

# Høringsrapport

Nyt indicatorsæt, Den Nationale  
Skizofrenidatabase



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

## **Høringsrapport**

© RKKP 2021

Udarbejdet af:  
Styregruppen fra Den Nationale Skizofrenidatabase  
Lene Svestrup Bengtsson

Udgiver:  
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Aarhus N

[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

Version 1.0  
Versionsdato: 01.11.2021

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold

## Indhold

Den Nationale Skizofrenidatabase, Høringssvar og høringsparter	4
Forord	4
Indikatorspecifikke høringssvar	6
Høringssvar, generelle bemærkninger	14
Bilag 1	21
Samlet høringssvar fra Region Syddanmark til indikatorer	21

# Den Nationale Skizofrenidatabase, Hørings svar og høringsparter

## Forord

Skizofrenidatabasen har siden etableringen i 2003 gennemgået mindre revisioner inkl. tilføjelser af indikatorer. Tiden var kommet til en større revision, og der foreligger nu et godkendt nyt indikatorsæt for Den Nationale Skizofrenidatabase. Styregruppen har under revisionen af indikatorsættet arbejdet ud fra følgende pejlemærker:

1. Der skal være sammenhæng mellem indikatorerne i Skizofrenidatabasen og gældende kliniske retningslinjer (NKR for skizofreni med komplekse forløb, NKR for alkoholafhængighed og psykisk lidelse, Medicinrådets anbefalinger), målsætninger for pakkeforløb og Det Nationale Kvalitetsprogram.
2. Indikatorerne skal i højere grad være resultatindikatorer eller resultatorienterede indikatorer, så fokus sættes på reelle resultater af behandlingen og ikke udelukkende på procesindikatorer.
3. Patientens stemme om resultaterne af behandlingen skal i højere grad inddrages.
4. Indikatorer der kan høstes fra allerede eksisterende registreringer/indberetninger foretrækkes (frem for manuelt registrerede indikatorer).

Processen bag revision af indikatorsættet har været grundig med afsæt i ovenstående pejlemærker og suppleret med resultater fra litteratursøgning på såkaldte udviklingsområder foretaget i forbindelse med den nylige opdatering af de eksisterende indikatorer i dokumentalistrapporten.

Forud for arbejdet blev alle regioner adspurgt i forhold til ønsker for bevarelse af indikatorer vs. identificerede områder med behov for formulering af nye indikatorer. I denne proces blev følgende forhold afdækket:

1. Alle daværende indikatorer blev fundet relevante, men der var forslag til udfasning eller omformulering af enkelte.
2. Rusmiddelbrug som komorbiditet til skizofreni blev afdækket som et væsentligt område med behov for opmærksomhed/monitorering.
3. Patientrapporterede mål (PRO) blev identificeret som udækket område, hvilket faldt i tråd med, at Styregruppen og Sundheds- og psykiatridirektørkredsen har besluttet, at PRO-Psykiatri skal implementeres.
4. Sociale funktionsmål blev identificeret som væsentlige resultatindikatorer at arbejde hen imod.
5. Der blev peget på et behov for et øget fokus på behandling af somatisk komorbiditet herunder metabolisk dysfunktion som led i langsigtet målsætning om reduktion af overdødelighed sammenlignet med baggrundsbefolkningen.
6. Behov for øget fokus på socialkognition som selvstændig parameter.

På grundlag af disse tilbagemeldinger fra regionerne og ovennævnte pejlemærker er det reviderede indikatorsæt udarbejdet.

Den endelige udformning af indikatorsættet blev justeret efter hørings svarene fra regionerne og andre interessenter. I udformning og valg/fravalg af indikatorer blev også taget hensyn til muligheder i LPR3.

Summarisk gengivet omfatter revisionerne af indikatorsættet følgende (se også beregningsregler og datadefinitioner):

1. Følgende indikatorer udgår:
  - a. *Udredning ved speciallæge/specialpsykolog* udgår, fordi den er implicit i indikator Ia\_II omkring brug af diagnostisk instrument, som kræver specialuddannelse. Desuden er indikatoren ikke underbygget af evidens i klassisk forstand og understøtter ikke de ovenfor beskrevne pejlemærker.

- b. *Screening for selvmordsrisiko ved udskrivelse* udgår fordi den er omdefinert til resultatindikator, og fordi den monitoreres i andet regi i regionerne.
  - c. *Metaboliske procesindikatorer* udgår, fordi de er omdefinert til resultatindikatorer.
  - d. *Andel med henvisning/opfølgning ambulant* udgår, fordi indikatoren ikke kan opgøres efter overgang til LPR3.
2. Følgende indikatorer er tilføjet: udredning for social kognition, PRO-indikatorer, antidiabetisk behandling ved forhøjet HbA1c, lipidsænkende behandling ved diabetes/hjertekarsygdom, screening for misbrug, selvmord eller sandsynligt selvmord inden for 30 dage.
3. For hvert delområde er tilføjet en komposit indikator, der samler resultaterne fra flere indikatorer og giver et overblik over den samlede kvalitet i behandlingen. Dette i erkendelse af, at skizofreni er en kompleks lidelse, der er vanskelig at monitorere med få indikatorer, men at der også er et behov for hurtigt at kunne skabe sig et overblik over kvaliteten af behandlingen i en given enhed.

I processen har Styregruppen arbejdet med flere andre mulige indikatorer, men vi har vurderet, at det nødvendige datagrundlag ikke har været tilgængeligt. I forlængelse deraf har Styregruppen klassificeret nedenstående indikatorforslag i en udviklingspulje, som der vil blive arbejdet videre med, når de nødvendige dataforudsætninger er til stede:

- Sociale funktionsmål opgjort i Skizofrenidatabasen parallelt med De Nationale Kvalitetsmål, dvs. fastholdelse i beskæftigelse og fuldførelse af ungdomsuddannelse. Dette forudsætter adgang til DREAM-databasen, som der aktuelt arbejdes på som RKKP-udviklingsprojekt.
- Indikator for antihypertensiv behandling ved konstateret hypertension. Opgørelse af denne indikator kræver adgang til data fra almen praksis, hvilket ikke er en mulighed for nuværende.

Det er styregruppens opfattelse, at databasen med dette reviderede indikatorsæt får mulighed for at sætte fokus på, hvordan kvalitet i behandlingen har en betydning for væsentlige områder af patienternes livsførelse, funktionsniveau, livskvalitet og prognose. Det bliver afgørende med ledelsesmæssig opbakning til implementering af dette reviderede datasæt, og styregruppen ser frem til at arbejde med resultaterne heraf.

