

Region  
Hovedstaden

REGION

# Afrapportering på dialogaftaler 2010

## Indholdsfortegnelse

<b>Indledning.....</b>	<b>3</b>
<b>Amager Hospital .....</b>	<b>4</b>
<b>Bispebjerg Hospital .....</b>	<b>7</b>
<b>Bornholms Hospital.....</b>	<b>11</b>
<b>Frederiksberg Hospital .....</b>	<b>19</b>
<b>Frederikssund Hospital.....</b>	<b>22</b>
<b>Gentofte Hospital.....</b>	<b>26</b>
<b>Glostrup Hospital.....</b>	<b>32</b>
<b>Helsingør Hospital .....</b>	<b>41</b>
<b>Herlev Hospital .....</b>	<b>46</b>
<b>Hillerød Hospital.....</b>	<b>53</b>
<b>Hvidovre Hospital.....</b>	<b>62</b>
<b>Region Hovedstadens Apotek .....</b>	<b>65</b>
<b>Psykiatrien.....</b>	<b>69</b>
<b>Rigshospitalet .....</b>	<b>75</b>
<b>Region Hovedstaden - Handicap .....</b>	<b>85</b>

## **Indledning**

I dette bilag kan man se de enkelte virksomheders afrapportering på implementeringen af indsatsområder i dialogaftalen for 2010.

Afreporteringen er foretaget ved hjælp af et skema, hvor virksomhederne har beskrevet hvilke resultatkrav de har haft.







Herudover har virksomhederne givet en status for de resultatkravene samt en tilkendegivelse af om de har nået resultatkravene. Der bliver i afreporteringen brugt følgende notation:
















Grøn = Målet er nået

Gul = Resultatet kan endnu ikke opgøres, er i proces

Rød = Målet er ikke nået.

## Amager Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	JCI akkreditering gennemført 2.-4. marts 2011. Tids- og handlingsplan for DDKM udarbejdes inden 1. april 2011.	
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Mock gennemført september 2010. På baggrund heraf blev plan frem mod JCI akkreditering udarbejdet og løbende fulgt op.	
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Kvalitetsråd, Ledergruppe, samt mellemlidergruppe er undervist i dec. 2010 og jan. 2011. Som opfølgning på JCI audit planlægges nu yderligere undervisning (vil indgå i DDKM plan). Compliance, hjertestopundervisning ved seneste p-sagsaudit i 2010: 86% Compliance, brandsikkerhed ved seneste p-sagsaudit i 2010: 60 %	 
	Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospitalet med fokus på løsning af opgaver relateret til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Ultimo 2010 var de tre relevante udefunktionskontrakter afleveret til KØK.  Kontrakterne er udarbejdet i hht. skabelon.	
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	Region H kvalitetspolitik og de konkrete mål i kvalitetshandlingsplanen er indarbejdet i Amager Hospitals kvalitetsplan 2010 og 2011, herunder indarbejdet i hospitalets auditplan.	

		Seneste NIP rapport	Seneste data	
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>		Sep. 2010	
	Indikator 1 = 90 %	90 %	94 %	
	Indikator 2 = 90 %	75 %	84 %	
	Indikator 3b = 80 %	90 %	90 %	
	<b>Apopleksi:</b>		Foreløbig årsrapport 2010	
	Indikator 3 = 80 %	61 %	58 %	
	Indikator 4 = 70 %	49 %	98 %	
	Indikator 8 = 65 %	31 %	53 %	
	<b>Diabetes:</b>			
	Hele behandlingspakken = 90 %	58 %	Ingen nye data	
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	Resultat: 100 %		
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	Resultat: 89 %		
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Gennemsnit hele 2010: 85 %		
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	Data ikke tilgængelige		
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	Gennemsnit hele 2010: 92 %		
	Elektronisk henvisning = 75 %	Gennemsnit hele 2010: 65 %		
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange	Amager Hospital har igangsat en ambitiøs lean implementeringsplan i 2010. Leder af Udviklingsenheden i stabsafdelingen er tovholder for den samlede plan og herudover er 3 medarbejdere udpeget som lean-trænere (deltid). Hospitalsdirektionen følger tæt op på processen med statusmøder dels i de igangværende lean afsnit, dels med de afdelingsledelser, hvor der pågår lean arbejde.		
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	I 2010 er følgende afsnit gået i gang med at implementere lean: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lungemedicinsk sengeafsnit</li> <li>▪ Geriatriisk ambulatorium</li> </ul> Desuden er lean indtænkt i forbindelse med etableringen af Akutmodtagelsen. I foråret 2011 igangsættes lean tiltag i følgende afsnit: Cardiologisk sengeafsnit og cardiologisk ambulatorium		





		<p>Medicinsk Gastroenterologisk sengeafsnit  Desuden igangsættes Lungemedicinsk ambulatorium og Geriatrik sengeafsnit.  Der gennemføres et lean uddannelsesforløb af 4 x 2 dages varighed for ovennævnte. Desuden deltager afsnitsledere for terapi og for klinisk sekretariat.</p>	
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Forbedring af patient sikkerheden	Øget fokus fra ledere og personale og oplevelse hos patienterne af større sikkerhed vedr. medicin i 2010.	LUP data er ikke modtaget endnu.	■
	at 95 % af patienterne er tilfredse med personalets håndtering af fejl i 2013. I 2010 er målet 70 %.	LUP data er ikke modtaget endnu.	■
2. Forbedring af kontaktpersonordningen	Kontaktlæge og/eller sygeplejefaglig kontaktperson skal være dokumenteret i 100 % af journalerne.	November data Indlagte patienter: 93 % Ambulante patienter: 66 %	■
	I forhold til LUP er målet at opnå en gradvis, generel forbedring af patienternes oplevelse, med særlig fokus på de medicinske sengeafdelinger. I LUP 2010 skal 80 % af patienterne angive, at have haft en kontaktperson (95 % i 2013) og ligeledes 80 % af patienterne skal angive at have oplevet at blive medinddraget (95 % i 2013). For øvrige spørgsmål, der kan relateres til effektiv implementering af kontaktpersonordning, er målet, at der sker en 25-50 % forbedring, afhængigt af LUP 2009 resultatet.	LUP data er ikke modtaget endnu.	■
3. Skriftlig information til patienter og pårørende	at 95 % af patienterne skal svare ja til at have fået udleveret skriftlig information i 2013. For 2010 er målet 70 %	LUP data er ikke modtaget endnu.	■









## Bispebjerg Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	<p>Med udgangspunkt i hospitalets Kvalitetsstrategi, møder med særlige nøglepersoner og møder i Kvalitetsrådet, blev der udarbejdet en Kommunikationsplan med fokus på akkreditering 2011. Kommunikationsplanen indeholdt tids- og handlingsplaner. Plan for monitorering er bundet op på implementeringsplaner i Kvalitetsstrategien. Planen blev overholdt.</p> <p>Survey med JCI blev gennemført på Bispebjerg Hospital i marts 2011. Afviklingen af survey bar tydeligt præg af den meget målrettede forberedelse af medarbejderne på alle niveauer. Alle var godt forberedt og hospitalet fik meget ros. Den foreløbige rapport fra JCI er meget positiv.</p>	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Hospitalet har fulgt Kvalitetsstrategien med rapportering til Kvalitetsrådet.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Som konsekvens af Kvalitetsstrategien og Kommunikationsplanen er uddannelse gennemført. Afdelingsledelser og afsnitsledelser er uddannet i de to standardsæt fra henholdsvis DDKM og JCI inklusiv de nye standarder gældende fra 2011. Kvalitetsrådet vedtog en plan for uddannelse i kvalitetsudvikling, dels for personale generelt og dels for afsnitsledelserne. Desuden sikredes relevante kompetencer hos Kvalitetsudvalgets medlemmer gennem fx undervisning og øvelser. Personale uddannes og trænes i hjertestop og brandsikkerhed ved centralintroduktion og repetition ved workshops udbudt af HR & Udvikling.	■

	<p>Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospitalet med fokus på løsning af opgaver relateret til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> </ul> <p>Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</p>	<p>Røntgen: Som aftalt i efteråret 2011 mellem regionen, BBH og FH er samarbejdsfunktion overgået til en udefunktion. Udkast til kontrakten vedr. samarbejdsfunktionen er under tilretning i relation til udefunktionen.</p> <p>Reumatologi: Reumatologi er placeret på FH. FH betjener BBH med reumatologisk tilsyn. Skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospitalet med fokus på løsning af opgaver relateret til er ikke fundet relevant.</p>	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	Bispebjerg Hospital har indarbejdet elementerne fra regionens kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013 i hospitalets Kvalitetsstrategi med implementeringsplaner og mål for de enkelte områder. Planen følges.	■
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
	Indikator 1 = 90 %	Kardiologisk Afd. Y har en målopfyldelse på 93 % i 3. kvartal i 2010	■
	Indikator 2 = 90 %	Kardiologisk Afd. Y har en målopfyldelse på 93 % i 3. kvartal i 2010	■
	Indikator 3b = 80 %	Kardiologisk Afd. Y har en målopfyldelse på 92 % i 3. kvartal i 2010	■
	<b>Apopleksi:</b>		
	Indikator 3 = 80 %	Neurologisk Afd. N har en målopfyldelse på 83 % i december 2010	■
	Indikator 4 = 70 %	Neurologisk Afd. N har en målopfyldelse på 84 % i december 2010	■
	Indikator 8 = 65 %	Neurologisk Afd. N har en målopfyldelse på 70 % i december 2010	■
	<b>Diabetes:</b>		
Hele behandlingspakken = 90 %	Endokrinologisk Afd. I har en målopfyldelse på 89 % i perioden 1/9-30/11 2010	■	



		Direktionen har løbende fokus på målopfyldelsen i relation til NIP- indkatorerne indenfor ovennævnte sygdomsområder, som bl.a. er en del af dialogaftalerne mellem hospitalsdirektionen og afdelingsledelsen.	
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	Ved den eksterne rengøringsaudit blev 3 operationsstuer ud af 3 godkendt.	
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	Ved den eksterne rengøringsaudit blev 18 ud 37 af øvrige rum godkendt.  Hospitalet er som helhed steget fra 13% til 53% godkendte rum.  Hospitalet arbejder forsat med implementering af handlingsplanen for rengøring mhp. at opnår bedre kvaliteten af rengøringen.	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	68% af kommune-advis er rettidig afsendt.  Der udsendes månedlige opgørelser til afdelingerne mhp. opfølgning. MIT-afdelingen har tilbudt rådgivning til relevante afdelinger i korrekt registrering mv.  Under Samordningsudvalget ved Bispebjerg Hospital er nedsat en arbejdsgruppe (it-SOU) hvis formål bl.a. er at styrke implementeringen af tværsektoriel elektronisk kommunikation på BBH, i de enkelte optagerkommuner og i almen praksis.	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	Data fremkommer først i foråret 2011.  Der er mellem Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune i foråret 2011 planlagt audit vedr. almen genoptræningsplaner bl.a. med det formål skabe et øget indblik i arbejdsgange i forbindelse med sagsbehandling af almene genoptræningsplaner og styrke dialogen om almene genoptræningsforløb ved overgangen fra hospital til kommune. I audit indgår bl.a. rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning.	

	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	86 % af epikriserne er afsendt rettidigt til praktiserende læger.  Der udsendes månedlige opgørelser til afdelingerne mhp. opfølgning  Direktionen følger løbende målopfyldelsen i relation til de enkelte afdelinger mhp. på en målrettet indsats i de afdelinger, der ikke lever op til målet.	
	Elektronisk henvisning = 75 %	Målet vedrørende elektroniske henvisninger er nået med 75 %.	
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange	Hospitalet har organiseret sig på følgende måde: Der er etableret en matrix med uddannede konsulenter i arbejdsgangsanalyser og LEAN metodik ansat i MIT-afdelingen og HR & Udviklingsafdelingen. Vicedirektør Claes Brylle Hallqvist er tovholder for funktionen. Direktionen forventer en reorganisering af området i 2011 afledt af administrationsanalysen.	
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	Hospitalet har udpeget og igangsat følgende effektiviseringsprojekter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Flow i Akutmodtagelse</li> <li>▪ Arbejdsgangsoptimering i Sterilfunktionen</li> <li>▪ Lean af akutstuen – Afd. D/S</li> </ul>	
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
1. Feedback	Handlingsplan for ”feedback” på hospitalet er udarbejdet medio 2010 = 100 %	Der er udviklet workshoppakke Der er gennemført workshops for to store kliniske afdelinger i alt ca. 200 ledere og medarbejdere Effektmåling er gennemført Uddannelsesprogram med træning af afsnitsledere i anerkendelse og feedback er udviklet	
	Implementering af handlingsplanens initiativer er iværksat = 100 %	Handlingsplanens initiativer er iværksat og projektet kører på skinner.	
2. Nybyggeri	Indsendelse af sammenhængende projektforslag til regionen i april med henblik på fremsendes til Ekspertpanelet inden 1. juni 2010	Hospitalet har modtaget Ekspertpanelet godkendelse af projektforslag til nybyggeri på matriklen.	
3. Nedbringelse af sygefravær	Sygefravær på Bispebjerg Hospital, som minimum svarer til gennemsnittet for hospitalerne i Region Hovedstaden = 100 %	Sygefraværet på hospitalet var i 2010 5,3 % mod regionens samlede sygefravær på 5,1 %. Hospitalet fra forsats fokus på at nedbringe fraværet.	













## Bornholms Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	<p>Hospitalets masterplan bliver løbende opdateret. Efter mock survey d. 14-15. oktober pågår et intensivt og målrettet arbejde, således at hospitalet er klart til akkreditering i maj 2011.</p> <p>Der er lavet dialogaftaler med alle afdelingsledelserne. Der bliver fulgt løbende op på disse på månedlige dialogmøder.</p>	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	<p>Bornholms Hospital har besluttet at TAK i første omgang implementeres på afdelinger: Service-afdelingen og Administrationen. Erfaringer med implementeringen af TAK på disse afdelinger skal derefter bruges i den kommende beslutning om implementeringsniveauet generelt for hele hospitalet.</p> <p>TAK er endnu ikke fuldt implementeret på hverken Service-afdelingen eller Administrationen. Medvirken ved implementering af flere systemer har medført, at Medico/IT-afdelingen har måttet udskyde sin basisevaluering. Det er på nuværende tidspunkt uvist, hvornår administrationen påbegynder arbejdet med TAK.</p>	■
	<p>Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	<p>Hjertestop: Der har været afholdt kurser på alle niveauer gennem hele året. I september måned er der lavet status for alle ansatte på hospitalet. Ud fra denne status er den fremadrettede kursusaktivitet tilrettelagt, således at alle uddannelsesbehov er tilgodeset ved udgangen af 1. kvartal 2011.</p> <p>En opgørelse over antal medarbejdere der har gennemført kursus i praktisk brandbekæmpelse, viser at kun 1/3 af personalet har gennemført kurset indenfor de seneste 3 år. Der er taget initiativ til ekstra undervisningsaktiviteter, vi forventer således at alle medarbejdere har gennemført kurset indenfor 1. kvartal af 2011.</p> <p>En opgørelse viser at 65 % af medarbejderne har gennemført Tryk Brandskole indenfor det seneste år.</p>	■

		Der findes dokumentation for at, der er gennemført årligt brandeftersyn.	
	<p>Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospitalet med fokus på løsning af opgaver relateret til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Bornholms Hospital har ingen ude- og samarbejdshospitalet.	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Early warning score (EWS) audits på de kliniske afdelinger minimum to gange årligt heraf skal &gt; 85 % af patienterne være scoret mindst x1 dagligt. Data fra journalaudit viser at 91,6 % af patienterne er scoret mindst x 1 dagligt.</li> <li>• Alle patienter med høj scor (EWS&gt; 3), som tyder på en akut kritisk tilstand, har fået iværksat en behandling, der er dokumenteret i journalen. (Metode: Indgår i HSMR journalgennemgang, med tilrettet skema). Ikke alle patienter med høj EWS score (EWS&gt; 3), har fået iværksat en dokumenteret behandling. Data er indsamlet i forbindelse med journalaudit på patienter, der er døde under indlæggelse. Der indgår i alt 64 journaler, heraf 5 patienter der med sikkerhed ikke har en dokumenteret iværksat behandling (92 % målopfyldelse). Der kan være flere patienter hvor behandlingen ikke er dokumenteret, usikkerheden skyldes mangelfuldt udfyldte skemaer, hvor data er hentet fra. Der arbejdes med at forbedre udfyldelse af skemaer, som data hentes fra, således at disse kan anvendes mere sikkert i det</li> </ul>	■ ■

		<p>fremadrettede arbejde.</p> <p>Undervisning i Sikker kommunikation for alle og Undervisning i Global Trigger Tools er gennemført for kvalitetskoordinatorer</p> <p>Hospitalet har udarbejdet et Infektionskontrolprogram for 2010. Følgende områder overvåges:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitalserhvervede infektioner (Landsprævalensundersøgelser x 2 årligt)</li> <li>▪ Urinvejsinfektioner (Lokale prævalensundersøgelser x 2 årligt)</li> <li>▪ Ventilationsassocierede pneumonier (løbende)</li> <li>▪ Bakteriæmier (løbende)</li> <li>▪ Postoperative sårinfektioner på 6 udvalgte operationer (journalaudit x 2 årligt)</li> <li>▪ Direkte observation af håndhygiejne (løbende)</li> <li>▪ Interne hygiejnetracerer (x 1 årligt)</li> <li>▪ Interne infektionshygiejniske audits (x 2 årligt)</li> <li>▪ Antibiotika audits (x 1 årligt)</li> </ul> <p>Hospitalet har et tæt samarbejde med Infektionshygiejnisk afdeling på Hvidovre Hospital. For samtlige overvågningsområder gælder at hospitalet ligger enten på et gennemsnitligt niveau eller under det gennemsnitlige niveau. Resultater fra audits og undersøgelser præsenteres og diskuteres i relevante fora og der følges op på problemstillinger ved hjælp af handleplaner.</p> <p>Der er gennemført tværfaglig undervisning i Sikker mundtlig kommunikation for ca. 40 medarbejdere. Undervisningsindholdet var Skriv ned og læs op, IS-BAR og team kommunikation, samt praktiske øvelser.</p> <p>Den Regionale vejledning vedr. primær faldscreening er ved at blive implementeret. Implementeringsgraden vil blive vurderet i den ½ årlige regionale journalaudit til november.</p> <p>Desuden er der lokalt udarbejdet et dokumentationsværktøj for den indledende sygeplejevurdering.</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>
--	--	---	-------------------------------------

		Pilottest foregår i en 3 måneders periode af dokumentationsværktøjet med specifik markering, med rødt armbånd, af patienter, der er vurderet at være i faldrisiko. Armbåndet skal sikre, at personalet bliver mere opmærksomt på patienter, der er i faldrisiko	
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>	<p>I den seneste offentliggjorte auditrapport for perioden juni 2008 – juni 2009 indberettede Bornholms Hospital ikke tilstrækkelige data, som til dels var afledt af vakancer i speciallægestaben. Derfor kan kvaliteten i behandlingen ikke opgøres meningsfuldt, da resultaterne er baseret på for få patienter.</p> <p>Som led i den fremadrettede forbedringsstrategi for NIP-hjerteinsufficiens er der i dag er tilknyttet en ny NIP-ansvarlig speciallæge indenfor hjerteinsufficiens. I forbindelse med den nye organisering af NIP-området, har Bornholms Hospital overordnet en forventning om, at have betingelserne for at kunne arbejde målrettet mod en målopfyldelse af indikatorstandarderne. Resultaterne for hhv. indikator 1, 2 samt 3b – er opgjort pba. af foreløbige standardrapportopgørelser for 2010.</p>	
	Indikator 1 = 90 %	75 %	
	Indikator 2 = 90 %	77 %	
	Indikator 3b = 80 %	79 %	
	<b>Apopleksi:</b>	<p>Som led i den fremadrettede forbedringsstrategi for NIP-apopleksi er der i dag tilknyttet to NIP-ansvarlige speciallæger for apopleksi på Bornholms Hospital. Den nye organisering af NIP-området afspejles bl.a. i de seneste standardrapportresultater for indeværende auditperiode.</p> <p>Resultaterne for hhv. indikator 3, 4 samt 8 er opgjort pba. af den endelige årsrapport for 2010. I resultatet for indikator 3, ses et større fald i målopfyldelsen, ift. tidligere år. Jf. NIP opfylder BOH indikatoren med 54 % under indlæggelse. Dog er kun 38 % af patienter blevet behandlet indenfor indikatoren tidsgrænse på senest 14 dage efter indlæggelse. Således opfylder kun 5 ud af 13 relevante patientforløb indikatoren indenfor tidsgrænsen. Jf. drøftelse med NIP – er der tale om</p>	

		meget små tal, hvorfor de store udsving.	
	Indikator 3 = 80 %	38 %	
	Indikator 4 = 70 %	82 %	
	Indikator 8 = 65 %	73 %	
	<b>Diabetes:</b>	NIP-diabetes varetages af hhv. en NIP-ansvarlig læge samt sygeplejerske. Den seneste auditrapport for NIP-diabetes omfatter perioden marts 2009 – februar 2010. All-or-none resultatet har primo 2009 været påvirket af ikke retvisende data, idet auditrapporten udover NIP-data for diabetespatienter, fejlagtigt har indeholdt data for fundusscreeninger. Overførselsproblematikken blevet løst af leverandøren primo 2009.  All-or-none resultatet den igangværende auditperiode, indikere det retvisende resultat for diabetesbehandlingen på Bornholms Hospital. De foreløbige all-or-none resultater fra periodens standardrapporter indikere, at 80 % af patienterne har fået alle undersøgelser. Bornholms Hospital har en stærk forventning om, at all-or-none resultatet kan forbedres yderligere i indeværende auditperiode	
	Hele behandlingspakken = 90 %	74 %	
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	Ekstern audit december 2010: 100 %	
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	Ekstern audit december 2010: 72 %	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	85 %	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genopræning = 80 %	100 %	
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	60 %	
	Elektronisk henvisning = 75 %	100 %	
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange	Bornholms Hospital har uddannet LEAN-konsulenter, men har ingen projekterfaring med denne metode på hospitalet. Hospitalet planlægger at opbygge en projektorganisation på hospitalet i et samarbejde mellem de to stabe, kvalitet & uddannelse og administrationen, til at bemande og være behjælpelige med at gennemføre konkrete projekter med 0,5 årsværk. Bornholms	

