

Region
Hovedstaden

REGION

Afrapportering på dialogaftaler 2011

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	3
AMAGER HOSPITAL	4
BISPEBJERG HOSPITAL	7
BORNHOLM HOSPITAL.....	12
FREDERIKSBERG HOSPITAL	15
FREDERIKSSUND HOSPITAL.....	20
GENTOFTE HOSPITAL	22
GLOSTRUP HOSPITAL.....	29
HELSINGØR HOSPITAL.....	35
HERLEV HOSPITAL	38
HILLERØD HOSPITAL	42
HVIDOVRE HOSPITAL.....	49
APOTEKET	53
REGION HOVEDSTADENS PSYKIATRI	56
RIGSHOSPITALET.....	62
DEN SOCIALE VIRKSOMHED	68

Indledning

I dette bilag kan man se de enkelte virksomheders afrapportering på implementeringen af indsatsområder i dialogaftalen for 2011.

Afrapporteringen 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 afrapporteringen 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 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Amager Hospital blev akkrediteret i marts 2011	
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	Amager Hospital har etableret en HEPJ styregruppe og udfærdiget en projektbeskrivelse, vedhæftet. Amager Hospital har påbegyndt implementeringen af FMK og som følge heraf også anvendelse af EPM i ambulatorier.	
	<ul style="list-style-type: none"> At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	Amager Hospital har implementeret de dele af den tværsektorielle kommunikation, der er klar.	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	<ul style="list-style-type: none"> Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Implementeringen af KISO er omfattet af HEPJ handlingsplanen. Projektet har været sat på 'hold', grundet udvikling, afprøvning og endelig beslutning i Regionen.	
	Hjerteinsufficiens:		
	Indikator 1 = 90 %	90 %	
Indikator 2 = 90 %	90 %		
Indikator 3b = 80 %	84 %		
Apopleksi:			
Indikator 3 = 95 %	58 %		
Indikator 4 = 80 %	67 %		
Indikator 8 = 90 %	53 %		
Diabetes:			
Hele behandlingspakken = 90 %	57%		
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> Angiotensin II-antagonister Morfika NSAID 	Angiotensin II: 62 % Morfika: 84 % NSAID: 84 %	 


	Hospitalerne skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.		
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	Ikke gennemført.	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	Gennemført. Selvevalueringen blev fremsendt juni 2011.	■
2. Økonomistyring	▪ Budgettet skal overholdes	Budgettet er overholdt i 2011.	■
	▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	De periodeopdelte afdelingsbudgetter blev meldt ud i februar 2011.	■
	▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts	Gennemført.	■
	▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen	Der gennemføres løbende kvalitetssikring, herunder månedlige dialogmøder med alle afdelinger/afsnit.	■
	▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Grundet fusionen med Hvidovre Hospital, er dette ikke gennemført.	■
	▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes	Der er udarbejdet fremmødeplaner for alle afsnit. Der følges op på fremmødeplanerne ved månedlige dialogmøder med alle afdelinger/afsnit.	■
	▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	Hospitalsdirektion og afdelingsledelser er i tæt dialog om økonomi og styringsgrundlag og der er fælles forståelse herfor.	■
	▪ Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen.	Der er ikke afsluttet investeringsprojekter i 2011.	■
	▪ Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer	Ajourføring af anlægskartoteket udestår fortsat af ressourcemæssige årsager.	■

Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Fortsat implementering af Amagermodellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinddragelse <ul style="list-style-type: none"> ○ Fokusgruppeinterview ○ Feedbackmøder 	Fokusgruppe er gennemført og arbejdsgange er under implementering i forbindelse med Kronikerprojektet. Der er ikke igangsat feedbackmøder.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det samordnede sundhedsvæsen <ul style="list-style-type: none"> ○ Tværsektorielle patientforløbstracere ○ Netværk med primærsektor ○ Følgehemordning ○ Ringe-hjemordning 	Der er gennemført en tværsektoriel patientforløbstracer i samarbejde med Københavns Kommune. Der er etableret Vidensdelingsgrupper med deltagelse af praktiserende læger. Følgehemordningen er endnu ikke evalueret. Ringe-hjemordningen er etableret.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effektiv kronikerbehandling <ul style="list-style-type: none"> ○ Tværsektoriel kompetenceudvikling 	Fælles skolebænk er etableret og igangsat.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forbedret patientsikkerhed <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementering af Global Trigger Tool ○ Fokus på indrappingskultur 	Global Trigger Tool er fortsat under implementering. Der er lavet en handlingsplan herfor. Indrapping bliver jævnligt italesat på alle niveauer.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teknologi og fysiske rammer <ul style="list-style-type: none"> ○ Flytning af aktiviteter fra Hans Bogbinders Allé til Italiensvej 	Sammenlægningsprojektet er beskrevet og projektering er påbegyndt i 2011.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ God ledelse og kultur <ul style="list-style-type: none"> ○ Udvikling af Ledelsesgrundlag ○ Lean strategi 	Ledelsesgrundlaget er udviklet og offentliggjort ultimo 2011. Grundlaget er baseret på Lederseminar i nov. 2011. Lean strategien for 2011 har medført, alle afdelings- og afsnitsledelser har gennemført lean kurser. De fleste afdelinger og afsnit er i gang med implementering af lean.	

Bispebjerg Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Hospitalet opnåede et tilfredsstillende resultat ved akkreditering 2011 (JCI)	■
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	Implementering er planlagt men ikke iværksat pga. manglende driftsstabilitet	■
	<ul style="list-style-type: none"> At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	<p>75 % af kommune-advis er rettidigt afsendt.</p> <p>90 % af epikriserne er afsendt rettidigt til praktiserende læger.</p> <p>Direktionen har løbende fulgt målopfyldelsen i relation til de enkelte afdelinger mhp. på en målrettet indsats i de afdelinger, der ikke lever op til målet.</p> <p>Med henblik på at fremadrettet sikre opfyldelse af andel af rettidigt afsendte udskrivningsadviser og epikriser er følgende planlagt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elektronisk kommunikation indgår i dialogaftalerne mellem afdelingsledelser og direktion En fokuseret indsats i relation til at øge andelen af rettidigt afsendte udskrivningsadviser på udvalgte afdelinger med lav målopfyldelse. <p>Udbrede den viden og de erfaringer der opnås i forbindelse med den fokuserede indsats på udvalgte afdelinger til øvrige afdelinger på hospitalet</p>	■
<ul style="list-style-type: none"> Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Projekt er udskudt til endelig beslutning i foråret 2012	■	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:		
	Indikator 1 = 90 %	Kardiologisk Afd. Y har en målopfyldelse på 95 % i 3. kvartal i 2011	■
	Indikator 2 = 90 %	Kardiologisk Afd. Y har en målopfyldelse på 100 % i 3. kvartal i 2011	■
	Indikator 3b = 80 %	Kardiologisk Afd. Y har en målopfyldelse på 82 % i 3.	■
















		kvartal i 2011	
	Apopleksi:		
	Indikator 3 = 95 %	Neurologisk Afd. N har en målopfyldelse på 100 % i december 2011	■
	Indikator 4 = 80 %	Neurologisk Afd. N har en målopfyldelse på 85 % i december 2011	■
	Indikator 8 = 90 %	Neurologisk Afd. N har en målopfyldelse på 81 % i december 2011	■
	Diabetes:		
	Hele behandlingspakken = 90 %	Endokrinologisk Afd. I har en målopfyldelse på 82 % i perioden 1/9-30/11 2011	■
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	I 2011 var efterlevelsen af regionale rekommandationer for de tre nævnte lægemiddelgrupper som følger: Angiotensin II-antagonister: 92 % Morfika: 85 % NSAID: 74 %	■
	Hospitalet skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	De dyreste lægemidler som anvendes på BBH er infliximab, adalimumab og ustekinumab (Dermatologisk afd.) og som udgør mere end 1/3 af det samlede medicinbudget. En planlagt Journalaudit blev foretaget på Dermatologisk afdeling for at sikre, at patienter, der behandles med disse biologiske lægemidler, behandles i henhold til gældende instrukser. Tyve journaler blev gennemset, og der fandtes, at 17/20 patienter (85%) blev behandlet efter gældende behandlingsvejledninger	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	Med henblik på at understøtte den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler er der etableret Tovholdergruppe i regi af direktionssekretariatet med deltagelse af repræsentanter fra kliniske afdelinger, relevante stabe samt hospitalets patientvejleder. Tovholdergruppen har udarbejdet et flow chart på intranettet, der udgør en trin for trin-guide til gennemførelse af dialogsamtaler. Tovholdergruppen har løbende evalueret den praktiske gennemførelse af dialogsamtalerne. I 2011 blev der på Bispebjerg Hospital gennemført i alt	■

		<p>10 dialogsamtaler.</p> <p>Selvom der er gennemført færre dialogsamtaler end ventet er det Tovholdergruppens vurdering, at formaliseringen – af en i forvejen udbredt praksis – har skærpet opmærksomheden på mere proaktiv opfølgning på episoder og oplevelser, der kan give anledning til en efterfølgende klagesag. Tilbage meldingen fra afdelingsledelserne er, at man i højere grad end tidligere tager initiativ til uformelle samtaler med patienter og / eller pårørende. Den opsøgende aktivitet virker grundlæggende klageafbødende. Samtidig dækker den et umiddelbart behov hos patienter og pårørende (afklaring af forløb og svar på spørgsmål) og hos involverede sundhedspersoner (evalueringdebriefing og læring)</p>	
<p>f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan</p>	<p>Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HSMR ▪ Patientskader ▪ Hospitalserhvervede infektioner ▪ Patienttilfredshed ▪ Vurdering af patientens evne til kommunikation <p>Hospitalet har vurderet resultaterne og har indarbejdet handlingsplaner/implementeringsplaner for opfyldelse af målene i hospitalets kvalitetsstrategi.</p> <p>HSMR: De første 3 kvartaler i 2011 viser fortsat stabil proces med henholdsvis 99, 99 og 102. Flere projekter og tiltag understøtter indsatsen med at reducere HSMR, fx: Risikovurdering, systematisk observation, stabile og ikke-stabile patienter og Sikker Kirurgi – Tjeklisten.</p> <p>Patientskader: Global Trigger Tool viser et gennemsnit på knap 50 skader per 1000 sengedage. Sammenlignet med andre hospitaler vurderes det til at være tilfredsstillende. Fortsætter som indsats med samme initiativer som under HSMR.</p> <p>Hospitalserhvervede infektioner: De initiativer der blev iværksat for 2011 fortsætter i 2012. Hospitalet har halveret antallet af patienter inficeret</p>	

		med ESBL-producerende Klebsiella. Projektet er overgået til drift medio 2011. Patienttilfredshed: Afventer tal fra LUP 2011 Vurdering af patientens evne til kommunikation: Regional journalaudit november 2011 viser en målopfyldelse på 89 % på indlagte patienter og på 71 %. Iværksatte initiativer fastholdes.	
2. Økonomistyring	▪ Budgettet skal overholdes	Budgettet er overholdt	■
	▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	Periodeopdelte afdelingsbudgetter blev ved budgetårets begyndelse udmeldt til afdelingerne	■
	▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts	Aktivitetsbudgetter er udarbejdet på afdelingsniveau	■
	▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen	Der følges op månedligt på afvigelser mellem månedsbudget og regnskab	■
	▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Fremgår af hospitalets økonomistyringsnotat	■
	▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes	Opfyldt for alle plejeafsnit For lægeafsnit foreligger fremmødeplaner for de døgndækkede afsnit.	■
	▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	Der afholdes 3 årlige dialogmøder samt budget- og budgetopfølgningsmøder hvor dette sikres	■
	▪ Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen.	Ikke opfyldt for alle regnskaber i 2011	■
	▪ Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer	Økonomiafdelingen har registreret samtlige modtagne indberetninger inden 31. oktober. Imidlertid har nogle afdelinger først afleveret efter fristen.	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1.	Patientkommunikation		
	▪ Udvikling af koncept for patientfeedback i foråret 2011	Der er udarbejdet en manual for patientfeedbacksamtalerne. I december 2011 er der gennemført en evaluering og udarbejdet en evalueringsrapport vedr. erfaringerne. Evalueringen har ført til justeringer i manualen.	■

