gennemførelse af kvalitetsarbejdet og for målopfyldelse i egen klinisk enhed, ligesom de skal iværksætte de forbedringstiltag, som er nødvendige for målopfyldelse. Lederne af sengeafsnit og ambulatorier står til ansvar for kvaliteten overfor afdelingsledelsen og klinikledelsen.

I relation til ledelsesstrukturen i Psykiatrien er etableret en faglig rådgivningsstruktur, der udgøres af Sundhedsfagligt Råd samt underliggende udvalg af såvel fast som ad hoc karakter.

Formålet med Sundhedsfagligt Råd er at bidrage til at sikre strategisk forankring af den faglige og kliniske udvikling samt til at sikre sammenhæng og ensartet kvalitet på tværs i organisationen. Sundhedsfagligt Råd skal således bidrage til at effektivisere den overordnede faglige beslutningstagen og understøtte beslutningernes efterfølgende implementering.

Figur 5 illustrerer ledelsesstrukturen, som er bærende for kvalitetsarbejdet, ligesom den viser, hvordan faglig og klinisk rådgivning ind i ledelsesstrukturen er placeret uden for den egentlige ledelsesorganisering.

Figur 5: Organisering af kvalitetsarbejdet

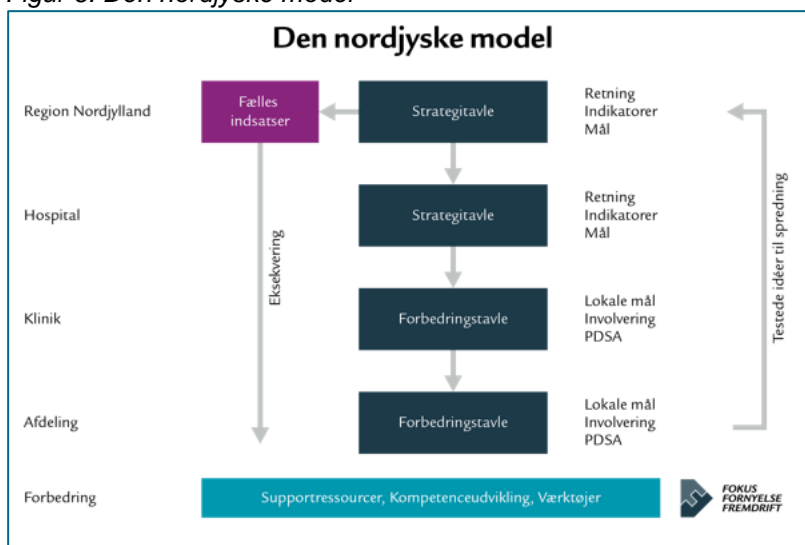


Det bemærkes, at Psykiatriens overlæger i overensstemmelse med Region Nordjyllands ledelsesmodel ikke eksplicit fremgår af modellen. Der skal dog ikke herske tvivl om, at denne gruppe som behandlingsansvarlige har et særligt ansvar – blandt alle Psykiatriens medarbejdere – for at udredning og behandling sker sikkert og er af høj kvalitet.

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 6: Den nordjyske model



Det fremgår af den nordjyske model, at der på regionsplan er en række indsatser - særlige udfordringer, vi skal sætte vores ressourcer ind på at nå i mål med. Indsatserne fastlægges nogle gange nationalt, nogle gange af vores egne politikere og nogle gange i vores øverste ledelse. Således er retningsen sat, suppleret af nogle konkrete mål.

For at komme i mål med de overordnede mål kan der være medarbejdere, der skal gøre noget andet end de gør i dag, processer der skal optimeres, procedurer der skal ændres og så videre.

Derfor skal ledere på alle niveauer i organisationen arbejde med, hvad de præcist skal have af mål, for at det overordnede mål kan lykkes. Typisk er det dog medarbejderne, som har den bedste problemforståelse, og derfor skal alle faggrupper i sundhedsvæsenet involveres i den konkrete ideudvikling og i de konkrete initiativer, der sættes i gang.

Vi skal sikre, at ideerne spredes og kommer andre steder i organisationen til gavn.