		<p>Hospital vil gerne trække på den regionale enhed for optimering af arbejdsgange i forhold til uddannelse af medarbejdere i LEAN, projektstøtte og videndeling. Bornholms Hospital vil derudover følge projektet på Hvidovre Hospital vedr. "Den produktive afdeling" og erfaringer fra øvrige hospitaler i regionen.</p>	
	<p>I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	<p><u>Prioriterede indsats områder for LEAN projekt i kirurgisk ambulatorium.</u></p> <p><b>PRIORITET 1:</b> Implementering af visiteringscelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Performancemåling, evaluering og tilpasning</li> <li>• Fokus på forankring</li> </ul> <p><b>PRIORITET 2:</b> RACI og funktionsbeskrivelse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beskrivelse af opgaver i RACI-matriks, fordeling af roller og ansvar færdiggøres og gennemgås med ledelsen</li> <li>• Udarbejdelse af funktionsbeskrivelser</li> <li>• Samarbejdsaftaler (SLA) mellem faggrupper og primære snitflader</li> <li>• Implementering af funktionsbeskrivelser (ændringer)</li> </ul> <p><b>PRIORITET 3:</b> Transportanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transport kortlægning</li> <li>• Design og implementering</li> <li>• Evaluering</li> </ul> <p>Mål opnået til</p> <p><b>Prioritet 1</b> DIALOGBASERET VISITATION</p> <p>Flowtid forbedret med mellem 83-50 % Hands on tid forbedret med 80 %</p> <p>Der modtages ca. 400 henvisninger pr. måned.</p>	<p>■</p> <p>■</p>
















	andre målrettede kurser indenfor kommunikation, både med udgangspunkt i definerede udfordringer i LUP og regionens interne kommunikationsundersøgelse.	med kortidskontakt til patienter.	
3. International rekruttering	Fastholdelse af de udenlandske læger, der arbejder på hospitalet med > 75 %.	Alle ansatte udenlandske speciallæger er fortsat ansat på Bornholms Hospital= 100 % målopfyldelse. Der arbejdes aktuelt på rekruttering af en udenlandsk cardiolog gennem Work in Denmark. Hospitalet er generelt inde i en god udvikling, med hensyn til rekruttering og fastholdelse af speciallæger	■

## Frederiksberg Hospital







Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Målet er nået.	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Målet er nået.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Målet er nået. I 2010 gennemførte i alt 518 personer kursus i basal genoplivning, 64 personer deltog i kursus i avanceret genoplivning, og 437 personer gennemførte praktisk kursus i forholdsregler ved brand. Hertil kommer e-learning-kursus om brandsikkerhed (Tryk Brandskole).	■
	Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospital med fokus på løsning af opgaver relateret til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Resultatet kan endnu ikke opgøres. Kontrakter er under udarbejdelse/forhandling mellem Frederiksberg Hospital (FRH) og relevante samarbejdshospitaler vedrørende udefunktioner og lejeaftaler.  Følgende kontrakter er under udarbejdelse: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lejeaftale med Rigshospitalet (RH) vedr. Jordemodervillaen på FRH. FRH har initiativpligten og sendte i november 2010 udkast til RH.</li> <li>▪ Udefunktion under Glostrup Hospital vedr. Øjenklinikken. Glostrup har initiativpligten. FRH har kommenteret på kontraktudkast og er i forhandling med Glostrup om enkelte udeståender.</li> <li>▪ Lejeaftale med RH vedr. dialysesatellit. RH har initiativpligten og har i marts 2011 sendt kontraktudkast.</li> <li>▪ Lejeaftale med RH vedr. blodbank. RH har initiativpligten. Kontraktudkast afventes.</li> <li>▪ Lejeaftale med Region Hovedstaden vedr. Enhed for Brugerundersøgelser. Regionen har initiativpligten. Kontraktudkast afventes.</li> </ul>	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010.	Målet er nået.	■









	<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
	Indikator 1 = 90 %	Resultatet kan endnu ikke opgøres, men i 3. kvartal af 2010 var målopfyldelsen 69 %.	
	Indikator 2 = 90 %	Resultatet kan endnu ikke opgøres, men i 3. kvartal af 2010 var målopfyldelsen 92 %.	
	Indikator 3b = 80 %	Resultatet kan endnu ikke opgøres, men i 3. kvartal af 2010 var målopfyldelsen 67 %.	
	<b>Apopleksi:</b>		
	Indikator 3 = 80 %	I december 2010 var målopfyldelsen 100 %.	
	Indikator 4 = 70 %	I december 2010 var målopfyldelsen 91 %.	
	Indikator 8 = 65 %	I december 2010 var målopfyldelsen 67 %.	
	<b>Diabetes:</b>		
	Hele behandlingspakken = 90 %	I 4. kvartal af 2010 var målopfyldelsen på 85 %.	
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	100 %	
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	Tallet lå i 2010 på ca. 35 %. Der er udarbejdet handlingsplan for forbedring.	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Tallet var i 2010 76 %. Registreringen følges af it-arbejdsgruppen om tværsektoriel elektronisk kommunikation (It-SOU). I januar 2011 var tallet steget til 82 %.	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genopræning = 80 %	Resultatet kan ikke opgøres pga. it-tekniske forhold, som der arbejdes på at løse (It-SOU).	
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	Målet er ikke fuldt ud indfriet. Det gennemsnitlige tal var i 2010 på 80 %, hvilket dækkede over en stor variation mellem afdelingerne, hvor nogle afdelinger lå over 90 %, mens andre lå væsentligt under. Der følges op ift. sidstnævnte afdelinger. I januar 2011 var tallet steget til 85 %.	
	Elektronisk henvisning = 75 %	Målet er ikke nået, da tallet i 2010 var 67 %. Der gøres dog opmærksom på, at målet vedrører praksissektorens anvendelse af elektronisk henvisning til hospitalet, og den manglende målopfyldelse skal dermed tillægges praksissektoren. I januar 2011 var tallet steget til 73 %.	
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange	Opgaven varetages af Lean-teamet i Strategi & Økonomi.	

	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	Målet er nået. Flg. projekter er gennemført i 2010: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visitation (på kardiologisk/endokrinologisk ambulatorium på Medicinsk Afdeling)</li> <li>▪ Journalhåndtering ifm. prøvesvar (sammesteds)</li> </ul> Flg. projekter er igangsat i 2010: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Flow-projekt (på Medicinsk Afdeling, kardiologisk/endokrinologisk sengeafsnit)</li> <li>▪ Flow-projekt (på Reumatologisk Ambulatorium)</li> </ul>	
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
1. Sektorsamarbejde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gennemførelse af implementeringsprojekt i Medicinsk Afdeling, hvor + 65-årige patienter screenes for deres behov for et særligt forebyggende tiltag i form af følge-hjem-ordning, et opfølgingsopkald eller behov for specialvejledning efter udskrivelse (udgående funktion)</li> </ul>	Målet er nået.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementering af forløbsprogrammer for KOL og type II diabetes</li> </ul>	Implementering af forløbsprogrammer for KOL og type II diabetes forløber planmæssigt.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Videreførelse af projekt TeleKOL</li> </ul>	Målet er nået.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gennemførelse af ni temaeftermiddage om sammenhængende patientforløb - tværfaglig og tværsektorielt kompetenceudvikling for personale på hospitalet, kommunens hjemmepleje og plejehjemmene i hospitalets optageområder</li> </ul>	Temaeftermiddagene har været en stor succes for personale i begge sektorer.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gennemførelse af nyt pilotprojekt "dialog på tværs af sektorer" med henblik på udvikling af indbyrdes samtaleredskaber sektorerne imellem samt videndeling</li> </ul>	Projektet er gennemført som beskrevet og er udvidet til at omfatte regionens øvrige hospitaler.	
2. Høj patienttilfredshed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Målopfyldeelse på alle afdelinger vedr. kontaktpersonordning på 85 %</li> </ul>	Målet er delvist opfyldt. Ved audit i november var målopfyldeelsen på 76 % for indlagte patienter og på 90 % for ambulante patienter.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementering af et projekt i samarbejde med DSI på fire udvalgte afdelinger om kommunikation og samarbejde med pårørende</li> </ul>	Projektet er gennemført, men uden ekstern finansiering.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitalets erhvervspsykolog afholder fratrædelsessamtaler med medarbejdere og ledere ansat i de kliniske afdelinger, som selv opsiger deres stilling</li> </ul>	Pilotprojekt gennemført, der løb frem til 15. oktober 2010.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Med baggrund i afdelingernes sygefraværstatistik iværksættes fokuseret indsats ved direktionen med henblik på at nedbringe sygefraværet til maksimalt 5 %</li> </ul>	Det samlede sygefravær på hospitalet for 2010 var på 4,9 %.	
3. Optimering af effektive elektive kirurgiske forløb	Gennemførelse af en vellykket udvidelse af den urologiske funktion med høj produktion og med max. personaleomsætning på 20 %	Målet er nået.	

## Frederikssund Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Akkrediteringsstrategi og handlingsplan er udarbejdet Monitoreringsplan er udarbejdet.	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen.	Der er udført baselinevurdering på alle matrikler.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed.</li> </ul>	<p>Der er etableret temadage for stabe og ledere fra første halvår af 2010, der er valgt en model hvor gennemførelsen registreres ved TUS samtalen.</p> <p>Der er afholdt flere informationsmøder for medarbejderne om akkrediteringsprocessen.</p> <p>Der er udarbejdet skriftligt informationsmateriale til medarbejdere.</p> <p>Der er udleveret akkrediteringsmapper på hvert afsnit og til hver funktion, med beskrivelser af metoder som Mock survey, tracermetode, program og spørgsmål er formuleret ud fra standardkrav til brug på personalemøder.</p> <p>Ved nyansættelse deltager alle (for hvem det er relevant) medarbejdere i etablerede brand- og hjertestopkurser. Der afleveres dokumentation til den lokale afdelingsledelse om, hvilke nyansatte medarbejdere, der har deltaget.</p> <p>I forbindelse med TUS (medarbejderudviklingssamtalen), som gennemføres 1. kvartal, gennemgås hvornår den enkelte medarbejder senest har deltaget i henholdsvis brand- og hjertestopkursus. Det registreres at medarbejderen har deltaget på et skema som opbevares i kopi i personalesagen. Endvidere registreres hvornår der næste gang skal ske recertificering og denne meddelelse videregives til Personaleafdelingen, som herefter sikre oprettelse og gennemførelse af relevante kur-</p>	■

		<p>ser. Der gives efterfølgende besked til den enkelte afdelingsledelse, som har tilmeldt personale, om den enkelte medarbejder har deltaget i kurset.</p> <p>Vedr. trykbrandskole trækkes en gang årligt statistik til hver afsnitsledelse om hvilke medarbejdere der mangler gennemførelse.</p> <p>Ved såvel introduktion som recertificering deltager også Udefunktioner fra såvel Hillerød som Herlev Hospital.</p>	
	<p>Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospital med fokus på løsning af opgaver relateret til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Kontrakter er udarbejdet	
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010		
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
	Indikator 1 = 90 %	54 %	
	Indikator 2 = 90 %	4 % - registreringsfejl alle bliver NYHA klassificeret.	
	Indikator 3b = 80 %	57 %	
	<b>Diabetes:</b>		
Hele behandlingspakken = 90 %	98 % i kvartalsrapport sept. – nov. 2010. Årsrapport afventer		
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	OP -stuer + Intensiv = 66 % godkendte.	

	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	Øvrige = 94 % godkendte.	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Er i 2010 opfyldt for 78 % af adviser.	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	Der foreligger ikke data for dette.	
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	Er i 2010 opfyldt for 80 % af epikriserne.	
	Elektronisk henvisning = 75 %	Er i 2010 opfyldt for 95 % af henvisninger.	
3. Effektivisering af arbejds gange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejds gange	Man har valgt at optimere arbejds gangen på de kliniske enheder i en iterativ proces, gennem månedlige opgørelser af patienttilfredsheden, løbende dataopgørelse, og visualisering af resultater i tavler synlige for patienterne. Man har derved opnået dels en dialog mellem patienter og personale, dels er resultater taget på månedlige afsnitsmøder.	
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	Gennem denne proces er der løbende foretaget optimering af arbejds gange. Fire af spørgsmålene er af procesmæssig karakter. Der er opnået 5-12 % forbedring i spørgsmål omkring informationsniveau, omkring oplevelse af ventetider (differentieret i tider på undersøgelser, medicin og anden hjælp), hertil af det samlede indtryk.	
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
1. Kommunikation	Det forventes, at hvert afsnit opnår mindst 10 % stigning per kvartal i andelen, der svarer virkelig godt eller godt til ovennævnte 15 spørgsmål	Forrige år var der fokus på personale-kommunikation, i 2010 på patientkommunikation, analyseret på de kliniske enheder gennem månedlige opgørelser af patienttilfredshed med kommunikation, der er foretaget en løbende dataopgørelse, visualisering af resultater på tavler synlige for patienterne. Man har derved opnået dels en dialog mellem patienter og personale, dels er resultater taget på månedlige afsnitsmøder. Der er 15 spørgsmål af kommunikativ art, hvor der er opnået forbedringer fra 8-15 %.	
2. Virksomhedsprofil og branding	Frederikssund Hospitals faglige virksomhedsprofil beskrives, faglige overordnede visioner og konkrete mål formuleres	Frederikssund Hospitals mission er gennem en proces, medinddragende VMED, fastlagt til et nærhospital med let tilgængelighed til sundhedsydelse, der fremmer sundhed, velvære og livskvalitet. Frederikssund Hospitals vision er at være et efterspurgt hospital, der går nye veje.	










		Frederikssund Hospitals værdier sammenfattes i nøgleordene service, kvalitet og nærhed.	
	Virksomhedsprofilen formidles – og formidlingen er rettet mod både patienter, borgere og potentielle ansøgere til ledige stillinger	Frederikssund Hospital har satset på udvikling af intranettet, 4 personer har været på netværksskole, der er deltidsansat en kommunikationsmedarbejder. Sidstnævnte har endvidere påbegyndt revision af hospitalets internetside. Der har været en del kontakt især til den lokale presse, når der har været begivenheder af betydning. Der er afholdt åbent hus med besøg af politikere. Der har været afholdt idrætsdag.	■
	Etablering af en forsknings- og udviklingsenhed (fondsaflyst leder ansattes)	Der er etableret en projekt- og forskningsenhed der især har fokuseret på kommune-samarbejdsprojekter som kroniker programmet, forebyggelsesprogrammet, følge hjem- og op.	■
	Anskaffelse af fondsmidler	Der er anskaffet lidt over 2 mio. kr i fondsmidler primært til ovennævnte projekter. Sideløbende er der lægemiddelforskning på kardiologisk afdeling.	■
	Etablering af mindst en patient forskningsdatabase (SPSS)	Der er etableret en SPSS forskningsdatabase på Esbønderup. Demografiske parametre indlægges løbende.	■
	Videreudvikle kontakten med Københavns Universitet, etablering af et Ph.D. i kardiologisk rehabilitering	Grundet omstrukturering på Københavns Universitet mistede hospitalet desværre sit lektorat i Rehabilitering og Socialmedicin. Vores ledende kardiologiske overlæge forsvarede sin PhD.	■
3. Personalefravær	At nedbringe sygefraværprocenten til under 5 %	Målet er endnu ikke nået. Sygefraværprocenten for 2010 er opgjort til 5,74 for hele hospitalet. Der arbejdes kontinuerligt med indsatser i forhold til ”Den Dynamiske Nærvers Politik”.	■

## Gentofte Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Der er udarbejdet såvel en akkrediteringsplan ("års-hjul") som en kvalitetsstrategi og en monitoreringsplan	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	GeH har foretaget selvevaluering i de relevante råd, udvalg og komiteer. Der er endvidere i færd med at blive foretaget en samlet evaluering, som forventes færdig i marts, forud for akkrediteringen i maj.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	<p>Akkreditering: Der er afholdt centrale kurser målrettet de forskellige målgrupper med henblik på at sikre et fælles udgangspunkt for den kommende akkrediteringsproces. Kvalitetskoordinatorerne har undervist på afdelingernes temadage og morgenmøder, samt de nyuddannede sygeplejersker i introstillinger. Kvalitets- og planlægningsafdelingen har undervist stabsfunktionerne.</p> <p>Hjertestop: Personalet uddannes hver andet år svarende til kompetenceniveauerne i den regionale vejledning.</p> <p>Brandsikkerhed: Der er etableret aftaler om recertificering af medarbejdere hver 5. år svarende til den regionale vejledning. Gruppen af medarbejdere der ikke er recertificeret forventes afviklet i 2011. Det drejer sig om ialt 1000 medarbejdere. Der er pt. oprettet ialt 20 kurser for 1. halvår, svarende til 500 kursusdeltagere. Tilsvarende planlægges afvikling af den resterende gruppe medarbejdere for 2. halvår.</p> <p>Implementering af etårig e-læring (Tryk Brandskole) integreres i igangsat projekt om automatisering af hospitalets kursusadministration. E-læring er planlagt til at blive gennemført i oktober 2011.</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>

	<p>Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospitalet med fokus på løsning af opgaver relateret til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	<p>Der er udarbejdet kontrakter for alle relevante områder i 2010.</p> <p>Der pågår nu kontraktforhandlinger vedrørende de nye hospitalsplansprojekter, lige som der, som noget nyt, udarbejdes kontrakter for de intraregionale ydelser</p>	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	Der er udarbejdet såvel en kvalitetsstrategi og en monitoreringsplan. Monitoringsplanen er i færd med at blive midtvejsevalueret	■
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
	Indikator 1 = 90 %	97 %	■
	Indikator 2 = 90 %	91 %	■
	Indikator 3b = 80 %	91 %	■
	<b>Apopleksi:</b>		
	Indikator 3 = 80 %	Ikke længere relevant for GeH	
	Indikator 4 = 70 %	Ikke længere relevant for GeH	
	Indikator 8 = 65 %	Ikke længere relevant for GeH	
	<b>Diabetes:</b>		
Hele behandlingsspakken = 90 %	45 % (Vedrørende fodundersøgelser har hospitalet opgraderet området pr. 1.1.2011 og det forventes derfor, at standarden for denne indikator kan opfyldes fremover. Vedrørende øjenundersøgelser afdækkes muligheden for, at der kan udføres fundusfotos på nærhospitalet i regionen. Hospitalet afventer et projekt initieret af øjenafdelingen på Glostrup Hospital. Baggrunden herfor er, at den nuværende målopfyldelse er afhængig af tilbagemelding fra speciallægepraksis.)	■	
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	Resultatkravet er opnået, da GeH opnåede 100 % godkendte OP-stuer.	■

	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	Resultatkravet er opnået, da GeH opnåede 95 % godkendelse af lokalerne.	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Den tidstro registrering har været fulgt af direktionen og afdelingsledelserne gennem den månedlige LIS-rapport, for at sikre stadigt fokus og løbende opfølgning. Status for jan-dec 2010 viser en opfyldelse på 76,6 % rettidigt afsendt (ekskl. udefunktioner beliggende på GEH). Der er udbudt flere kurser i tidstro registrering i samarbejde med ledende oversygeplejersker. Der arbejdes videre i dialog med de ledende lægesekretærer. Der samarbejdes med Herlev Hospital i kontakten til kommunerne (idet der er overlap mellem optageområdernes kommuner) for at sikre en struktureret implementering. Fremover udarbejder KPU-enheden ledelsesrapport på epikriser, udskrivelsesadviser, henvisninger fra praksissektor samt genoptræningsplaner.	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	Der er i anvendende afdeling (Fysio- og ergoterapien) stedse stort fokus på rettidig afsendelse af GOP. Opfyldelse: 100 % (vurderet af IT-afdelingen, da der ikke forefindes statistisk udtræk).	 
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	Den gennemsnitlige målopfyldelse for 4. kvartal 2010 ligger på ca. 84 %. Der er dermed sket en væsentlig forbedring siden september 2010, hvor 70 % af epikriserne blev afsendt rettidigt.	
	Elektronisk henvisning = 75 %	For elektronisk henvisning er der en målopfyldelse på 50 % (opgjort i perioden 01.01.10-31.10.10). (Bemærk! Dette tal indeholder henvisninger til de fire udefunktioner, der er beliggende på hospitalets matrikel og indeholder kun henvisninger fra ydernumre. Tallet omfatter ikke henvisninger mellem hospitalsafdelinger). Der foregår i regionsregi en analyse af, hvilke læger, der ikke anvender elektronisk henvisning, og der er planlagt en regional indsats på området.	
3. Effektivisering af arbejds gange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejds gange	Der er gennemført mange leanprojekter initieret fra direktionen. Projekter omfattende; MUS,	