## Indikatorspecifikke høringssvar

Afgivet høringssvar til indikatorer	Styregruppens vurdering af høringssvar
<b>Udredning, indikator 1a</b>	
<p><b>Region Hovedstaden:</b> Procedurekoden hedder ZZ4992 og ikke ZZ4992A.</p> <p><b>Region Midtjylland:</b> Specialerådet finder, at det bør overvejes om OPCRIT er obsolet. Procedurekode "ZZ4992A" nævnes i beregningsreglerne: "A" må være en fejl.</p>	<p>Koden ZZ4992A ændres til ZZ4992.</p> <p>OPCRIT tages ud og slettes fra datadefinitionerne, da den vurderes ikke længere at være i klinisk brug.</p>
<b>Udredning, indikator 1b</b>	
<p><b>Dansk Psykologforening:</b> Kognitiv udredning er relevant for alle patienter med skizofreni, uanset kronicitet og alder. Man kunne derfor overveje at fjerne aldersgrænsen på 35 år for incidente patienter, da langt de fleste debuterer inden da, men der er nogle, der debuterer senere samt udvide målgruppen, så kroniske patienter med skizofreni også udredes kognitivt</p>	<p>Aldersgrænsen 35 år er valgt ud fra faglig vurdering af, for hvilket alderssegment en kognitiv udredning vil være relevant for alle - også i forhold til iværksættelse af opfølgende tiltag som kognitiv træning. Der ikke ændret på alderskriteriet for nævner-populationen i forbindelse med aktuelle revision af indikatorsættet.</p>
<b>Udredning, indikator 1c</b>	
<p><b>Region Hovedstaden:</b> Hvad er anbefalingerne eller de aktuelle overvejelser om, hvordan udredning for socialkognition forventes udført? Det er ikke tydeligt, hvad det dækker over, eller hvordan det skal opfyldes. Den socialkognitive vurdering indgår for nuværende i det testbatteri, man allerede bruger (indikator 1b), men det er i sagens natur svært at teste sig ud af. Det er i materialet uklart, om der er lagt op til en anden form for udredning fremadrettet.</p> <p><b>Region Syddanmark:</b> Der mangler standardiserede test.</p> <p>En standard på 90% virker meget høj. Det er ikke nødvendigvis alle, der vil profitere af kognitiv behandling. Måske bedre at måle på en høj standard for screening.</p> <p>Det er uklart, hvordan udredningen kan inkorporeres i behandlingen.</p>	<p>Der kommer efterfølgende en klar beskrivelse af, hvordan der foretages en dækkende udredning. Denne beskrivelse vil fremgå af datadefinitionerne.</p> <p>Der eksisterer evidens omkring området, både ift. behandling og omkring faggruppe. Dokumentalistrapporten vil blive opdateret med dette.</p> <p><b>Uddybet svar til Region Midtjyllands forslag vedr. kognitiv testning (erstattes af screening og/eller udføres af andre faggrupper end psykologer):</b> De hidtidige anbefalinger læner sig op af anbefalingerne fra NIMH (MATRICS og CNTRICS) vedrørende hvilke kognitive og socialkognitive domæner, som bør undersøges. Der anbefales kognitive og socialkognitive test, som er afprøvet og valideret på målgruppen (= patienter med skizofreni fra 14 år og op) og hvor der forefindes alderskorrigerede (danske) normer.</p> <p>Formålet med den kognitive testning er ikke at påvise, om patienterne har kognitive vanskeligheder, men en detaljeret kortlægning af hvilke (dvs omfang og</p>

<p>For yderligere - Se bilag 1 med særskilt dokument med samlede hørings svar fra Region Syddanmark.</p> <p><b>Region Midtjylland:</b> Specialrådet undrer sig over, hvad evidensen er for, at indikator 1c om social kognition er med? Her tænkes særligt på, om konstateringen af dårlig social kognition har betydning for den behandling, patienterne skal have? Desuden ønskes en begrundelse for hvorfor <math>\geq 90\%</math> så skal udredes for det? Psykiatrien i Region Midtjylland ønsker, at styregruppen overvejer, at det ikke specificeres hvilken faggruppe, der foretager udredning. Spørgsmålet går på, om det bør afgrænses til at stå "ved psykolog", eftersom andre faggrupper også med den fornødne uddannelse vil kunne forestå disse udredninger.</p> <p><b>Dansk Psykologforening:</b> Vanskeligheder med socialkognition er et væsentligt område, men der er fortsat en del tests af socialkognition, som ikke er tilgængelige på dansk og/eller som mangler danske normer. På nuværende tidspunkt kunne det være relevant, at indikatorskemaet omfattede forslag til relevante og godkendte tests, der aktuelt vurderes tilstrækkelige til at opfylde denne indikator. Dette kunne fremgå på samme måde som ved indikatoren 1a for diagnostiske interviews, hvor der angives specificerede interviews.</p>	<p><u>sværhedsgrad</u>) kognitive vanskeligheder, der kan påvises, idet der ikke findes en gennemsnitlig kognitiv profil for patienter med skizofreni, men derimod store individuelle forskelle ift hvilke kognitive domæner, som er ramt. Desuden ønskes de fundne kognitive vanskeligheder omsat til konkrete kliniske anbefalinger, som et altoverskyggende formål med de kognitive og socialkognitive testninger.</p> <p>Det vurderes ikke, at der findes relevante kognitive og socialkognitive test eller screeningsredskaber, som er tilgængelige for ikke-psykologer, som er egnet til formålet.</p> <p>Det vurderes ikke, at sundhedsfagligt personale generelt har den fornødne specialviden til at omsætte fund fra kognitive og socialkognitive testninger til konkrete kliniske anbefalinger i forhold til den videre behandlingsindsats (hvilket er hovedformålet med at lave kognitive og socialkognitive test).</p> <p>Eksempler på kognitive screeninger og test, som må anvendes af ikke-psykologer: - Testbatteriet RBANS bliver flere steder indenfor fx hjerneskadeområdet anvendt af ergoterapeuter.</p> <p>Konklusion fra kognitionsrapporten i 2007: "RBANS (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status) som dækker de kognitive domæner arbejdshukommelse, verbal og visuel indlæring og hukommelse, opmærksomhed, men ikke forarbejdningshastighed, eksekutive funktioner, intelligens og social kognition."</p> <p>Konklusion fra test anbefalingerne i 2016: "RBANS er oversat til dansk mhp. klinisk brug. Den består af 12 delprøver, der måler bl.a. opmærksomhed, verbale og visuospatiale funktioner og hukommelse. Der findes skandinaviske normer til batteriet, indsamlet i Danmark, Norge og Sverige. Se <a href="http://www.pearsonassessment.dk">www.pearsonassessment.dk</a>. Testen er dog primært udviklet mhp. undersøgelse af ældre personer, med primært fokus på fx hukommelse og visuoperceptuelle evner, og mangler test af bl.a. arbejdshukommelse og eksekutive funktioner."</p> <p>Herudover findes kognitive screeningsredskaber, såsom MMSE og MOCA, som er udviklet til generel påvisning af kognitive vanskeligheder hos ældre</p>
---	---