	<ul style="list-style-type: none">▪ Afprøvning af konceptet i 4 afdelinger i efteråret 2011	Der er gennemført 4 patientfeedback møder i efteråret på Geriatrisk Afd. G, Ortopædkirurgisk Afd. M, Kirurgisk Afd. K og Lungemedicinsk Afd. L.	■
--	---	---	---



















Bornholm Hospital





Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Flot akkreditering	
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i H-EPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 		
	<ul style="list-style-type: none"> At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	Bornholms Hospital er det hospital i regionen der er længst fremme i forhold til brugen af elektronisk tværsektoriel kommunikation.	
	<ul style="list-style-type: none"> Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Indledende sygeplejevurdering i KISO er netop stoppet i pilotdrift. Så markeringen er rød men ikke pga. Bornholms Hospital.	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:	1. januar – 30. september 2011	
	Indikator 1 = 90 %	64 %	
	Indikator 2 = 90 %	57 %	
	Indikator 3b = 80 %	100 %	
	Apopleksi:	1. januar – 31. december 2011	
	Indikator 3 = 95 %	73 %	
	Indikator 4 = 80 %	79 %	
	Indikator 8 = 90 %	79 %	
	Diabetes:	1. marts 2011 – 30. november 2011	
	Hele behandlingspakken = 90 %	68 %	
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> Angiotensin II-antagonister Morfika NSAID 	AngiotensinII antagonister: 92 % Morfika: 78 % NSAID: 90 %	  
	Hospitalerne skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	Bornholms Hospital har valgt at udpege de samme 3 grupper som dialogaftalen måler på, da disse er tungere områder ift. Medicinudgifterne. Begge områder er fulgt af farmaceut og overvåget i Lægemiddelkomitéen hvert kvartal.	

e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af Regionsrådet fastlagte rammer (vedtages i efteråret 2010).	Der er udarbejdet nye retningslinjer for klagesagsbehandlingen lokalt, dialogsamtaler gennemføres og registreres i surveyXact til brug for Serviceudvalget	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	Selvevalueringen blev gennemført i forbindelse med akkrediteringen ved JCI i maj	■
2. Økonomistyring	▪ Budgettet skal overholdes	Bornholms Hospital har alle år under den nuværende ledelse overholdt sit budget.	■
	▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	Budgettet på afdelingsniveau foreligger først medio februar.	■
	▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts		■
	▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen		■
	▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Dette ligger i den enkelte leders kompetencer i linjeledelsen og lederens stillings- og funktionsbeskrivelse. Der mangler en arbejdsgangsbeskrivelse i økonomifunktionen.	■
	▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes		■
	▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	Dette sker via månedlige dialogmøder og årligt fornyede dialogaftaler med afdelingsledelserne. (fremadrettet toårige udviklingsaftaler)	■
	▪ Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen.		■
	▪ Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer		■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1.	▪ Etablering af ny registreringsorganisation samt indførelse af	Kvaliteten af registreringen er steget. KMK er indført	■










	bedre registreringspraksis	og alle læger og lægesekretærer har gennemført KMK i efteråret 2011. De registreringsansvarlige teams (RAT) og det øverste registreringsansvarlige organ, Fælles Forum afholder møder efter de fastlagte kommissorier. Evaluering af den nye registreringsorganisation og data til belysning af den forbedrede registreringspraksis finder sted ultimo 1. kvartal 2012	
--	----------------------------	---	--

Frederiksberg Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Målet er nået.	
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	Projektet er på regionalt plan sat på stand by, indtil stabil drift er opnået.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) <ul style="list-style-type: none"> ○ Tidstro advisering 95 % ○ Epikriser rettidigt afsendt 95 % ○ GOP rettidigt afsendt 95 % ○ Korrespondance implementeret sept. 2011 ○ Færdigbehandling, varsling, udskrivningsrapport, pilottestet på FRH 30. juni 2011 	Overordnet er plan udarbejdet, der følger Sundhedsaftalens krav. Delmål som følger: 81 % 89 % Kan ikke opgøres. Udskudt til 2012, foreligger ikke plan endnu. Pilottest først i gang primo 2012, pga. systemtekniske problemer.	     
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	FH har haft en repræsentant i den regionale projektgruppe. Arbejdet blev dog sat på stand-by på baggrund af midtvejsevalueringen, hvorefter KIT valgte kun at pilotteste på et hospital i regionen (Gentofte).		
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:		
	Indikator 1 = 90 %	90 %	
	Indikator 2 = 90 %	88 %	 
	Indikator 3b = 80 %	88 %	
	Apopleksi:		
	Indikator 3 = 95 %	100 %	
	Indikator 4 = 80 %	88 %	
	Indikator 8 = 90 %	Tallet kan ikke opgøres, har ikke været opgjort siden marts 2011.	
	Diabetes:		
Hele behandlingspakken = 90 %	84 %	 	
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper:		

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	<p>93 %</p> <p>87 %</p> <p>98 %</p>	
	Hospitalet skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	Mål for nedsættelse af forbruget sat til 300.000 kr. Målet mere end opfyldt, idet forbruget blev nedsat med 2.700.000 kr.	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer (vedtages i efteråret 2010).	FRH deltager i projekt "Borgerstyrket Dialog" med fokus på forebyggelse af klagesager og øget tilfredshed hos patienter og borgere. Desuden har FRH gennemført 13 dialogsamtaler i 2011, som har medført, at størstedelen af de klager (92 %), der vedrørte dialogsamtalerne, blev trukket tilbage.	
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	<p>Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.</p> <p><u>Kvalitetsplanens indsatsområder og FRH's drivere:</u></p> <p>1) Behandlingen skal være sikker for patienterne:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UTH ▪ EWS-implementering ▪ Sikker mundtlig kommunikation ▪ Håndhygiejne, rengøring ▪ Indsats mod tryksår ▪ AK-behandling ▪ PDA og scanner <p>2) Patienten i centrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialog med patienter og pårørende ▪ Projekt med ABT ▪ Innovationsprojekt om pårørende <p>3) Behandlingen skal være effektiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme ▪ Lean projekter for sekretærgruppen og ambulatorier 	<p><u>Generel kommentar:</u> Per 1. februar 2012 er kvalitetsorganisationerne på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler fusioneret – beslutningen blev taget i løbet af 2011, og forslag til handlingsplan på nedenstående områder tages derfor op i den nu fusionerede kvalitetsorganisation.</p> <p><u>Resultater ift. Kvalitetsplanens områder:</u></p> <p>1) Behandlingen skal være sikker for patienterne:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UTH: Stigning af rapporterede UTH fra 415 hændelser i 2010 til 485 hændelser i 2011. Fordeling af UTH på 3 hovedgrupper er patientfald, medicineringsfejl og kontinuitetsbrud/administrative processer. ▪ EWS: Er fuldt implementeret i de medicinske afdelinger (M og H) og med høj anvendelsesgrad. 90-100 % af patienterne blev EWS-scoret ved udgangen af 2011. EWS implementeres på O og U i løbet af 2012 ▪ Sikker mundtlig kommunikation: Udtræk fra KBA database i forbindelse med akutte ringesvar viser 100% opfyldelse af "skriv ned og læs op" i 2011. ▪ Håndhygiejne: Observationsstudier er implementeret på 2 afdelinger, og der er udarbejdet en handlingsplan for implementering i resten af 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rationel medicinanvendelse <p>4) Lighed i regionens tilbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinformation om sårbare grupper ▪ Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme ▪ Følge-hjem, følge op, ringe hjem 	<p>hospitalet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rengøring: Handlingsplaner udarbejdet og iværksat, og et stort antal kontroller af rengøringen gennemført. Både FRH og rengøringsselskabet har ansat hver en controller. Løbende møder med kunderne (afsnittene) og meget tættere opfølgning på medarbejderne (undervisning, opfølgning og kompetenceprofiler). Kundeklager registreres, og der følges op med fastlagte intervaller. ▪ Tryksår: Tryksårspakken implementeret i 2011 med journalaudit på tryksår hver 14. dag på alle indlagte indtil stabil proces (afd. O undtaget audit pga. elektive raske patienter). FRH laver halvårlig prævalens, sidst i dec. 2011, og følger antal UTH i DPSD2 og skader relateret til tryksår i Global trigger tool, i patientsikkerhedsudvalget. Data fra prævalens viser, at patienter, som har udviklet tryksår under indlæggelsen, er faldet fra 4% til 0% i 2011. ▪ AK-behandling: Data følges ved årlig opfølgning på UTH med antitrombosemidler (2010 15 hændelser /2011 6 hændelser). Vi har lavet tracere på AK-behandling i 2011. ▪ PDA: Anvendelsen ved medicineringer har over en længere periode i 2011 ligget stabilt på omkring 70%. Der er mange udfald på PDA'erne, som derved påvirker målopfyldelsen i negativ retning. Samtlige PDA'er er derfor udskiftet i februar 2012. <p>2) Patienten i centrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se punkt 1.e ovenfor <p>3) Behandlingen skal være effektiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme: Forløbsbeskrivelser udarbejdet mellem Fr.Berg Kommune, Fr.berg Hospital og primærsektor. Særligt fokus på at give praktiserende læger nemt overblik over henvisningsmuligheder, jf. GAB-analysens resultater. Arbejdet omkring hjertepakkeforløb er også færdigt. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lean projekter for sekretærgruppen og ambulatorier: Lean projekt omfattende lægesekretærer, læger og sygeplejersker gennemført i Geriatrisk Ambulatorium vedr. henvisninger, da målopfyldelsen i forhold til regionale mål for henvisninger ikke blev opnået. Projektet resulterede i en klart højere målopfyldelse ved udgangen af 2011. Implementeringen af de nye arbejdsgange er lige sket. Kurven er knækket og målopfyldelsen stigende. ▪ Rationel medicinanvendelse: Se ovenfor under 1.d. <p>4) Lighed i regionens tilbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinformation om sårbare grupper: Ikke opfyldt. ▪ Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme: Se ovenfor, foregående punkt. ▪ Følge-hjem, følge op, ringe hjem: FH har velfungerende ordning, hvor AMA hver morgen screener alle nyindlagte patienter i AMA og vurderer deres behov for hhv. at blive fulgt hjem; blive ringet hjem til, når de er udskrevet, for at følge op på, hvordan vores planer for udskrivelsen er gået; eller få et tilsynsbesøg af udgående AMA. 	  
2. Økonomistyring	▪ Budgettet skal overholdes	Budget 2011 overholdt.	
	▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	Periodeopdelte afdelingsbudgetter blev sendt i 1. høring december 2010. Endelige budgetter udmeldt februar 2011. Præstationsbudgetter udmeldt i marts 2011 umiddelbart efter udmelding fra Koncern Økonomi.	
	▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts	Aktivitetsbudgetter udarbejdet og udmeldt på afdelingsniveau inden udgangen af marts 2011.	
	▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen	Sket løbende internt i økonomiafdelingen samt i månedlig dialog med afdelingsledelserne.	
	▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Ja.	
	▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der	Ja.	