[Læs mere om den nordjyske model her.](#)

Stabsstøtte

Stabsfunktionerne i Regionshuset skal bidrage til kvalitetsudvikling i Psykiatrien; fx i form af BI-enheds monitoreringsløsninger, processtøtte fra forbedringsenhedens konsulenter på konkrete projekter, regionale PRI-løsninger under Kvalitet mv. Som led i denne strategi er der behov for at videreudvikle samarbejdet mellem regionens stabe og Psykiatrien med henblik på at konsolideres Psykiatriens kvalitetsarbejde. Det kan fx ske ved at decentralisere personaleressourcer fra Regionshuset til Psykiatrien i forhold til fx dataleverance, dataanalyse og -fortolkning, støtte til forbedringsprocesser mv.

Stabsfunktionerne under psykiatrilæden understøtter kvalitetsarbejdet i klinikkerne. Understøttelsen omfatter bla. følgende aktiviteter; lovpligtig administration og sagsbehandling på myndighedsområdet (fx utilsigtede hændelser, klager, høring af ny lovgivning på området, tilsyn mv.), varetagelse af kontakt og samarbejde med centrale og regionale myndigheder og leverandører (fx Styrelsen for Patientsikkerhed, Kvalitet, Forbedring og BI-enheden i Region Nordjylland, RKKP-sekretariatet, DEFACTUM (LUP-psykiatri) mv.), udvikling og levering af data til monitoreringsbrug, sikring af datakvalitet, gennemførelse af dataanalyser og -fortolkning, tilrettelæggelse af audit, procesunderstøttelse af forbedringsarbejde i klinikkerne mv.

Staben samarbejder med beslægtede funktioner i psykiatrierne i de øvrige regioner gennem udveksling af metoder, erfaringer og best practise mv.

Indsatser

Hovedparten af kvalitetsarbejdet i Psykiatrien udgøres af den løbende indsamling, opgørelse og monitorering af data samt forbedring af praksis, som sker i sengeafsnittene og ambulatorierne med henblik på at opfylde vedtagne målsætninger. Dette kvalitetsarbejde adresserer både målene i Psykiatriens målbillede (figur 1) og lokalt besluttede indsatsområder og forbedringsbehov.

Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i Psykiatrien er som anført karakteriseret ved en række centrale indsatser, som almindeligvis udgør kerneelementerne i virksomhedernes kvalitetsarbejde, og som i mange, men ikke alle tilfælde knytter an til Psykiatriens målsætninger. Psykiatriens kvalitetsarbejde udgøres således også af følgende centrale indsatser:

- *Risikobaseret tilsyn ved Styrelsen for Patientsikkerhed* som er en obligatorisk nationalt funderet indsats.
- *Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP)* som er en obligatorisk nationalt funderet indsats.

- *Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP-psykiatri)* som er en obligatorisk nationalt funderet indsats.
- *Utilisggede hændelser* som er en obligatorisk nationalt funderet indsats.
- *Lærings- og Kvalitets Teams (LKT)* som er en obligatorisk nationalt funderet indsats.
- *Patientklager* som er en obligatorisk nationalt funderet indsats.
- *Kvalitetsmonitorering på udvalgte risikoområder* som er funderet på nationale fokusområder men som er lokalt udviklet og tilrettelagt i Psykiatrien i Region Nordjylland
- *PRI* som er en obligatorisk regionalt funderet indsats.
- *Patientinventering* som er en lokalt prioriteret indsats i Psykiatrien i Region Nordjylland.
- *Journalaudit* som er en lokalt prioriteret indsats i Psykiatrien i Region Nordjylland.
- *PRO (PROM & PREM)* som er en lokalt prioriteret indsats under etablering i Psykiatrien i Region Nordjylland.

I det følgende beskrives de enkelte indsatser nærmere. Oversigten opdateres løbende, så den til enhver tid er ajourført i forhold til nationale, regionale og lokale prioriteringer.