	<p>personer, hvor der er mistanke om en dementiell udvikling. Disse redskaber dækker ikke de kognitive domæner, som vi ønsker at undersøge ved skizofreni. Desuden er der ikke alderskorrigerede normer, og testene har loftsværdi i forhold til en yngre målgruppe (er for lette, og dermed ikke sensitive nok til at opfange kognitive vanskeligheder hos skizofrenipatienter). Endvidere er opgørelsen af disse screeninger baseret på en total score og en universel cutt-off score, hvilket ikke giver klinisk mening indenfor skizofreni-målgruppen.</p>
<b>Udredning, indikator 1d</b>	
<p><b>Region Midtjylland:</b> Psykiatrien i Region Midtjylland har et meget stort ønske om, at psykoedukation i gruppe også bør være omfattet af denne indikator (ikke kun individuel psykoedukation).</p>	<p>Det vil også blive omfattet.</p>
<b>Familieintervention, indikator 2</b>	
<p><b>Region Syddanmark:</b> Der mangler en præcis beskrivelse af, hvad er menes med psykoedukation, og hvad det indebærer at opfylde indikatoreren.</p> <p>Det bør gælde for alle patienter, og ikke kun de incidente.</p> <p>Grænsen bør være 2 år og ikke kun 1 år.</p> <p>For yderligere - Se bilag 1 med særskilt dokument med samlede hørings svar fra Region Syddanmark.</p> <p><b>Region Midtjylland:</b> Baggrunden for forslaget om ændret registrering er ikke forklaret. Vi ønsker, at man anvender samme registrering og samme koder på tværs af de psykiatriske databaser og i forhold til de øvrige LPR3-krav, idet det er svært at forklare medarbejderne, at samme emner registreres forskelligt i forskellige sammenhænge. Anvendelsen af "BVAA5 Samtale med pårørende" i den nuværende version af skizofrenidatabasen har nogle meget store fordele, idet den anvendes tre sammenhænge: 1) i depressionsdatabasen 2) i skizofrenidatasen 3) og er i forvejen obligatorisk at indberette til LPR jf. LPR3 registreringsvejledning side 145.</p>	<p>I datadefinitionerne er der en uddybning af, hvordan indikatoren opfyldes. Der vil komme en præcis vejledning i manualiseret forløb.</p> <p>Der bliver en grænse på 2 år (som ind.3).</p> <p>Familieintervention vil ikke være relevant for alle prævalente patienter, så det vil derfor være svært at definere en relevant prævalent populationen. Derfor er det lige nu valgt, at det kun skal gælde de incidente patienter.</p> <p>Koden for samtale med pårørende kan ikke længere anvendes, da det ønskes, at denne indikator dækker mere end en samtale, og den vil derfor ikke være retvisende.</p>



<p>Det betyder, at man undgår dobbeltindberetning. Desuden er "Samtale med pårørende" i MidtEPJ knyttet op på den kliniske journalføring/dokumentation.</p> <p>En ekstra procedurekode (BRKP7 Psykoedukativ familieintervention), som kun anvendes til at registrere i én database, er ikke optimalt, og derfor ønskede koderne genovervejet.</p>	
<p><b>Psykoedukation, indikator 3</b></p>	
<p><b>Region Syddanmark:</b> Grupperforløb bør tælle med.</p> <p>For yderligere - Se bilag 1 med særskilt dokument med samlede høringssvar fra Region Syddanmark.</p> <p><b>Region Midtjylland:</b> ADHD-databasen, som skal udvides til også at gælde for voksne, medtager psykoedukations-indikator 7 både psykoedukation i gruppe, individuel psykoedukation og psykoedukativ familieintervention (BRKP1, BRKP7, BRKP8). Det ville være logisk at anvende de samme koder i forskellige databaser. I forhold til LPR-registreringskrav skal både individuel psykoedukation og psykoedukation i gruppe registreres som BRKP1 hhv. BRKP8 (jf. LPR3-vejledningen side 145).</p>	<p>Psykoedukation i gruppe kommer også til at tælle med.</p>
<p><b>Medicinsk behandling, indikatorerne 4a, 4b, 4c</b></p>	
<p><b>Region Hovedstaden:</b> Indikatorerne baserer sig på receptindløsninger for prævalenspopulationen og på procedurekoden BRHA0 og relevant tillægskode for incidentpopulationen pga. vederlagsfri medicinordning. RHP anbefaler, at denne indikator kun omfatter prævalenspopulationen, fordi datagrundlaget er meget forskelligt for de to registreringer, og et øjebliksbillede med en procedurekodning er ikke repræsentativ for hele perioden.</p> <p><b>Region Midtjylland:</b> Specialerådet ønsker at bemærke, at grænsen på 60 dage er forholdsvis kort, eftersom patienter i forbindelse med præparatskifte ofte udskrives en større mængde medicin til krydsskifte. Desuden vil Specialerådet bemærke, at spørgsmålet om polyfarmaci er komplekst, og der næppe er videnskabelig basis for at fastlægge en standard på</p>	<p>God pointe her at se på opgørelser på populationsniveau.</p> <p>Det vurderes, at en grænse på 60 dage er en rimelig grænse at sætte.</p> <p>Det er korrekt, at visse kombinationer af antipsykotisk polyfarmaci kan være rationel - og en lille del af disse og evidensbaseret. I øjeblikket er der ikke dokumentation for en bedre effekt af nogen kombination sammenlignet med monoterapi, lige bortset fra risiko for genindlæggelse med kombinationen clozapin + aripiprazol. Der er imidlertid på ingen måde dokumentation for at anbefale, at en andel større end 20% skulle have bedre gavn af antipsykotisk polyfarmaci end monoterapi. For nuværende findes derfor ikke grundlag for at lade standarden udgå.</p>

<p>&lt;20%. Således er visse kombinationer, såsom tillæg af aripiprazol til clozapin for at mindske bivirkninger, ikke irrationel, ligesom visse kombinationer af fast behandling og PN kan være rationel farmakoterapi. Med det nuværende vidensniveau foreslår Specialrådet at overveje, at standarden udgår.</p>	
<p><b>Bivirkningsindikatorer, 5a, 5b, 5c</b></p>	
<p><b>Region Midtjylland:</b> Specialrådet finder, at 15 % er et urealistisk lavt måltal. Der findes flere studier der peger på, at der generelt er større bivirkningsrater.</p> <p><b>Dansk Psykologforening:</b> Der indgår ikke oplysninger om, hvornår bivirkningerne er målt, og nogle bivirkninger vil være særdeles svære at undgå, særligt i startfasen. Der er derfor en risiko for, at afdelinger, der monitorerer bivirkninger efter nationale og internationale anbefalinger, vil finde tilstedeværelse af flere bivirkninger end afdelinger, der kun måler bivirkninger én gang årligt. Det væsentlige er, at vi opfanger de bivirkninger, som bør føre til ændring i patientens behandling. Det kunne evt. overvejes, om man særligt ved den incidente population kunne måle på antallet af bivirkningsscreeninger over et år. Det er dog nødvendigt, at dette ikke bliver en ekstra opgave for klinikerne at foretage en øget registrering, hvorfor vores vurdering er, at det først vil være et relevant kvalitetskrav, når data kan trækkes direkte fra journalen, efter medarbejderen har udfyldt den elektroniske journals skabelon over bivirkninger. Vi er ikke bekendt med, om alle regionernes journalsystemer muliggør denne automatiske overførsel af oplysninger på bivirkninger til RKKP på nuværende tidspunkt</p>	<p>Der er ikke sket nogle ændringer i disse indikatorer. Yderligere informationer omkring disse kan findes i databasens dokumentalistrapport.</p>
<p><b>Behandling for kardiovaskulære risikofaktorer, indikator 6a, 6b, 6c</b></p>	
<p><b>Region Nordjylland:</b> Indikatorerne er meget specifikke for enkelte sygdomsgrupper. Det kan opfattes som om, man er gået fra at tænke forebyggelse og sundhedsfremme generelt for mennesker med Skizofreni, til kun at koncentrere sig om dem, der specifikt har 3 symptomer/sygdomme (forhøjet Hba1C, hjertekarsygdom/diabetes, forhøjet kolesterol eller forhøjet blodtryk). På vores regionale audit var der</p>	

enighed om, at vi ikke i tilstrækkelig grad udfører dem, der i dag hedder 4-indikatorerne, og at det er en del af årsagen til, at psykiatriske patienter dør tidligere end andre. Det er bekymrende, når man slet ikke fokuserer på forebyggelse og sundhedsfremme i et sådant indikatorsæt, når vi samtidig ved, at vi ikke er gode nok til det, og at det er en faktor for for tidlig død og meget somatisk sygdom.

### **Region Syddanmark:**

#### *Indikator 6a:*

Med hvilken begrundelse er definitionen HbA1c > 53 valgt? HbA1c > 48 er den diagnostiske grænse for diabetes.