	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	fys/ergoterapien, sekretærområdet, operationsgangen, patientforløb osv. med gode resultater. Derudover arbejdes der med lean lokalt på afdelingerne i og med, at hospitalet har mange års erfaring med metoden. Hospitalet har yderligere sendt flere end gennemsnittet på de nye regionale lean kurser og vil ligeledes benytte sig af dette i fremtiden.	
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
1. Hospitalets strategi 2010+	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strategiens indsatsområder skal konkretiseres i dialog med afdelingsledelserne og MED</li> </ul>	Afdelingsledelser og MED-udvalg har konkretiseret strategiens indsatsområder bl.a. ved at indarbejde udmøntning af strategien i afdelingernes dialogaftaler.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der skal foreligge en publikation herom primo 2010</li> </ul>	Der er udgivet en publikation med hospitalets strategi, som blev lanceret på et fællesmøde for alle medarbejdere d. 2. marts 2010.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indsatsområderne skal efterfølgende indarbejdes i hospitalets dialogaftaler med såvel Region Hovedstaden som afdelingsledelserne. I disse aftaler opstilles de konkrete mål som fastsættes i strategien</li> </ul>	Udmøntning af strategien er indarbejdet i afdelingernes dialogaftaler for 2011 og i hospitalets dialogaftale for 2011 med Region Hovedstaden. For at sikre fokus på udmøntning af strategien, er antallet af indsatsområder i afdelingernes dialogaftaler reduceret i forhold til tidligere år.	■
2. Målstyring	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ugentlig opgørelse over knivtid, ansvarstid og antal operationer</li> <li>▪ Ugentlig opgørelse af planlagte antal aktiviteter i form af ansvarsminutter og antal operationer</li> <li>▪ Opgørelserne skal drøftes hver uge på direktionsmødet, og derefter bilateralt med relevante afdelingsledelser. Endvidere skal opgørelserne lægges på intranet og hjemmeside</li> </ul>	Der er i 2010 udarbejdet ugentlige oversigter over kapacitetsudnyttelsen i ambulatorier og på operationsstuerne. Oversigterne viser kapacitetsudnyttelsen for de forgangne 4 uger, samt den planlagte kapacitetsudnyttelse for de kommende 4 uger. Oversigterne offentliggøres på hospitalets intranet.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Månedlig monitorering af antallet af aflysninger og udeblivelser opdelt på hospitals- og patient relaterede årsager</li> </ul>	Som en del af den ugentlige kapacitets-opfølgning udarbejdes ugentlige opgørelser over udeblivelser og aflysninger opgjort på afsnitsniveau og på årsag (aflyst af hospitalet, aflyst af patienten, patienten udeblevet etc.). Opgørelserne offentliggøres på hospitalets intranet.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Opgørelse af hospitalets serviceniveau for så vidt angår patienternes muligheder at komme i kontakt telefonisk eller på mail</li> </ul>	Der er gennemført en analyse af telefonbetjeningen på de kliniske afdelinger og på hospitalet samlet. På baggrund heraf er indført en fast åbningstid mellem 8-15 på alle ambulatorier, hvor telefoniske henvendelser skal besvares. Hospitalet ser frem til indførelsen af	■

		NEM SMS. Desuden monitoreres løbende, at der er koordination mellem den skriftlige patientinformation, informationen på hospitalets hjemmeside samt skiltene på hospitalets område.	
3. Udvikling og rekruttering	<p>Faglige udviklingsmuligheder som nærhospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gentofte Hospital vil i 2010 beskrive og igangsætte minimum et initiativ til at understøtte hospitalets faglige udviklingsmuligheder som nærhospital.</li> </ul>	<p>Der er taget kontakt til en række hospitaler primært i England og Skotland for at undersøge mulighederne for at iværksætte et venskabsprojekt med et hospital svarende til GeH.</p> <p>Projektet er et kompetenceudviklingsprojekt med henblik på at udveksle medarbejdere, der ikke normalt får international inspiration i deres arbejde. Udvekslingen skal foregå i små grupper i få dage ad gangen.</p> <p>Der er nu ved at blive indgået en aftale med Golden Jubelii Hospital i Glasgow.</p>	■
	<p>Attraktiv arbejdsplads:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gentofte Hospital vil i i 2010 benytte Trepartsaftalen (2008) om sundhed og trivsel til at vurdere og afklare behovet for at nytænke sundhedsfremme- og arbejdsmiljøprofilen således, at den matcher de krav der stilles i aftalerne og matcher de muligheder, der forligger i forlængelse af ny hospitalsprofil og nye og renoverede bygninger.</li> <li>▪ Ved behov for yderligere tiltag og justeringer vil disse blive beskrevet i 2010 og plan for iværksættelse udarbejdet</li> </ul>	<p>Nyt kommissorium for hospitalets Arbejdsmiljøudvalg med intensiveret fokus på Trivsel og Sundhedsfremme.</p> <p>Integration af arbejdsmiljø i alle renoverings/nybygningsprojekter fra begyndelsen (automatiseret sterilcentral og renovering af patientbygning 1).</p> <p>Hospitalet har iværksat implementeringen af TrivselOP som foreskrevet af regionen. Hospitalets VMED fungerer som styregruppe og der er etableret et netværk af TrivselOP koordinatore med henblik på erfaringsudveksling i processen og ikke mindst med henblik på opfølgningen af TrivselOP'en.</p>	■
	<p>Medicinske afdelinger – specifik indsats:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Målet er at gennemgå regionens anbefalinger systematisk med henblik på at identificere specifikke indsatsområder i rapporten i forhold til uudnyttede personaleresurser, organisering, logistik og samarbejdsrelationer.</li> <li>▪ Indsatsområderne skal efter konkret vurdering danne baggrund for udviklingsprojekter i det medicinske område.</li> </ul>	<p>HR-afdelingen har afholdt opfølgningsmøde på Medarbejdertopmødet for de medicinske afdelinger i januar 2010. Som opfølgning på mødet arbejdes blandt andet videre med at udbygge det tætte samarbejde med kommunerne. Følge-hjem-ordningen opretholdes og udbygges med følge op/ringe hjem.</p> <p>Samtidig viste opfølgningen at der fortsat skal være fokus på kompetenceudvikling samt projekter om opgaveglidning og fastholdelsestiltag.</p> <p>Den ændrede situation på arbejdsmarkedet har dog midlertidigt sat nogle af disse projekter delvist i bero.</p>	■
	<p>Ledelsesudvikling:</p> <p>I 2010 skal Gentofte Hospital aktivt indgå i det regionale ledelsesudviklings program.</p>	<p>HR-afdelingen har implementeret det regionale ledelsesudviklingsprogram.</p> <p>Der er ydermere afholdt et lokalt lederkursus for over-</p>	■

	Der skal allokeres resurser til både centrale og lokale indsatser, og hospitalet udarbejder en kompetenceanalyse for de nuværende ledere med henblik på den bedst mulige visitation til deltagelse i ledelsesudviklingsprogrammet	læger i sommeren 2010. Endelig har der været afholdt et ledelsescoachingprojekt for sygeplejersker i 2010 med deltagelse af 6 afdelinger.	
--	---	--	--

## Glostrup Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Der er udarbejdet en samlet kvalitetsplan for 2010-2012. Implementeringen er påbegyndt.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Alle stabe og ledelser er uddannet i akkreditering. I 2010 er 70 personer uddannet i avanceret hjertestopbehandling (gruppe 1 og 1A), 486 personer er uddannet i basal hjertestopbehandling (gruppe 3). Der afholdes månedlige kurser i brandsikkerhed og brandbekæmpelse for ansatte såvel som personale, der har været ansat længere end 5 år. I 2010 har: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 430 været på brandkursus ifm. fællesintroduktion</li> <li>▪ 531 været på opfølgende brandkursus</li> <li>▪ 1715 taget E-brand-kursus</li> </ul>	■
	Der etableres og implementeres et fælles registrerings- og dokumentationssystem for afholdelse af hjertestopkurser, brandkurser og andre uddannelsesaktiviteter	Der vil ikke blive udarbejdet et fælles registrerings- og dokumentationssystem. Der stilles et excelark til rådighed for afdelingernes lokale registrering, som vil blive aggregeret på hospitalsniveau.	■
	Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospital med fokus på løsning af opgaver relateret til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Glostrup Hospital skal udarbejde 5 aftaler. Alle aftaler er indgået ultimo marts 2011.	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospi-		









	<p>talet, herunder konkrete mål for 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der gennemføres en mortalitetsanalyse til identifikation af dødsårsager og udarbejdes en handlingsplan for reduktion af dødeligheden</li> <li>▪ Hospitalet gennemfører med regelmæssige mellemrum analyse af forekomsten af skader ved hjælp af Global Trigger Tool (GTT)</li> <li>▪ Relevante hospitalserhvervede infektioner overvåges løbende, og der iværksættes indsatser til nedbringelse af disse</li> <li>▪ Hospitalet gennemfører i foråret 2010 en kampagne for sikker mundtlig kommunikation med indførelse af ISBAR konceptet</li> </ul>	<p>Mortalitetsanalyse er gennemført i starten af 2011.</p> <p>Der er nedsat et team til varetagelse af opgaven. Teamet uddannet i oktober/november 2010 hvorefter GTT implementeres med månedlige analyser. Dette startede i november 2010.</p> <p>Der er foretaget prævalensundersøgelser i marts og oktober 2010. Der er igangsat håndhygiejneobservationer i henhold til regionens håndhygiejnekampagne.</p> <p>Kampagnen er gennemført. ISBAR (samt ISBAR med SALSA) er kendt og anvendt på hospitalet.</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>	I regi af Kvalitetsrådet er der udarbejdet og implementeret proces for vidensdeling og opfølgning. NIP-data præsenteres systematisk i Kvalitetsrådet og direktionen følger op på de enkelte afdelingers NIP-resultater – se i øvrigt fokusområde vedr. kortlægning og nyttiggørelse af kliniske databaser og dokumentationsstyringsinstrumenter	
	Indikator 1 = 90 %	94 %	■
	Indikator 2 = 90 %	97 %	■
	Indikator 3b = 80 %	92 %	■
	<b>Apopleksi:</b>		
	Indikator 3 = 80 %	94 %	■
	Indikator 4 = 70 %	78 %	■
	Indikator 8 = 65 %	71 %	■
	<b>Diabetes:</b>		
	Hele behandlingspakken = 90 %	67 %	■
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	100 %	■
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	70 %	■
	Der udarbejdes en lokal vejledning for ansvarsfordeling og opgaver i forhold til rengøring	Der er udarbejdet en lokal vejledning for ansvarsfordeling og opgaver i forhold til rengøring.	■

	Der udarbejdes lokalt en aftale om, hvor rullende og andet ikke-fast inventar rengøres	Implementering af lokal aftale om rengøring af rullende og andet ikke-fast er i gang.	■
	Der udarbejdes en lokal vejledning om ansvarsfordeling og samarbejde omkring rengøring af medico-teknisk udstyr	Regional vejledning er udgivet i september. Vejledningen danner grundlag for beskrivelse af lokal vejledning og praksis, som p.t. er under udarbejdelse.  Der er indgået serviceaftaler mellem Rengøringsafdelingen og de enkelte kliniske afdelinger om konkret ansvarsfordeling vedr. rengøring af medicoteknisk udstyr	■
	Der udarbejdes en forbedret indkøbsprocedure, så rengøring medtænkes fra start på linje med andre parameter som økonomi, kvalitet, miljø, driftsomkostninger og arbejdsmiljø	Forbedret indkøbsprocedure vedr. medicoteknisk udstyr er udarbejdet.  Forbedret indkøbsprocedure vedr. andre lokale områder mangler og vil blive udarbejdet i 2011.	■
	Der skabes overblik over gældende standarder, vejledninger og instruktionsmateriale, så alle ledende ansatte på Glostrup Hospital kan få indsigt i aftaler, metoder og praksisser	Overblik over gældende standarder, vejledninger og instruktionsmateriale er etableret.	■
	Der gennemføres både forår og efterår en oprydning- og systematiseringskampagne på fællesarealer og i afdelinger	Oprydning- og systematiseringskampagner forventes gennemført inden udgangen af 2010.	■
	Rengøringsafdelingens nye introduktions- og uddannelsesprogram evalueres, og at eventuelle forbedringer iværksættes (baggrunden er, at hospitalsmedhjælperne siden efteråret 2009 har modtaget udvidet og systematisk uddannelse i standarderne inden for rengøring og udførelse af kvalitetskontrol)	Introduktions- og uddannelsesprogram er evalueret, og tiltag til forbedring er iværksat	■
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	81,5 %	■
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	Glostrup Hospital sender elektronisk til 28 ud af 29 kommuner. Måling af rettidig afsendelse af elektronisk genoptræningsplan afventer mulighed for måling fra RegionH.	■
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	78,3 % sendes inden for 3 dage 4,6 % sendes inden for 3-5 dage 17,1 % sendes senere end 5 dage	■
	Elektronisk henvisning = 75 %	Tal for 2010 var ikke tilgængelige	■
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange <ul style="list-style-type: none"> <li>Der gennemføres et projekt i relation til hospitalets administrative funktioner med henblik på at tilpasse disse til hospi-</li> </ul>	Direktionen har i samarbejde med de administrative stabe dels sikret relevant tilpasning til hospitalets fremtidige størrelse og profil, dels igangsat proces med eksternt konsulentfirma, som blandt andet skal sikre (endnu) bedre støtte og support til de kliniske afdelin-	■

	talets fremtidige størrelse og profil samt forventninger til støtte og support til de kliniske afdelinger	ger.	
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul> Der igangsættes uddannelse af et antal LEAN-konsulenter, som kan stå for LEAN-projekter i relation til nye og / eller etablerede kliniske funktioner.	Der er udpeget lean-koordinator samt uddannet fem lean-konsulenter. Der etableres "projektgruppe", som skal sikre implementering af den regionale lean-strategi.	■
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
Målrettet opfølgning på og forbedring af resultater fra patienttilfredshedsundersøgelser  Øget inddragelse af brugernes perspektiv	▪ At den samlede tilfredshed blandt patienterne på Glostrup Hospital i LUP 2010 ligger på eller over landsgennemsnittet	LUP data er ikke modtaget endnu	■
	▪ At hospitalets Kvalitetsråd har prioriteret tre forbedringsområder i LUP og på denne baggrund iværksat en systematisk indsats for at forbedre resultatet fra 2009 til 2011	LUP data er ikke modtaget endnu	■
	▪ At andelen af patienter, der tildeles en behandlingsansvarlig/plejeansvarlig kontaktperson forbedres i 2010	Andelen af patienter, der tildeles en behandlingsansvarlig/plejeansvarlig kontaktperson er på niveau med 2009 og ligger mellem 83 % og 87 %	■
	▪ At der er foretaget løbende lokale målinger af patienternes kendskab til kontaktpersonordningen	Der er foretaget målinger i juni og august 2010	■
	▪ At alle relevante afdelinger har afholdt dialogmøder med patienter og evt. pårørende	Alle relevante afdelinger har afholdt dialogmøder med patienter og evt. pårørende.	■
	▪ At mindst fire afdelinger har gennemført enten dialogmøde/fokusgruppe-interview med patienter eller en IPL-aktivitet med inddragelse af patienter/pårørende	Fire afdelinger har gennemført relevant aktivitet med inddragelse af patienter/pårørende	■
	▪ At mindst 50 medarbejdere fra relevante afdelinger har deltaget i kompetenceudvikling med fokus på patientkommunikation/bruger-inddragelse	50 medarbejdere har deltaget i kompetenceudvikling med fokus på patientkommunikation/bruger-inddragelse.	■
Systematisk kompetenceudvikling med fokus på MUS og udviklingsplaner	▪ At 80 % af alle medarbejdere har deltaget i en MUS-samtale	80 % af alle medarbejdere har deltaget i en MUS-samtale.	■
Udvikling af sundt og sikkert arbejdsmiljø	▪ At alle afdelinger har iværksat relevante initiativer på baggrund af projekt "Travlt på den fede måde"	Der er igangsat 3 lokale projekter på baggrund af "Travlt på den fede måde".	■



<p>Styrkelse af interprofessionel læring</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 80 % af alle sygeplejestuderende har svaret ”tilstrækkelig” eller ”mere end tilstrækkelig” på spørgsmålet: I hvor høj grad fik du opfyldt de lærings- og uddannelsesmål, der er beskrevet for perioden?</li> </ul>	<p>På grund af den økonomiske situation blev de fælles regionale evalueringsskema ikke udarbejdet.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At hospitalet er modelhospital for interprofessionel læring og samarbejde</li> <li>▪ At 50 % af alle studerende har deltaget i en IPLS-aktivitet</li> <li>▪ At fem afdelinger har arbejdet med et projekt for studerende eller medarbejdere om interprofessionel læring og samarbejde</li> </ul>	<p>Glostrup Hospital har oprettet Dansk Selskab for IPLS. Glostrup Hospital har arbejdet målrettet med IPLS i 2010 og fokusområdet videreføres i 2011.</p> <p>Ca. 10 % af de studerende har deltaget i en IPLS-aktivitet.</p> <p>Fem afdelinger har arbejdet med et projekt for studerende eller medarbejdere om interprofessionel læring og samarbejde</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>
<p>Kortlægning og nyttiggørelse af kliniske databaser og dokumentationssystemer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At kliniske resultater vedvarende monitoreres</li> <li>▪ At der arbejdes systematisk med at forbedre de kliniske resultater</li> <li>▪ At Glostrup Hospital har udarbejdet en datamonitoreringsplan og løbende har fulgt udviklingen i væsentlige kvalitetsdata</li> <li>▪ At alle NIP-rapporterende afdelinger har udarbejdet en plan og en rutine for, hvordan Kvalitetsrådet holdes informeret om afdelingens resultater</li> <li>▪ At alle NIP-rapporterende afdelinger mindst én gang i 2010</li> </ul>	<p>Der er udarbejdet en datamonitoreringsplan, som løbende vil blive opdateret og præsenteret for kvalitetsrådet og direktionen</p> <p>Glostrup Hospital har etableret et netværk for analyseansvarlige klinikere, hvis formål er at systematisere analyse og opfølgning af kliniske kvalitetsdata for de landsdækkende kliniske databaser.</p> <p>Planen er udviklet og data følges</p> <p>Årsresultaterne for NIP-databaserne præsenteres årligt for kvalitetsrådet</p> <p>Alle NIP-rapporterende afdelinger har præsenteret</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>

	har præsenteret afdelingens resultater for Kvalitetsrådet	NIP-resultater for Kvalitetsrådet.	
Forbedring af samarbejdet om sammenhængende patientforløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At patienter på Glostrup Hospital oplever sammenhæng i forløbene internt på hospitalet og i forhold til primær sektor</li> <li>▪ At alle relevante afdelinger har gennemført patientjournalaudit med fokus på overgange</li> <li>▪ At alle relevante afdelinger har gennemført audit på forløbsprogrammer for KOL, diabetes og hjerteområdet</li> <li>▪ At der er planlagt relevante opfølgende tiltag på baggrund af audits</li> </ul>	<p>LUP data er ikke modtaget endnu</p> <p>Alle relevante afdelinger har inden årets udgang gennemført patientjournalaudit med fokus på overgange.</p> <p>Der er ydet støtte til gennemførelse af Vestegnsprojektet med fokus på implementering af forløbsprogrammer for KOL og Diabetes.</p>	    
Udvikling af samarbejdet mellem stabe og kliniske afdelinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At samarbejdet mellem stabe og kliniske afdelinger udvikles</li> <li>▪ At der gennemføres projekt med henblik på at udvikle samarbejdet mellem stabe og kliniske afdelinger</li> </ul>	Der er iværksat konsulentundersøgelse af samspillet mellem - og organiseringen af - de administrative stabe.	
Styrkelse af samspillet mellem stabene	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At samspillet mellem stabene styrkes</li> <li>▪ At der gennemføres projekt med henblik på at styrke samspillet mellem stabe og kliniske afdelinger</li> </ul>	Se lige ovenfor	
Forbedring af registreringspraksis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At registreringen på Glostrup Hospital er tidstro og korrekt</li> </ul>	<p>Der er igangsat 2 projekter til forbedring af registreringen på Glostrup Hospital. Projekterne skal bidrage til at registreringen på hospitalet bliver tidstro og korrekt.</p> <p>Projektet vedrørende registreringspraksis har grundlæggende fokus på rettidig og korrekt registrering.</p> <p>Projekt Aktiv Data har 2 formål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At give afdelingsledelser, direktionen, registreringsansvarlige, ØP og It en let adgang til tidstro data.</li> <li>▪ At sikre en mindre sårbarhed i ØP og It mht. at "kun specialister kan trække data".</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At der udarbejdes et system/en model, der understøtter ”god registrering” og giver et retvisende billede af registreringskvaliteten samt tidstro data</li>   <li>▪ At systemet kan anvendes som ledelsesinformation for afdelingsledelserne og direktionen</li>   <li>▪ At det undersøges, om der er behov for at etablere en ny registreringsmetode samt en forøget kursusindsats overfor afdelingerne</li> </ul>	<p>Direktionen godkendte udarbejdelse af AktivData d. 7. dec. 2010.</p> <p>Der er designet 7 standardrapporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- overordnet aktivitetsbudget/ regnskab og opfølgning</li> <li>- procedurer og diagnoser (organisatorisk- samt kontaktniveau)</li> <li>- sengedage, belægning og liggetid</li> <li>- Nøgletalsrapport (særligt ønske fra direktionen)</li> </ul> <p>Alle rapporter er d.d. udarbejdede.</p> <p>Følgende udestår:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Automatisering af import af data (automatisk liste skal opsættes) – er igangsat. forv. marts.</li> <li>- Automatisering af import af data fra udefunktioner – er igangsat / forv. marts.</li> <li>- Testfase i ØP/IT samt 4 testpersoner/ reg. ansvarlige (udvalgt via projekt forbedret registrering) / forv. april.</li> <li>- Afholdelse workshop for afdelingerne. Forv. maj.</li> </ul> <p>Implementering på Glostrup Hospital via Web-Lis. Forv. juni 2011</p> <p>Se ovenfor</p> <p>Projekt Forbedret registrering og produktivitet på Glostrup Hospital er gennemført og afrapporteret til direktionen pr. 8. marts 2011.</p> <p>Afrapporteringen er designet som en manual for implementering af ny forretningsgang udsendt af Regio-</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>
--	---	--	-------------------------------------