Risikobaseret tilsyn	
Regulering	Obligatorisk nationalt funderet indsats
Kort om	<p>Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører fra 2017 regelmæssige risikobaserede tilsyn på de danske hospitaler og herunder i Psykiatrien. I Psykiatrien er der i 2018 fokus på medicinering og overgange i patientforløb med fokus på henholdsvis skizofreni og samtidig somatisk sygdom for voksne patienter og psykotiske lidelser, ADHD og samtidig somatisk sygdom for børn og unge.</p> <p>Målepunkter for tilsyn på psykiatriske hospitaler 2018 (voksne): https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn/temaer-og-maalepunkter-2018/~me-dia/0F02CE6D609B4D59A2BFA372E9FFB0CF.ashx</p> <p>Målepunkter for tilsyn på psykiatriske hospitaler 2018 (børn og unge): https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn/temaer-og-maalepunkter-2018/~me-dia/DBE07AE5AC13415197DE7EB0B29BA283.ashx</p>
Mål	At psykiatriens tilsyn resulterer i fund i kategorien "Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden" eller "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden".
Ledelsesansvar	Der er udarbejdet en drejebog, som i detaljer beskriver ansvarsfordelingen i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og opfølgning på risikobaserede tilsyn ved Styrelsen for Patientsikkerhed. (Link til drejebog herunder.)
Strategiske indsatser	<p>Psykiatrilædelser sikrer, at der foreligger en ajourført drejebog for forberedelse, gennemførelse og opfølgning på tilsyn.</p> <p>Psykiatrilædelser orienterer Psykiatriudvalget om resultaterne af risikobaserede tilsyn i Psykiatrien.</p> <p>Klinikledelserne tager initiativ til iværksættelse af de tiltag, som sikrer målopfølgning i den enkelte klinik.</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>Stabene 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>
Hyppighed	Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør nye målepunkter årligt.

	Hvert år udtrækkes (tilfældigt) enheder, som modtager risikobaseret tilsyn. Kaldningen for tilsyn i det enkelte sengeafsnit eller ambulatorium kan ikke forudsiges.
Link	https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/det-risikobaserede-tilsyn/ Link til drejebog på Pnet

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP)	
Regulering	Obligatorisk nationalt funderet indsats
Kort om	Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udgør infrastrukturen for bla. støttede landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, og kompetencecentre for epidemiologi, biostatistik, sundhedsinformatik og klinisk kvalitet. Programets 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: <ul style="list-style-type: none"> • Den Nationale Skizofrenidatabase • Dansk Depressionsdatabase • Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens • ADHD Databasen • Retspsykiatridatabase
Mål	Psykiatrien sikrer høj datakvalitet (datakomplethed) i RKKP-databaserne Psykiatrien opfyldelse standarderne i RKKP-databaserne 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.
Ledelsesansvar	Psykiatrilæden er ansvarlige for standardopfyldelse på psykiatriniveau. Klinikledelserne er ansvarlige for standardopfyldelse på klinikniveau. Afdelingsledelserne er ansvarlige for standardopfyldelse i de kliniske enheder, som udgør afdelingerne. Ledere i sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for datakvalitet og standardopfyldelse i egen enhed. Staben er ansvarlig for at varetage kontakten til RKKP-sekretariatet og for at understøtte klinikkernes arbejde med datakvalitet og standardopfyldelse. Staben er ansvarlig for at orientere Psykiatriudvalget om graden af målopfyldelse i RKKP-databaserne.
Strategiske indsatser	Udvidet psykiatrilæden monitorerer graden af målopfyldelse på baggrund af de validerede årsrapporter. Afdelingsledelserne foretager monitorering af standardopfyldelse i de kliniske enheder, som udgør afdelingerne. Ledere i sengeafsnit og ambulatorier sikrer løbende indberetning til RKKP-databaserne gennem bla. effektiv organisering og de fornødne administrative processer. 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 CCS, hvor denne funktionalitet er udviklet. Automatiseret dataindberetning og –overblik i CCS er primo 2018 under implementering for stationære ptt. i skizofrenidatabasen og vil i løbet af året også omfatte ambulante ptt., efterhånden som struktureret journalføring implementeres i ambulatorierne. I 2018 udvikles også en automatiseringsløsning i CCS i relation til depressionsdatabasen. De resterende psykiatriske databaser følger senere. Ledere i sengeafsnit og ambulatorier sikrer kliniske arbejdsgange, som understøtter standardopfyldelse. I de enkelte kliniske enheder sker løbende monitorering af indberetning på patientniveau. Ledere i sengeafsnit og ambulatorier foretager monitorering af standardopfyldelse i egen enhed. Staben er ansvarlige for at understøtte klinikkernes monitorering gennem dataleverancer på månedsbasis. Med nyt implementeringen af nyt SKS-system skal stabene desuden hurtigt muligt tilvejebringe data på enhedsniveau (7. ciffer).