	<p>ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag ▪ Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen. ▪ Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer 		
		Ja. Direktionen har i 2011 afholdt månedlige opfølgingsmøder med alle afdelingsledelser.	■
		Opfyldt.	■
		Delvist opfyldt. Ajourføring først endeligt afsluttet i december 2011.	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1.	<p>Projekt ”Medicin på tværs”: Virksomheden udarbejder i første halvår af 2011 en tværsektoriel samarbejdsmodel vedr. medicinafstemning ved indlæggelse, udskrivning samt ambulante besøg. Modellen skal sikre at</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ der ved indlæggelse altid medgives en liste over aktuell medicinstatus, hvad enten patienten indlægges akut af egen læge, af hjemmesygeplejen eller af vagtlæge ▪ der ved udskrivelse eller overflytning altid medgives en opdateret medicinliste, samt begrundelse for medicinændring ift. indlæggelsesstatus ▪ der ved ændring i medicinordinationer, i forbindelse med et ambulante besøg altid medgives en opdateret medicinliste med begrundelse for ændringen. 	Delvist opfyldt, idet projektet er igangsat med involvering af hospital, kommune og almen praksis, men er forsinket til afrapportering i 1. halvdel af 2012.	■

Frederikssund Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Ja	■
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	I proces	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 		■
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:		
	Indikator 1 = 90 %	59 %	
	Indikator 2 = 90 %	49 %	
	Indikator 3b = 90 %	74 %	
	Diabetes:		
Hele behandlingspakken = 90 %	88 %		
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	100 %	■
	Hospitalet skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	Overvåges 3 gange årligt i lægemiddelgruppe – vi ligger lavt.	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	Ja. Vejledning på området regionalt og lokalt	■






f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	Ja	■
2. Økonomistyring	▪ Budgettet skal overholdes	Opfyldt, idet resultatet blev et mindre forbrug på 52.000,- kr.	■
	▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	Opfyldt. Afd. budgetter for 2011 blev udmeldt i december 2010.	■
	▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts	Opfyldt. Aktivitetsbudgetter 2011 blev udmeldt ultimo marts 2011.	■
	▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen	Opfyldt.	■
	▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Delvist opfyldt. Der er ikke udarbejdet en samlet beskrivelse, men beskrivelsen findes i flere forskellige dokumenter.	
	▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes	Opfyldt.	■
	▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	Opfyldt. Der holdes løbende dialog med afd. ledelserne	■
	▪ Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen.	Ikke relevant for Fr. sund Hospital, da vi ikke i 2011 har haft investeringsprojekter, der kræver anlægsregnskab.	
	Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer	Opfyldt.	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1.	▪ TrivselOP – medarbejdertilfredshed	Afsluttet med høj svarprocent. Handlingsplaner er iværksat i de enkelte enheder.	■

Gentofte Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Hospitalet opnåede akkreditering ved JCI med tre fund i maj 2011.	
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	<p>22. august 2011 implementerede hospitalet "Digitale Notater".</p> <p>Projektet havde til formål at øge patientsikkerheden i forhold til tilgængeligheden af patientens journalnotater.</p> <p>Det kliniske personale skal således tilgå patientens journalnotater digitalt via OPUS Arbejdsplads.</p> <p>Der er udarbejdet en log-statistik, 1 uge per måned i hele 2011. Loggen tæller antallet af brugere logget på OPUS Arbejdsplads mellem kl. 07 og 17 på hverdage. Antallet af brugere logget på Opus Arbejdsplads målt på 5 hverdage i januar var 2386, og antallet er steget i december 2011 til 3252 målt på 5 hverdage.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	Hospitalet er en aktiv medspiller i regionens implementering af tværsektoriel kommunikation og følger IMT's implementeringsplan for implementering af kommunikation med kommunerne.	
	<ul style="list-style-type: none"> Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	<p>Den 8.11.2011 blev KISO (kliniske inddateringsskemaer og oversigter) implementeret på hospitalet. Implementeringen var et regionalt pilotprojekt.</p> <p>Det elektroniske skema understøtter standardiseret dokumentation, der lever op til de eksisterende retningslinjer og muliggør deling af informationen mellem flere forskellige sundhedsfaglige samtidigt.</p>	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:		
	Indikator 1 = 90 %	97 %	
	Indikator 2 = 90 %	96 %	
	Indikator 3b = 80 %	86 %	
	Diabetes:		
Hele behandlingspakken = 90 %	57 %		

		Det lave måltal skyldes, at hospitalet først i 2012 får mulighed for at tage fundusfoto (dette har indtil nu været foretaget i speciallægepraksis)	
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	<p>Samtlige afdelinger har været gode til at overholde medicinbudgettet.</p> <p>I 2011 har de overordnede fokusområder fra Regionen været en 90 % efterlevelse af rekommandationerne inden for AT II-antagonister, NSAID og morfika. Dette er opfyldt, men LLK arbejder fortsat på at udfase forbruget af Ketogan® på anæstesiologisk afdeling og Atacand® på kardiologisk afdeling.</p>	■
	Hospitalerne skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	<p>Følgende mål blev sat for reduktion af ikke-rekommanderet lægemiddel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adalimumab, biologisk lægemiddel, største udgift på GeH medicinbudget. Mål: Ingen stigning i udgiften i 2011 2. Etanercept, biologisk lægemiddel, næstestørste udgift på GeH medicinbudget. Mål: Ingen stigning i udgiften i 2011 3. Meropenem, antibiotikum, af både faglige og økonomiske årsager ønskes en reduktion. Mål: 20 % reduktion i forbruget i udgift i 2011. <p>ad 1) forbruget af adalimumab er i 2011 steget med kr. 1.665.000 til kr. 21.291.000. Det har ikke været muligt at holde forbruget i ro på grund af et stigende antal dermatologiske patienter, hvoraf mange er henvist fra primærsektoren, som ikke længere må foretage denne behandling.</p> <p>ad 2) forbruget er faldet med kr. 2.444.000 til kr. 11.915.000.</p> <p>ad 3) forbruget er faldet med kr. 593.000 til kr. 330.000.</p>	■

e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	Der er afholdt undervisning i alle kliniske afdelinger vedrørende dialogsamtaler. Medarbejder fra Sekretariat og Kommunikation deltager i alle dialogsamtaler og udarbejder referat, som kan indgå i arbejdet med læring og kvalitetsudvikling. Der er udarbejdet vejledning i sagsbehandling og læring af klagesager og Patientombudssager. Der er udarbejdet vejledning i opgaver og ansvar i arbejdet med klagesager og Patientombudssager.	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	Selvevalueringen er foretaget i april 2011. Monitoreringsplanen for 2012-2013 er rettet til ud fra resultaterne i selvevalueringen fra 2011.	■
2. Økonomistyring	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budgettet skal overholdes 	Hospitalet forventer at få et regnskabsmæssigt mindreforbrug på 12,5 mio. kr. i 2011 efter korrektioner i 1. Økonomirapport. Efter indregning af disponerede, men ikke bogførte udgifter er der budgetbalance.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne 	Budgetterne blev udmeldt ultimo november 2010 og var periodiserede.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts 	Budgetterne blev udmeldt medio marts 2011.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen 	Periodiseringsgrundlaget er løbende valideret af Økonomi i tæt dialog med afdelingerne.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser 	Rollefordelingen fremgår af budgetvejledningen og af den enkelte afdelings dialogaftale med direktionen.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes 	Der er udarbejdet fremmødeplaner for alle afsnit med vagt. For afsnit uden vagt foreligger detaljerede stillingsoversigter. Alle er indenfor budgettets rammer.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag 	Den enkelte afdelings økonomi er blevet tæt fulgt af direktionen i løbet af året på månedlige statusmøder og	■













		fremlagt i hospitalets månedlige ledelsesinformationsrapport.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen. 	Hospitalet har som hovedregel udarbejdet investeringsregnskaber indenfor 3 måneder efter projektets afslutning, men har for enkelte projekter overskredet fristen.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer 	Hospitalet har ikke kunnet overholde fristen i 2011 på grund af udfordringer med validering af tidligere registreringer, men har haft fokus på området i 2011 og forventer medio 2012 at have et fuldt retvisende anlægskartotek.	
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Succesfuld implementering af strategi 2010+	<ul style="list-style-type: none"> Evalueres på dialogmøder forår og efterår 2011 	Udmøntning af hospitalets strategi for 2010-2013 er indarbejdet i afdelingernes dialogaftaler for 2012. Afdelingerne har kunnet udvælge indsatsområder fra strategien, og målopfyldelsen er evalueret på halvårslige dialogmøder mellem afdelingsledelsen og hospitalsdirektionen.	
2. Patientkommunikation	<ul style="list-style-type: none"> Udarbejde et katalog for kompetencer, som medarbejderne skal tilegne sig/udvikle Afdække og implementere metoder, som sikrer god og nærværende kommunikation med patienter, og som umiddelbart kan anvendes i praksis Sikre opsamling af erfaringer samt evaluering 	<p>Der er udviklet kurser i mundtlig kommunikation og i telefonkommunikation med patienter.</p> <p>Kursernes formål er at udvikle medarbejders kompetencer til at kommunikere på en måde, som er personlig, nærværende og let at forstå.</p> <p>Kurserne er baseret på viden om kommunikative redskabers anvendelse i patientinddragelse og patient-empowerment.</p> <p>Der har været afholdt 11 kurser med i alt 126 deltagere fordelt på de to ovennævnte kurser.</p> <p>Kurserne afvikles løbende og evalueres undervejs. Samlet opsamling og evaluering forventes ultimo 2012.</p>	
3. Nem og entydig adgang til hospitalet	<ul style="list-style-type: none"> Ensartede åbningstider for telefonbetjening 	Alle ambulatorier/dagafsnit mv. har i 2011 implementeret ens åbningstid på alle hverdage fra kl. 8.00 – 15.00 og kun ét telefonnummer pr. enhed (én indgang for patienten)	