	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At der gennemføres konkrete tiltag, som forbedrer registreringspraksis samt supporten af registreringen fra stabsafdelinger</li> <li>▪ At der gennemføres interview-analyse med fire store afdelinger mhp. afdækning af <ul style="list-style-type: none"> <li>○ registreringspraksis, herunder registreringsansvarlige</li> <li>○ hvordan kvalitetssikres dataregistreringen</li> <li>○ dialog og uddannelse vedr. ajourføring af kodepraksis og procedurekoder</li> <li>○ samspil ml. lokale kliniske systemer og GS</li> </ul> </li> </ul>	<p>nen ultimo dec.</p> <p>De 2 projekters formål har været meget identiske, og derfor kan resultater og anbefalinger fra projekt forbedret registrering uden videre overføres til arbejdet med etablering af nyt Registreringsråd og implementering af regionens ny forretningsgang.</p> <p>Se ovenfor</p> <p>Der er gennemført interview-analyse med fire store afdelinger.</p>	<p style="text-align: center;">■</p> <p style="text-align: center;">■</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ På baggrund analysen vurderes behovet for ændringer af registreringspraksis, herunder forbedring af: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ledelsesinformation til registreringsansvarlige, afdelingsledelser og direktion</li> <li>○ yderligere kursustiltag</li> <li>○ arbejdsgange vedr. registrering mv.</li> </ul> </li> </ul>	<p>På baggrund af analyserne er iværksat relevante tiltag</p>	<p style="text-align: center;">■</p>



## Helsingør Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Der er udarbejdet en "Kvalitetsplan 2010 – 2012" med tilhørende monitoreringsplan. Revideringsproces jf. planen er påbegyndt november 2010, herunder en revidering af indsatsområdernes indikatorer og mål, og tilføjelser af påpegede mangler i forbindelse med Mock-survey.	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Selvevaluering blev gennemført på: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personalesager: Der er gennemført audit på samtlige personalesager med deltagelse af ledelsen fra afdelingerne</li> <li>▪ Medicoteknisk udstyr: Der er gennemført en tracer i maj 2010. Traceren afslørede forbedringspunkter i registreringen af udstyr, hvorfor der blev gennemført en opfølgning august med fokus på mærkning af udstyr</li> <li>▪ Medicinhåndtering fra ankomst til patient eller returnering: Der er gennemført en tracer i september 2010</li> <li>▪ Der er foretaget en gennemgang af eksisterende vejledninger</li> </ul>	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der er gennemført staff-meeting om kvalitet. Desuden varetager den kvalitetsansvarlige kliniske sygeplejerske i Medicinsk Afdeling diverse undervisningsopgaver i afdelingen.</li> <li>▪ Kvalitetskonsulent varetager desuden diverse uddannelsesopgaver om akkreditering i relation til Medicinsk Afdeling, Serviceafdelingen og Teknisk Afdeling.</li> <li>▪ Virksomheds-MED og lederne på Helsingør Hospital er blevet undervist i akkreditering på afholdte seminarer i 2010.</li> <li>▪ Alt nyt personale kommer på hjertestop- og brandkurser i forbindelse med introduktion som afholdes hver måned med undtagelse af juli.</li> <li>▪ Som opfølgning på audit af personalesager er der</li> </ul>	■

		<p>lagt plan for det personale, der mangler de pågældende kurser.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gennemførelse af temamøder og orienteringsmøder om akkreditering for medarbejdere</li> <li>▪ Der er afholdt gå-hjem-møde for alle ansatte med introduktion til JCI.</li> <li>▪ Kvalitetskonsulenten i direktionen har prioriteret at deltage i personalemøder på alle afsnit og afdelinger mhp. gennemgang af Kvalitetsplan 2010-2012, dens indsatområder og konkrete betydning for afsnit og afdelinger (november/december 2010 til maj 2011). Endvidere er der afholdt hyppige møder med ledelsen i medicinsk afdeling om kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet.</li> <li>▪ Som opfølgning på Mock-surveyet prioriteres møder i alle afsnit og afdelinger mhp. gennemgang af de konkrete fund i JCI's konsulentrapport fra Mock-survey. Formålet er tillige at understøtte arbejdet med forbedring på de konkrete fund (november-december).</li> <li>▪ Arbejdet med at synliggøre Kvalitet og Patientsikkerhedsarbejdet har været prioriteret ved bl.a. at forstærke kommunikationen herom på intranettet.</li> <li>▪ Mhp. formidling er der udarbejdet ensartede skabeloner til monitorering og afrapportering af data, der løbende sendes til afdelinger og afsnit, med det formål at få synliggjort lokale og relevante kvalitetsdata. Det er således nu ved at være indarbejdet en form, der gør det let for personalet at identificere kvalitetsdokumenter.</li> </ul>	
	<p>Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospital med fokus på løsning af opgaver relateret til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gennemføre bygningsgennemgang på hele matriklen, udfærdigelse af oversigt over fund som grundlag for prioritering af vedligehold. Prioriteringen tager højde for krav til hygiejne både i forhold til udskiftning og vedligehold af udstyr</li> <li>▪ Bygningen er gennemgået og afrapporteret til Kvalitetsrådet på et møde i juni 2010 med oversigt over fund. Der er på baggrund heraf foretaget en prioritering. Metode og proces i relation til bygningsgennemgang blev bemærket af JCI som ek-</li> </ul>	■

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	<p>semplarisk og som velegnet til model for regionens andre virksomheder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beredskabsplanen er revideret og vil blive revideret igen mhp. at afspejle den kommende organisation, hvor de fleste af Hillerøds udefunktioner er flyttet ud, og reumatologien er flyttet ind på Helsingør Hospital.</li> </ul>	
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken er udarbejdet. Desuden er der opstillet konkrete mål for 2010.</li> </ul>	
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
	Indikator 1 = 90 %	78 % (3. kvartal)	
	Indikator 2 = 90 %	33 % (3. kvartal)	
	Indikator 3b = 80 %	86 % (3. kvartal)	
	<b>Apopleksi:</b>	Apopleksi er ikke relevant for Helsingør	
	<b>Diabetes:</b>		
Hele behandlingspakken = 90 %	60 % (1. 9 – 30. 11 2010)		
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	50 % af operationsstuer godkendt	
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	75 % af øvrige rum godkendt	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Målopfyldelsen er på 85 %. For at skærpe opmærksomheden på evt. manglende tidstro registrering, er der daglig monitorering og en kontakt til afdelingssygeplejersken i de afsnit som ikke overholder servicemålet.	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	De elektroniske genoptræningsplaner er fuldt implementeret på Helsingør Hospital. Antallet af genoptræningsplaner fordeler sig med 68 % til indlagte patienter og 32 % til ambulante patienter. Af de indlagte patienter lever kun 37 % op til lovens krav. Medtages de planer, som udarbejdes samme dag som patienten udskrives, stiger tallet til 51 %. Indholdsmæssigt er hospitalets kommunale samar-	

		bejdspartnere meget tilfredse med kvaliteten af genoptræningsplanerne	
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	Ledende lægesekretær i Medicinsk Afdeling har fokus på rettidig afsendelse af epikriser. Der er i 2010 sket en markant forbedring af servicemål, således at samtlige afdelinger med undtagelse af afsnit 51 er nær målet på 90 %.	■
	Elektronisk henvisning = 75 %	Helsingør Hospital kan sende og modtage elektroniske henvisninger fra hospitaler, almen praksis og kommunerne. Status er at dette fungerer tilfredsstillende. Dog er der nogle få praktiserende læger, der ikke har it-redskaber til at modtage/fremsende elektroniske henvisninger.	■
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange	Hospitalet har gennemført et meget stort effektiviseringsprojekt, som involverer hovedparten af funktionerne på den medicinske afdeling. Der blev lukket et sengeafsnit og et 5-døgnsafsnit blev omdannet til et 7-døgnsafsnit og alle afsnit fik øget deres sengeantal. Samtidig blev tilbuddet i daghospitalet udvidet, både kvantitativt og kvalitativt. Herunder blev antallet af akutte og sub-akutte tider øget med henblik på aflastning af sengeafsnittet og akutmodtagelsen. Konsekvensen af omlægningen har været en faldende gennemsnitlig liggetid.	■
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	Lean-projektet om depotfunktionen med fokus på logistik er udsat, idet etableringen af et fælles regionalt indkøbssystem (reflex) og fælles depot forventes at afhjælpe mange af de adresserede problemstillinger.  Hospitalet har udpeget deltagere til Regionens kurser for LEAN-agent og LEAN-basis og LEAN-projektet påbegyndes umiddelbart efter kurserne i december.	■
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
1. Etablering af akutmodtagelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At den geriatriske spydspidsfunktion i akutmodtagelsen er etableret</li> </ul>	Der er ikke økonomiske midler til at prioritere en geriatrisk spydspidsfunktion i Helsingør. Sagen er drøftet på et fællesmøde mellem direktionerne i Nord, og Helsingør vil bakke op om en styrkelse af geriatrien på Hillerød Hospital.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ At der er kommet en afklaring på lægebemandingen til betje-</li> </ul>	En stilling som overlæge i Akutmodtagelsen er opslået.	■

	ning af akutmodtagelsen	men kvalificerede ansøgere savnes.	
2. Kvalitetsudvikling	<ul style="list-style-type: none"> <li>At målene for implementering af de internationale patientsikkerhedsmål opfyldes. Konkrete mål defineres januar 2010</li> </ul>	<p>Helsingør Hospital har defineret 24 konkrete mål i Kvalitetsplan 2010 – 2012. Alle konkrete mål er implementeret, for en del indikatorers vedkommende (5) er data-indsamling planlagt, men endnu ikke gennemført.</p> <p>På 6 mål har hospitalet nået det fastsatte niveau. Flere af de andre udviser en stigende tendens og dermed en forventning om, at målet indfries. Enkelte andre indikatorer ændres for 2011, da de har vist sig at være uhenigtsmæssigt valgt.</p> <p>Endelig inddrages et nyt indsatsområde under Patientsikkerhedsmål 4 om: "Sikkerhed for korrekt operationssted, korrekt indgreb og korrekt patient" i for hold til endoskopiering af patienter.</p>	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>At patienttilfredsheden ved næste LUP viser forbedringer</li> </ul>	Resultaterne for LUP 2010 foreligger endnu ikke, hvorfor det ikke kan afgøres om der er sket en forbedring af patienttilfredsheden.	■
3. Styrkelse af administrative rutiner	<ul style="list-style-type: none"> <li>At hospitalet sikrer budgetoverholdelse via løbende overblik over forbrugs- og aktivitetsudviklingen i løbet af året</li> </ul>	Helsingør Hospital har i 2010 overholdt budgettet.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>At det opleves, at der hersker systematik og sikkerhed omkring journalisering og postfordeling</li> </ul>	Der har været arbejdet med retningslinjer for journalisering i det nye elektroniske dokumentstyringssystem Captia, som efter nogen forsinkelse er implementeret i administrationen februar 2011. Det elektroniske system forventes, at sikre bedre overblik, systematik og sikkerhed. Et mål som har været vanskeligt at nå uden den fornødne IT understøttelse primært pga. af de mange forskellige post- og sagsindgange.	■

## Herlev Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Tids-, og handlingsplan er udarbejdet og lagt til grund for det gennemførte Mock survey (12. okt.- 15.okt.). Denne blev revideret efter Mock survey og en ny handlingsplan for hospitalets forberedelse til akkreditering ved JCI survey 2011 blev udarbejdet. Monitoreringsplan er integreret i hospitalets kvalitetsstrategi.	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Selvevalueringsproces blev gennemført efter afsluttet Mock survey og mundede ud i udarbejdelse af handleplan for forberedelse til JCI survey i maj 2011.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Der er gennemført uddannelses- og informationstiltag indenfor de pågældende områder i 2010. For så vidt angår tiltag ift. Brandsikkerhed kan oplyses, at Regionens E-learning-enheden har tilrettet testmetode fra Tryk-Brandskole om brand til hospitalets forhold indenfor den gældende samarbejdsaftale. Testen rummer et "certifikat" som den enkelte medarbejder kan udprintes og lægges på personalesag. Afklaring af IT-løsning forventes primo 2011. Der udestår at opnå at alt relevant personale på alle afdelinger uddannes i hjertestop og brandsikkerhed. Dette er pålagt afdelingerne.	■
	Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospital med fokus på løsning af opgaver relateret til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Der pågår på nuværende tidspunkt en proces med forhandling mellem Gentofte Hospital og Herlev Hospital vedr. samarbejdsfunktionen vedr. kirurgi og ortopædkirurgi for 2011	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til	Hospitalets handleplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet er udarbejdet i form af hospita-	■

handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	lets kvalitetsstrategi som indeholder konkrete mål.	
Implementering af vejledning for identifikation og behandling af sepsis reducerer antallet af sent diagnosticeret sepsis	Den pågældende vejledning er udarbejdet og implementeret i organisationen. Der pågår i henhold hertil løbende opfølgning på området	■
Fortsættelse af Ledernes PatientSikkerhedsrunder understøtter arbejdet med patientsikkerhed på afdelingsniveau	Der gennemføres planmæssigt rundringer ift. lederes patientsikkerhed med bl.a. direktioninvolvering for at understøtte fokus og indsats. Opfølgning på området sker i hospitalets kvalitetsorganisation.	■
Kampagne om brug af PDA til sikker patientidentifikation (forudsat de tekniske barrierer overkommes) øger patientsikkerheden	Området indgår som delelement i hospitalets igangværende EPM reimplementering. Reimplementeringen er planmæssigt videreført i 2011.	■
Håndhygiejekampagne reducerer antallet af hospitalserhvervede infektioner	Hospitalet har gennemført en håndhygiejne medio 2010 i forlængelse af udarbejdet kampagnemateriale og -site på hospitalets intranet. Der er endvidere udarbejdet en vejledning for området. Målingsresultater indsamles løbende.	■
Utilsigtede hændelser er analyseret og læring er implementeret	Med forankring i hospitalets kvalitetsorganisation sker systematisk analyse og videndeling ift. utilsigtede hændelser. Hvor utilsigtede hændelser involverer medicineringsfejl m.v. afdækkes problemstilling endvidere i hospitalets lokale lægemiddelkomité.	■
Mobilt Akut Team har øget patientsikkerheden i alle kliniske afdelinger	Hospitalet har på nuværende tidspunkt et koncept for området men det har ikke i 2010 været muligt at prioritere midler til afvikling af den fornødne uddannelsesindsats for medarbejdere for alle relevante medarbejdere.	■
<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
Indikator 1 = 90 % andel af patienter, der får foretaget ekkokardiografi	Opfyldelsesgrad er 93 %	■
Indikator 2 = 90 % andel af patienter der NYHA klassificeres ved udskrivning eller ved første ambulante kontrol	Opfyldelsesgrad er 100 %	■
Indikator 3b = 80 % andel af patienter med nedsat systolisk funktion, der er opstartet eller forsøgt opstartet behandling med betablokker	Opfyldelsesgrad er 85 %	■
<b>Apopleksi:</b>		
Indikator 3 = 80 %	Opfyldelsesgrad er 100 %	■

	andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, som sættes i antikoagulationsbehandling indenfor 14. indlæggelsesdøgn		
	Indikator 4 = 70 % andel af patienter der får udført en MR/CT scanning indenfor 1. indlæggelsesdøgn	Opfyldelsesgrad er 82 %	■
	Indikator 8 = 65 % andel af patienter, der vurderes med vandtest	Opfyldelsesgrad er 45 %	■
	<b>Diabetes:</b>		
	Hele behandlingspakken = 90 %	Hospitalets målopfyldelse på området i henhold til det justerede resultatkrav for 2010 er ikke tilfredsstillende. Der er desværre ikke gennemført de fornødne dataindrapporteringer ift. hele behandlingspakken i 2010 på relevante kliniske afdelinger. Indsatsen forstærkes i 2011.	■
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	100 %	■
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	75 %	■
	Godkendelse, implementering og opfølgning af vejledning af rengøringskvalitet, herunder snitflade-afstemning ml. rengøringspersonale og plejen samt ansvar	Vejledningen er godkendt og implementeret på hospitalet	■
	Serviceaftaler med henblik på afstemning af og opfølgning på Intern Service og Logistik	Indgåelse af konkrete serviceaftaler mellem Intern Service og logistik og den enkelte kliniske afdeling er gennemført i 2010. Der foretages i forlængelse heraf løbende justeringer og opdateringer i serviceaftalerne ud fra behovsvurderinger og ressourceramme.	■
	Tilknytning af serviceassistent på sengeafsnit, operationsgangen og akutmodtagelsen mhp. styrkelse af kommunikation og selvkontrol	Der er på nuværende tidspunkt tilknyttet serviceassistenter til hospitalets sengeafsnit. I den videre planlægning og ressourceprioritering indgår, at flere serviceassistenter opstarter uddannelsesforløb fra januar 2011.	■
	Styrkelse af metodeanvendelsen ved intern kvalitetsopfølgning samt målrettet og situationsbestemt uddannelse	Kurser i metodeanvendelse indenfor rengøringsområdet gennemføres planmæssigt i perioden september-december 2010.	■
	Intern kvalitetsopfølgning med prioritering af patientnære rengøringsopgaver	Der pågår som en fortløbende proces med opfølgning på rengøringsplaner samt fokus på gennemførte audits mhp. at foretage prioriteringer indenfor den økonomiske ramme for området.	■
	Udvikling af rengøringsteknologi og -kapacitet gennem regionens centrale pulje, hvortil hospitalet vil ansøge om projektmidler pri-	Hospitalet indgik sammen med øvrige hospitaler i udmøntningen af regionens centrale rengøringspulje i	■



	mo 2010	budget 2010. Midlerne er anvendt til styrkelse af rengøringsindsatsen ift. Operationsgangen, metodeudvikling for rengøringspersonalet samt øget indsats i bekæmpelsen af Clostridium difficile og øvrig gastroenteritis.	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Der er gennemført et projekt for tidstro registrering i 2010. Målopfyldeelse er steget til 74 % for alle patienter og bedre for de patienter som der er samarbejde med kommunen for. Indsatsen videreføres i 2011.	■
	Rettidig afsendelse af elektronisk genopræning = 80 %	Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke data for området og der afventes en regional model for måling.	■
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	Målopfyldeelse steg til 70 %. De regionale tal er først blevet tilgængelige i 2011.	■
	Elektronisk henvisning = 75 %	Tal for 2010 var ikke tilgængelige.	■
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange	Hospitalets leanfunktion er nedlagt i henhold til udmøntningen af hospitalets økonomiske genopretningsplan. Fremadrettede tiltag gennemføres via regionens centrale Lean-strategi, med en blanding af ekstern rådgivning, lokale projekter samt ad hoc konsulentassistance ved Udviklingskonsulent.	■
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	<u>Projekt vedr. Akutmodtagelsen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projekt vedrørende patientflow og journallogistik mellem hospitalets akutmodtagelse og øvrige kliniske afdelinger. Projektets forslag til teamorganisering og styring af patientstrømme via Akutmodtagelsens sengekapaцитet på 32 senge er implementeret primo 2011. Et arbejdsmiljøprojekt vedrørende team-dannelse og social kapital er igangsat med ekstern bevilling fra Forebyggelsesfonden på ca. 2 mio. kr.</li> </ul> <u>Projekt vedr. adm. arbejdsgange ml. region., adm. og kli. afd.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projekt er skrinlagt ifm. iværksættelsen af regionens administrationsanalyse.</li> </ul> <u>Projekt vedr. kroniske patienter – KOL og diabetes</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementering af forløbsprogrammer iværksat med planlægning af patientundervisning og kompetence-udvikling af personale på hospital og i kommuner.</li> </ul>	■