	Staben er ansvarlig for at tilrettelægge regional audit på validerede årsrapporter efterfølgende audit på nationalt niveau. Staben følger op på regional audit på tværgående problemstillinger, mens afdelingsledelserne er ansvarlige for opfølgning på kvalitetsproblemer (ikke-opfyldte standarder) i egen enhed. HR & kvalitet tilrettelægger audit.
Hyppighed	National audit gennemføres én gang årligt på hver database. Regional audit følger herefter. Tidspunktet udmeldes af RKKP-sekretariatet. Udvidet psykiatriledelse monitorerer RKKP-resultaterne kvartalsvis. Afdelingsledelserne monitorerer og følger op RKKP-resultaterne månedsvis. Sikring af indberetning og datakvalitet sker løbende.
Link	http://www.rkkp.dk/

Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP)	
Regulering	Obligatorisk nationalt funderet indsats
Kort om	Psykiatrien deltager i de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP-psykiatri), som er formaliserede årlige spørgeskemaundersøgelser af patienters og pårørendes oplevelser af og tilfredshed med de psykiatriske sygehuse. LUP-psykiatri udgøres af følgende delundersøgelser, som alle gennemføres i 2018: <ul style="list-style-type: none"> • Undersøgelser blandt indlagte børn og unge • Undersøgelser blandt børn og unge i ambulans behandling • Undersøgelser blandt forældre til indlagte børn og unge • Undersøgelser blandt forældre børn og unge i ambulans behandling • Undersøgelser blandt indlagte voksne patienter • Undersøgelser blandt voksne patienter i ambulans behandling • Undersøgelser blandt pårørende til indlagte voksne patienter • Undersøgelser blandt pårørende til voksne patienter i ambulans behandling
Mål	Psykiatrien opnår højere svarprocent (datakvalitet) end ved sidste undersøgelse. Psykiatrien opnår højere tilfredshed end ved seneste undersøgelse. Psykiatrien opnår bedre patientoplevelse inddragelse end ved seneste undersøgelse.
Ledelsesansvar	Psykiatriledelsen deltager i styregruppen for LUP-psykiatriundersøgelserne. Klinikledelserne er ansvarlige for klinikernes samlede LUP-resultater. Afdelingsledelserne er ansvarlige for at monitorere LUP-resultater for de underliggende enheder og for at sætte tværgående forbedringstiltag i værk Ledere på sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for at understøtte gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelserne med henblik på at sikre høj svarprocent. Ledere på sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for monitorering af egne LUP-resultater og for gennemførelse af forbedringsarbejde med henblik på målopfyldelse. Staben er ansvarlig for at orientere Psykiatriudvalget om graden af målopfyldelse i LUP-undersøgelserne. HR & kvalitet er ansvarlige for kontakten til DEFACTUM, som sekretariatsbetjener LUP-psykiatri.
Strategiske indsatser	Psykiatrien ønsker af 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. I 2018 påbegyndes implementeringen af patientansvarlig læge (PAL), som også bliver et tema for monitorering som led i LUP. Der vil være opmærksomhed på disse resultater.
Hyppighed	LUP-psykiatriundersøgelserne gennemføres med en kadence svarende til én undersøgelse årligt. For pårørendeundersøgelserne (til voksne patienter) gælder dog, at undersøgelserne blot gennemføres hvert 3. år - næste gang i 2018.
Link	http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/lup-psykiatri/