#### *Indikator 6c:*

Hvor kommer definitionen af forhøjet BT fra?  
Behandling sker oftest ved egen læge.

En tidsramme på 7 dage er meget kort.

For yderligere - Se bilag 1 med særskilt dokument med samlede høringssvar fra Region Syddanmark.

### **Region Midtjylland:**

#### *Indikator 6a:*

I forhold til de kardiovaskulære risikofaktorer bemærker Specialerådet at der mangler rygning og ønsker overvejet om man kunne lave en indikator vedr. dette.

#### *Indikator 6c:*

Generelt tilskriver anbefalingerne, at hypertension bør diagnosticeres ved hjemmeblodtryksmåling. Dette sker typisk via egen læge og kan tage nogen tid. Det er svært uhensigtsmæssigt at basere sig på en enkelt måling, som den nuværende indikator lægger op til. Specialerådet ønsker, at denne indikator bør udgå eller ændres fundamentalt, da den i den nuværende udformning lægger op til en ufaglig praksis førende til overbehandling.

Psykiatrien i Region Midtjylland lægger vægt på, at der skal være konstateret forhøjet blodtryk i flere perioder, inden krav om blodtryksænkende behandling, hvis indikatoren opretholdes.

Lægemedler kan gives i somatikken og hos egen læge, hvilket bør nævnes af hensyn til medarbejdernes forståelse

Et af formålene med at revidere indikatorsættet var at få flere resultatindikatorer/resultatorienterede indikatorer. Ved at ændre de kardiovaskulære procesindikatorer til resultatorienterede indikatorer får vi en opgørelse af dels andelen af patienter, der ikke får foretaget målingen (disse fremgår som 'uoplyst' i indikatortabellen) og dels resultatmålet. Så selvom det ikke længere opgøres som et egentligt indikatorresultat med en standard, så kan de gamle procesmål stadig følges via opgørelserne af de uoplyste. Dette fremgik ikke af de beregningsregler, der var i høring, men det er nu tilføjet.

Rygning tages ikke med, da det vil kræve manuelle registreringer.

Niveauet for HbA1c er valgt i overensstemmelse med vejledning fra Dansk Voksen Diabetesdatabase (DVDD), og med et højere niveau for at være sikker på, at der er indikation for medicinsk antidiabetisk behandling hos størstedelen af patienterne. Dette i overensstemmelse med vejledning fra DVDD.

Der vil være meget 'falsk positive', altså personer uden diabetes, ved denne grænse frem for 48 og dermed et bedre niveau til denne indikator, som den er formuleret i Skizofrenidatabasen.

Der bliver kigget på, om indikator 6c skal ændres mht. de specifikke krav til blodtryksmålingen og grænseværdier samt fastsættelse af standard.

<b>Rusmiddelbrug, indikator 7</b>	
<b>Region Syddanmark:</b>	
Ved brug af DUDIT-E bør man være opmærksom på, at der i dette skema ikke spørges ind til alkoholmisbrug.	
<b>Region Midtjylland:</b>	
Koden BQFS07 betyder kun stofmisbrug. Man kunne overveje, om der skulle være en aldersgrænse for børn, inden de alle skal spørges om stofmisbrug/rusmidler med ud fra et systematisk spørgeskema.	Hvis DUDIT-E anvendes, bør der anvendes en modificeret udgave, hvor alkohol også indgår, som fx den, der anvendes på Psykiatrisk Center Sct. Hans.
	Indikatoren vil ikke omfatte børn <12 år.
<b>Dansk Psykologforening:</b>	
Undersøgelser for misbrug bør arbejde med en standard på 90 % eller 100% frem for 80%, som er den anvendte standard i det reviderede indikatorsæt.	
<b>30 dages dødelighed ved selvmord, indikator 9</b>	
<b>Region Nordjylland:</b>	
Det er uforstående hvorfor, man er gået fra screening af selvmordsrisiko til, hvor mange der begår selvmord? For os at se, er det her for sent at ændre noget. Samtidig signaleres, at vi sætter lighedstegn mellem selvmord inden for 30 dage og dårlig kvalitet i behandlingen, kan man det? Når vi sidder med årsrapporten, hvad er det så, vi skal konkludere ud fra denne indikator, og hvad er det, vi skal ændre på? Vi vil gerne følge disse data tæt og løbene, men når de 30 dage er gået og patienten er død, så er der ikke meget, vi kan ændre på. En antagelse er, at man har ændret indikatoren fordi, det så bliver automatisk overført fra en database, og dermed ikke skal indberettes lokalt. Og så er der spørgsmålet om standarden... hvor mange selvmord/selvordsforsøg er vi villige til at acceptere?	Der er intet, der skulle antyde, at der er grund til at betvivle registreringskvaliteten.
	Ambulant kontakt tælles med.
<b>Region Hovedstaden:</b>	
'Ambulant besøg' er LPR2-terminologi og bør derfor erstattes med 'ambulant kontakt'. Alternativt kan fysisk fremmøde erstatte både ambulant kontakt og indlæggelse i teksten.	Der har været grundige drøftelser med nationale eksperter omkring formuleringen af de to selvmordsindikatorer. På baggrund af høringssvarene byttes om på de to indikatorer, således at begge fortsat opgøres og kommenteres, men at den bredere definition bliver den supplerende. Når der er opnået et kendskab til indikatorerne i den aktuelle population, kan det evt. re-vurderes, hvordan klassifikationen af de to indikatorer (primær/sekundær) skal være.
RHP ønsker i forlængelse heraf, at RKKP overvejer, om man bør inddrage udekontakter og virtuelle kontakter. Indikatoren afhænger af registreringskvaliteten i somatikken, og psykiatrien har ikke mulighed påvirke denne. Har RKKP undersøgt registreringskvaliteten af kontaktårsagen?	

<p><b>Region Sjælland:</b> Dog har vi et konkret spørgsmål til indikator 8 ift. hvordan RKKP vil indhente data vedr. sandsynligt selvmordsforsøg hos patienten?</p> <p><b>Region Midtjylland:</b> Der ikke skelnes mellem selvskade og selvmord/selvordsforsøg når DX60-DX84 (selvskade) medtages. Den restriktive version fremstår mere valid end den officielle indikator, idet det er vores opfattelse, at der kommer for meget med i den brede version (snitsår mv.), som ikke er reelle selvmordsforsøg. Vi foreslår derfor at bytte om, så den restriktive definition bliver den officielle indikator og den større definition bliver den supplerende.</p>	
<b>Omhandlende flere indikatorer:</b>	
<p><b>Region Midtjylland:</b> Indikator 4 og 6: Der er et sygehusmedicinregister undervejs, som forhåbentlig vil kunne give mere fulde data end kun receptdata.</p>	Når der er bedre registerdata til rådighed, vil det være naturligt at hente disse i stedet.