		Projekt ved. stuegang i Medicinsk afdeling O Afsluttet.	
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Hospitalsplan	<b>Kvinde-Barn Center etableres i midlertidige rammer:</b>		
	Etablering af neonatalafsnit, mor-barn afsnit samt udvidelse af nuværende fødeafsnit i tidsrummet jan-juni 2010 (fase 1)	Byggeprojektet er afsluttet	■
	Forberedelse til udvidelse af stationære afsnit for børn (fase 2)	Forberedelsen er tilvejebragt i overensstemmelse med projektplanen og byggeforanstaltningen færdiggøres planmæssigt pr. april 2011.	■
	Forberedelse af etablering af akutmodtagelse for børn samt etablering af erstatningsfaciliteter til ombygninger (fase 3)	Forberedelsen er tilvejebragt i overensstemmelse med projektplanen og byggeforanstaltningen færdiggøres planmæssigt pr. april 2011.	■
2. Byggeri - udbygningsplanen	Afholdelse af projektkonkurrence	Projektkonkurrence er planmæssigt gennemført i perioden til ultimo oktober 2010 hvorefter der gennemføres bedømmelsesfase af indkomne forslag. I henhold til den fastlagte tidsplan indgår offentliggørelse samt vinderoverrækkelse i april 2011.	■
	Udvidelse af Servicebygning	Det er i forlængelse af det foreløbige tilsagn om midler fra regeringens kvalitetsfond er besluttet, at udbygning af hospitalets servicebygning integreres i hospitalets samlede projektkonkurrence med offentliggørelse i april 2011.	■
	Indretning af 3. sal i sengebygningen	Byggetiltag på 3. sal i sengetårnet er påbegyndt i oktober 2010 mhp. etablering af ny kardiologisk sengeafsnit efter de nyeste principper for moderne hospitalsbygning. Byggearbejdet forventes færdiggjort i 2. kvartal 2011.	■
3. Arbejdsmiljø	<b>Arbejdsmiljøet er fokuspunkt i midlertidige og fremtidige fysiske ramme:</b>		
	Det indgår som udviklingsområde i afdelingernes dialogaftale, at der arbejdes konkret med at forbedre de midlertidige fysiske rammer i 2010.	Forbedring af afdelingernes fysik i midlertidige rammer sker i tæt samarbejde med hospitalets byggeorganisation og tiltag sker i henhold til de byggeplaner, hvortil der er givet anlægsbevilling fra Regionsrådet.	■
	Sikre god skiltning og afskærmning ifm. Byggearbejder samt	I samtlige iværksatte byggeprojekter indgår som fast	■






etablere storskærme i forhallen med information	<p>element, at der tilvejebringes god skiltning af af-skærmning inf. byggearbejder. Disse forhold indtænkes både ift. patienternes færden på hospitalet areal samt de arbejdsmiljømæssige hensyn for personale og håndværkere. Der sker løbende evaluering på området.</p> <p>Der er godkendt pilotafprøvning af INFO-tv løsning i hospitalets forhal i samarbejde med Koncern Kommunikation. Endvidere færdiggøres i december 2010 rapport med evaluering og anbefalinger ift. 3 afdelingsrettede projekter, hvor der er opsat INFO-skræme i ventearealer ved ambulatorier.</p>	
Øge antallet af møde- og undervisningslokaler ved indførelse af fælles booking af afdelingernes konferencerum	Der er ifm. rokeringer og ombygninger samlet set tilvejebragt et øget antal møde- og undervisningslokaler, som kan bookes via hospitalets intrabooking.	■
Oprydning og jævnlige audits på ydre arealer med udarbejdelse af og opfølgning på handleplaner	Der er i juni 2010 godkendt koncept for oprydning på gang- og fællesarealer og aktiviteter er efterfølgende implementeret i henhold til akkrediteringsstandarder på området. Oprydningsindsatsen indgår som en væsentlig parameter ift. en forbedring af rengøringen.	■
Arbejdsmiljøorganisationen inddrages i byggesager, så arbejdsmiljøet tilgodeses.	Der er i 2010 sket en revision af kommissoriet for hospitalets Projektstyregruppe for hospitalets mhp. at sikre brugerinvolvering og arbejdsmiljøhensyn i gennemførelsen af generalplanen. Arbejdsmiljøinvolvering indgår endvidere i lokalt forankrede byggeprojekter på hospitalet.	■
Tidlig inddragelse af ledere og medarbejdere i planlægningsprocessen via "Plan i Tide", som er støttet af Forebyggelsesfonden med 5,5 mio. kr.	To forløb ift. Etablering af ny Kardiologisk sengeafsnit og etablering af ny skopienhed er gennemført. Der er på nuværende tidspunkt opstartet projekt vedrørende effektevaluering.	■
<b>Totalt sygefravær under 5 %:</b>		
Kampagne "Sæt fokus på nærvær - forebyg fravær	Der er gennemført udarbejdelse af oplæg mhp. beslutningstagen om videre implementeringsproces. Pga. prioritering af administrative ressourcer er indsatsen tidsforskudt til 2011.	■
Kortlægning af, hvorledes der arbejdes med arbejdsbetinget sygefravær i APV	Kortlægning er sket ift. hospitalets afdelingsledelseskreds og VMU, herunder godkendelse af handleplan for området.	■
Sygefraværprojekt i en afdeling med højt sygefravær	Der er udarbejdet projektbeskrivelse for sygefraværprojekt i Medicinsk afdeling O og projektet er afslut-	■

		ning i december 2010 mhp. fremadrettet effektevaluering.	
	Pilotprojekt om tilbagevenden til arbejde efter langtidssygefravær	Opgaven er omprioriteret i 2010 og forberedelse på pilotprojekt tidsforskydes mhp. yderligere indsatsprioritering i 2011.	■
	Gravides sygefravær - kortlægning og forebyggelse i arbejdsmiljøet	Der er foretaget en kortlægning af området og identificering af belastende arbejdsmiljøfaktorer er påbegyndt. En rapport med forslag til forebyggelsestiltag foreligger og indsatsen er videreført mhp. afslutning primo 2011.	■

## Hillerød Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Der er udarbejdet en kvalitetshandleplan samt en plan, der i enkeltheder forholder sig til målsætningen for Patientsikkert sygehus og de regionale krav.	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Som forberedelse til mock survey er der udarbejdet opgavefordelingsplaner i relation til de indsatsområder som hospitalet har valgt at prioritere i 2010. Planerne delegerer opgaver videre til afdelingsniveau	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Der er gennemført uddannelse i akkreditering for ledere, mellemledere samt kvalitetsansvarlige. Fokus for uddannelsen har været arbejdet i den lokale kvalitetsorganisation og de af ledergruppen valgte indsatsområder indenfor JCI's standarder - I forbindelse med hospitalsintroduktionen bliver alt personale uddannet i alarmering og hjertestop og brand. - Endvidere har vi sat fokus på recertificering	■
	Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospital med fokus på løsning af opgaver relateret til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Der er udarbejdet udefunktionskontrakter på alle relevante områder i 2010.	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	Da hospitalet i 2010 er blevet udpeget til at deltage i patientsikkert Sygehus (PSS) har vi opfyldt denne del af aftalen. Vi er toneangivende for arbejdet med GTT og har en baseline klar fra august. Hospitalet har påbegyndt implementering af de pakker	■

	<p>i PSS der reducerer hospitalserhvervede infektioner og arbejder intenst i samarbejde med de øvrige hospitaler i regionen for at få defineret opgørelse af disse infektioner.</p> <p>Vi har forsøgt at implementere Sikker Mundtlig Kommunikation, men mock surveyet har vist at vi er nødt til at gøre en ekstra indsats for at leve op til standarden.</p> <p>Vi udfører generelt sikker patientidentifikation – vist ved bl.a. mock survey.</p>	  
<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
Indikator 1 = 90 %	74 %	
Indikator 2 = 90 %	34 %	
Indikator 3b = 80 %	<p>59 %</p> <p>Databasekompletheden har været en stadig udfordring i 2010, men der er nu lagt en ny plan for at rette op på dette.</p> <p>Ang. NYHA klassificering, opstart af betablokkerbehandling og henvisning til fysioterapi har effekten af forbedringstiltagene ikke resulteret i en stigning i resultaterne. Ang. påbegyndelse af et struktureret undervisningsprogram overholdes standarden ikke, men der ses dog at resultaterne er steget med ca 20 % i forhold til sidste årsopgørelse.</p>	
<b>Apopleksi:</b>		
Indikator 3 = 80 %	96 %	
Indikator 4 = 70 %	81 %	
Indikator 8 = 65 %	<p>74 %</p> <p>Ang. CT/MR scanning senest på indlæggelsesdagen, vurdering af fysio- og ergoterapi og ultralyd af halskar har forbedringstiltagene resulteret i at afdelingen opfylder standarden. Ang. vurdering af ernæringsrisiko og udførelse af vandtest har diverse indsatser betydet at afdelingen har opnået væsentligt bedre resultater i 2010, og man har en forventning om at denne udvikling fortsætter</p>	

	<b>Diabetes:</b>		
	Hele behandlingspakken = 90 %	70 % Ang. undersøgelse for albuminuri og registrering af øjenundersøgelser har afdelingens resultater ikke ændret sig væsentligt, men med oprettelsen af en sygeplejerskekonsultation forventes at man bliver i stand til at overholde standarden.	
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	33 %	
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	91 % <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Netværk med kliniske hygiejnøglepersoner og Serviceafdeling er etableret.</li> <li>▪ Der har været afholdt temamøder for i alt 79 hygiejnøglepersoner og kvalitets- og udviklingsmedarbejdere.</li> <li>▪ Vedligeholdelsesindsats og hygiejnebestemt udskiftning af inventar og udstyr er der foretaget udskiftninger på operationsstuer og intensivstuer og en fortsat prioritering ift. udskiftning fortsætter i 2011.</li> <li>▪ Interne samt eksterne audit er gennemført indenfor de rammer, som regionen har vedtaget.</li> <li>▪ Implementering af DS 2451-10 og INSTA 800 i rengøringsplanlægningen sker fortløbende.</li> <li>▪ Alle ansatte i Serviceafdelingen som udfører rengøringsopgaver er undervist i de 2 standarder og opfølgingsforløb afvikles fortløbende.</li> <li>▪ Servicelederne gennemfører daglig kontrol af rengøringsindsatsen.</li> <li>▪ 2 Serviceledere og 2 Planlægningskonsulenter er uddannet som auditører og har gennemført intern audit på regionens øvrige hospitaler.</li> </ul>	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Forbedret til 79 %	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	Resultat kan ikke opgøres, idet der ikke er eksakte data for området. Der er fortsat udfordringer med pt, hvor der i indlæggelsesforløbet ikke har været knyttet fysioterapeut. På de pt. der har været tilknyttet fysioterapeut opfylder hospitalet med 100 %	

	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	66 %	■
	Elektronisk henvisning = 75 %	100 %	■
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange		■
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	<p><b>Lean</b></p> <p>Følgende større Lean projekter igangsattes i 2010 mhp. effektivisering af arbejdsgange og optimering af patientforløb.</p> <p>- ”Det akutte patientforløb” Projektet er afsluttet. Tidstro skrivning er implementeret og skrivekapaciteten øget ved brug af bl.a. hjemmearbejdspladser. Endvidere er 5S gennemført på kontor og udvalgte depoter. Kaizenmøder for sekretærene afholdes ugentlig.</p> <p>”Effektivisering af arbejdsgange i Gynækologisk Obstetrisk afdeling”. Tværfaglige arbejdsgange på Gynækologisk Ambulatorie er forbedret og implementeret. Daglig visitation på alle specialer er igangsat.</p> <p>Tiltag til bedre udfyldning af ledige tider i ambulatoriet og nye arbejdsgange omkring svarhylden er implementeret. For at sikre løbende forbedringer har der været 14. dags kaizenmøder med deltagelse af læger, sygeplejersker og sekretærer.</p> <p>”Effektivisering af arbejdsgange hos ergoterapeuterne på Neurologisk afdeling”. Optimeret arbejdsgange fra henvisningen modtages til patienten afsluttes. Før var der ca. 47 processer, nu er der 23. Ny fremmødeplan i GS! Implementering af flow for patienter via styringsreol. Alle dagens patienter er via behandlingskort registreret og papirer ligger klar om morgenen. Behandlingskort afleveres i reol efter behandling så utilsigtede hændelser undgås og registrering er tidssvarende.</p> <p>5S/oprydning i kontoret ved brug af 5S. Kaizenmøde er siden start i maj 2010 for hele ergoterapien og sekretariat blevet en integreret del af forbedringskulturen.</p>	■
	Hillerød Hospital har i 2010 har som mål at styrke indsatsen rettet mod innovation og brugerdriven implementering.	Hospitalets forskningsstrategi sætter fokus på at fremme klinisk forskning. Via hospitalets forskningspulje støttes kliniske forsk-	



	<p>Succeskriterier har været:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oprustning af den kliniske forskning</li> </ul>	<p>ningsprojekter. Puljen har i 2009 støttet 21 projekter med 1 mio. kr. I 2010 fik 20 projekter støtte via forskningspuljen, svarende til et støttebeløb af 1,6 mio kr. Endvidere har hospitalet 8 igangværende ph.d. studerende og 4 ph.d. studerende 'in spe', som forventes at blive indskrevet i 2011. I 2009/2010 blev der afsluttet 3 ph.d.-studier og 2 ph.d.-studier er indleveret til bedømmelse.</p> <p>For at sætte fokus på klinisk forskning udført af professionsbachelorgruppen, har hospitalets forskningsråd initieret, at der blev udarbejdet et supplement til forskningsstrategien og som er præsenteret for ledergruppen. Initiativerne igangsættes i perioden 2010-2012.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En ansøgning til ABT-fonden</li> </ul>	<p>Hertil er der identificeres projekter, der udmønter sig i produkt- og/eller procesinnovationer og matcher ABT-fondens ansøgningskriterier.</p> <p>Hospitalet har identificeret et projekt, som opfyldte ABT-fondens krav og som indebærer både produkt- og procesinnovationer. Projektet blev prækvalificeret med meget få anmærkninger. Den endelige ansøgning blev sendt i februar 2010.</p> <p>ABT-fonden meddelte primo september, at projektet ikke fik tildelt midlerne.</p> <p>Der arbejdes videre internt videre for at gennemføre projektet, da projektet fortsat har stor betydning for organisationen.</p>	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbejdskraftbesparende projekter (ABT), herunder forskning og innovation</li> </ul>	<p>Hillerød Hospital er i tæt kontakt med Regionens Center for Sundhedsinnovation mhp. at deltage i større innovationsprojekter. Der er etableret samarbejde og projektdeltagelse for "Fremtidens Akutmodtagelse", som har fokus på flow tænkning (Procesinnovation) og design af fysiske rammer i relation til patient- og medarbejderinddragelse i arbejdsprocesserne.</p>	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Undersøgelse af, hvordan man kan arbejde med medarbejdere og patienters ideer i forhold til innovationsprojekter og brugerdreven implementering</li> </ul>	<p>Endvidere har hospitalet etableret samarbejde med CBS for at koble implementering af TRIAGE og arbejdstilrettelæggelse sammen under anvendelse af innovationsmetoder, der involverer de berørte parter i de enkelte delprojekter.</p> <p>Derudover har hospitalet i 2001 etableret samarbejde med CIID (Copenhagen Institute of Interactive De-</p>	■

		sign), hvor studerende arbejder med konkrete problemstillinger i klinikken. Hertil anvendes forskellige innovationsmetoder som både inspirerer medarbejder, patienter og pårørende.	
	Samarbejde med erhvervslivet og offentlige institutioner (universiteter mm.) i forhold til udviklingen af innovative tekniske løsninger	Hospitalet har desuden et tæt samarbejde med DTU ifbm. et innovationsforskningsprojekt "Community platforms", der fokuserer på sygeplejerskernes samarbejde.  Som beskrevet under punkt 2, har hospitalet etableret samarbejde med offentlige institutioner. Dog er service- og procesinnovationer mere i fokus end udvikling af nye teknologier. Samarbejde med erhvervslivet i form af fx. offentlig-privat-innovations-samarbejde er et område, som hospitalet er ved at belyse.	■
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
<b>1. Kerneprocesser, kvalitet i patientforløb</b>	De 11 patientforløb er afsluttet, forbedringer implementeret og yderligere ti nye patientforløb er igangsat	I august 2010 startede beskrivelsen af 10 nye patientforløb: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Multipel sklerose</li> <li>▪ Den uræmiske patient</li> <li>▪ Det perioperative patientforløb</li> <li>▪ Blødende ulcus</li> <li>▪ Feber af ukendt årsag</li> <li>▪ Astma/ astmatisk bronkitis hos børn</li> <li>▪ Sår patienten</li> <li>▪ Patienter med laryngologiske sygdomme</li> <li>▪ Lunge cancer</li> <li>▪ Akut ambulans forløb</li> </ul>	■
	Der er afholdt feedbackmøder på de 11 patientforløb  Modellen for kontinuerlig monitorering af patientoplevels kvalitet er udarbejdet og implementeret i driften	Der er indarbejdet feedback møder i alle patientforløbene – krav om opfølgning en del af hospitalsindikatorerne, der overvåges af Direktionen.	■
	Der er iværksat projekter for at forbedre kommunikationen med patienter og pårørende	Gennemførelse af projekt Kommunikation i patientforløb - med fokus på det skriftlige og web. Pilotprojekt med forløbsvideo for forløbet hoftenære brud koblet til forløbsinformation på hjemmeside. Pilotprojekt med velkomstmapper. Implementering af velkomstmapper til patienterne.	■









2. Ledelse	<p><b>Lederudvikling og ledernetværk</b> Der er i 2010 gennemført et lederudviklingsprogram specielt tilrettelagt for hospitalets mellemledere med ad hoc deltagelse af afdelingsledelserne samt direktionen.</p>	<p>Formålet med programmet har været at understøtte lederne i at skabe resultater gennem andre samt implementere Vision 2012.</p> <p>Programmet har resulteret i at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle mellemledere på Hillerød Hospital har gennemført ISIS I.</li> <li>▪ Lederne har tilegnet sig metoder til at lede medarbejderne gennem forandringsprocesser og har afprøvet nogle af disse.</li> <li>▪ Alle mellemledere har deltaget i en tværorganisatorisk netværksgruppe.</li> <li>▪ Alle mellemledere har udarbejdet en plan samt mål for det lokale strategiarbejde.</li> </ul>	■
	<p><b>Ledelsesudvikling 2011</b></p>	<p>For at fastholde fokus mod Hillerød Hospitals vision, vil vi i 2011 forankre ledelsesudvikling til konkrete arbejdsopgaver i klinikken samt koble til faglig trivsel, LUS, 360 grader-lederevaluering og regionens lederuddannelse.</p>	■
	<p>Hillerød Hospitals ledere har mulighed for at deltage i regionens lederudviklingsprogram.</p>	<p><b>Region Hovedstadens lederudviklingsprogram</b> I 2010 gennemfører 33 ledere et af de 4 forløb og i 2011 får 63 ledere tilbuddet.</p>	■
	<p>Der er i 2010 gennemført LU- samtaler med alle ledere i organisationen.</p>	<p><b>Lederudviklingssamtaler</b> Formålet med LU-samtalen er at udvikle ledere på Hillerød Hospital i overensstemmelse med organisationens behov og mål. LU - samtalerne har resulteret i at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle afdelingsledere og mellemledere har gennemført lederudviklingssamtale med egen leder.</li> <li>▪ Der er udarbejdet aftaleark med udviklingsmål for alle ledere.</li> </ul>	■
3. Styring	<p>Implementering af en ny styringsmodel, med styring efter strategiske styringsindikatorer (SIK'er) på såvel hospitals- som afdelingsniveau.</p>	<p>Hillerød Hospital har gennem 2010 arbejdet målrettet med en ny styringsmodel baseret på Vision 2012.</p> <p>Der er etableret rapportering på de 22 SIK'er på hospitalsniveau i et nyt ledelsesinformationssystem (LIS). Rammerne for det strategiarbejdet og målopfølgning på hospitals- og afdelingsniveau, er Dialogaftaler samt kvartalsvise opfølgings- og strategimøder mellem den</p>	■