		<p>Dette projekt er gennemført i kombination med udrulning af mini call-centre og ændrede arbejdsgange. Der udestår etablering af Call-centre i 2 ambulatorier, de vil blive udrullet i marts-april 2012. Dette omfatter også udefunktioner fra RH.</p> <p>Den gennemsnitlige ventetid er faldet fra ml. 3-6 min. til at opfylde hospitalets mål, om at 90 % af samtalerne betjenes inden for 60 sek. og 100 % inden for 90 sek. De enkelte afdelinger modtager statistikker omkring ventetid og behandlingstid hver 14 dag.</p> <p>Data indgår ligeledes i hospitalets ledelsesinformationsrapport, og er et tema ved statusmøder med afdelingerne efter relevans.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brug af sms til påmindelse og servicemeddelelse til patienterne til nedbringelse af antal patientudblivelser 	<p>Nem sms er implementeret bredt på hospitalet, og de involverede afdelinger er meget positive. Der sker løbende videreudvikling samt opsamling på ændringsønsker.</p>	■
4. Forskning	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forskning i diagnostik og behandling inden for hospitalets specialer 	<p>Alle kliniske afdelinger på hospitalet har aktive forskningsmiljøer indenfor diagnostik og behandling. Forskningen understøttes i flere af miljøerne med basal forskning og translatorisk forskning på højt internationalt niveau. I 2011 har hospitalet opretholdt en høj samlet videnskabelig produktion (samlet antal publikationer 309, intern førsteforfatter 210). Der foreligger endnu ikke beregning af <i>journal impact factor</i> for 2011, men den stigende tendens i perioden 2008-2010 forventes ubrudt. I særlig grad forventes høj <i>impact</i> fra hospitalets 2 <i>Global Excellence</i> miljøer.</p>	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientnær forskning inden for MVU på tværs af hospitalet 	<p>Patientologi og patientnær forskning har i 2011 været prioriteret strategisk og ved fordeling af startpuljemidler. Der er udpeget forskningsansvarlige sygeplejersker på kliniske afdelinger. Et ph.d studie af forsker med MVU grunduddannelse blev afsluttet, 5 er i gang og der er igangværende forarbejde til yderligere 4 som forventes igangsat i 2012. Der er gennemført et forskningsprojekt på tværs af hospitalet, med bidrag fra flere afdelinger, som</p>	■

		forventes at danne skabelon for yderligere studier i 2012. Der er afholdt en række journalclubs med patientnært fokus.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udvikling af rationelt planlagt kirurgi 	På baggrund af flere workshops er der udarbejdet handleplaner med konkrete initiativer, der løbende implementeres på de relevante afdelinger. Desuden er udvalgte handleplaner fra disse workshops anvendt på fælles temadag for Kirurgisk afdeling og Anæstesi-operation-intensiv afdeling i efteråret 2011. Handleplanerne indeholder forhold indenfor organisation, samarbejdsformer, behandling, patientforløb, faglighed, drift af operationsgang, standardisering, forskning og udvikling. Udviklingen af rationelt planlagt kirurgi videreføres i 2012.	■
5. Attraktiv arbejdsplads	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mellem 10 og 20 medarbejdere har været af sted for at hente inspiration på vores udenlandske venskabshospital 	Der har i 2011 været 2 udvekslinger af sted med samlet 12 medarbejdere – såvel medarbejdere fra administration og klinik. Ordningen forventes videreført i 2012 ligesom der modtages medarbejdere fra venskabshospitalet på hospitalets kliniske afdelinger i 2012.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GeH vil være blandt de tre hospitaler med den højeste svarprocent i regionens trivselsundersøgelse 	Hospitalet havde en svarprocent på 91 – sammen med Frederiksberg den næsthøjeste blandt hospitalerne.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablering af mellemlidernetværk 	Der er i efteråret 2011 afholdt 3 ledercafeer for mellemlidere med henblik på at skabe netværk for mellemlidere. Dette er i vid udstrækning lykkedes – mellemlidere bruger hinanden, også uden for de formelle netværksarrangementer. Arrangementerne fortsætter i 2012 hvor der er planlagt min. 6 ledercafeer/ netværksarrangementer.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afholdelse af fokusgruppeinterviews med udvalgte medarbejdere 	Der har i efteråret 2011 været afholdt 3 sundhedsfremmeinnovations workshops med deltagelse af medarbejdere fra alle hospitalets faggrupper og afdelinger. Resultaterne er bearbejdet i hospitalets Trivsels- og Arbejdsmiljøudvalg og skal i 2012 udmøntes i: <ul style="list-style-type: none"> - Bedre muligheder for motion - Pausepolitik - Mere økologisk mad 	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Innovationsprojekt for overlæger med patientforløb som fokus 	Der har i efteråret 2011 været gennemført et innovationsprojekt for overlæger med patientforløb som fokus. Projektet har resulteret i en række ideer,	■



		hvoraf nogle af umiddelbart gennemførlige og andre kræver større investeringer. Deltagerne prioriterer i foråret 2012 ideerne med henblik på udmøntning og det drøftes, hvorledes de metoder, deltagerne har lært under forløbet, fortsat kan bringes i anvendelse	
--	--	--	--







Glostrup Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Akkreditering gennemført	
b. Implementering af it-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011	H-EPJ portalen (OPUS Arbejdsplads) er implementeret med link til - Blodbank, - Mikrobiologi, - Patologi, - Billeddiagnostik Labka og Orbit er implementeret	
	At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM)	<i>Kommunikation mellem hospital og kommune.</i> <ul style="list-style-type: none"> GLO har implementeret indlæggelses- og udskrivningsadvis således at 82 % af udskrivelserne registreres rettidigt inden for to timer. Krav til målopfyldelse er 90 %. GLO har implementeret genoptræningsplaner og sender elektronisk til alle kommuner i regionen <i>Kommunikation mellem hospital og almen praksis</i> GLO har implementeret epikrise og bookingsvar. <ul style="list-style-type: none"> 81 % af epikriser sendes rettidigt inden for tre dage. Krav til målopfyldelse er 90 %. 	  
	Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011).	Skemaerne har været pilottestet i regionen, men ikke meldt klar til udrulningen inden udgangen af 2011. Pilottest på en GLO afdeling blev sat i bero.	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:	Årsrapport juni 2010-juni 2011	
	Indikator 1 = 90 %	92 %	
	Indikator 2 = 90 %	100 %	
	Indikator 3b = 80 %	90 %	
	Apopleksi:	Årsrapport jan. 2010 – dec. 2010	
	Indikator 3 = 95 %	94 %	
	Indikator 4 = 80 %	78 %	
Indikator 8 = 90 %	71 %		

	Diabetes:	Årsrapport marts 2010 – feb. 2011	
	Hele behandlingspakken = 90 %	80 % (Bemærkning: Målsætningen er ikke opfyldt, indikatoren har dog udviklet sig fra 60 %, årsrapport mar.09-feb.10, til 80 % i seneste årsrapport).	
d. Rationel medicin anvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	<p>Losartan er den eneste af angiotensin II-antagonisterne (AIIA), der er rekommanderet. Forbruget af losartan udgør 81 % af det samlede forbrug af AIIA på Glostrup Hospital. Losartan i kombination med diuretica udgør 11 % af det samlede forbrug, men er ikke rekommanderet, selv om dette præparat har fuldt tilskud i primærsektoren. Det kan derfor heller ikke forventes, at andelen af losartan i kombination med diuretica vil falde uden, at der tages aktiv stilling til anvendelsen heraf.</p> <p>Det er fra RLK's side ikke defineret, hvad der specifikt menes med morfika, derfor er der valgt at medtage alle registreringspligtige lægemidler, men med hovedfokus på morfin, oxycodon og Ketogan®. De rekommanderede morfikapreparater udgør 40 % af det samlede forbrug af morfika på Glostrup Hospital. Den relativt lave andel kan forklares med det store forbrug af anæstetika, hvoraf ingen er rekommanderede. Ses der bort fra anæstetika (sufentanil, remifentanil og alfentanil) er der en overholdelse af rekommandationerne på 79 %.</p> <p>Ses udelukkende på forbruget af morfin, oxycodon og Ketogan®. Er morfins andel steget fra 66 % i 2010 til 84 % i 2011, oxycodons andel er faldet fra 23 % til 2 % og Ketogans andel er steget fra 12 % til 13 %.</p> <p>Forbruget af rekommanderede NSAID præparater ligger på 79 %. Ses bort fra forbruget af ketorolac bliver overholdelsesgraden 90 %.</p>	
	Hospitalerne skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	Følgende tre grupper af lægemidler udgør over 80% af Glostrup Hospitals medicinudgifter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandling af AMD på Øjenafdelingen med lucentis ▪ Behandling af dissemineret sclerose på 	

		<p>Neurologisk Afdeling med interferronpræparater og copaxone</p> <ul style="list-style-type: none"> Anvendelsen af biologiske lægemidler på Reumatologisk Afdeling <p>Overvågningen af medicinforbruget vil blandt andet bestå i kvartalsvise journalaudits af 30 journaler på hver afdeling, der kan skabes et overblik over, om de tre lægemidler grupper anvendes korrekt.</p>	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010)	Der er udarbejdet handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler. Planen er en del af en vejledning, som er godkendt af Kvalitetsrådet og implementeret i alle afdelinger.	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder	Selvevaluering gennemført. Mortalitetsmål allerede opnået, der er udarbejdet handlingsplaner for øvrige mål, og opfyldelsen af disse er godt på vej.	■
2. Økonomistyring	Budgettet skal overholdes	Budgettet overholdt.	■
	Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	Afdelingsbudgetter udmeldt ved årets start.	■
	For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts	Aktivitetsbudgetter udmeldt april 2011.	■
	Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen	Lønperiodiseringen er forfinet yderligere i 2011	■
	Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Styringsprincipper godkendt og udmeldt december 2011.	■
	Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes	Fremmødeplaner revideres løbende.	■
	Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	Der er udarbejdet og godkendt koncept for egentlige driftsaftaler med afdelingerne, der underskrives sammen med afdelingernes dialogaftale.	■











	Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen	Overholdt.	
	Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer	Har ikke været korrekt som følge af hospitalsplanflytninger, men er ajourført ultimo 2011.	

Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
A. IPLS	At IPLS som tankegang integreres i den fremtidige akutmodtagelse på Glostrup Hospital	Glostrup Hospital har etableret et samarbejde med Region Nord og Aalborg Hospital om udvikling af relationel koordinering. Det sker blandt andet på Akutklinikken, hvor IPLS bliver den bærende tilgang for klinikkens samarbejde med husets øvrige afdelinger. Der etableres bl.a. interprofessionelle konferencer, hvor arbejds gange og patientforløb udvikles og evalueres. Samtidig etableres en koordinatorfunktion, som skal sikre koordineringen af arbejds gange og patientforløb, med fokus på kvalitet, patientsikkerhed og medarbejdertrivsel.	
B. TrivselOP	At der iværksættes lokal kommunikationskampagne med henblik på sikring af høj deltagelse	Målet er nået: Hospitalet iværksatte kampagne, dels med brug af kampagnematerialer fra regionen, og dels gennem lokalt tilpassede materialer, kurser, temadage og konkurrencer.	
	At hospitalets samlede deltagelse i TrivselOP bliver på mindst 60 %	Målet er nået: Hospitalets svarprocent var på 87 %.	
	At hver enkelt afdeling laver relevant handleplan, som sikrer opfølgning på de vigtigste problemfelter, som afdækkes i TrivselOP	Der er udarbejdet i alt 80 lokale handleplaner. Alle arbejdsmiljøgrupper har valgt indsatsområder. Ved deadline havde 12 ud af 21 grupper formelt dokumenteret dette i handleplanssystemet IPL.	
C. PURE	At alle afdelinger ved udgangen af 2011 har etableret rutine, som sikrer at alle relevante forskningsaktiviteter og resultater registreres i PURE	Kravet er opfyldt, idet alle forskningsaktive afdelinger på Glostrup Hospital indberetter i PURE. Hver afdeling har en PURE-superbruger, der sammen med hospitalets centrale superbrugere koordinerer og rådgiver om PURE-indberetningen. Der holdes desuden PURE-workshops for superbrugerne i korrekt registrering.	
D. MVU-forskning	At hospitalet igangsætter mindst ét klinisk og patientnært MVU-forskningsprojekt	Kravet er opfyldt, idet vi har flere ”kliniske og patientnære MVU-forskningsprojekter” i gang, hvoraf fire er Ph.d.-projekter. Alle projekter har fokus på at styrke patienters muligheder for at leve med kronisk sygdom i hverdagen, med særlig styrkelse af fysisk aktivitet og håndtering af symptomer.	

E. Branding som specialhospital	At indholdet af brandet "Glostrup Hospital som specialhospital" udvikles og udbredes	Emnet var i fokus på det årlige seminar for direktion og afdelingsledelser. Her blev det besluttet at arbejde videre med to spor: Dels arbejde med patientforløbsbeskrivelser, hvor der siden er udviklet et koncept, som nu er ved at blive implementeret, dels kommunikationsmæssig branding, som bl.a. er udfoldet gennem øget arbejde med ekstern presseomtale – ikke mindst på forskningsområdet - og dialog med de enkelte afdelinger om yderligere tiltag.	■
F. Samarbejde med kommuner og praksissektor	At hospitalets afdelinger bidrager aktivt til patientforløbsprogrammerne med erfaringerne fra Vestegnsprojektet	Afdeling M er gået meget aktivt ind i implementeringen af patientforløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes – og senest i arbejdet med forløbsprogrammet for Hjerte/kar sygdomme. Det sker på flere niveauer, både i form af afdelingsledelsens repræsentation i Vestegnsprojektets styregruppe, faglig og ledelsesmæssig involvering i journalaudit, patientundervisning i kommunerne og MA09's medvirken i udvikling af sundhedspædagogik til sårbare patienter. Samtidig har nøglemedarbejdere fra afdelingen deltaget i de regionale undervisningstilbud "Fælles skolebænk" og "Sundhedspædagogik". Projektledelsen i Vestegnsprojektet bringer al den viden og erfaring, Glostrup Hospital har opbygget, ind i Regionens Kronikerprogram, og Glostrup Hospital bidrager dermed aktivt til at kvalificere den samlede indsats med forløbsprogrammerne.	■
	At Glostrup Hospital samlet lever op til servicemålene i de nye sundhedsaftaler	Afdeling N er gået aktivt ind i implementeringen af forløbsprogrammet for hjerneskaderehabilitering, og er tovholder på en tværsektoriel arbejdsgruppe. I forhold til de øvrige servicemål i sundhedsaftalerne, arbejder Glostrup Hospital på en lang række områder. Her skal særligt fremhæves integration af "følge hjem" og "følge op" ordningerne i samarbejde med optagekommunerne, og "Fang faldet", som også er et samarbejdsprojekt med kommunerne. Hospitalet har et hængparti med implementering af elektronisk henvisning til kommunale rehabiliteringstilbud. Denne implementering er strandet på grund af overgangen fra KIT til IMT.	■

G. Akkreditering	At Glostrup Hospital akkrediteres efter JCI's standarder i 2011	Akkreditering gennemført.	■
H. Arbejdstilrettelæggelse	<p>At fremmødeplaner på samtlige af hospitalets afdelinger får et serviceeftersyn, herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ At de foreliggende fremmødeplaner er i overensstemmelse med afdelingens budget ▪ At der sikres en arbejdstilrettelæggelse, så det faktiske fremmøde er i overensstemmelse med fremmødeplanerne 	Udarbejdelse af fremmødeplaner og løbende justering heraf i forhold til budgettet foretages	■
	<p>At der gennemføres minimum et større LEAN-projekt på hospitalet</p> <p>At der i overensstemmelse med hospitalets konsolideringsstrategi for 2011 iværksættes et antal mindre LEAN-projekter med fokus på forankring og optimering af hospitalets kerneopgaver</p>	<p>Større projekt er gennemført: En forbedring af interne arbejdsgange i sterildepotet i 2011 gør det muligt i 2012 at flytte andre og yderligere lagerstyringsopgaver fra plejepersonale til sterildepotet</p> <p>Glostrup Hospital har via 50 uddannede Lean-agenter i 2011 haft en markant forbedring og der er nu i alt 58</p> <p>Der er gennemført forbedringer i 3 sekretærteams for at forbedre journalfind og –føring. Det er ligeledes lykkede at nedbringe antallet af utilsigtede hændelser vedr. manglende journaler.</p>	■

Helsingør Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Akkrediteret ved JCI i november 2011.	
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	Implementeringen af kontinuationsløs journal er godt i gang og skal ifølge implementeringsplan være gennemført den 11. april 2012.	
	<ul style="list-style-type: none"> At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	Den planlagte implementering forventes gennemført i efteråret i 2012. Advis anvendes i det omfang, det er teknologisk tilgængeligt. Medicinsk afdelingsledelse deltager i konference om MedComs projektprogram for 2012-2013 den 6. marts 2012.	
	<ul style="list-style-type: none"> Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Anvendes i dag på papir. Er klar til at gå elektronisk, når mulighed foreligger.	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:		
	Indikator 1 = 90 %	Resultatet er steget fra 78 % til 86 % som følge af implementering af forløbsprogram for hjertekarsygdomme samt opgaveomlægning. Det forventes at være i mål indenfor en kort tidshorisont.	
	Indikator 2 = 90 %	Resultatet er steget fra 33 % til 57 %.	
	Indikator 3b = 80 %	Resultatet i 2010 er fortsat i 2011 med 83 %.	
	Diabetes:		
	Hele behandlingspakken = 90 %	Resultatet er steget fra 60 % til 68 %.	
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> Angiotensin II-antagonister Morfika NSAID 	Forbruget af ikke-rekommenderede lægemidler er nedbragt til et minimum (omkring 0 %).	
	Hospitalerne skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre	Salgsstatistikker for anvendte lægemidler gennemgås månedligt. De respektive afdelinger og hospitalets	

	grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	lokale Lægemiddelkomité indgår i en løbende dialog vedrørende det aktuelle forbrug og dets udvikling.	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer (vedtages i efteråret 2010).	Det nye patientombud er blevet gennemgået for afdelings- og afsnitsledelser. Ledelserne af Medicinsk Afdeling samt Reumatologisk Afdeling har ansvaret for den behandling, der klages over og dermed også ansvaret for dialogsamtalet, hvor den regionale vejledning: "Dialogsamtaler med patienter og pårørende, håndtering og afholdelse af" skal følges. I 2011 er der afholdt to dialogsamtaler i henholdsvis Medicinsk og Reumatologisk Afdeling. Begge klager blev opretholdt.	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	Den planlagte selvevaluering er gennemført.	■
2. Økonomistyring	▪ Budgettet skal overholdes	Helsingør Hospital har i 2011 overholdt budgettet samlet set trods mindre aktivitet end forventet.	■
	▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	Opfyldt.	■
	▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts	Opfyldt.	■
	▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen	Opfyldt.	■
	▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Opfyldt.	■
	▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes	Der er månedlige budgetopfølgingsmøder med afdelingsledelsen og direkte dialog mellem økonomifunktionen og den enkelte afsnitsleder om håndtering af specifikke budgetudfordringer. Der er en stor interesse for og vilje til økonomistyring i afdelings- og afsnitsledelser på Helsingør Hospital.	■
	▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den	Opfyldt. Der holdes løbende dialog med	■


	enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	afdelingsledelserne.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen. 	Anlægsregnskab for Akutklinikken indsendt senest tre måneder efter investeringsprojektets afslutning.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer 	Opfyldt.	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Den medicinske patient	<ul style="list-style-type: none"> Afprøve det digitale møderum med videokonference i forbindelse med udskrivningssamtaler på hhv. Fredensborg Rådhus og på Medicinsk afdeling, Helsingør Hospital. 	Digitalt møderum med videokonference etableret og afprøvet i samarbejde med Fredensborg Kommune. Indviet efteråret 2011.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Implementere forløbsprogrammer for KOL og Type 2 diabetes 	Forløbsprogram for KOL og Forløbsprogram for Type 2 Diabetes fuldt implementeret i forhold til Region Hovedstadens forløbsprogrammer for KOL og Type 2 Diabetes.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Give almen praksis mulighed for at få subakutte tider i hospitalets ambulatorier 	Almen praksis har fået mulighed for at få subakutte tider i daghospitalet samt Kardiologisk Ambulatorium.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Inddrage erfaringer fra patienter og pårørende – patient feedback 	Nye skemaer i velkomstmapper udviklet. Forsøg med interviews gennemført i lungemedicinsk afsnit. I 2012 skal model for feedbackmøder (udviklet på Hillerød Hospital) indføres.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Sosu-assistenters uddannes i medicingivning 	Sosu-assistenters tager farmakologikursus, som afsluttes i foråret 2012.	■
	<ul style="list-style-type: none"> LEAN forløb for sekretariatsfunktionen i medicinske ambulatorier 	LEAN projekt for sekretariatsfunktionen har været igangsat, men er som følge af fusionen i Nord sat på stand-by, indtil det er afklaret, hvordan LEAN forløbet skal videreføres.	■