## Hørings svar, generelle bemærkninger

Afgivet høringssvar	Styregruppens vurdering
<b>Region Nordjylland</b>	
<p>Først bemærkes det overordnet set, at ikrafttrædelsen af de nye indikatorer pr. 1. juli er meget kort varsel ift. at kunne implementere nye opmærksomheder og arbejdsgange ude i klinikkerne. Vi forstår, at datoen er sat der, fordi datoen er forenelig med opgørelsesperioden for databasen, men der skal et større implementeringsarbejde i gang, hver gang der sker ændringer i databaserne, og vi ser det som en generel udfordring, at vi varsles herom meget sendt.</p>	<p>Der er meget positivt modtaget mange høringssvar, som nu skal behandles i styregruppen. Derfor bliver det endelige indikatorsæt ikke klar til start pr. 1/7. Der stiles efter start 1/10. Alle regioner informeres om starttidspunkt og de endelige indikatorer, så snart der er taget beslutning omkring dette.</p>
<p>Der bemærkes følgende til indikatorsættet: Ærgerlighed over, at man ikke ønsker at monitorere på symptomreduktion i databasen.</p>	<p>Der er ikke ensartethed i hele landet, hvilket vanskeliggør det. Der har skullet prioriteres blandt mulige nye indikatorer. Emnet er taget med i en idébank til senere revisioner.</p>
<p>En sidste generel bemærkning ift. klinikkens muligheder for at bruge RKKP data i det løbende forbedringsarbejde, så udfordre det, at RKKP først tilbageleverer data til regionerne efter, at de reelt ikke har mulighed for at ændre på udfaldet af målopfyldelse for den pågældende patient. Vi har et stort ønske og et stort behov for, at få tilbageleveret data så snart patienten har fået sin diagnose – så vi kan følge, og følge op på særligt vores aktivt incidentet patientgruppe. Dette vil give os et overblik over de patienter, vi løbende skal være opmærksomme på, og give os overblik over, hvornår det er tid til igangsættelse af de forskellige interventioner for den enkelte patienten inden for den givne tid som datadefinitionerne angiver.</p>	<p>Der kommer snarest "early warning" for de incidente patienter i de løbende KKA-leverancer, hvorefter det skulle være muligt at få det ønskede overblik. Denne kommer i form af en indikator, der kun udsendes i månedsleverancerne.</p>
<b>Region Hovedstaden</b>	
<p><i>Indikatorpopulationer:</i> Databasen er først og fremmest relativt kompliceret opbygget med forskellige populationer og eksklusionskriterier. Det gør det generelt svært for de sundhedsfaglige at afgøre, hvornår en patient skal have udført hvilke procedurer. Samtidig gør det også det vanskeligt teknisk at udvikle en automatisk indberetning til databasen. Det taler for en simplificering af databasen.</p>	
<p><i>Skadestuekontakter:</i> Skadestuekontakter kan i stedet for den anvendte definition enkelt defineres ud fra SHAK i SOR, hvor skadestuer altid ender på 8 i den 7-cifrede SHAK-kode.</p>	<p>Problemet med at bruge SOR/SHAK er, at SOR i fremtiden ikke vil være opdateret med SHAK, hvilket betyder, at det ikke ville være en fremtidssikret model.</p>

<p><i>Kriterier og eksklusioner:</i></p> <p>RHP opfordrer RKKP til at beskrive formålet og funktionen af kriterie 2 i 1- og 2-års incidentpopulationerne. RKKP må særligt gerne uddybe punkt 1) under kriteriet, og hvordan det skal forstås. Mener man første diagnosekode i psykiatrien eller første diagnosekode for skizofreni? Hvilken kontakt er der tale om? Den første kontakt i opfølgingsperioden? Hvorfor ønsker man at sortere disse fra?</p>	<p>Det er besluttet, at kriterie 2 udgår. I vil modtage information sammen med opdaterede beregningsregler snarest.</p>
<p>RHP ønsker en definition af, hvornår diagnosekoden DZ865B (anamnese med skizofreni) skal anvendes. Er det, hvis skizofrenidiagnosen er givet udenfor hospitalspsykiatrien, hvor der ikke er LPR-indberetning? Eller også hvis patienten ikke har været tilknyttet hospitalspsykiatrien siden 2004?</p>	<p>Jf. datadefinitionerne, der er tilgængelige på rkkp.dk: "DZ865B: Patienter ekskluderes fra de incidente patientpopulationer, hvis der er en kendt skizofreni-anamnese for patienten. Dette indberettes ved koden DZ865B der indikerer, at patienten ud fra en klinisk vurdering ikke <i>reelt</i> er incident (dvs. hvor patienten har en historie med skizofreni, men hvor der ikke har været registreret en skizofrenidiagnose)."</p>
<p>Ligeledes ønsker RHP en definition af, hvornår diagnosekode for remission skal anvendes. Hvor mange patienter ekskluderes på baggrund af remission? Og er der nogen af disse, der fortsat går i psykiatrien med en skizofrenidiagnose?</p>	<p>Det har været en klinisk vurdering, hvornår en pt. er i remission, og der har ikke været en særskilt definition i Skizofrenidatabasen. Databasen har lagt sig op ad internationale definitioner, der tilsiger lav grad af symptomer, der ikke påvirker patientens hverdag, gennem min. 6 måneder. Dvs. et symptomniveau, der ikke nødvendiggør behandling i den regionale psykiatri. Eksklusionskriteriet blev indført for at undgå, at der 'hang' nogle patienter i databasen, som var i remission (stort set raske), og derfor ikke gav mening at skulle opfylde alle indikatorer. I forbindelse med de tilbagemeldinger, der er kommet på høringsprocessen, så er det blevet besluttet at gå bort fra eksklusionskriteriet med remissionsdiagnosen – primært fordi det drejer sig om relativt få patienter (64 patienter er ekskluderet fra 1 års populationen siden 2004).</p>

<p><i>Indikatorer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociale funktionsmål: Der står i materialet, ”at det for øjeblikket ikke er muligt/mulige datakilder, hvorfor disse ikke er med i denne opdatering”. Følgende kan evt. anvendes som surrogatindikatorer for den egentlige indikator ’sociale funktionsmål’, som det er muligt at trække data på:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Boligstatus: Egen lejlighed/bosted versus hjemløshed</li> <li>2. Tilknyttet arbejdsmarkedet versus ikke tilknyttet arbejdsmarkedet eller afskedigelse</li> <li>3. Tilknyttet uddannelse versus ikke tilknyttet uddannelse eller droppet ud af uddannelse</li> </ol> </li> <li>• Vedrørende de sociale indikatorer kan man også overveje at tilføje andelen af patienter, som har fået udarbejdet udskrivningsaftale/koordinationsplan. Diagnosedato: Det bør fremgå tydeligt, hvad definitionen er på diagnosedato. Er det afslutningen eller starten på patientkontakten? I forbindelse med indlæggelse kan dette betyde en stor forskel. Samtidig bør RKKP beskrive, hvordan RKKP håndterer patienter, som er indlagt i lang tid, da diagnosedatoen i disse tilfælde kan være misvisende i forhold til tidspunktet på de relevante procedurekoder.</li> </ul>	<p>Der har været mange overvejelser omkring sociale indikatorer, men det er for øjeblikket ikke muligt at indhente relevante data, der kan anvendes til indikatoropgørelser. Når det bliver muligt, vil der arbejdes henimod inddragelse af DREAM-data i databasen, men dette er desværre endnu ikke en mulighed.</p> <p>Det er vedtaget, at diagnosedatoen defineres som <u>slut</u>datoen i den kontakt, hvor diagnosen er givet. Dette er en ændring i forhold til nu, hvor diagnosedato fastsættes som kontaktens startdato. Det bliver lavet om i samme ombæring, som vi fjerner kriterium 2 for de incidente. Relevante procedurer i forbindelse med den kontakt, som diagnosen er givet på, vil indgå i indikatorberegningerne (dvs. vi indhenter procedurekoder fra hele kontakten, selvom diagnosedatoen defineres som slutdatoen). Yderligere detaljer vil fremgå af de opdaterede beregningsregler.</p>
<b>Region Midtjylland</b>	
<p><i>Faglige bemærkninger:</i> Ønsker til indikatorer for medicinsk behandling: Med baggrund i, at den intervention som hjælper flest patienter mest, er den medicinske behandling, hæfter Det Tværfaglige Specialeråd for Psykiatri sig ved, at de to medicinindikatorer kun bibringer lidt viden om kvaliteten af den medicinske behandling. Her kunne Specialerådet foreslå en indikator for andelen af patienter i clozapinbehandling, andelen i depotbehandling og om muligt et målt for compliance eller drop-out.</p>	<p>Forslaget tages med i emnebanken til evt. senere revisioner af indikatorsæt.</p>
<p><i>Bemærkninger til registrering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krediterede afdelinger: Vi oplever, at Akutmodtagelsen på AUH (fælles for psykiatriske og somatiske patienter) krediteres og får opfyldelsesgrader, selv om de reelt ikke har ansvar for behandlingen af patienter med skizofreni.</li> </ul>	<p>Dette skyldes databasens krediteringsprincip, der er bygget op så ALLE afdelinger, der har haft kontakt med patienten i opgørelsesperioden, krediteres for de ydelser, der er registreret på patienten (uanset hvilken afdeling, der har udført/registreret proceduren). Det er til audit efterår 2021 aftalt at ændre på dette, så det</p>