		<p>samlede direktion og hver enkelt afdelingsledelse. Udvælgelsen af top 3 mål skaber en rød tråd til Dialogaftalen med regionen.</p>	
4. Projekt Faglig Trivsel	<p>- Ultimo 2010/ primo 2011 er der foretaget måling af den faglige trivsel i de kliniske afdelinger.</p> <p>Projektet har udviklet og gennemført undervisning for ledere i brugen af konceptet som strategisk dialog- og udviklingsværktøj</p> <p>Konceptet integrerer regionens krav til MUS og kvalifikationsevaluering</p> <p>Projektet er koordineret med Regionens TrivselOPmåling</p>	<p>I konceptet integreres en ikke-anonym elektronisk spørgeskemaundersøgelse med opfølgende individuelle medarbejderudviklingssamtaler (MUS) og tværgående organisatoriske tiltag.</p> <p>Projektet har revideret hospitalets tidligere koncept for MUS og udviklet et nyt koncept for integreret afvikling af MUS og faglig trivselsdialoger..</p> <p><u>Gennemførte tiltag</u></p> <p>I 2010 er der gennemført faglig trivselsmåling i samtlige afdelinger. I den forbindelse er følgende tiltag gennemført:</p> <p><u>Styringsindikatorer:</u> projektet har leveret data til 4 SIK'er på hospitalsniveau.</p> <p><u>Lederudviklingen</u> er foregået ved, at alle ledere har gennemført 3 halvdags-seminarer med fokus på metoder til styring, involvering, formidling, dialog og kulturudvikling.</p>	■
5. Projekt Arbejdsglæde og Trivsel	<p>Målet er, at de lokale MED-udvalg bliver styrket i koordinering, systematisering, kvalificering, implementering m.v. i forhold til deres lokale implementering af indsatser.</p> <p>Sygefravær: Elementerne i den nye sygedagpengelovgivning bruges aktivt på hospitalet</p>	<p>Projekt Arbejdsglæde og Stolthed. Projektet har MED-strukturen og lokale MED-udvalg som målgruppe. Hermed anvendes en allerede eksisterende struktur (Lokal-MED)</p> <p>I projektet indgår:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Møder i alle Lokale MED-udvalg.</li> </ul> <p>Konkret er projektet i gang i flere lokale MED-udvalg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Virk-MED et seminar, hvor lokale formænd og næstformænd ligeledes deltager. Fokus er på skabelse af resultater i et godt samarbejds miljø.</li> </ul> <p>Sygefravær: Hillerød Hospital har i august 2010 godkendt en ny sygefraværspolitik. I politikken beskrives hospitalets holdninger til bl.a. social ansvarlighed, forebyggelse og nedbringelse af sygefraværet. Politikken lægger op til aktiv lokal implementering samt en handlingsplan. I handlingsplanen indgår:</p>	■  ■

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Støtte til afdelingerne i håndtering og forebyggelse af sygefravær samt implementering af hospitalets sygefraværspolitik.</li> <li>▪ Hjælp til at identificere indsatsområder pga data</li> <li>▪ Refusioner og registrering.</li> <li>▪ På sigt påtænkes det, at arbejde mere indgående med forebyggelse af muskel-skelet-problemer.</li> </ul>	
6. Fysiske rammer	Da Hillerød Hospital under alle omstændigheder skal blive på den nuværende matrikel en årrække endnu, skal der laves en plan med prioritering af nødvendige renoveringer og ombygninger på den nuværende matrikel med henblik på at imødegå de stigende krav til patientbehandlingen	<p>I januar 2010 blev der nedsat en arbejdsgruppe på lederniveau, der havde til opgave at bestemme den strategiske retning for de fysiske rammer indtil 2013. Arbejdsgruppen identificerede syv områder inden for hvilke hospitalet skal fokusere sin indsats:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientforløb</li> <li>• Adgangsforhold</li> <li>• Arbejds miljø</li> <li>• Infektionsforebyggelse</li> </ul>	

## Hvidovre Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
<b>1. Kvalitet</b>			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Udført.	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Udført.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Alle de beskrevne aktiviteter er udført som planlagt.	■
	Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospitalet med fokus på løsning af opgaver relateret til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Alle de beskrevne aktiviteter er udført som planlagt.	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	Dialog aftalen for 2010 beskriver en række aktiviteter, som skal iværksættes indenfor dette område. Disse aktiviteter er gennemført	■
	<b>Hjerteinsufficiens:</b>		
	Indikator 1 = 90 %	Datakvalitet er under udredning	■
	Indikator 2 = 90 %	Datakvalitet er under udredning	■
	Indikator 3b = 80 %	Datakvalitet er under udredning	■
<b>Diabetes:</b>			









	Hele behandlingspakken = 90 %	Der er sket store fremskridt på alle indikatorer og kun en enkelt er ikke opfyldt svarende til standarden. De endelige tal foreligger dog ikke endnu.	
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	100 %	
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	62,5 %	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	Der er samlede for HVH i 2010 afsendt 60 % rettidige advis	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genopræning = 80 %	Vi har endnu ikke fået tallene for dette, afventer KPU	
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	Der er samlede for HVH i 2010 afsendt 73 % rettidige epikriser	
	Elektronisk henvisning = 75 %	88 % af modtaget henvisninger er afsendt elektronisk	
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange		
	<p>I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	<p>Der er etableret en lean organisation på hospitalet, og der er tilført yderligere ressourcer til området. I 2010 er der gennemført flere lean-projekter:</p> <p>I Ortopædkirurgisk Afdelings udefunktion i Glostrup er lægesekretærernes arbejdet gennemgået og restruktureret mhp. at skabe større værdi for afdelingen i form af bedre flow i arbejdet omkring journalskrivningen, færdigregistrering, besvarelse af telefoner, lokaleudnyttelse og vagtskemaer.</p> <p>I Endokrinologisk Afdeling er der i ernæringsenheden gennemført et LEAN- projekt i forhold til adipositaspatienter. Tilgangen af patienter er mangedoblet i forhold til for kort tid siden og det har været vanskeligt for medarbejderne at holde styr på dokumentationen og styre patient-flowet. Patienter har fået udskudt operation, fordi de ikke har tabt de aftalte 8 pct. inden operation og andre patienter på venteliste har måtte henvises til privathospital. Arbejdsgange for diætisterne er omlagt og registreringsmetoderne er gjort tidssvarende (færre papirlapper).</p>	







		I Gastroenheden er pilotprojektet Productive Ward under udrulning. Productive Ward er et koncept udviklet af Institute for Innovation and Improvement under National Health Service (NHS) i England. Formålet med konceptet er at frigive tid til direkte patientkontakt og pleje ved at udvalgte arbejds-gange vurderes med et særligt sæt af metoder m.h.p. at identificere og eliminere overflødig tid og ressourceforbrug. Det kliniske personale oplæres i brugen af metoderne og bliver dermed de aktive i vurdering og revidering af arbejds-gange	
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Konsolidering af økonomien	Sikring af budgetoverholdelse for hospitalet som helhed.	Hvidovre Hospital kommer ud af 2010 med et merforbrug på omkring 50 mio.kr. Der er i løbet af 2010 gennemført en række sparerunder, der har nedbragt forbruget i afdelingerne, jf. handleplan 1 og 2 samt besparelsesplan 2011. Ligeledes er der ændret en række administrative procedure og arbejds-gange, der skal sikre en bedre økonomistyring på hospitalet. Økonomi er desuden blevet en central del af hospitalets nye strategi.	
	Fastlæggelse af endelige afdelingsbudgetter senest 30. juni 2010	Afdelingerne har fået udarbejdet endelige budgetter i løbet af foråret 2010	
	Sikring af korrekt registrering af aktiviteten i GS Open.	Afdelingernes mulighed for at gennemføre korrekt og tidstro registrering er blevet styrket gennem prioritering og uddannelse. Der er desuden indført systematisk opfølgning på området.	
2. Byggeprojektet	At tilfredshedsundersøgelserne giver tilbagemeldinger, med et tilfredshedsniveau blandt brugerne, der ligger væsentligt over middel	Der er gennemført tilfredshedsundersøgelser for byggeprojekter som planlagt. Tilfredshedsniveau ligger væsentligt over middel	
3. Arbejds miljøindsatsen	Afdelingerne har AMKO som har gennemført uddannelse og der er udarbejdet funktionsbeskrivelse = 90 %	100 %	
	Aktivitetsliste på prioriterede temaer i afdelingerne = 85 %	100 %	
	Efterkommelse af retningslinjer og opfølgning i V-MED og i direktion = 80 %	100 %	
	Trivselsparameter (i stedet for indeks fra trivselsmåling) = 5 %	Har ikke været muligt i 2010, idet trivselsparameter er medtaget i TrivselOP, der blev udsat til 2011.	







## Region Hovedstadens Apotek

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	<p>Kvalificering af relevante farmaceuter og farmakonomer i de tværgående regionale medicinvejledninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalificeringsprogrammet skal være gennemført senest den 31. marts 2010</li> </ul>	Er gennemført	■
	<p>Uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</p> <p>I december 2010 gennemføres en undersøgelse af, hvor mange medarbejdere, der har gennemført uddannelsen, således at følgende er opfyldt: Alle medarbejdere uden klinisk patientkontakt skal kunne erkende eller få mistanke om hjertestop (bevidstløs, uden normal vejtrækning og uden tegn på liv) og skal kunne alarmere i tilfælde af hjertestop. Ved mindste tvivl kaldes hjertestop.</p>	Gennemført i december 2010. 100 medarbejdere har gennemført kursus i livreddende førstehjælp i Røde Kors regi.	■
	<p>Uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I december 2010 gennemføres en undersøgelse af, hvor mange medarbejdere, der har gennemført TrygBrandskole, samt hvem der har gennemført den praktiske Brandskole inden for de sidste 3 år</li> <li>▪ Ved udgangen af 2010 skal brandalarmerne kunne ses eller høres i alle produktionsenheder på MLV</li> <li>▪ I 2010 skal der udarbejdes en brandalarmeringsplan og iværksættes en praktisk alarmeringsøvelse på MLV</li> <li>▪ Det undersøges om øvrige enheder deltager i alarmeringsuddannelse og øvelser</li> </ul>	<p>Gennemført i december 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 90 % af medarbejderne har gennemført Tryg-Brandskole og 287 medarbejdere har inden for de sidste tre år gennemført en praktisk brandskole.</li> <li>▪ Der er i december 2010 opsat synlige alarmer i produktionsenhederne på MLV</li> <li>▪ En arbejdsgruppe under Arbejdsmiljøorganisationen, har udarbejdet planen, og der iværksættes en praktisk øvelse i februar 2011</li> <li>▪ Medarbejdere på de enkelte hospitaler deltager i de lokale alarmeringsuddannelse og øvelser</li> </ul>	■

	<p>Indgåelse af samarbejdsaftaler med hospitalerne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inden udgangen af 2010 skal apoteket have indgået samarbejdsaftaler med samtlige hospitaler.</li> </ul>	<p>Der er udarbejdet en skabelon til samarbejdsaftaler. Skabelonen afprøves på Amager Hospital</p>	
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	<p>Apoteket vil i 2010 gennemføre tre forløb, hvor der indsamles viden om apotekspersonalets indsats i forbindelse med dispensering og administration. Den samlede viden vil danne grundlag for udvikling af målrettede kliniske farmaceutiske ydelser, der kan tilbydes hospitalerne.</p>	<p>De 3 forløb er gennemført. Rapporten for sidste test på en afdeling på Herlev Hospital er færdig.</p>	
	<p>Undervisning af personale der dispenserer og administrerer medicin.</p> <p>Målet er at udbrede dette tilbud til flere hospitaler i løbet af 2010.</p>	<p>Kurset er gennemført på en afdeling på Hillerød Hospital. Der foreligger en evaluering af kurset.</p>	
	<p>I 2010 tager apoteket et nyt automatiseret koblingsudstyr i brug.</p> <p>Det er i 2010 målet at øge produktionen af koblede antibiotikablandinger til 600.000 enheder.</p>	<p>Det automatiserede koblingsudstyr forventes taget i brug i løbet af 2010.</p> <p>Der er i perioden 01.01.10 til 31.12.10 produceret 145.500 stk. koblede præparater. Målet på 600.000 enheder forventes ikke nået, da ibrugtagningen af den automatiserede koblingsmaskine er forsinket.</p>	 
	<p>Det er i 2010 på alle cytotatikaenheder apotekets mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at 90 % af de blandinger, der af de kliniske afdelinger er bestilt senest kl. 14 dagen før de skal bruges, er godkendte og klar til afhentning 30 min. før forventet indgift.</li> <li>▪ at 75 % af de blandinger, der af de kliniske afdelinger er bestilt samme dag, som de skal bruges, er godkendt og klar til afhentning 30 min. før forventet indgift. Det forudsættes, at apoteket har minimum 90 minutter til at producere hver blanding.</li> <li>▪ -at 95 % af de blandinger, der af de kliniske afdelinger er bestilt samme dag, som de skal bruges, er godkendt og klar til afhentning senest 3 timer efter indlevering af rekvisitionen.</li> </ul>	<p>Der leveres nu cytotatikablandinger til tiden fra alle 3 sites. Der kan dog stadig forekomme enkelte dage, hvor der ikke helt leveres op til de stillede mål.</p>	
c. Rengøring	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det er et mål, at programmet for den sterile serieproduktion er implementeret senest den 31. marts 2010, og at programmer for serviceproduktionen (herunder cytotatika- og antibiotikaenheder) er implementeret senest den 30. juni 2010.</li> <li>▪ Rengøringen i produktionslokaler dokumenteres ved at monitorere lokalerne efter rengøring i "i hvile-tilstand".</li> </ul>	<p>Den overordnede vejledning (A0217) var tilgængelig på VIP pr. 1. april 2010. Skemaer til den batchrelaterede hygiejne-monitorering blev taget i brug i januar 2010. Instruksen udgivet den 15. maj 2010</p> <p>Harmoniseret program for cytotatikaenhederne er under udarbejdelse.</p>	 









	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Det er et mål at overholde kravene til luftens partikelindhold og til mikrobiologisk aktivitet i luft og på overflader for målinger i produktionslokalerne.</li> </ul>	Program for Central serviceproduktion udarbejdes efterfølgende.	
2. Effektivisering af arbejdsgange	<p>Elektronisk rekruttering. For at forenkle og professionalisere arbejdsgangene ved rekruttering af nye medarbejdere implementerer apoteket i 2010 People XS, et elektronisk rekrutteringssystem</p> <p>Målet er at reducere forbruget af personaleressourcer i HR til denne opgave. De besparede ressourcer anvendes til at kvalificere stillingsopslagene. Formålet er ligeledes at øge kvaliteten i rekrutteringsprocessen ved at sikre en professionel håndtering af alle ansøgninger. I slutningen af 2010 undersøges om alle nyansatte modtog svar på deres ansøgning. Nyansatte spørges ultimo 2010 om hvorledes processen opleves og hvordan lederne synes at People XS fungerer. Endvidere etableres en emnebank til de uopfordrede ansøgninger, som apoteket modtager.</p>	Systemet er fuldt implementeret.	
	<p>Elektronisk godkendelsesmodul til e-faktura. I 4. kvartal af 2009 indledtes pilotfasen for elektronisk godkendelse af fakturaer med implementeringen af ApoVisions godkendelsesmodul (Apotekets indkøbs- og distributionssystem)</p> <p>Systemet forventes fuldt implementeret i 2. kvartal af 2010. Systemet sættes op, så der bliver fuld gennemsigtighed over, hvem der har rettigheder til at godkende fakturaer, herunder beløbsrammer.</p>	Projektet er sat på stand by og vi afventer nyt økonomisystem (Reflex), hvori godkendelsesprocedure skal foregå. I mellemtiden laves en udførlig arbejdsgangsbeskrivelse med klarhed over roller og ansvar.	
	<p>Miljøledelse. Apoteket vil medvirke aktivt til at nedbringe energiforbruget og udbygge det bæredygtige indkøb. Kantinedriften omlægges til at være mere økologibaseret. Målet er at 25 % (målt i varearter) udgøres af økologiske varer.</p> <p>Der anvendes i størst muligt omfang rengøringsmidler og øvrige forbrugsartikler der er miljømærkede. I det omfang der anvendes ikke-miljømærkede produkter, skal der foreligge en skriftlig begrundelse.</p> <p>Omlægning til miljømærkede kontorartikler. Målet er at 25 %</p>	<p>Projektet er startet i maj 2010. Sortimentet af økologiske produkter udvides gradvist. Målet i varearter udgør det økologiske sortiment ca. 30 % med et spænd på mellem 0-100%</p> <p>Arbejdet er igangsat i juni 2010. 1. fase er udskiftning til miljømærkede produkter og opsætning af dispenser til afmåling for at minimere forbruget. 2. fase er at udarbejde skriftlige begrundelser for an-</p>	                    









	<p>(målt i varearter) udgøres af miljømærkede varer.</p> <p>Udskiftning af teknisk udstyr med fokus på energibesparelser (el, vand, varme m.m.). Målet er at der udføres energiberegning ved udskiftning af alt udstyr, der skal identificere besparelser, der skal indgå i indberetning til Grønt Regnskab.</p> <p>Fokus på affaldshåndtering. Målet er at udbrede kendskabet til korrekt affaldshåndtering og – sortering.</p>	<p>vendelse af ikke-miljømærkede produkter. Der er endnu ikke lavet en opgørelse over kontorartikler.</p> <p>Skabelon til energiberegning er udarbejdet og implementeres primo 2011</p> <p>Arbejdsgruppen er nedsat men har endnu ikke påbegyndt arbejdet</p>	<p></p> <p></p>
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
1. Anvendelse af RFID teknologi til sporing af lægemidler	<p>Udvikling og implementering af RFID teknologi til sporing af medicin under transport. Projektet gennemføres i samarbejde med Herlev Hospital.</p> <p>Projektet skal afklare en række parametre: Øget kvalitet i udbringningen, besparet arbejdskraft og brugerfordele, samt det økonomiske potentiale.</p> <p>Målene er, at minimere antallet af transportfejl og medicinsvind samt en øget brugervenlighed for det personale, der håndterer medicintransporten.</p> <p>Projektet udvikles i 2010 med igangsættelse i 2011</p>	<p>Projektet fik ikke bevilget penge fra ABT fonden. En af forudsætningerne for at RFID kan blive succes er, at der er en snitflade til apotekets it-system; ApoVision. Der arbejdes i øjeblikket på udvikling af kravspecifikationer til et nyt ApoVision II. I disse kravspecifikationer vil der indgå krav om snitflade til RFID</p>	
2. Forsøg med kliniske farmaceuter i en akutmodtagelse	<p>Kliniske farmaceuter skal gennemgå fortrinsvis de ældre patienters medicinering ved indlæggelsen</p> <p>Projektet gennemføres i 2010 efter dialog med koncerndirektionen og et eller flere områdehospitaler.</p>	<p>Projektet startede på Hillerød Hospital den 1. oktober.</p>	

## Psykiatrien

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	Region Hovedstadens Psykiatri har i løbet af 2010 færdiggjort udarbejdelsen af de nødvendige politikker, vejledninger og instrukser ifølge tidsplanen.  Der er udarbejdet en kvalitets- og monitoreringsplan 2010-2013.	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	Der er i 2010 gennemført selvevaluering gennem Minimock og evaluering gennem drøftelse af kvalitetsdata i Kvalitetsrådet og øvrige fora. Der sker løbende opfølgning på handleplaner via løbende monitorering og uanmeldte opfølgingsbesøg.  Der er desuden gennemført Mock ved JCI. Der er udarbejdet handleplaner for at følge op på kritiske fund.	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende elementer: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop</li> <li>▪ uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed</li> </ul>	Der er gennemført uddannelse af alle relevante ledelsesniveauer. Introduktion til kvalitet, akkreditering, hjerte-lungeredning og brandbekæmpelse indgår i den fælles introduktion af alle nye medarbejdere.	■
	Inden udgangen af 2010 sikrer hospitalet i samarbejde med hospitalet for ude- og samarbejdsfunktioner, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarsfordelingen mellem værts- og leveringshospital med fokus på løsning af opgaver relateret til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges</li> <li>▪ Servicefunktioner i relation til betjening af medikoteknisk apparatur, brandsikkerhedsmateriel, uddannelse der er matrikelafhængig (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn mv.</li> <li>▪ Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner</li> <li>▪ Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv.</li> </ul>	Region Hovedstadens Psykiatri har ikke egentlige ude- og samarbejdsfunktioner. Region Hovedstadens Psykiatri har imidlertid omfattende samarbejde med Psykiatriens værtshospitaler. Region Hovedstadens Psykiatri har i 2010 påbegyndt revisionen af de eksisterende samarbejdsaftaler, der indeholder krav til løsningen af opgaver som bygningsvedligeholdelse, rengøring, uddannelse der er matrikelafhængig mv. Revisionen afsluttes i 2011.	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til	Med udgangspunkt i den regionale kvalitetspolitik og kvalitetsplan er der udarbejdet en offensiv kvalitetsstra-	

	handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	<p>tegi i Region Hovedstadens Psykiatri. De psykiatrispecifikke målsætninger og indsatser vedrører psykiatriens kerneydelser og de områder af patientsikkerhed, der er særlige for psykiatrien. I forhold til de konkrete mål for 2010 er status:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der er udarbejdet vejledning og instruks i forhold til risikovurdering og selvmordsforebyggelse, herunder tiltag til ringe-hjem ordning. Der er gennemført uddannelse af nøglepersoner</li> <li>▪ Det planlagte projekt om uventet død igangsættes i 2011.</li> <li>▪ Der er igangsat et projekt for at forebygge fald i ældrepsykiatriske afsnit</li> <li>▪ Der er igangsat et projekt, der har til formål at kvalificere den medicinske behandling af de psykiatriske patienter.</li> <li>▪ Det elektroniske opfølgingsværktøj IPL er ibrugtaget til opfølgning på kerneårsagsanalyser, patientsikkerhedsrunder og handleplaner</li> </ul>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>
	<b>Skizofreni:</b>		
	Indikator 13 = 90 % for incidente patienter	76 % af de pårørende til incidente patienter med skizofreni tager imod tilbuddet om kontakt. Der er igangsat et flerårigt projekt, der har til formål at øge de pårørendes inddragelse i behandlingen. Der er desuden igangsat et arbejde med at udvikle journalen for at sikre en mere ensartet registrering af blandt andet pårørendekontakten.	■
	Indikator 14 = 40 %	22 % af de incidente patienter med skizofreni modtager psykoedukation i manualiserede forløb. Der er i efteråret 2010 færdiggjort et nyt fælles materiale til brug for psykoedukation af voksne med skizofreni. Dette materiale vil blive implementeret i 2011, herunder undervisningsinitiativer for personalet	■
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	Ikke relevant	--
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	Ved ekstern-intern audit i maj/juni 2010 blev 29 % af øvrige rum godkendt. Ved ekstern audit i november/december 2010 blev 57 % af øvrige rum godkendt. Der er ansat en servicecontroller i Region Hovedstadens Psykiatri, der sammen med de centrene, vil sikre	■

		en målrettet indsats for at forbedre rengøringen på centrene.	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %	67 % af adviser af afsendt rettidigt.  I de reviderede samarbejdsaftaler mellem de psykiatriske centre og kommuner er der indarbejdet aftale om, at kommunikation foregår elektronisk	
	Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %	Ikke relevant	--
	Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %	84 % af udskrivningerne er med rettidige epikriser	
	Elektronisk henvisning = 75 %	35 % af henvisningerne er fremsendt elektronisk	
3. Effektivisering af arbejdsgange	Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange	Der er i 2010 etableret en lean-organisation i Region Hovedstadens Psykiatri. Organisationen er forankret centralt i virksomheden, mens det konkrete lean-arbejde finder sted på de enkelte centre i form af projekter. Der er etableret et lean-netværk.	
	I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul>	I 2010 blev opstartet lean-forløb på: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PC Stolpegård</li> <li>• PC København</li> <li>• De 3 børne- og ungdomspsykiatriske centre</li> <li>• PC Frederiksberg</li> <li>• PC Glostrup</li> </ul> I april 2011 påbegyndes årsopfølgningen på de to pilotforløb på PC Stolpegård og PC Kbh. Først der efter kan der siges noget konkret om effekten af det gennemførte arbejde.	
<b>Virksomhedsspecifikt indsatsområde</b>	<b>Resultatkrav for 2010</b>	<b>Status for resultatkrav</b>	
1. Offensiv kvalitetsstrategi	Der er udarbejdet en handlingsplan for nedbringelse af tvang og især med fokus på nedbringelse af bæltefikseringer 2010-2012. Herunder er der igangsat tiltag til kompetenceudvikling af personalet	Der er udarbejdet en handlingsplan for nedbringelse og kvalitetssikring af tvang for 2010-2013.	
	Andel af bæltefikserede patienter skal nedbringes med 10 procent	Antallet af bæltefikserede patienter er faldet med 0,3 procent fra 2009 til 2010	
	Andel af langvarige bæltefikseringer (> 48 timer) skal nedbringes med 5 procent	Antallet af bæltefikserede patienter er faldet med 4 procent fra 2009 til 2010	