Utilsigtede hændelser	
Regulering	Obligatorisk nationalt funderet indsats
Kort om	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.
Mål	Der følges op på og opnås læring af de rapporterede UTH, så risikofyldt praksis forbedres.
Ledelsesansvar	<p>Psykiatriledelsen er overordnet ansvarlig for patientsikkerheden i Psykiatrien. Psykiatriledelsen tager initiativ til gennemførelse af analyser af alvorlige utilsigtede hændelser.</p> <p>Klinikledelsernes er ansvarlige for patientsikkerheden i klinikkerne.</p> <p>Afdelingsledelser er ansvarlige for opfølgning på tværgående patientsikkerhedsproblemer i de underliggende enheder med henblik forbedring.</p> <p>Ledere af sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for patientsikkerheden i egen enhed og herunder for opfølgning på egne UTH og gennemførelse af forbedring.</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>Stabene visiterer samtlige hændelser, som klassificeres og risikoscores i samarbejde med de enkelte kliniske enheder.</p> <p>Stabene er ansvarlig for udsendelse af ugentlige rapporter med opgørelse af lokalt rapporterede UTH til ledere på alle niveauer.</p> <p>Stabene er ansvarlige for at udarbejde en årlig monitoreringsrapport, som beskriver mønstre og tendenser, og som identificerer særlige patientsikkerhedsproblemer på baggrund af UTH-arbejdet.</p> <p>Stabene er ansvarlige for institutionsdækkende opfølgning på tværgående problemstillinger.</p> <p>Stabene er ansvarlige for sekretariatsbetjening ved analyser af alvorlige utilsigtede hændelser.</p> <p>Stabene er ansvarlige for at understøtte patientsikkerhedsorganisationen. Herunder skal staben orientere nyansat personale om rapporteringen af UTH, ligesom staben servicere de patientsikkerhedsnøglepersoner (i. e. enhedernes ledere) i samtlige sengeafsnit og ambulatorier.</p>
Strategiske indsatser	Psykiatrien ønsker fortsat at fremme en læringsorienteret kultur, hvor hændelser rapporteres til DPSD.
Hyppeghed	Ledelser på alle niveauer modtager ugentlig rapportering af UTH inden for eget område ugentligt. Opfølgning sker løbende og snarest muligt efter hændelsen. Alvorlige UTH analyseres løbende og snarest muligt efter hændelsen. Årsrapport vedrørende UTH udgives én gang årligt i marts.
Link	https://stps.dk/da/rapporter-en-utisigtet-haendelse/ https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=134520

Lærings- og Kvalitets Teams (LKT)	
Regulering	Obligatorisk nationalt funderet indsats
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</p>

	ca. 2 år. I 2018 iværksættes LKT på ADHD området. Region Syddanmark varetager sekretariatsfunktion, og har dermed ansvar for udvikling af fagligt indhold, mål og indikatorer for LKT på ADHD. Lokale LKT arbejder dataorienteret med forbedringstiltag og deltager i den forbindelse i tværregionale læringsseminarer.
Mål	Psykiatrien i Region Nordjylland deltager i LKT og opfylder gennem deltagelsen målene for LKT.
Strategiske indsatser, ledelsesansvar og hyppighed	Denne indsats beskrives nærmere, når LKT for ADHD er offentliggjort.
Link	http://www.regioner.dk/kvalitetsteams/laerings-og-kvalitetsteams

Patientklager	
Regulering	Obligatorisk nationalt funderet indsats
Kort om	Psykiatrien modtager, sagsbehandler og registrerer løbende klager og patientforsikringsager. Klinikkerne bidrager til den samlede oversigt ved årlig meddelelse om klager behandlet i klinikken, herunder oversigt over klager over tvang behandlet ved Det psykiatriske Patientklagenævn. Ledelsessekretariatet udarbejder i samarbejde med psykiatriens jurist opgørelse og statistik på følgende typer af sager: <ul style="list-style-type: none"> • Klager rettet til psykiatrien/Regionen • Afgørelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed • Afgørelser fra Patienterstatningen • Sager fra det Psykiatriske Patientklagenævn • Åben telefon til psykiatrilædelser
Mål	Psykiatrien behandler klager inden for de fastlagte frister. Psykiatrien sikrer læring af klager gennem iværksættelse af forbedringstiltag på berettiget kritik.
Ledelsesansvar	Psykiatrilædelserne er ansvarlige for håndtering af klager indgivet centralt i organisationen. Psykiatriens virksomhedsledelse er ansvarlige for iværksættelse af strategiske udviklingstiltag på baggrund af den årlige monitoreringsrapport. Klinikledelserne er ansvarlige for håndtering af klager i egen klinik og for iværksættelse af forbedring på tværs af kliniske enheder. Ledere i sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for opfølgning på klager i egen enhed via forbedringstiltag. Stabene er ansvarlige for udarbejdelse af årlig monitoreringsrapport. Følgende data opgøres årligt i en monitoreringsrapport, som beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Udviklingen i antal klager, herunder: <ul style="list-style-type: none"> Hvem henvender sig (patient, pårørende, patientrådgiver, region, andre) Hvordan kontaktes psykiatrien (mail, brev, telefonisk, personligt) Fordeling af klager på klinik Klageemne Statistik på sagstype (antal og udvikling i antal) • Udvikling i sagsbehandlingstid Sundhedsfagligt Råd er ansvarlige at behandle den årlige monitoreringsrapport med henblik på identifikation af faglige og kliniske udviklingsbehov.
Hyppighed	Ledelser på alle niveauer modtager og håndterer klager løbende. Årsrapport vedrørende klager udgives én gang årligt i marts.
Link	https://pri.rn.dk/Sider/19502.aspx