Herlev Hospital












Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Akkreditering ved JCI blev opnået i november 2011	■
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	Projektet er igangsat planmæssigt, herunder udarbejdelse af handleplan m.v. Implementering udsat til juni 2012	■
	<ul style="list-style-type: none"> At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	Projektet er igangsat planmæssigt, herunder udarbejdelse af handleplan m.v. Implementering udsat til juni 2012	■
	<ul style="list-style-type: none"> Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Samlet regional udrulningsplan for området foreligger og rækkefølge for hospitalsudrulning afventes	■
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:		
	Indikator 1 = 90 %	100 %	■
	Indikator 2 = 90 %	100 %	■
	Indikator 3b = 80 %	100 %	■
	Apopleksi:		
	Indikator 3 = 95 %	100 %	■
	Indikator 4 = 80 %	84 % (100% under hele indl.)	■
	Indikator 8 = 90 %	65 % (100% under hele indl.)	■
	Diabetes:		
Hele behandlingspakken = 90 %	87 % efter 2. kvartal. Færdigregistrering for sidste kvartaler pågår pt. Målopfyldelse forventes.	■	
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> Angiotensin II-antagonister Morfika NSAID 	På baggrund af hospitalets dialogaftale overvåges forbruget af de pågældende ATC-grupper. Pr. december 2012 udgør målopfyldelsen for Morfika på 82 %, Angiotension-II antagonister udgør 83%, mens forbruger af rekommanderede lægemidler ift. NSAID udgør 51 %. Indsatsen videreføres i 2012.	■
	Hospitalet skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for	Hospitalet har i dialogaftalen udpeget følgende lægemiddelgrupper: <ul style="list-style-type: none"> ATC-gruppe B Blod og bloddannende organer 	■



	hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC-gruppe L Antineoplastiske og immunomodulerende midler ▪ ATC-gruppe V Diverse <p>Og der er i henhold hertil i regi af hospitalets lokale lægemiddelkomité sket løbende opfølgning af udgifter og forbrug ift. ATC-grupperne. Indsatsen videreføres.</p>	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	Der er udarbejdet en konkret instruks for sagshåndtering og gennemførelse af dialogsamtaler mellem klager/bisidder og den/de involverede kliniske afdelinger. Instruksen er udarbejdet under hensyntagen til den regionale fastlagte ramme.	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	Indsatsen er gjort og området indgår i hospitalets kvalitetshandlingsplan 2012-13	■
2. Økonomistyring	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budgettet skal overholdes 	Der er på hospitalet videreført en fokuseret indsats på Herlev Hospital ift. økonomistyringen, hvilket i 2011 har generet et samlet mindreforbrug.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne 	Ultimo december 2010 modtog afdelingsledelserne budget 2011 i henhold til målsætningen.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts 	Afdelingsledelserne har i foråret 2011 modtaget et aktivitetsbudget.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen 	Der er ifm. det udmeldte basisbudget 2011 udarbejdet en overordnet periodisering, som efterfølgende for visse afdelinger er drøftet og korrigeret på økonomimøder mellem direktion og afdelingsledelser. I det omfang der er behov for korrektioner foretages disse for at kvalificere budgetopfølgningen.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser 	Der er i 2011 påbegyndt et arbejde med at udarbejde et samlet styringsgrundlag for hospitalet. Arbejdet færdiggøres endeligt i 2012.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes 	Der udarbejdes fremmødeplaner for alle vagtbærende afdelinger. Fremmødeplanerne justeres løbende ved ændringer i budget eller andre forhold. Fremmødeplaner indgår som styringsværktøj ifm. budgetopfølgningen for den enkelte afdeling.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den 	På månedlige møder mellem direktion og	■

	enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	afdelingsledelser drøftes økonomistyringsforhold, hvilket bl.a. har understøttet indsatsen for hospitalets budgetoverholdelse i 2011. Endvidere indgår forhold vedr. det økonomiske styringsgrundlag ifm. den faste mødeaktivitet for den samlede afdelingsledelseskreds.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen. 	Der er fokus på en igangsat proces, der sikrer, at afsluttede investeringsprojekter fremsendes til revisionen indenfor 3 måneder efter afslutning. Pga. kompleksitet m.v. i flere byggesager har 3 måneders fristen ikke i alle sammenhænge kunne overholdes. Indsatsen videreføres som en permanent praksis.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer. 	Herlev Hospital er i gang med at gennemgå anlægskartoteket og foretage ajourføringer og indsatsen er således tidsforskudt ind i 2012.	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Nybyggeri – Udbygningsplanen	<p>Byggeriet</p> <ul style="list-style-type: none"> Det ene spor er det nye byggeri der realiseres inden for afsat tid, kvalitet, økonomi. 	<p>Projektet forløber efter tidsplanen, og byggeprogrammet er således færdiggjort inden udgangen af februar 2012. Den planlagte inddragelse af brugere (klinikere, logistik, teknik m.v.) og patienter (der er oprettet patientpanel) er gennemført - se dette link på intranettet: http://heh-intranet.regionh.dk/Menu/Afdelinger/Afdelinger+og+Afsnit/nybyg/brugerinddragelse/brugerinddragelse.htm</p> <p>De økonomiske rammer er overholdt, og der er sat de krævede sikkerhedsreserver af i budgettet..</p>	■
	<p>Planlægning</p> <ul style="list-style-type: none"> Målet for 2011 er, at der er igangsat en proces, hvor Herlev Hospitals organisationsudvikling og fremtidig udnyttelse af de nye og eksisterende rammer konkretiseres og planlægges. 	<p>Der har været gennemført en række konkrete tiltag (bl.a. via afholdelse af 4 workshops) i akutmodtagelsen mhp. at sikre hurtige og effektive forløb. Der foreligger nu anbefalinger for conceptualisering af FAM2017 i nybyggeriet, for at kunne understøtte principper for det akutte patientforløb i FAM som beskrevet i funktionsplanlægningen for FAM og Klinisk grundstruktur i Region Hovedstaden.</p> <p>Derudover er igangsat organisationsudviklingsprojekt som koncentrerer sin indsats om at forberede organisationen indenfor den elektive og akutte kirurgi til omorganisering og udflytning af den akutte aktivitet.</p>	■







	<p>c. Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Udbygningen af Herlev Hospital er en længerevarende proces, hvor der er en særlig udfordring i at vedligeholde engagement og samling af kræfterne mod det samme mål. 	<p>Der har været borgermøder om projektet. Der er opbygget en hjemmeside omkring byggeriet. www.nythospitalherlev.dk og man kan kommentere projektet på facebook.</p> <p>I bestræbelserne på at få borgerne i Herlev Kommune til at se velvilligt på projektet har der været afholdt en event hvor alle børnehavebørn i kommunen har deltaget i at sætte blomsterløg hvor børnebygningen skal etableres.</p> <p>Ældresagen har med mere end 70 personer deltaget i et arrangement omkring projektet.</p>	
--	---	--	---

Hillerød Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Akkrediteret ved JCI maj 2011	
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	Implementeringen af (kontinuationsløs journal) er godt i gang. Der er planlagt udrulning i alle afdelinger den 15. marts.	
	<ul style="list-style-type: none"> At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	Den planlagte implementering blev stoppet af den regionale arbejdsgruppe vedr. indlæggelser og udskrivelser – forventes implementeret i efteråret i 2012.	
	<ul style="list-style-type: none"> Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Udsat efter pilot. Er siden testet på Gentofte Hospital, hvor der nu foreligger anbefaling til den videre implementering.	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:	(resultater fra sidste standardrapport)	
	Indikator 1 = 90 %	Resultatet er steget fra 73 % til 86 % pga. øget ekkokapacitet og en målrettet indsats ang. registrering og indrapportering. Det forventes at være i mål indenfor en kort tidshorizont.	
	Indikator 2 = 90 %	Resultatet er steget fra 42 % til 89 % pga. en målrettet indsats ang. registrering og indrapportering. Det forventes at være i mål indenfor en kort tidshorizont.	
	Indikator 3b = 80 %	Resultatet er steget fra 49 % til 85 % pga. ændring af arbejdsgangen ang. medicinering og en målrettet indsats ang. registrering og indrapportering.	
	Apopleksi:	(resultater fra sidste standardrapport)	
	Indikator 3 = 95 %	100 %	
	Indikator 4 = 80 %	94 %	
	Indikator 8 = 90 %	92 % (direkte synketest)	
	Diabetes:	(resultater fra sidste standardrapport)	
	Hele behandlingspakken = 90 %	Resultatet er steget fra 56 % til 77 % pga. afdelingens nye arbejdsgang med sygeplejekonsultation hvor der udarbejdes en årsstatus ang. de enkelte indikatorer. Den fulde effekt kan først ses efter et stykke tid, idet flere	

		indikatorer spænder over en 2-årig periode. Forventningen er at resultatet fortsætter med at stige og at hospitalet er i mål i løbet af 2012.	
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	Se bilag. Der ses generelt en stor overholdelse af standardsortimenterne ved Hillerød Hospital. Overordnet er standardsortimentoverholdelsen på 86 %, hvor det regionale mål er 80 %. På sengeafsnittene ses en væsentlig højere overholdelse på mellem 90 % og 95 %.	
	Hospitalet skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	Blandt ikke-rekommanderede, hospitalsklausulerede lægemidler ligger det største forbrug hos <ul style="list-style-type: none"> • Onkologisk afdeling (cytostatika) • Nefrologisk afdeling (vækstfaktorer) • Neurologisk afdeling (interferoner) De respektive afdelinger og LLK indgår i en løbende dialog vedrørende det aktuelle forbrug og dets udvikling. Onkologisk afdeling har oplevet et fald i lægemiddeludgifter generelt til cytostatika. Dette skyldes primært at afdelingen følger rekommanderede skift i behandlingen, samt at der har været patentudløb på en række cytostaticum. Faldet i lægemiddeludgifter på onkologisk afdeling udgjorde 4.130.673 Kr. i 2011. På Nefrologisk afdeling har de været særligt fokus på anvendelsen af vækstfaktorer. Faldet i lægemiddeludgifter var 2.688.342 kr. i 2011. På Neurologisk afdeling er der sket en stigning i patienter der behandles samtidig med at kriterierne for behandlingsopstart er udvidet. Afdelingen er fuldt ud kompliant med RADS vejledningen. Det er lykkedes afdelingen at nedbringe lægemiddelforbruget med 759.394 kr. i 2011.	