Der er udarbejdet en handlingsplan for rationel farmakoterapi for 2010-2012. I 2010 er der udarbejdet et standardsortiment gældende for den samlede psykiatri i Region Hovedstaden	Der er i 2010 udarbejdet en handlingsplan rationel medicinering, der skal kvalificere den medicinske behandling af de psykiatriske patienter, herunder evidensbaserede lægemiddelvalg. Der er udarbejdet et standardsortiment for Region Hovedstadens Psykiatri	
Min. 25 % af det samlede forbrug af antipsykotika skal være 1. valgspræparater	21 % af forbruget af antipsykotika er 1. valgspræparater	
Min. 90 % af forbruget af præparater skal ligge inden for den fastlagte algoritme for antipsykotika	91 % af forbruget af antipsykotika ligger inden for standardsortimentet	
Der er udarbejdet en handlingsplan for nedbringelse af polyfarmaci for 2010-2012. I 2010 er der gennemført en øget indsats for nedbringelse af benzodiazepinbehandling i samarbejde med praksissektoren	Der er i 2010 udarbejdet en handlingsplan rationel medicinering, der skal kvalificere den medicinske behandling af de psykiatriske patienter, herunder nedbringelse af uhensigtsmæssig polyfarmaci og sikring af tilstrækkelig monitorering af bivirkninger.  Ifølge vejledning fra Sundhedsstyrelsen skal behandling med benzodiazepiner på psykiatrisk indikation skal foregå ved psykiater, ikke ved praktiserende læge.	
Min. 90 % af de incidente patienter inden for skizofrenispektret skal udskrives med monoterapeutisk antipsykotisk fast ordination	Ved journalaudit i 2010 var 81 % af de incidente patienter inden for skizofrenispektret udskrevet med monoterapeutisk antipsykotisk fast ordination	
Min. 95 % af patienter i benzodiazepin behandling skal ved udskrivning have afsluttet behandling eller der skal foreligge en plan for udfasning	Ved journalaudit i 2010 havde 20 % af patienter i benzodiazepin behandling afsluttet behandling ved udskrivning eller der forelå plan for udfasning.  Der er sat stort fokus på, at langvarig behandling skal være begrundet i journalen, eller at der ved udskrivning skal forelægge plan for udfasning.	
Der er udarbejdet en handlingsplan for nedbringelse af uventet død, herunder fortsat fokus på selvmordsforebyggelse 2010-2012. Der er gennemført et udviklingsarbejde med henblik på øget opfølgning for patienter med potentiel øget risiko for selvmord eller selvmordsforsøg umiddelbart i tidsrummet mellem udskrivning fra sengeafsnit og opfølgning i primærsektoren	Der er udarbejdet vejledning og instruks i forhold til risikovurdering og selvmordsforebyggelse, herunder tiltag til ringe-hjem ordning. Der er gennemført uddannelse af nøglepersoner  Det planlagte projekt om uventet død igangsættes i 2011.	
Der er udarbejdet en handlingsplan for øget inddragelse og uddannelse af patienter og pårørende 2010-2012	Der er i 2010 igangsat et projekt for inddragelse af pårørende i psykiatrien. Der er udarbejdet vejledninger om inddragelse af pårørende og informationspjecer til pårørende.	



		Der er udarbejdet manualiserede psykoedukationsprogrammer for børne- og ungdomspsykiatri og for voksne med skizofreni. Der er desuden udarbejdet sygdoms-specifikke informationspjeceer.	
2. Omstillinger som følge af budget 2010	Fusionere Psykiatrisk Center Bispebjerg og Psykiatrisk Center Rigshospitalet		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Den foreslåede bagvagtsfunktion fungerer tilfredsstillende inden udgangen af februar 2010</li> </ul>	Der pågår fortsat drøftelser med de faglige organisationer ang. etablering af fælles bagvagt. Der arbejdes samtidig videre med at øge speciallægekapaciteten i skadestuen.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nye regler/principper for fordelingen af patienter fra akutmodtagelsen er blevet implementeret 100% inden udgangen af februar 2010</li> </ul>	De nye regler for fordeling af patienter fra akutmodtagelsen er udarbejdet og har været i drift siden januar 2010.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inden udgangen af året er der sket en samordning af yderligere funktioner på det fusionerede center</li> </ul>	Der er sket en samordning af yderligere funktioner på det fusionerede center. Der arbejdes fortsat med organisationsopbygningen	■
	Flytte rehabiliteringsafsnit		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er etableret en fælles visitation for rehabiliteringspatienter</li> </ul>	Der blev i 2010 etableret fælles visitation mellem PC Ballerup, PC Amager og PC Sct. Hans (fra 2011 kun PC Ballerup og PC Amager)	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er udarbejdet et koncept for psykiatriens indsats mht. længerevarende rehabilitering</li> </ul>	Der er udarbejdet en rapport med forslag til koncept for Region Hovedstadens Psykiatri systematiserede rehabiliteringsindsats. Det videre arbejde vil foregå i det kompetencecenter, der etableres på området i foråret 2011	■
3. Byggerier – realisere generalplan	Om- og nybyggeri Psykiatrisk Center Sct. Hans		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er færdiggjort idéoplæg</li> </ul>	Idéoplægget for PC Sct. Hans er godkendt i maj 2010.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der er udbudt projektkonkurrence</li> </ul>	Projektkonkurrencen er i følge det godkendte idéoplæg skudt til 2011	■
	Tilbygning/ombygning på Psykiatrisk Center Bornholm		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hovedprojekt er udarbejdet</li> </ul>	Hovedprojektet er udarbejdet	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. etape er udført og ibrugtaget</li> </ul>	Byggeriet er startet ultimo september I henhold til planen er de første etaper af ombygningen taget i brug.	■
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Udførelsen af 2. etape er igangsat med forventet ibrugtagning april 2011</li> </ul>	Byggesagen forløber med en tilpasset tidsplan, men der er ikke udsigt til forsinkelse i forhold til aflevering med følgende ibrugtagning eller til et øget økonomisk forbrug. Der sigtes imod indvielse i juni 2011.	■
<ul style="list-style-type: none"> <li>Udførelsen af 3. etape er igangsat med forventet ibrugtagning april 2011</li> </ul>	Byggesagen forløber med en tilpasset tidsplan, men der er ikke udsigt til forsinkelse i forhold til aflevering med	■	

		følgende ibrugtagning eller til et øget økonomisk forbrug. Der sigtes imod indvielse i juni 2011.	
	Tilbygning/ombygning på Psykiatrisk Center Hvidovre		
	▪ Der er gennemført udbud vedr. bygherrerådgivningsydelsen	Det oprindelige projektforslag er reduceret til tre etaper. Der er tilknyttet bygherrerådgiver.	■
	▪ Der er gennemført udbud vedr. totalentreprisen	Totalentreprisen er sendt i udbud februar 2011	■
	▪ Der er gennemført kontrahering vedr. totalentreprise	Kontrakt forventes indgået i april 2011	■
	▪ Hovedprojekt er igangsat	Hovedprojekt forventes igangsat i maj – september 2011	■
	Psykiatrisk Center Ballerup. Etablering af akutmodtageafsnit samt ombygning til enestuer		
	▪ Der er gennemført udbud af Bygherrerådgiverydelsen og indgået kontrakt med bygherrerådgiver	Der er indgået kontrakt med bygherrerådgiver	■
	▪ Der er gennemført udbud og kontrahering	Totalentreprisekontrakten blev underskrevet i november 2010	■
	▪ Godkendelse af projektering i styregruppe er igangsat	Hovedprojektet er godkendt og nybyggeri er igangsat december 2010	■
4. En fælles kommunikationspolitik	I 2010 er der udarbejdet en kommunikationspolitik og – strategi for Region Hovedstadens Psykiatri, som tager afsæt i regionens kommunikationspolitik	Der er udarbejdet en kommunikationspolitik for Region Hovedstadens Psykiatri.	■
	I 2010 er der udviklet redskaber, der understøtter ledere og medarbejdere i at integrere kommunikation ind i alle aspekter af opgaveløsningen	Kommunikation indgår i uddannelsen af ledere og i den fælles introduktion af nye medarbejdere.	■
	I 2010 er der udarbejdet fælles skriftligt materiale til patienter i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, sygdomsspecifik information inden for de største sygdomsgrupper samt en prioriteret plan for udarbejdelse af øvrig skriftlig patientinformation	Der er udarbejdet fælles skriftlig patientinformation, herunder fælles patientmapper, fælles velkomstmateriale, fælles aftalekort og pjecer med sygdomsspecifik information. Patientinformationsmaterialet vil blive udviklet yderligere.	■

## Rigshospitalet

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet			
a. Forberedelse til akkreditering 2011	Virksomheden udfærdiger en tids- og handlingsplan for forberedelsesarbejdet og opstiller en plan for monitorering.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der er udarbejdet en monitoreringsplan, der omfatter både JCI og DDKM.</li> <li>▪ Tids- og handlingsplan er vedtaget med sigte på JCI akkreditering den 14.3.2011</li> </ul>	■
	Virksomheden gennemfører i 2010 en selvevaluering på baggrund af monitoreringsplanen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der er indsamlet data til RH's kvalitetsberetning med udgangspunkt i RH monitoreringsplan.</li> <li>▪ Der er gennemført selvinspektion i uge 46 2010 og medio februar 2011</li> </ul>	■
	I Rigshospitalets Kvalitetsplan 2009 til 2011 indgår en monitoreringsplan, der omfatter kravene i de to akkrediteringsmodeller samt identificerer ansvaret for opfølgning.  Der gennemføres uanmeldt Mock survey af regionale surveyore i 2. halvdel af 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uvarslet Mock er afholdt i perioden den 1. til den 5. november.</li> <li>▪ Handlingsplan for JCI og DDKM akkreditering foreligger</li> <li>▪ Kvalitetssekretariatet har gennemført patienttracers samt systemtracers forår og efterår 2010</li> <li>▪ Der er i slutningen af 2010 og indtil marts 2011 ligeledes gennemført ca. 200 afsnitsbesøg med fokus på fund under mock survey og nye JCI standarder efterår 2011.</li> </ul>	■
	Der gennemføres ligeledes i første halvdel af året en basisvurdering / selvevaluering på baggrund af kravene i Den Danske KvalitetsModel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Samtlige standarder er gennemgået og der er iværksat tiltage, der skal sikre standardernes opfyldelse.</li> <li>▪ Der er udarbejdet en oversigt over samtlige standarder, der viser processens fremdrift.</li> </ul>	■
	Der gennemføres en selvevaluering og opdatering på baggrund af sidste års opdatering af rapporten "JCI fund og anbefalinger - RH Handlingsplan for 2007-2010"	Handleplan for akkreditering blev godkendt til implementering på RH Kvalitetsråd den 29. nov. 2010	■
	Nyt regionalt dokumentstyringssystem udrulles over sommeren. Der ryddes i første halvår op i Rigshospitalets dokumentstyringssystem, så alene opdaterede og relevante dokumenter optræder i det ny regionale dokumentstyringssystem.	Opgaven pågår efter planen. Oprydning i PVI system gennemført januar-marts 2010. Anden oprydningsrunde iværksat i juni mhp. opfyldelse af skabelonkrav.  Forventes implementeret sommeren 2011	■
	Virksomheden gennemfører på uddannelsesområdet følgende		

	elementer:		
	Uddannelse af alle stabe og ledelser i akkreditering	Centrale og decentrale uddannelser i centre og klinikker er gennemført dec. 2010. <ul style="list-style-type: none"> <li>14 kurser med 24 deltagere er afviklet centralt</li> <li>15 undervisningsseancer er afviklet i hospitalets klinikker</li> </ul>	■
	Uddannelse af alt relevant personale i alarmering og behandling af hjertestop <i>85 % af alle ansatte (med klinisk patientkontakt) skal have været på hjertestopundervisning inden for de sidste 2 år</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbejdsgruppe færdig med oplæg maj 2010.</li> <li>Pilotprojekt for bedre målopfyldelse godkendt på kval. råd den 31.5.2010</li> <li>Effektmåling via kursusportalen</li> </ul> <p>Der er efter beslutning i Kvalitetsrådet primo 2011 iværksat udbud af flere hjertestopkurser mhp. at tilgode behøvet for opdateret hjertestopundervisning til medarbejdere med patientkontakt hvert 2. år.</p> <p>Samlet målopfyldelse for RH er medio februar 2011: 50 %</p>	■  ■
	Uddannelse af alt relevant personale i brandsikkerhed  <i>- Alt personale gennemgår e-learningkurset én gang årligt</i> <i>- Hvert 5. år deltager alle i et praktisk brandkursus</i> <i>- Der afholdes én gang årligt en teoretisk, evakueringsøvelse på afsnitsniveau.</i>	Den seneste måling februar 2011 viste, at der fortsat er behov for at have fokus på brand- og evakueringsøvelser. Centrenes målopfyldelse er drøftet på Kvalitetsrådsmøde. Data vedlagt.	■
	Ude- og samarbejdsfunktioner, hvor hospitalet i samarbejde sikrer, at der indgås skriftlige aftaler om opgave- og ansvarfordeling mellem værts- og leveringshospital (flere underpunkter):		
	Der indgås skriftlig aftale om Vejledninger og journalføring – hvilke vejledninger og journalformat der skal følges. Rigshospitalet følger notat fra Region Hovedstaden. Der tages hånd om punktet i den kontrakt der indgås med Gentofte Hospital	Der henvises til kontraktens pkt. 11 (vejledninger) og pkt. 9 (journalføring).	■
	Servicefunktioner i relation til betjening af medicoteknisk apparatur, brandsikkerheds materiel, matrikelafhængig uddannelse (brand og hjertestop), hygiejnetilsyn m.v. Der tages hånd om punktet i den kontrakt der indgås med Gentofte Hospital	Der henvises til kontraktens pkt. 6 (medicoteknisk apparatur), pkt. 4.2 (brand), pkt. 5 (hjertestop) og 7,2 (hygiejnetilsyn)	■
	Vedligeholdelse af fysiske rammer for ude- og samarbejdsfunktioner. Der tages hånd om punktet i den kontrakt, der indgås med Gentofte Hospital	Der henvises til kontraktens pkt 4 og 4.1	■

	Øvrig matrikelafhængigt klinisk og administrativt samarbejde med lokale afdelinger og stabe, inddragelse af udefunktioner i lokal kvalitetsorganisation mv. Der tages hånd om punktet i den kontrakt, der indgås med Gentofte Hospital	Der henvises til kontrakten generelt	■
b. Patientsikkerhed og kvalitet i behandling	Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010, på baggrund af den kommende kvalitetspolitik og kvalitetsplan 2010-2013, forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet, herunder konkrete mål for 2010	Justering af hospitalets monitoreringsplan godkendt på Kvalitetsrådsmøde i januar 2011 mhp. at matche kvalitetspolitik / plan	■
	<p>Over de kommende fire år:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduktion i antallet af uventede dødsfald,</li> <li>▪ Reduktion i antallet af patientskader</li> </ul> <p>Forslag til handlingsplan for implementering af kvalitetspolitikken på hospitalet: Virksomheden udarbejder inden 1. juni 2010 herunder konkrete mål for 2010</p>	<p><b>Vedr. reduktion i antallet af uventede dødsfald:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere oplagte klinikker, ud fra datagrundlaget, deltager i projekt Gennembrudsklinik, hvorfor disse ikke skal gennemføre mortalitetsanalyse før efter juni 2011. Der er gennemført 2 analyser i ultimo/december 2010 og primo/januar 2011. Der udvikles en 3. analyse primo marts 2011.</li> <li>• Konklusion på baggrund af de to gennemførte analyser: De udtrukne journaler vurderes at være repræsentative for patientpopulationen i de to klinikker. Der kan ikke gives anbefalinger til forebyggelse af dødsfald.</li> </ul> <p><b>Vedr. Reduktion i antallet af patientskader:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Målingerne er igangsat med start 2010 og afsluttes 2013.</li> <li>• Det første års målinger danner baseline og udgangspunkt for kommende indsatsområder for reducere af patientskader på Rigshospitalet.</li> <li>• På baggrund af det første års målinger udarbejdes en anbefaling til indsatsområder og implementering af disse til Kvalitetsorganisationen. De efterfølgende 4 år måles antal patientskader med afrapportering x 1 årligt og en afsluttende status til Kvalitetsorganisationen.</li> </ul>	■
	<p>Over de kommende fire år:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Halvering af hospitalsinfektioner</li> </ul>	De hovedgrupper af infektioner mv. som overvåges er: 1) Post operative sårinfektioner.. 2).Pneumonier (VAP) 3) Gastroenteritis. 4) Urinvejsinfektioner. 5) Infektioner relateret til intravaskulære katetre	■

		<b>Udvalgt indsatsområde</b> Klinikker, der har mere end 2 infektioner pr. måned relateret til intravaskulære katetre er omfattet af planen for halvering af hospitalsinfektioner. Der gennemføres audit med efterfølgende plan for reduktion af infektioner. Pt. er 10 klinikker omfattet af planen, der forventes afsluttet medio 2011	
	Fastlæggelse af 3 – 6 højt profilerede indsatsområder	Gennembrudsklinikker med hver deres 3 indsatsområder er identificeret. Projektet afvikles som planlagt. Klinikkerne har afrapporteret status til kvalitetsrådet i november 2010 og ny afrapportering er planlagt ultimo marts 2011 og forventet afslutning og evaluering medio 2011.	■
	Iværksættelse af udvikling af en database til infektionsregistrering	Styregruppen har nedsat 3 indikatorgrupper, arbejdet pågår, og 2 projekter vedr. CVK- og clostridium-infektioner er under afslutning. Der er tale om et pilotprojekt med henblik på at vise, at datamining og datagrabbing kan anvendes.	■
	Igangsættelse af kortlægning og kvalitetsvurdering af kliniske data, der tilflyder eller ejes af Rigshospitalet	(Identisk med et hospitalsspecifikt mål, se punkt III, s. 17-> )	■
	I 2. halvdel af 2010 gennemføres der mortalitetsanalyser i hvert center	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere oplagte klinikker, ud fra datagrundlaget, deltager i projekt Gennembrudsklinik, hvorfor disse ikke skal gennemføre mortalitetsanalyse før efter juni 2011. Der er gennemført 2 analyser i ultimo/december 2010 og primo/januar 2011. Der afvikles en 3. analyse primo marts 2011.</li> <li>• Konklusion på baggrund af de to gennemførte analyser: De udtrukne journaler vurderes at være repræsentative for patientpopulationen i de to klinikker. Der kan ikke gives anbefalinger til forebyggelse af dødsfald.</li> </ul>	■
	Der gennemføres patientsikkerhedsrunder i hvert center	Afvikling pågår planmæssigt. Der er afviklet 17 patientsikkerhedsrunder i 2010	■
	Sikker mundtlig kommunikation (ISBAR) implementeres i 1. halvdel af 2010	ISBAR er under implementering i centrene	■
	Rigshospitalet medvirker til pilottest af ”sikker kirurgi” i et operationsafsnit i 1. halvdel af 2010	Pilotprojekt og tidsplan godkendt af centerledelse og klinikledelser juni 2010	■