Kvalitetsmonitorering på udvalgte risikoområder	
Regulering	Funderet på nationale fokusområder men er lokalt udviklet og tilrettelagt i Psykiatrien i Region Nordjylland

Kort om	<p>Udover det brede fokus, som er på opfyldelse af Psykiatriens 21 målsætninger generelt (jf. <i>Figur 4: Psykiatriens målbillede</i>) gennemfører systematisk monitorering af kvaliteten på en række kliniske risikoområder, som er udpegede som kritiske for patientsikkerheden. Monitoreringerne har i 2018 fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tvang herunder primært bæltefikseringer men også øvrig tvangsansvendelse (national indsats) • Selvmord og selvmordsforsøg (lokal indsats) • Medicinering herunder høje doser (antipsykotika), polyfarmaci og farlige kombinationer (lokal indsats)
Mål	<p>Vedrørende tvang har Psykiatrien formuleret følgende mål med forankring i blandt andet partnerskabsaftalen med Sundheds- og Ældreministeriet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 269 bæltefikseringer i 2018 • 50 % reduktion i andelen af patienter som bæltefikseres (pr. 2020) • 50 % reduktion i antallet af langvarige bæltefikseringer (pr. 2020) • Reduktion i anvendelsen af øvrige tvangsformer (pr. 2020) <p>Vedrørende selvmord og selvmordsforsøg har Psykiatrien en målsætning om gennemførelse af hændelsesanalyser på samtlige selvmord under indlæggelse, < 30 dage efter udskrivelse samt selvmord foretaget i ambulante forløb. Selvmordsforsøg analyseres, når der vurderes, at der kan være læringspotentiale.</p> <p>Vedr. medicinering har Psykiatrien en målsætning om, at ledende overlæger og behandlingsansvarlige overlæger anvender data fra medicinmonitoreringssystemet til evaluering og kvalificering af medicineringspraksis på såvel patient- som populationsniveau.</p> <p>Hertil kommer følgende specifikke mål vedr. medicinering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antal indlagte patienter, som er i behandling med antipsykotika, der overskrider Sundhedsstyrelsens rekommandationer (max. 10 %) • Andel indlagte patienter som er i samtidig behandling med flere antipsykotika (polyfarmaci) (max. 15 %) • Andel indlagte patienter som er i samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner (max. 20 %) • Køb af antipsykotisk medicin blandt ældre borgere med demens (mål afventer)
Ledelsesansvar	<p>Psykiatrilædelserne er overordnet ansvarlig for opfyldelsen af målene vedr. tvang, selvmordsforebyggelse og medicinering.</p> <p>Udvidet psykiatrilædelse monitorerer resultaterne på de udvalgte risikoområder. Klinikledelserne er ansvarlige for opfyldelsen af målene vedr. tvang, selvmordsforebyggelse og medicinering på klinisk niveau.</p> <p>Afdelingsledelserne er ansvarlige for opfyldelsen af målene vedr. tvang, selvmordsforebyggelse og medicinering i de underliggende enheder. Afdelingsledelserne er herunder ansvarlige for monitorering samt for iværksættelse af forbedringstiltag.</p> <p>Lederne af sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for opfyldelsen af målene vedr. tvang, selvmordsforebyggelse og medicinering i egen enhed. Lederne i sengeafsnit og ambulatorier er herunder ansvarlige for monitorering samt for iværksættelse af forbedringstiltag.</p> <p>Vedrørende forbedringsindsatsen med henblik på nedbringelse af tvang er lederne af sengeafsnit ansvarlige for at udarbejde og realisere lokale handleplaner med sigte på nedbringelse af tvang</p> <p>Stabene er ansvarlige for leverance af data til brug for monitoreringen af tvang og medicinering i afdelingsledelserne og hos lederne af de enkelte sengeafsnit.</p> <p>Vedrørende forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg vil Psykiatrien i 2018 iværksætte forbedringstiltag på baggrund af den omfattende metaanalyse af fem års dødelige utilsigtede hændelser, som blev gennemført i efteråret 2017. Sundhedsfagligt Råd er ansvarlig for tilrettelægge dette udviklingsprojekt.</p>
Hyppighed	<p>Udvidet psykiatrilædelse monitorerer graden af målopfyldelse kvartalsvis. Afdelingsledelser og ledere af sengeafsnit og ambulatorier monitorerer graden af målopfyldelse månedligt.</p>