e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	Vi har afholdt informationsmøde for ledergruppen vedr. håndtering af dialogsamtaler. Dels blev de formelle krav gennemgået, men også hensigtsmæssig kommunikation blev drøftet. Hospitalet har udarbejdet og implementeret en lokal vejledning for håndteringen af dialogsamtaler. I 2011 har der været 15 potentielle dialogsamtaler. I to tilfælde er patienten udeblevet og har ikke responderet på yderligere henvendelser. Der er afholdt 12 samtaler, da én patient ikke ønskede samtale. I fire tilfælde trak patienten klagen tilbage.	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	Selvevaluering er gennemført som planlagt	■
2. Økonomistyring	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budgettet skal overholdes 	Hospitalets forventede årsresultat viser et samlet mindreforbrug i størrelsesordenen 25 mio. kr. Mindreforbruget skyldes generel tilbageholdenhed i 2. halvår samt at en række vedligeholdelsesarbejder er udskudt som følge af forsinkelser på ombygninger i forbindelse med ”et samlet Hillerød Hospital”	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne 	Budgettet for 2011 blev udmeldt til afdelingsledelserne i december 2010 og periodiseret og indlæst i økonomistyringssystemerne ultimo januar 2011.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts 	Aktivitetsbudgetterne blev udarbejdet inden udgangen af marts hvorefter de blev direktionsgodkendt og udmeldt til afdelingerne	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen 	Den grundlæggende periodiseringsprofil er indarbejdet i det gældende budget, der er indlæst i økonomistyringssystemerne. Der følges løbende op på hvorvidt budgetændringer er periodiseret korrekt.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser 	Driftsstyringsprincipperne for 2011 fastlægger roller og ansvar på økonomistyringsområdet. Driftsstyringsprincipperne er udmeldt til afdelingerne	■

		og tilgængelige via IntraNord.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes 	I forbindelse med budgetlægningen er der udarbejdet fremmødeplaner inden for afdelingernes budgetrammer. Der følges op på overholdelse af fremmødeplanerne men særligt i de tilfælde hvor afdelingerne har et merforbrug på lønbudgettet. Dette sker ifm. den månedlige økonomiopfølgning med afdelingsledelserne.	
	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag 	Igennem 2011 har direktionen løbende været i dialog med afdelingsledelserne om overholdelse af afdelingernes økonomiske rammer. Der har været særlig tæt dialog med de afdelinger der har haft merforbrug omkring årsager og løsninger til at bringe budget og forbrug i balance.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen. 	I 2011 har Hillerød Hospital fået ryddet op i en række store investeringsprojekter, som nu er afsluttet og anlægsregnskaberne er godkendt i revisionen. Der har været tale om ældre investeringsprojekter, som skulle være afsluttet tidligere i henhold til målsætningen. Nu hvor dette oprydningsarbejde er tilendebragt, vil der fremadrettet ikke være noget i vejen for at Hillerød Hospital kan følge procedureerne.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer 	Anlægskartoteket er opdateret for 2011	
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Patientsikkert Sygehus	<ul style="list-style-type: none"> Alle afdelinger deltager i projektet 	Alle kliniske afdelinger deltager. Målet om at alle kliniske afsnit leverer data på mindst en pakke er opnået. For at sætte skred i udviklingen på Akutafdelingen er der oprettet et Akutspor.	
	<ul style="list-style-type: none"> Vi måler på alle indikatorer 	Vi måler på alle pakker, men har nogle udfordringer med enkelte indikatorer. Indikatoren: % patienter, der genindlægges efter kirurgi har været svær at definere. Der er nu opnået enighed, men vi afventer at datafolket skal levere. Der registreres ikke procesindikatorer på	

		<p>AMI og Hjerteinsufficiens. Disse to patientforløb arbejder afdelingen med i relation til NIP. Resultatindikatorer er de samme, så det giver bedst mening på denne måde. Endelig er der hos os, som i den øvrige del af regionen problemer med resultatindikatorer for hospitalserhvervede infektioner. Her måler vi primært på afsnitsniveau: Antal dage siden sidste infektion (for Sepsis, KAD, CVK, PVK og tryksår)</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Vi har letforståelige oversigter over resultater til formidling på alle niveauer i organisationen 	<p>De kliniske afsnit indsamler dagligt data, der vises på kvalitetstavler i det enkelte afsnit. Afdelingsdata diskuteres i de lokale kvalitetsudvalg. Hospitalsdata præsenteres ved hvert ledergruppemøde. Ved Kvalitetsrådsmøderne vises også afsnitsdata som inspiration. Direktionen har en datatavle, der opdateres med udvalgte hospitalsdata. For hele hospitalet vises data i LIS eller på IntraNord. Særlige resultater fremhæves i vores Nyhedsbrev: På Tværs.</p>	■
	<ul style="list-style-type: none"> HSMR nedbringes med 5 % 	<p>Ved valg af baseline, tog vi udgangspunkt i 4. Q 2009: 92. Vi er i mellemtiden blevet rådet til af Sten Christoffersen at ændre vores baseline til 1. Q 2009: 101. Vi har haft en udfordring med at vælge, da hospitalsstrukturen har ændret sig flere gange i årenes løb på en måde som påvirker HSMR. Ifølge S. C. er hans forslag tættere på det tidspunkt, hvor de andre hospitaler har valgt baseline, og de 92 er urealistisk lavt i forhold til data før og efter. Det ændrer ikke ved at vi ikke lever op til det fastsatte mål. Resultaterne for 2011:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2011: 93 2011: 107 2011: 106 <p>Der er et tydeligt sammenfald mellem stigningen i dødsfald og hjemtagningen af alle akutte patienter fra nærhospitalerne. Fra 1. april – 25. april sås en voldsom stigning i dødsfald, hvorefter antallet igen faldt. Disse dødsfald blev alle analyserede. Dette gjorde os ikke i stand til at</p>	■

		<p>påvise en sammenhæng. Vi kunne for tre patienters vedkommende stille spørgsmålstejn ved, om de havde modtaget optimal behandling.</p> <p>Efter at have fået HSMR for 3. Q er vi pr. 1. januar begyndt at lave ugentlige mortalitetsanalyser på alle døde.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientskader reduceres med 10 % 	<p>Ved vores oprindeligt valgte baseline havde vi ikke taget højde for, at GTT teamet efter den formaliserede uddannelse og større erfaring ville blive bedre til at afsløre triggere. Vi valgte derfor at regulere vores baseline i løbet af 2011 efter rådgivning fra IHI.</p> <p>Vores baseline for skader målt med GTT ligger på 103/1000 liggedage.</p> <p>Skaderaten har ligget stabilt på dette niveau indtil sommeren 2011, hvor medianværdien har lagt sig på 122/1000 liggedage.</p> <p>Årsagen til stigningen kan være en reel stigning i skader relateret til det store pres alle afdelinger oplever. En del af forklaringen kan dog også være et udtryk for personalets stigende bevidsthed om indholdet i PSS pakkerne. For eksempel ville man tidligere ikke dokumentere infektion relateret til et perifert venekateter, og derved ville der ikke registreres en trigger ved GTT gennemgangen. Det bliver der nu.</p> <p>Vi tager stigningen i skader alvorligt, og har netop vedtaget at der månedligt skal leveres data på fordelingen af skader, så vi kan følge op indenfor de områder, hvor vi ser stigningerne.</p>	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalserhvervede infektioner nedsættes med 25 % 	<p>De hospitalserhvervede infektioner der arbejdes med i PSS er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidensen af KAD relaterede infektioner • Incidensen af CVK relaterede infektioner • Incidensen af PVK relaterede infektioner • Incidensen af svær sepsis/septisk chok • Incidensen af hospitalserhvervede tryksår <p>Måden at opgøre incidenserne arbejdes der på regionalt, og vi afventer dette arbejde, inden vi kan sætte en baseline på hospitalsniveau.</p> <p>Vi følger indtil videre i alle afsnit antal dage siden sidste hospitalserhvervede infektion, og har for nogle afsnits vedkommende meget fine data. Her et eksempel</p>	■

		for afsnit der registrerer: antal dage siden sidste CVK infektion: 0655; 442 0671; 146 0531; 19 (ITA) 0861; 117 0851; 189 0871; 146	
--	--	--	--

Hvidovre Hospital

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	Er gennemført som planlagt for alle punkter. JCI akkreditering opnået for 4.gang i marts 2011. Der er udarbejdet opfølgnings rapporter på 3 områder hvor der blev krævet opfølgning specifikt for Hvidovre Hospital.	■
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	Vi har på HVH implementeret H-EPJ, ny forsiden i OPUS.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	Vi følger regionens udrulningsplan i forbindelse med implementering af tværsektoriel kommunikation, som dog er blevet forsinket af flere grunde.	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Projektet har været sat på hold fra Koncern IT's side af. HVH har derfor ikke implementeret skemaer i OPUS endnu. Der skal laves en ny regional tidsplan.	■
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Hjerteinsufficiens:	Hjerteinsufficiens resultat 3. kvartal 2011: Confidensint.indregnet)	
	Indikator 1 = 90 %	100 %	■
	Indikator 2 = 90 %	89 %	■
	Indikator 3b = 80 %	100 %	■
	Diabetes:	Diabetes 3. kvartal 2011:	
	Hele behandlingspakken = 90 %	86%	■
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper:		