<p>Vi ønsker, at <i>akutmodtagelser ikke krediteres for indikator 1-7</i>, selvom procedurer/data fra akutmodtagelser indgår. Dvs. at seneste enhed krediteres i stedet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Forslag til forenkling Alle indikatorer fra 4-8 har to populationer: "1-års incident patientpopulation" og i "Prævalent patientpopulation". Erfaringen er, at det bliver meget teknisk at forstå blandt medarbejdere. Kan man forenkle det med, at disse indikatorer gælder for alle patienter i databasen?</li> </ul>	<p>fremadrettet er afdelingen med den seneste kontakt, der krediteres.</p> <p>Det er en god pointe. Vi vil gerne forenkle beskrivelsen til "patienter" og så tilføje en fodnote, der forklarer præcist, hvad "patienter" dækker over.</p>
<p><i>Bemærkninger til formuleringer i beregningsregler:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indikator 6b: Eksklusionskriteriet "Patienter der ikke, før dato for forhøjet LDL-måling, er diagnosticeret med en hjertekarsygdom eller diabetes" er formuleret uklart (virker ikke til at give god mening i forhold til indikatoren). Mon "ikke" er fejl i sætningen eller hvordan skal den forstås?</li> </ul>	<p>Det er rigtigt, hvad der står. Eksklusionen sikrer, at kun patienter, der er i kardiovaskulær risikogruppe, kommer med i indikatorpopulationen. Havde det været formuleret som et <u>inklusions</u>kriterium, havde det været:</p> <p>"Patienter der, før dato for forhøjet LDL-måling, er diagnosticeret med en hjertekarsygdom eller diabetes"</p> <p>Det er svært at læse et eksklusionskriterium, hvor der indgår et "ikke", men vi har valgt at formulere alle indikatorpopulationsdefinerende kriterier som eksklusionskriterier, da det er den måde, det er kodet på.</p> <p>Vi overvejer at omformulere beskrivelsen af nævnerpopulationen i beregningsreglerne 6b, da den indeholder flere inklusionstrin, og som derfor er sværere at forstå end de øvrige indikatorer.</p>
<p><b>Region Syddanmark</b></p>	
<p><u>Psykiatrisk afdeling Aabenraa</u> <i>Vedr. Udredning:</i> Den tidligere indikator 1a I "Andelen af incidente patienter, som udredes for psykopatologi ved speciallæge i psykiatri eller specialpsykolog" er bortfaldet. Hvad er begrundelsen for dette? Betyder det, at det ikke længere vurderes relevant, at diagnosen skizofreni stilles af en specialist? For undertegnede at se, er der en meget vigtig signalværdi i at fastholde, at diagnosen skizofreni kun bør stilles af specialister. Dette forhindrer ikke, at ikke-specialister, under vejledning, kan forstå de diagnostiske interviews, som beskrevet under indikator 1a. <b>Anbefaling:</b> Indfør indikatoren "Andelen af incidente patienter, som får stillet diagnosen skizofreni af speciallæge i psykiatri eller specialpsykolog". Bemærk den let ændrede ordlyd i forhold til den oprindelige indikator 1a I.</p>	<p>Det har været nødvendigt at fravælge nogle af de eksisterende indikatorer for at give plads til nye, og der er valgt bl.a. faldet på denne. Dette skal ikke ses som et udtryk for, at styregruppen ikke finder udredning af skizofreni ved speciallæge eller specialpsykolog vigtig, og vi har tværtimod en forventning om, at praksis fortsætter til trods for, at det ikke længere monitoreres i databasen.</p>

<p><u>Vejle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelt set synes jeg det er lykkedes at gøre indikatorer og standard mere overskuelige og umiddelbart forståelige og meningsgivende.</li> <li>• Jeg tilslutter mig flere af de punkter, der nævnes af ovl. Ida Marie Jacobsen fra Åbenrå: Det er beklageligt, at det ikke længere er med som et kvalitetsmål, at diagnosen stilles af psykiater eller specialpsykolog.</li> </ul> <p><u>Tjeklisten</u> Tilbage melding fra sekretærene der koder. Den nye tjek liste er meget kompakt og kan være svær at tyde når den er udfyldt. En konkret anbefaling er at SKS-koden rykkes foran eller lige efter datoen.</p>	<p>Det lyder som et fornuftigt forslag, som vi vil implementere med tjeklisten, der kommer med nye indikatorsæt.</p>
<p><u>Arbejdet med RKKP i stort psykose team</u> Der findes ingen lister tilgængelig med status på RKKP. Det er derfor op til den enkelte behandler at lave et system der sikre rettidig indberetning af RKKP. Der er forventning om at denne problematik til dels løses med EPJ-SYD. Hver behandler er ansvarlig for op mod 50 patienter. Patienterne ses med meget varierende interval. Der er et stort inflow af patienter i teamet. Det er derfor svært at bevare et overblik over RKKP indberetninger. Der er ingen manualiseret introduktion til udarbejdelse af RKKP. Hvilket kunne være gavnligt til nyansatte behandlere. Det kan være svært med en manualiseret introduktion da hver enkelt behandler selv er ansvarlig for indberetning og dette løses på forskelligt vis. Vi arbejder kontinuerligt for at sikre en høj indberetnings procent. Vi har inddraget RKKP ved sundheds samtaler og ved årlig lægesamtaler. Tidligere havde vi RKKP som fokus punkt på det monofaglige sygeplejerske møde. I vores afdeling de fleste primærbehandlere sygeplejersker. Desværre langt de fleste af disse møder nu nedlagt af ledelsen for at frigive tid til anden aktivitet.</p>	<p>Det er ikke meningen med RKKPs arbejde, at det skal være en særskilt belastning for afdelingerne. Derfor vejer det også tungt, når vi udvikler indikatorer, at vi kan hente data via registre (fx LPR, LABKA, receptdatabasen) – dvs. registre, som afdelingerne skal indberette til uafhængigt af RKKP. Tanken bag RKKPs kvalitetsudvikling er, at afdelingerne udfører det kliniske arbejde efter de gældende retningslinjer og kliniske faglighed, og at RKKP monitorerer og følger dette arbejde via de punktnedslag, som indikatorerne repræsenterer.</p>
<p><b>Dansk Psykologforening</b></p>	
<p><u>Udredning ved speciallæge/specialpsykolog:</u> Dansk Psykolog Forening bemærker, at indikatoren for udredning af skizofreni ved en speciallæge eller specialpsykolog er udgået. Dette finder vi u hensigtsmæssigt, særligt på børne- og ungeområdet, hvor incidensen af skizofreni er lav, og hvor vi vurderer, at kravet om inddragelse af speciallæge/specialpsykolog direkte med ansigt-til-ansigt kontakt i udredningen er med til at højne den diagnostiske praksis og mindske risiko for fejl diagnostisering. Særligt ved meget tidlig debut (skizofreni før 13. år) er der evidens for, at diagnosen</p>	<p>Det har været nødvendigt at fravælge nogle af de eksisterende indikatorer for at give plads til nye, og der er valget bl.a. faldet på denne. Dette skal ikke ses som et udtryk for at styregruppen ikke finder udredning af skizofreni ved speciallæge eller specialpsykolog vigtig, og vi har tværtimod en forventning om, at praksis fortsætter til trods for at det ikke længere monitoreres i databasen.</p>