PRI	
Regulering	Obligatorisk regionalt funderet indsats
Kort om	<p>Præcise, fagligt ajourførte og klinisk relevante PRI kan understøtte høj kvalitet og patientsikkerhed i Psykiatrien. Psykiatrien udarbejder og vedligeholder egne PRI gennem en PRI-organisering med forankring i både psykiatrilædelsernes stab og klinikkernes sekretariater.</p> <p>De senere års fokus på revision og sanering af PRI har båret frugt. I 2017 reducerede Psykiatrien således antallet af PRI dokumenter med over 35 %. Denne proces fortsættes i 2018, hvor der er sat fokus på PRI i Sundhedsfagligt Råd.</p>
Mål	<p>Antallet af PRI-dokumenter i Psykiatrien skal fortsat nedbringes, så niveauet for 2018 bliver lavere end 2017.</p> <p>Den faglige kvalitet i PRI-dokumenterne skal højnes gennem faglige revisionsprocesser forandret i klinikkernes specialismiljøer.</p>
Ledelsesansvar	<p>Psykiatrilædelserne er overordnet ansvarlig for opfyldelse af PRI-målsætningerne samt for gennemførelse af handleplan med henblik på målopfyldelse.</p> <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>Klinikledelelse er ansvarlige for fortsat revision og reduktion af klinikkernes lokale dokumenter (instrukser).</p> <p>Med henblik på at reducere antallet af – for Psykiatrien - irrelevante PRI-dokumenter på regionsniveau er stabene ansvarlige for at samarbejde med Kvalitet med henblik på iværksættelse af oprydning på centralt niveau.</p> <p>Stabene monitorerer løbende udviklingen i antallet af PRI-dokumenter.</p>
Link	https://pri.rn.dk/Sider/simpel.aspx


Patientinventering	
Regulering	Lokalt prioriteret indsats i Psykiatrien i Region Nordjylland
Kort om	<p>Patientinventering er en evalueringmetode, der giver et øjebliksbillede af patientpopulationen på et sengeafsnit eller i et ambulatorium med fokus på kortlægning af fx belægningssituationen, koordinering og kontinuitet i forbindelse med det enkelte patientforløb. Der tilvejebringes et kvalificeret, kvantitativt, databasegrundlag med henblik på at identificere indsatsområder i patientforløb som udgangspunkt for en dialog med sundhedspersonalet. En patientinventering giver svar på spørgsmålet: Er den rette patient, på det rette sted, på det rette tidspunkt og er der tilrettelagt det rette forløb for patienten?</p>
Mål	<p>Psykiatriens klinikker gennemfører patientinventeringer mhp. øget effektivitet, når der skønnes behov for det; fx i forbindelse med udfordringer vedr. overbelægning, ventende færdigbehandlede patienter, kapacitetsproblemer mv.</p>
Ledelsesansvar	<p>Afdelingsledelserne er ansvarlige for at træffe beslutning om gennemførelse af patientinventering.</p> <p>Såfremt patientinventering prioriteres, er afdelingsledelserne ansvarlige for gennemførelse patientinventering og for gennemførelse af forbedringstiltag som led i opfølgningen herpå.</p>
Hyppeghed	Udvidet psykiatrilædelser træffer beslutning om kadencen for patientinventering.
Link	Der er udviklet metodebeskrivelse og støtteværktøjer til patientinventering i Psykiatrien. Fås ved henvendelse til HR & kvalitet.

