

## Indikatorer og standarder for Den Nationale Skizofrenidatabase, gældende fra 1. januar 2022

Indikatorområde	Indikator	Type	Standard
<b>Udredning</b>	1a: Andelen af incidente patienter, som udredes for psykopatologi og interviewes med diagnostisk instrument (SCAN, PSE, SCID eller KIDDI-SADS for børn/unge)	Proces	≥ 90%
	1b: Andelen af incidente patienter under 35 år der, inden for 2 år fra diagnosedato, udredes for kognitiv funktion ved psykolog	Proces	≥ 90%
	1c: Andelen af incidente patienter under 35 år der, inden for 2 år fra diagnosedato, udredes socialkognitivt ved psykolog	Proces	≥ 90%
	1d: Andelen af incidente patienter, som udredes for sociale støttebehov	Proces	≥ 90%
<b>Familieintervention</b>	2: Andelen af incidente patienter, hvor pårørende, indenfor 2 år fra diagnosedato, deltager i familieintervention	Proces	≥ 90%
<b>Psykoedukation</b>	3: Andelen af incidente patienter der, indenfor 2 år fra diagnosedato, modtager psykoedukation i manualiserede forløb	Proces	≥ 90%
<b>Medicinsk behandling</b>	4a: Andelen af patienter, som er i medicinsk antipsykotisk behandling	Proces	Ingen
	4b: Andelen af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, som får mere end ét antipsykotikum	Proces	≤ 20%
	4c: Andelen af patienter, som får benzodiazepiner inklusiv benzodiazepinlignende midler (zolpidem, zopiclon, zaleplon)*	Proces	≤ 20%
<b>Bivirkninger</b>	5a: Andelen af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, som har neurologiske bivirkninger	Resultat	≤ 15%
	5b: Andelen af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, som har søvn- og sedationsbivirkninger	Resultat	≤ 15%
	5c: Andelen af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, som har seksuelle bivirkninger	Resultat	≤ 15%
<b>Behandling af kardiovaskulære risikofaktorer</b>	6a: Andelen af patienter med forhøjet langtidsblodsukker, som er i antidiabetisk behandling	Resultat	≥ 90%
	6b: Andelen af patienter med hjertekarsygdom eller diabetes og forhøjet LDL-kolesterol, som er sat i behandling med lipidsænkende lægemiddel	Resultat	≥ 90%
<b>Rusmiddelbrug</b>	7: Andelen af patienter, som undersøges/screenes for brug af rusmidler	Proces	≥ 80%
<b>30 dages dødelighed ved selvmord</b>	8: Andelen af patienter, som begår selvmord eller sandsynligt selvmordsforsøg indenfor 30 dage efter udskrivelse/ambulant kontakt	Resultat	Afventer
<b>Kompositte proceskvalitetsindikatorer</b>	9: Vedr. udredning: Andelen af det samlede antal procedurer for indikator 1 (inkl. alle underindikatorer), der blev udført		-
	10: Vedr. bivirkninger: Andelen af det samlede antal procedurer for indikator 5 (inkl. alle underindikatorer), der blev udført		-
	11: Vedr. incidente patienter i indikator 1, 2, 3, 6 og 7: Andelen af det samlede antal procedurer for indikator 1-3, 6, 7 (inkl. alle underindikatorer), der blev udført		-
<b>PRO-indikatorer (opgøres kun i Region Nordjylland)</b>	12: Andelen af patienter, der opnår en forbedring i trivsel	Resultat	Afventer
	13: Andelen af patienter, der opnår en forbedring af fysisk helbred	Resultat	Afventer
	14: Andelen af patienter, der opnår en forbedring af psykisk helbred	Resultat	Afventer

	15: Andelen af patienter, der opnår en forbedring i forhold til at arbejde/uddanne sig	Resultat	Afventer
	16: Andelen af patienter, der opnår en forbedring i forhold til at kunne holde sit hjem	Resultat	Afventer
	17: Andelen af patienter, der opnår en forbedring i forhold til at gøre noget sammen med andre	Resultat	Afventer
	18: Andelen af patienter, der opnår en forbedring i forhold til at foretage sig noget alene	Resultat	Afventer
	19: Andelen af patienter, der opnår en forbedring i forhold til at indgå eller opretholde nære relationer	Resultat	Afventer

\*Indikator 4c opgøres ikke pga. manglende datagrundlag