<p>er særdeles vanskelig at stille validt, selv blandt eksperter i skizofreni hos børn. Et valideringsstudie af journalmateriale på børn og unge diagnosticeret med skizofreni i Danmark peger desuden på, at diagnoserne særligt i ambulanseregion er mindre valide end under indlæggelse.</p> <p>Med de nuværende diagnostiske kriterier kan skizofreni være i remission, men selve diagnosen fastholdes. Det er ligeledes en diagnose, som ofte medfører langvarig behandling for at følge anbefalinger med henblik på at mindske risikoen for tilbagefald. Derfor bør der være særligt fokus på, at diagnostikken er grundig, og at relevante differentialdiagnostiske overvejelser har været inddraget. Det anbefales derfor, at der hos børn, unge og voksne fortsat skal indgå speciallæger og/eller specialpsykologer direkte i udredningen (ikke blot som konferenceledelse) for at undgå forringelse af udredning og behandling, og at dette fortsat bør fremgå af de nationale indikatorer.</p>	
<p><u>For snævert fokus på resultatindikatorer og nydebuterende patienter</u></p> <p>I indikatorsættet fremgår resultatindikatorer, som baseres på kliniske resultater blandt patientgruppen. Ved udelukkende at have fokus på de kliniske resultater, kan man miste blik for, om patienten har fået det bedre i forhold til højere funktionsniveau, livskvalitet, er i arbejde m.m., som kan være afgørende i en optimal og helhedsorienteret tilgang til patienten.</p>	<p>Indførelse af de nye PRO-indikatorer giver netop resultater omkring patientens oplevelser af bedring osv. Lige nu leveres kun PRO-data for Region Nordjylland, men den nationale udbredelse er undervejs.</p>



## Bilag 1

### Samlet hørings svar fra Region Syddanmark til indikatorer

#### Indikator 1c

<b>Aabenraa:</b>	<p>For at den nyindførte indikator 1c giver mening, bør der udarbejdes en anbefaling om testbatteri til vurdering af socialkognitiv funktion. Den nuværende anbefaling ”Opfyldelse af indikator 1b <i>Kognitiv udredning - En praktisk anvisning</i>” fra april 2016 vurderes ikke tilstrækkeligt til dette formål.</p> <p><b>Anbefaling:</b> Indfør ikke indikator 1c, før der foreligger en fyldestgørende national vejledning i, hvordan socialkognitiv udredning bedst foretages.</p> <p><b>Udarbejdelse af standardiseret testbatteri</b></p> <p>Det vurderes aktuelt problematisk at indføre 1c - udredning af socialkognitiv funktion, grundet mangelfuldt standardiseret testbatteri. Denne problematik er italesæt i det nuværende ”Opfyldelse af indikator 1b ”Kognitiv Udredning””, hvor det fremgår:</p> <p>”Det er aktuelt ikke realistisk at dække de socialkognitive domæner med de tilgængelige tests.”</p> <p>Dertil anbefales i ovenstående dokument, at der suppleres med det kliniske indtryk af socialkognitive færdigheder af den enkelte psykolog. Dette kan dog yderligere problematiseres ved, at der kan opstå store lokale forskelle i, hvordan socialkognitive udredninger foretages, såfremt det subjektive skøn vægter tungt i udredningsprocessen.</p> <p>Såfremt det kliniske indtryk af patientens socialkognitive færdigheder alligevel vurderes at skulle være et grundlæggende komponent i udredningsforløbet, bør der tages højde for, at det sjældent er den udredende psykolog, som er kontaktperson for den pågældende patient. Det vil derfor være et potentielt ressourcekrævende udredningsforløb, da psykologen om nødvendigt skal observere patienten interagere i sociale sammenhænge med andre aktører, for at kunne foretage en grundig og valid socialkognitiv vurdering, som bygger på specielt det kliniske indtryk.</p> <p><b>Anbefaling:</b></p> <p>Indfør ikke indikator 1c, før der er udarbejdet en national vejledning og et standardiseret testbatteri for undersøgelse af socialkognitiv funktion, som opnår tilstrækkelig validitet og reliabilitet. En for stor vægtning på det subjektive skøn / kliniske indtryk under udredningen grundet manglende tests risikerer at:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Være særdeles ressourcekrævende.</li><li>- Medføre lavere validitet og reliabilitet.</li><li>- Skabe store lokale forskelle i udredningsprocessen.</li><li>- Svække generaliserbarheden og muligheden for sammenligning af resultaterne på både regionalt og nationalt plan.</li></ul> <p><b>90% mål opfyldelse og behovet for screeningsværktøj mhp. ressourcebesparing.</b></p> <p>En anden ressourcemæssig problematik er mål opfyldelse for indikator 1c på 90% af nydiagnosticerede patienter inden for de første 2 år. Selvom en socialkognitiv udredning kan være særdeles meningsfuld hos en andel af patienter diagnosticeret med skizofreni, så vil der være en stor andel, hvor hverken patienten eller behandlingsforløbet nødvendigvis vil profitere af den socialkognitive udredning, såfremt socialkognitive færdigheder ikke vurderes at være en stor problematik for patienten.</p>
------------------	--