Journalaudit	
Regulering	Lokalt prioriteret indsats i Psykiatrien i Region Nordjylland
Kort om	<p>Psykiatrien gennemfører både journalaudit ad hoc ved aktuelle kliniske problemstillinger og dels regelmæssigt i forbindelse med særligt prioriterede kliniske udfordringer. Sigtet med journalaudit er dels at bedømme og dels at udvikle henholdsvis den kliniske dokumentation og dels klinisk praksis.</p> <p>Der gennemføres regelmæssige audit på følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tværsektoriel audit på henvisninger fra almen praksis

	<ul style="list-style-type: none"> • Tværsektoriel audit på epikriser fra Psykiatrien • Internt audit på visitationer fra Central Visitation • Intern audit på genindlæggelser • Intern audit på færdigbehandlede patienter
Mål	Psykiatrien gennemføres en årlig journalaudit på de tre nævnte områder. Der udarbejdes auditrapporter inkl. anbefalinger, som anvendes til forbedring af praksis i henholdsvis Psykiatrien og Almen Praksis.
Ledelsesansvar	Psykiatrilæden er ansvarlig for gennemførelse af journalaudit på de beskrevne områder. Stabene er ansvarlige for at tilrettelægge journalaudit og for at yde praktisk assistance ved gennemførelse og afrapportering af journalaudit. Lederne af sengeafsnit og ambulatorier er ansvarlige for gennemførelse af forbedringstiltag som led i opfølgningen på audit.
Hyppighed	Journalaudit gennemføres én gang årligt.
Link	Redskaber og rådgivning kan fås ved henvendelse til HR & kvalitet.

PRO (PROM og PREM)	
Regulering	Lokalt prioriteret indsats i Psykiatrien i Region Nordjylland
Kort om	Patientrapporterede oplysninger (PRO) er et paraplybegreb, som dækker over begreberne Patient Reported Outcome Measures (PROM) og Patient Reported Experience Measure (PREM). PRO dækker samlet set over patientrapporterede data knyttet til et udrednings- og behandlingsforløb. Mens PROM fx beskriver patienters oplevede symptomer, funktionsevne og livskvalitet, så adresserer PREM patienternes oplevelse af et behandlingsforløb herunder kvaliteten. Såvel PROM som PREM måles typisk ved anvendelse af validerede spørgeskemaer.
Mål	Vedrørende PROM gennemfører Psykiatrien i Region Nordjylland et pilotprojekt, som skal resultere i integrationen af PROM-data i de psykiatriske RKKP-databaser. Det er målet, at de første PROM data indsamles og auditeres i 2018. Vedrørende PREM er Psykiatriens mål beskrevet under indsatsen "Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP-psykiatri)".
Ledelsesansvar, strategiske indsatser og hyppighed	Psykiatrilæden er ansvarlig for gennemførelse af pilotprojekt vedrørende integration af PROM-data i de psykiatriske RKKP-databaser. Vedrørende PREM henvises til beskrivelse under indsatsen "Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP-psykiatri)".

Udover de mål og indsatser, som er beskrevet på psykiatriniveau, fastlægger psykiatriens klinikker og de enkelte kliniske enheder kvalitetsmål og gennemfører kvalitetsarbejde i overensstemmelse med lokale udfordringer. Dette er ikke beskrevet i strategien, men er af stor vigtighed for kvaliteten i Psykiatrien kliniske ydelser. Et eksempel herpå er indsatsen for at fortsætte spredningen af 'pakkerne' i projekt Sikker Psykiatri, som formelt ophørte ved udgangen af 2017. Dette kvalitetsarbejde indebærer lokalt besluttede forbedringsinitiativer understøttet af fælles principper for dataunderstøttelse herunder gennemførelse af et udviklingsprojekt i samarbejde med IT med henblik på etablering af automatiseret monitorering af data fra den elektroniske patientjournal (CCS).



patientsikkerhed 2019-2020

HR og Kvalitet

27. januar 2020



PSYKIATRIEN
- i gode hænder