		Klargøringsdokumenter i Orbit er revideret for hele HOC august 2010. Implementeres i forbindelse med opstart af pilotprojekt.	
	NIP hjerteinsufficiens	Rigshospitalet deltager ikke	
	NIP Apopleksi: Rigshospitalet har i 2009 haft ekstraordinær fokus på patienter med apopleksidiagnose, hvilket har medført, at de fleste indikatorer fuldt opfyldt. For den udestående indikator, er der udarbejdet en procedureændring. Opgaven er nu fortsat månedlige monitorering med henblik på, at all-or-none er opfyldt på dette område fremover	Det sidste 2 måneder har resultaterne været acceptable til optimale.  <i>Behandling af apopleksipatienter overgår til BBH januar 2011</i>	■
	NIP Diabetes: Krav til målopfyldelse: 90 %		
	RH-diabetes: Der arbejdes på at indføre et grabbingprogram der kan hente data fra databaser	Projektet afventer en endelig finansiering af de planlagte aktiviteter	■
	RH henviser patienter til Steno diabetes, der geografisk er placeret på RH	Steno indberetter NIP/ DM for deres patientgruppe og heraf udarbejdelse af handlingsplaner for målopfyldelse	■
c. Rengøring	Procentandel af operationsstuer er godkendt ved ekstern audit = 100 %	40 pct- operationsstuer blev godkendt	■
	Procentandel af øvrige rum er godkendt ved ekstern audit = 70 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 80 pct. blev godkendt ved ekstern audit (tal er incl. operationsstuer)</li> </ul>	■
	Gennemførelse af projekt ”rengøringsbesparende overflader” på hospitalssenge i samarbejde med Teknologisk Institut og Herlev Hospital	Herlev Hospital er udtrådt af projektet, som forventes gennemført efter tidsplanen over 1½ år i samarbejde med Teknologisk Institut. Infektionshygiejnisk enhed har udarbejdet arbejdsplan for dels analyse af effekt på bakterier, dels effekt før og efter rengøring. Projektet er startet 1.11.2010, men afventer udbetaling af midler fra ABT-fonden, med hvem der aktuelt drøftes krav til måling og dokumentation.	■
	Øgede midler til rengøringsområdet, så der bliver sat ekstra ind i forhold til risikoområder, udpeget på baggrund af tidligere målinger og fra ekstern audit gennemført november 2009 ved Dansk Cleaning Service	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sengevasken i gang 1.7.2010 – ansøgning til Region Hovedstaden om ny maskine/sengevask september 2010</li> <li>2. Ansat ny controller 1.9.2010 - træning til kontrol færdiggjort i oktober: Fokus på flere kvalitetskontroller på risikoområderne fra sidste eksterne audit er startet</li> <li>3. Udskiftning af 300 rustne metal-skraldespande gennemført</li> <li>4. 260 stativer (tøj og affald) bestilt</li> <li>5. Mindre renovering af op-stuer er gennemført.</li> <li>6. Rengøring af teknisk udstyr (plejens rengø-</li> </ol>	■

		<p>ringsopgaver på sengestuer). Alle 70 sengeafsnit og intensivafsnit er under udrulning, hvor rengøringsassistenten nu overtager rengøringen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Udskiftning af rustne hjul er planlagt</li> <li>8. Toiletrenovering ved auditorier gennemført</li> <li>9. Ledningsophæng er igangsat 1.10.2010</li> <li>10. Ekstra vask af hovedtrappen er ikke igangsat pga. kvalitetsproblemer hos leverandører.</li> </ol>	
2. Samarbejdet med kommuner og almen praksis	<p>Tidstro registrering af kommune-advis = 90 %</p> <p>Er reimplementeret på Rigshospitalet pr. 1. oktober 2009 og monitoreres af Rigshospitalets ITafdeling (Klinisk IT) på grundlag af månedlige data fra Koncern IT. Opfølgning foregår ved udsendelse af statistik til de enkelte klinikker. Der tilbydes undervisning af plejepersonale løbende. Resultaterne af målinger vil blive forelagt Kvalitetsrådet kvartalsvis til drøftelse og eventuel aktion</p>	<p>Målopfyldelsen har ligget konstant mellem 50-60 % gennem hele året.</p> <p>Undervisningstilbuddet bliver stadig ikke brugt af centrene i modsætning til, da det først blev lanceret (efteråret 2009). Dette skønnes at have flere forklaringer, dels organisatoriske, dels implementering af journalprojekt og andre tiltag på opus-området.</p> <p>Der vil i forbindelse med det regionale projekt omkring "Tværsektoriel Kommunikation" blive set på den generelle information og undervisning til sygeplejersker på området. Dette projekt er opstartet i efteråret 2010 og vil løbe i hele 2011.</p> <p>I forhold til det tværsektorielle regionale projekt vil der i løbet af foråret 2011 være fokus på området og der vil i samarbejde med praksiskoordinator blive afholdt informationsmøder centervist med fokus på dialogaftalerne og forbedring af den tværsektorielle kommunikation.</p>	■
	<p>Rettidig afsendelse af elektronisk genoptræning = 80 %</p> <p>Den elektroniske genoptræningsplan er planlagt implementeret på Rigshospitalet 3. kvartal 2010 efter implementeringen af OPUS Notat.</p> <p>Den præcise opgørelsesmetode og tilrettelæggelsen af opfølgningen vil ske i forbindelse med ibrugtagningen af genoptræningsplanerne.</p> <p>Resultaterne af målingerne forventes forelagt Kvalitetsrådet kvartalsvis til drøftelse og eventuel aktion.</p>	<p>Implementeringen er startet planmæssigt i Neurocentret i oktober 2010 med driftsstart december 2010.</p>	■
	<p>Rettidig afsendelse af epikrise = 90 %</p>	<p>Pr. oktober 2010 er målopfyldelsen er steget til 66% i følge opgørelse fra Regionen "LIS - E-kommunikation</p>	■



	<p>Den elektroniske epikrise (tre hverdage) er implementeret på Rigshospitalet for indlagte patienter.</p> <p>Monitoreres af Rigshospitalets IT-afdeling (Klinisk IT) på grundlag af månedlige data, der trækkes fra GS!åben. Opfølgning foregår ved udsendelse af statistik til de enkelte klinikker. Der tilbydes undervisning af relevant personale løbende.</p> <p>Resultaterne af målinger vil blive forelagt Kvalitetsrådet kvartalsvis til drøftelse og eventuel aktion.</p>	<p>2010-jan2011", Rigshospitalets egne tal er for januar 2011 58%. Da det fremadrettet er Regionens tal, der skal bruges som sammenligningsgrundlag, analyseres, hvad forskellen skyldes. Der vil forsat blive udsendt statistik til centrene på månedsbasis.</p> <p>I forhold til det tværsektorielle regionale projekt vil der i løbet af foråret 2011 være fokus på området og der vil i samarbejde med praksiskoordinator blive afholdt informationsmøder centervist med fokus på dialogaftalerne og forbedring af den tværsektorielle kommunikation.</p>	
	<p>Elektronisk henvisning = 75 %</p> <p>Den elektroniske henvisning er implementeret på Rigshospitalet. Monitoreres af Rigshospitalets Økonomi- og Planlægningsafdeling på grundlag af månedlige data.</p> <p>Opfølgning foregår ved udsendelse af statistik til hospitalets Praksiskoordinator.</p> <p>Resultaterne af målinger vil blive drøftet med hospitalets Praksiskoordinator kvartalsvist med henblik på at identificere mulige initiativer.</p>	<p>Rigshospitalet har i første halvdel af 2010 opstillet en monitoreringsmodel for måling af anvendelse af elektroniske henvisninger. Målingerne er gennemført og har været drøftet med hospitalets Praksiskoordinator.</p> <p>Det har ikke været muligt i 2010 at formulere egentlige initiativer på baggrund af de lokale målinger til at øge anvendelsen af elektroniske henvisninger; blandt andet på grund af usikkerhed om validiteten af den opstillede model. Arbejdet planlægges videreført i 2011 og vil være baseret på Region Hovedstadens netop udviklede "Ledelsesinformation vedr. elektronisk kommunikation mellem region/praksissektor/kommuner".</p>	■
3. Effektivisering af arbejdsgange	<p>I 2010 etablerer virksomheden en funktion/enhed for optimering af arbejdsgange, og uddanner et antal konsulenter, som koordinerer og bistår afdelinger og afsnit i deres arbejde med effektivisering</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der er etableret en leanfunktion i form af et netværk med opgaveforankring i det enkelte center. Netværket har holdt to møder.</li> </ul> <p>Primo januar 2011 har Rigshospitalet besluttet at oprette leanområdet yderligere gennem en entydig organisatorisk forankring i Udviklingsafdelingen, ansættelse af leansagkyndig kompetence samt omprioritering af fokus og ressourceanvendelse.</p>	■
	<p>Den enkelte virksomhed beskriver, hvordan virksomheden i 2010 organiserer funktionen/enheden for optimering af arbejdsgange</p>	<p>På Kvalitetsrådsmøde i februar 2010 blev det besluttet at sammensætte en tværgående netværksgruppe for Lean.</p> <p>Der er formuleret et kommissorium for gruppen.</p> <p>Der har været afholdt 2 møder.</p>	■

	<p>I løbet af 2010 udpeger og gennemfører hver enkelt virksomhed et antal konkrete effektiviseringsprojekter inden for regionens prioriterede fokusområder, som kan bidrage til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivitetsgevinster-/arbejdskraftbesparende</li> <li>▪ Øget kvalitet</li> <li>▪ Forbedrede patientforløb</li> </ul> <p>Rigshospitalet udpeger mindst 1 projekt pr. center</p> <p>Kvalitetsrådet tilrettelægger udpegelse og beskrivelse af otte projekter inden for regionens udpegede fokusområder, der bidrager til enten effektivitetsgevinster /arbejds-kraftsbesparelse, øget kvalitet eller forbedrede patientforløb (kortere og smidigere)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Finsen: Effektivisering af journalskrivning~færre bunker, større patientsikkerhed, optimering af resourceanvendelse</li> <li>▪ Hoved-Ortho: Effektivisering af sekretærfunktion ~ hurtig genfindning af journaler, samme dag booking til ambu, færre registreringsfejl/større patientsikkerhed</li> <li>▪ Abdominal: Optimeret flow mellem OP-POTA-Sengeafd. ~ Smidigere overførsel vha ”OvervågningsORBIT”, færre tlf.samtaler om status for patient, flere patienter kan komme direkte til sengeafd., faste tavlemøder i afsnittet</li> <li>▪ Hjerter: Optimeret flow i lungekirurgi ~ frigivelse af lejekapacitet, 20 % flere operationer, forstærket fokus på skiftetider, overarbejde elimineret, ventetid på opvågningsplads stærkt reduceret</li> <li>▪ JulianeMarie: Sammenhængende ambulante patientforløb obstetrik, føtalmedicin, og ultralyd ~ plan klar for fælles reception, kompetenceudvikling, kompetenceniveauer = større patientsikkerhed, kortere og smidigere forløb</li> <li>▪ Diagnostisk: fakturabehandling i mediateknik ~ eliminering af spild via fælles standarder, e-transport af faktura, 5S i lab</li> </ul>	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Visions- og strategiproces	<p>Er formuleret en overordnet vision og etableret strategiske indsatsområder på tværs af fag og organisation</p> <p>Er beskrevet en styringsmodel, hvor alle afdelinger på Rigshospitalet måles op i mod visionen i en form, der giver mening og skaber drivkraft uden at skabe nye administrationstung og bureaukratisk styringssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er fastlagt internationale benchmarks på følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Behandlingsresultater</b> – kvalitet på alle områder af behandlingen og bedste behandlingsindsats</li> <li>○ <b>Forskning</b> – kvantitet og kvalitet, klinisk,</li> </ul> </li> </ul>	<p>Udkast til overordnet vision er formuleret</p> <p>Direktionen delegerer i november 2010 til centerledelserne at igangsætte en proces, hvor de senest maj 2011 kan tilbagemelde fra alle klinikker en status på arbejdet med implementering af de overordnede visioner og strategier. Centerdirektører rapporterer status i regi af direktørmøder. En gang pr. måned fra januar 2011.</p> <p><b>Behandlingsresultater:</b> Der arbejdes fortsat på benchmarking af kliniske kvalitetsdata nationalt og internationalt på Rigshospitalets spydspidsfunktioner, herunder afdækning af mangelfuld dokumentation eller manglende brug af data</p> <p><b>Forskning</b></p>	■ ■ ■

	<p>grundforskning, MVU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Produktivitet</b> – økonomi, produktion, styring, ledelse og udnyttelse af ressourcer</li> <li>○ Er udarbejdet en plan for at positionere Rigshospitalet som Danmarks førende og internationale hospital – herunder det førende forskningshospital i Danmark</li> </ul>	<p>Med forskningsstrategien vil Rigshospitalet ved udgangen af 2010 styrke forskningen inden for de sundhedsprofessioner som er omfattet af betegnelsen MVU – mellemlange videregående uddannelser. Første skridt er formulering af forskningsstrategier for de enkelte professioner.</p> <p><b>Produktivitet</b> Der er etableret samarbejde med Karolinska Universitetssjukhuset og Oslo Universitetssykehus om benchmarking på produktivitet. Første møder afholdt og første analyse er igangsat på data fra 2009. Metoden er under udvikling og skal evalueres.</p>	
	Er udarbejdet en plan for at positionere Rigshospitalet som Danmarks førende og internationale hospital – herunder det førende forskningshospital i Danmark	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der er oprettet engelsk hjemmeside som platform for international omtale</li> <li>▪ En proces for løbende versionering af faglige og forskningsmæssige nyheder til engelsk er under indkøring</li> <li>▪ Der er etableret medieovervågning af international omtale med benchmark til Karolinska Universitetssjukhuset og Oslo Universitetssykehus</li> </ul> <p>Samlet plan igangsættes fra årsskiftet 2010/11</p>	■
2. Gennemførelse af Generalplansprojekt	<b>Ideoplægget</b> udarbejdet til forelæggelse for Regionsrådet februar 2010	Er gennemført	■
	Udfærdigelse af <b>byggeprogram</b> til godkendelse i Regionsrådet november 2010	Byggeprogrammet er afleveret til Region Hovedstaden den 1. nov. som aftalt. Byggeprogrammet forventes behandlet af Regionsrådet i dec. mdr.	■
	Påbegyndelse af <b>udbudsmateriale</b> til projektkonkurrence for nybyggeri på Rigshospitalet	Udbudsmaterialet er udarbejdet og udsendes efter godkendelse på Regionsrådsmøde februar 2011	■
3. Identifikation og vurdering af kliniske databaser og spidskompetencer	At kortlægge og kvalitetsvurdere Rigshospitalets placering i de databaser, der tilflyder eller ejes af Rigshospitalet	<p><b>Diabetes NIP</b> Projektet afventer en endelig finansiering af de planlagte aktiviteter.</p> <p><b>Lungecancer NIP.</b> Der ses fortsat en signifikant bedring af kvaliteten målt på NIP indikatorer især indenfor onkologien.</p>	■
	At identificere spidskompetencer, der kan måle sig på nationalt og internationalt niveau pr. 1. februar 2010	Oesophaguscancer fremstår med internationale resultater, der ligger blandt de bedste	■
	At identificere områder med mulighed for forbedring og udvikling	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ For at kunne udarbejde meningsfulde analyser af den kliniske kvalitet, skal datagrundlaget etableres</li> </ul>	■

		<p>således, at dette kan anvendes på kvalificeret vis. Dette arbejde pågår i regi af lægefaglig direktør.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inden for NIP lungecancer er der mulighed for forbedring specielt på den onkologiske behandling. Der er indledt et samarbejde med Herlev mhp benchmarking.</li> </ul>	
	<p>Forberede bred registrering af den kliniske kvalitet med henblik på forbedring af indsatsen.</p>	<p>RH har med KIT initieret et samarbejde med 2 forskellige IT firmaer med henblik på at udarbejde en mulighed for systematisk data-grabbing fra OPUS NOTAT. SAS har tilbudt at stille software til rådighed. Der er udarbejdet en redegørelse vedr. mulighederne for at anvende eksisterende datakilder, hvilket ikke har vist sig muligt. Der er udarbejdet forslag til hvorledes det videre arbejde kan udføres.</p> <p>TRYGFonden har givet afslag til støtte til 3 konkrete projekter.</p> <p>Ved hjælp af en mindre del af midlerne til etablering af infektionsregistrering er der udført 2 projekter hvor der foretages data-grabbing i OPUS NOTATvi og samkøring med bl.a. mikrobiologernes database. Der er tale om infektioner i forbindelse med CVK og isolation i forbindelse med clostridium infektioner, og det har vist sig at det er muligt at uddrage de nødvendige data.</p>	■

## Region Hovedstaden - Handicap

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Kvalitet	Region Hovedstaden - Handicap deltager aktivt i det fælles regionale arbejde med kvalitetsmodellen og sikrer, at de vedtagne standarder og vejledninger følges på de tilbud, hvor det er relevant		■
	Tilsyn er gennemført som planlagt på de tilbud, hvor det er relevant, og der har været mindst et planlagt og et uanmeldt tilsyn på hvert af disse		■
	Resultaterne fra det afsluttede projekt "Utilisgtede hændelser" samt "Forebyggelse af vold" forankres i tilbuddene. De udarbejdede standarder og vejledninger følges		■
	Resultatet af det afsluttede fælles regionale projekt med anvendelse af ICF (international klassifikation af funktionsevne) vurderes med henblik på generel anvendelse af ICF i Region Hovedstaden - Handicap. Et pilotprojekt gennemføres på tilbuddet Lyngdal		■
	Det sikres, at deltagelsen i det fælles regionale Sociale Indikator Projekt (SIP) på de sikrede pladser gennemføres, og at registrering løbende er ajour		■
	I tilknytning til projektet "Sæt viden i bevægelse", der er bevilget af Sundhedsstyrelsen for perioden 2010 - 2011, forsøges etableret et forskningsprojekt til at følge og vurdere resultatet af projektet		■
2. Effektivisering af arbejdsgange	Region Hovedstaden - Handicap har beskrevet og analyseret de vigtigste administrative arbejdsgange i virksomheden og enten vurderet, at de allerede er så effektive, som de kan blive, eller om en ændring af arbejdsgangene er sat i gang		■
	For Kommunikationscenteret – Region Hovedstaden gennemføres særskilt en analyse i 2010 med dette formål. Projektet gennemføres evt. med hjælp fra konsulenter fra enten regionens egen leanorganisering eller med eksterne konsulenter		■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2010	Status for resultatkrav	
1. Ledelse	Ledelsen vurderer, hvordan organisationen justeres i overensstemmelse med overdragelse af tilbud til kommunerne		■
	Ledelsen sikrer god kommunikation mellem handicaps direktion og lederne i virksomheden om ledelsesmæssige indsatsområder		■
	Det personlige lederskab udvikles for virksomheden ved prioritering af uddannelse af mindst to ledere, som enten går i gang eller giver tilsagn om at gå i gang med et videregående lederudvik-		■

	lingsprogram		
	Ledelse skal være et tilbagevendende tema på de månedlige ledermøder og seminarer for lederne, og der er fokus på hvordan overvejelserne om ledelse og prioritering omsattes til resultater i virksomheden		■
	Region Hovedstaden - Handicaps samlede ledelse fortsætter indsatsen i forhold til at nedbringe sygefraværet. Det samlede sygefravær skal være faldet i forhold til 2009-niveauet, hvor det samlede sygefravær var det højeste blandt regionens virksomheder		■
2. Budget og regnskab	Opdatere og ajourføre model for økonomisk styring til brug for Region Hovedstaden – Handicap		■
	Vurdere virksomhedens samlede kvalitet for den økonomiske styring og sikre, at den gennemsnitligt ligger på mindst modellens niveau tre		■
	Ingen væsentlige bemærkninger fra revisionen til årets regnskab		■
	Kommunikere de vigtigste nøgletal for virksomheden, så det for interessenterne bliver nemmere at se, hvorledes Region Hovedstaden - Handicap præsterer		■
3. Overdragelse og udvikling	Region Hovedstaden - Handicap tilrettelægger overdragelsen af tilbud til kommunerne, fra udarbejdelse af aftale til praktisk gennemførelse af overdragelsen, så kommunerne præsenteres for et velplanlagt forløb		■
	Region Hovedstaden - Handicap forsøger gennem en tættere dialog med kommunerne at målrette indhold og omfang af de ydelser, der leveres af Kommunikationscentret, så det svarer til, hvad kommunerne og deres borgere efterspørger		■
	Region Hovedstaden - Handicap dokumenterer i form af nøgletal og opgørelse, at virksomheden er en effektiv leverandør af de ydelser, kommunerne efterspørger		■