	<p><b>Anbefaling:</b> Såfremt 1c indføres, både med eller uden et standardiseret testbatteri, anbefales det, at der udarbejdes et standardiseret screeningsværktøj til at vurdere behovet for en dybdegående socialkognitiv udredning. Det anbefales i den forbindelse, at indikator 1c bliver at <b>screene</b> for behovet for en dybdegående socialkognitiv udredning ved 90% af patienterne inden for 2 år af diagnosticering. Et andet alternativ er, såfremt der udvikles et effektivt screeningsværktøj, at 1c kan inkorporeres under 1b, hvor psykologen i forbindelse med undersøgelsen af kognitiv funktion forholder sig til behovet for en mere dybdegående socialkognitiv udredning. Udredning af socialkognitiv funktion er allerede på nuværende tidspunkt beskrevet i <i>Opfyldelse af indikator 1b "Kognitiv Udredning"</i>. Dette vil endvidere være ressourcebesparende, da det kliniske indtryk under undersøgelsen af den kognitive funktion eventuelt kan bidrage til en opfølgende screening eller udredning af socialkognitive færdigheder.</p> <p><b>Benyttelsen af resultaterne af den socialkognitive udredning i patientens behandlingsforløb.</b> En tredje ressourcemæssig feedback omhandler, hvordan den socialkognitive udredning 1c skal benyttes i selve behandlingsforløbet. Der eksisterer på nuværende tidspunkt ikke behandlingstilbud i hverken individuel terapi eller grupper, hvor resultaterne af en socialkognitiv udredning er inkorporeret eller synes at kunne bidrage signifikant og tilfredsstillende, set i lyset af de ressourcer det vil tage at foretage en sådan udredning. Socialfærdighedstræning eller andre relaterede gruppetilbud tager hverken udgangspunkt i eller har et behandlingsprogram, som inkorporerer udbyttet af en socialkognitiv udredning i behandlingen. Selvom det fagligt kan være interessant og give mening at foretage en grundig socialkognitiv udredning af patienter, hvor der er mistanke om socialkognitive udfordringer, så bør der forinden indførelsen af 1c gennemtænkes hvordan resultaterne af udredningen kan benyttes og profitere patientens behandlingsforløb.</p> <p><b>Anbefaling:</b> Såfremt 1c indføres bør der tages stilling til, hvordan resultaterne af denne socialkognitive udredning skal inkorporeres og benyttes i patientens behandlingsforløb. Selvom en socialkognitiv udredning kan være faglig interessant, så er det potentielt en meget ressourcekrævende udredning. Det vurderes derfor essentielt, at der tages stilling til, hvordan resultaterne af en socialkognitiv udredning kan benyttes i behandlingen.</p>
<b>Odense</b>	Der er ikke nævnt hvilke tests der anbefales, og umiddelbart er det vanskeligt at finde evidensbaserede tests.
<b>Vejle</b>	Det vil højne kvaliteten og være meningsgivende, om der kom en anbefaling eller retningslinje/standard ift. hvordan socialkognitiv udredning foretages.

## Indikator 2

<b>Aabenraa:</b>	<p>Der mangler en mere præcis beskrivelse af, hvad der menes med psykoedukativ familieintervention. Hvad skal der til for at indikatoren vurderes opfyldt? Er det tilstrækkeligt, at pårørende deltager i samtaler mellem patient og behandler? Hvis ja, er en enkelt samtale så tilstrækkeligt? Hvis nej, kræves så særskilt formaliseret pårørendeundervisning eller at pårørende deltager i flerfamiliegruppeforløb?</p> <p><b>Anbefaling:</b> Definér hvad der skal til for at opfylde indikator 2. I modsat fald giver det ikke mening at anvende indikatoren.</p>
------------------	---

	<p>Hvorfor ønsker man kun at måle om familieintervention foregår hos første års incidente ptt.? Familieintervention er særdeles relevant for alle ptt. diagnosticeret med skizofreni, uanset hvor lang tid siden diagnosen blev stillet. Se bl.a. Sundhedsstyrelsens <i>National klinisk retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb, vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning</i> fra 2015, som giver en stærk anbefaling af familieintervention for også ikke-incidente ptt.. Det er i øvrigt også hvad pakkeforløb for incident skizofreni og forløbsbeskrivelse for prævalent skizofreni lægger op til.</p> <p><b>Anbefaling:</b> Indikator 2, familieintervention, skal udregnes for alle incidente og prævalente ptt.. Ikke kun for incidente ptt., det første år efter diagnosen er stillet.</p>
<b>Odense</b>	<p>regner med at ”psykoedukativ familieintervention” dækker over både individuel psykoedukation og psykoedukation i gruppe af pårørende og der ikke med ”intervention” menes familiearbejde/flerfamiliegruppebehandling?</p> <p>Kunne man overveje at indikatoren skal være opfyldt senest 2 år efter diagnosedato og ikke allerede efter 1 år? Der er erfaring for, at det i en del tilfælde kan være ganske vanskeligt, med patientens samtykke, at etablere kontakt til familien, især tidligt i forløbet.</p>
<b>Vejle</b>	<p>Familieintervention er relevant udover første år efter diagnosen, og måske skal det også nærmere defineres, hvad der menes, idet både en enkelt pårørendesamtale og et intensivt forløb i Mac Farlane-gruppe (jf. pakkeforløbsbeskrivelse for incident skizofreni) kan rummes inden for indikatoren.</p> <p><b>Familie intervention ændres til kun incidente.</b></p> <p>Pårørende inddragelse er en vigtig medspiller for mange patienters stabilitet. At den stod på RKKP skemaet sikrede at man årligt kom rundt omkring dette.</p>

**Indikator 3**

<b>Aabenraa:</b>	<p>Hvorfor tæller gruppebaseret manualiseret psykoedukation ikke længere med? Undertegnedes erfaring er, at der er nogle ptt. som har god gavn og glæde af de manualiserede gruppeforløb, og som ikke har brug for ved siden af gruppeforløbene, også at modtage individuel manualiseret psykoedukation. Skal disse ptt. nu tvinges til også at gennemføre individuel manualiseret psykoedukation, for at vi som afdeling kan leve op til RKKP kvalitetskravene, skønt det efter undertegnedes vurdering ikke giver nogen faglig mening? Hvad er evidensen for at gruppebaseret manualiseret psykoedukation ikke er tilstrækkeligt, når det suppleres med individuelle samtaler med psykoedukative elementer? Gruppebaseret psykoedukation er i øvrigt en del af pakkeforløbet for incident skizofreni.</p> <p><b>Anbefaling:</b> Tælleren i indikator 3 ændres fra ”antal patienter, der har modtaget individuel psykoedukation i et manualiseret forløb” til ”antal patienter, der har modtaget individuel psykoedukation og/eller gruppebaseret psykoedukation i et manualiseret forløb”.</p>
------------------	--

**Indikator 6a**

<b>Odense</b>	Med hvilken begrundelse er definitionen HbA1c > 53 valgt? HbA1c > 48 er den diagnostiske grænse for diabetes.
---------------	---

**Indikator 6c**

<b>Odense</b>	<p>Hvor stammer definitionen af forhøjet blodtryk fra? Almindeligvis kræver diagnosen hypertension enten et massivt forhøjet blodtryk ved en enkelt måling eller et gennemsnitligt forhøjet blodtryk ved hjemmeblodtryksmåling over 3 dage. <b><i>I den ambulante psykiatri screener man almindeligvis, og sender herefter patienterne til deres praktiserende læge ved mistanke om hypertension.</i></b></p> <p><b><i>Blodtryksænkende behandling bliver normalt ordineret af patienternes praktiserende læge,</i></b> med i overvejelserne om ordination af medicin indgår patienternes samlede risikofaktorer. Det virker mærkeligt at måle kvaliteten af den psykiatriske behandling ud fra hvad patientens praktiserende læge ordinerer.</p>
<b>Esbjerg</b>	<p>I det ambulante kan vi sagtens komme ud for at måle et marginalt forhøjet blodtryk, hvis patienten f.eks er inde til lægesamtale. Før vi sender dem til kontrol ved egen læge, sker det at jeg beder amb. Behandler om at kontrollere blodtrykket, dette kan ikke altid nødvendigvis ske inden for 7 dage.</p> <p>Hvis det er meget forhøjet, sender jeg dem direkte til egen læge, og det er urealistisk at patienten kan nå at få en tid ved egen læge så hurtig. Det er ikke psykiaters opgave at igangsætte antihypertensiv behandling. Så jeg synes tidsrammen på 7 dage er alt for kort.</p>

**Indikator 7**

<b>Odense</b>	<p>Ved brug af DUDIT-E bør man være opmærksom på, at der i dette skema ikke spørges ind til alkoholmisbrug.</p>
---------------	---