	Angiotensin II-antagonister	71 % af forbruget overholder de regionale rekommandationer. Derudover udgør losartan i kombination med diuretica 19 % af forbruget. Dette er dog ikke rekommanderet, men det anses ikke for relevant at omordinere dette kombinationspræparat under indlæggelse. Dels pga. at det ikke er noget økonomisk incitament til et skifte, og dels at det rent patientsikkerhedsmæssigt ikke kan anbefales at gennemføre en omordination. Samlet set svarer dette til en overholdelse af regionens krav. Forbruget af losartan i kombination med diuretica var på 2.700 DDD svarende til en udgift på 4.824 kr.	■
	Morfika	48 % af forbruget (inkl. anæstetika) overholder de regionale rekommandationer. Hvis man ikke medtager anæstetika i beregningen, så overholder 88 % af forbruget rekommandationerne. Hvilket stort set overholder kravet. Hvis man kun ser på forbruget af morfin og oxycodon, så overholdes rekommandationerne med 95 %.	■
	NSAID	59 % af forbruget overholder de regionale rekommandationer. Den lave overholdelse skyldes primært et stort forbrug af diclofenac (primært på Gyn/Obs) og celecoxib (primært på Ort.Kir.), som udgør henholdsvis 12 % og 15 % af det samlede forbrug af NSAID. LLK har dialog med de implicerede afdelinger.	■
	Hospitalet skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke-rekommanderet medicin.	Målet for nedbringelse af ikke-rekommanderet medicin er at følge RADS vejledninger og dertilhørende licitationer.	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	Gennemført	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og	Efter aftale blev denne udsat til 30. juni 2011. Selvevalueringen blev afsluttet 24. juni og dernæst fremsendt til Hospitalsdirektionen og KPU. Selvevalueringen er vedlagt.	■

	opgørelsesmetoder.		
2. Økonomistyring	▪ Budgettet skal overholdes	Hvidovre Hospital holder budgettet for 2011.	■
	▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne	Budgettet blev udmeldt november 2010, og alle budgetter er periodeopdelte.	■
	▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts	Aktivitetsbudgetter blev udmeldt i marts 2011 på afdelingsniveau.	■
	▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen	Periodiseringen er løbende blevet sammenholdt med udviklingen, og der er på visse områder justeret i periodiseringen i lyset af den konkrete udvikling.	■
	▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser	Beskrivelserne er indarbejdet i styringsgrundlaget, der er revideret og godkendt af direktionen i oktober 2011.	■
	▪ Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes	Der er udarbejdet fremmødeplaner for alle afdelinger, der løbende holdes ajour med diverse budgetændringer. Opfølgningen foregår som en integreret del af den almindelige månedlige budgetopfølgning.	■
	▪ Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag	Direktionen holder løbende drøftelser omkring økonomien med alle afdelinger. Budgetkontoret mødes systematisk med alle afdelingsledelser.	■
	▪ Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen.	Hvidovre Hospital er meget opmærksom på reglen og har til dato i år sendt 5 sager til revisionen, men endnu ikke modtaget svar.	■
	▪ Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer	Anlægskartoteket er opdateret med de 7 sager hvor revisionen i første omgang manglede dokumentation. Anlægskartoteket skal opdateres igen med udgangen af regnskabsåret.	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Samarbejde med primærsektor			
a. Effektive patientforløb på tværs af sektorgrænserne	▪ Sundhedsaftalernes indhold skal formidles til alle relevante medarbejdere og ledere og dermed sikre effektive og sikre patientforløb på tværs af sektorgrænserne.	Direktionen har introduceret alle relevante afdelinger til sundhedsaftalen, inkl. tillægsaftalen, varslingsregler, kronikerprogrammer og kodeks for god samarbejdsadfærd på tværs af sektorerne.	■

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kodeks for godt samarbejde på tværs af sektorgrænserne, som er udarbejdet med praksissektor og kommunerne i 2010, skal implementeres i afdelinger, der samarbejder med kommuner og praksissektor 	Se ovenstående	■
b. Forebyggelse af genindlæggelser	<p>HVH vil i samarbejde med kommunerne og praksissektoren påbegynde et målrettet udviklingsarbejde med henblik på at reducere antallet af genindlæggelser på udvalgte diagnoseområder. De konkrete diagnoser for 2011 prioriteres i samordningsudvalgene</p>	Samordningsudvalget har nedsat en styregruppe mellem praksissektor, region og Hvidovre, København og Brøndby Kommuner. Styregruppen har valgt analysemodel og forslag til indsatsområder samt struktur for arbejdet.	■
c. Videndeling og kompetenceudvikling på tværs af sektorgrænser	<p>HVH vil etablere faglige netværk med henblik på fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorerne. I 2011 skal der minimum etableres to netværk, hvoraf hygiejneområdet skal være det ene. Det skal etableres i samarbejde med Vestegnskommunerne.</p>	<p>Der er etableret 2 faglige netværk og kompetenceudviklingsforløb:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hygiejne - Sygepleje på tværs af sektorerne. 	■







Apoteket

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Kvalificering af relevante farmaceuter og farmakonomer i de tværgående regionale medicinvejledninger. Konkret mål 95 % af alle nye medarbejdere i medicinservice og klinisk farmaci skal have gennemført kvalificering indenfor de første 6 mdr. efter ansættelsen. Måles i september 2011	Opgørelsen viser, at 90 % af alle nye medarbejdere har gennemført kvalificering indenfor 6 mdr. Enkelte har været 7 mdr. undervejs	■
	Medicinskabseftersyn i Psykiatrien. Det forventes, at der i 1. kvartal 2011 indgås aftale med Psykiatrien om medicinskabseftersyn. Konkret mål: At der i 2011 gennemføres tilsyn på alle afsnit omfattet af aftalen	Der er indgået kontrakt med Region Hovedstadens Psykiatri og der er gennemført tilsyn på afsnit omfattet af aftalen	■
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Stregkoder på lægemiddelpakninger - Konkret mål: Inden udgangen af 2011 skal 95 % af lægemiddelpakningerne indeholde en læsbar stregkode på yderemballagen	I maj 2011 er Apotekets lager af lægemidler emballeret på dåser og flasker blevet gennemgået. Ud af 520 dåser/flasker har 84 % af pakningerne en læsbar stregkode på yderpakningen Der gennemføres en undersøgelse af samtlige medicinpakninger på varelageret i 2012.	■
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Cytostatikablandinger til tiden		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ 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 ▪ 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 	Cytostatikaenhederne på både Rigshospitalet, Herlev og Hillerød Hospital opfylder målene	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At indføre PDSA-cirklen som en metode til implementering af forandringer, der gennemføres på baggrund af læring fra de utilsigtede hændelser. <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>P</u>lan: lav en plan, ○ <u>D</u>o: gennemfør planen ○ <u>S</u>tudy: analyser resultatet 	Utilsigtede hændelser drøftes på ugentlige møder	■

	○ <u>Act</u> : vurder justeringer		
d. Rationel medicinanvendelse	Apoteket vil bidrage gennem en aktiv indsats i den regionale lægemiddelkomité og i samtlige lokale lægemiddelkomiteer I oktober 2011 gennemgås samtlige dagsordener fra møder i de lokale lægemiddelkomiteer og det opgøres, om alle lokale lægemiddelkomiteer har arbejdet med fokusområderne.	Målet er 100 % opfyldt	■
e. Patientinddragelse	Kliniske farmaceuter på akutafdelingen På Hillerød Hospital er der efter en bevilling fra Regionsrådet startet et forsøg med kliniske farmaceuter på akutafdelingen. De kliniske farmaceuter skal gennemgå fortrinsvis de ældre patienters medicinering i forbindelse med indlæggelsen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konkret mål: Apoteket vil med reference til regionale data fra 2008-10 bidrage til at nedsætte antallet af genindlæggelser af patienter med diagnoserne obstipation og KOL 	Der er i 2011 optaget 1.873 medicinanamneser og udarbejdet 1.766 medicingennemgang. Det følges løbende om lægerne bruger farmaceuternes notater i Opus aktivt. Der er aktuelt 70-80 % implementering af notaterne i lægernes arbejde. Læger og sygeplejersker bruger i større og større omfang farmaceuterne som sparringspartnere til medicinrelaterede spørgsmål i hverdagen i Akutafdelingen. Der er fortsat fokus på at tilbyde ”tjek på inhalationen” til patienter med inhalationslægemidler og på forebyggelse af obstipation. Projektet er præsenteret ved flere konferencer.	■
	Medicinering med patienten i centrum Medicinering med oral medicin har gennem de sidste mange år foregået på stort set samme måde på de danske hospitaler. Sædvanligvis hælder en sygeplejerske i afdelingens medicinrum medicin op i et lille bæger eller i en doseringsæske, hvorefter den administreres til patienten. I Storbritannien nytænkte man medicineringsprocessen for godt 10 år siden og udviklede en metode, der kaldes ”one-stop dispensing”. Metoden bygger på, at patienterne ved indlæggelsen medbringer og fortsætter med at anvende egne lægemidler. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konkret mål: Apoteket afprøver i 2011 konceptet i samarbejde med hospitalsdirektionen og en klinisk afdeling på et af Region Hovedstadens hospitaler. Projektets gennemførelse forudsætter, at der findes finansiering på 1 mio. kr. 	TRYG fonden har givet afslag på midler til projektet. Projektet har derefter været en del af den regionale budgetproces, men har ikke fået tildelt budgetmidler.	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Behandlingen skal være sikker for patienterne I forbindelse med projektet Patientsikkert Sygehus på Hillerød Hospital bidrager farmaceuter og ledelse fra Apoteket væsentligt til udvikling og gennemførelse af patientsikkerhedstiltag inden for medicinsporet.		

	<ul style="list-style-type: none"> Konkret mål: At de patientsikkerhedsmæssige tiltag, som apoteket er involveret i, inden for området risikomedicin bliver beskrevet og spredt til andre hospitaler gennem det regionale netværk for medicinservicepersonale. 	Aktiviteterne med medicinafstemning og apotekets særlige indsats over for lægemiddelinduceret obstipation er præsenteret på postere overfor det kliniske personale på apoteket, med særlig fokus på arbejdet i medicinsporet i Patientsikkert Sygehus	■
2. Økonomistyring	<p>Budgettet skal overholdes</p> <ul style="list-style-type: none"> Konkret mål: Apoteket har siden sin etablering i 2007 hvert år overholdt budgettet og vil også gøre det i 2011. Apotekets budget er fordelt blandt Produktionen, Logistik, Klinisk farmaceutisk service, Administrationen og Kvalitetsafdelingen. Økonomien følges løbende på månedlige økonomimøder. 	Budgettet er overholdt i 2011	■
	<ul style="list-style-type: none"> Konkret mål: Med henblik på at forenkle bogføringsopgaven i apotekets økonomiafdeling tildeles i 1. halvår af 2011 afdelingsspecifikke EAN-numre til samtlige apotekets afdelinger. 	Alle afdelinger er overgået til afdelingsspecifikke EAN nr.	■
	<p>Rationalisering af råvareindkøb</p> <p>Der skal i løbet af 2011 gennemføres en rationalisering af Apotekets indkøb af kemikalier til brug i produktionsafdelingerne. Dette skal ske ved at hjemkøbe flere kemikalier direkte fra producenten, ved at foretage nationale indkøb, ved at hjemtage ID-analyser og de fulde Ph.Eur analyser.</p> <ul style="list-style-type: none"> Konkret mål: Der skal ved udgangen af 2011 være opnået en samlet besparelse på 2 mio.kr i forhold til udgifterne i 2009. 	Den ønskede besparelse på 2 mio. kr. er opnået ved udgangen af 2011	■
	<p>Implementering af ny prisberegningsmodel</p> <p>For at efterleve regnskabs-bekendtgørelsen skal der for alle egenproducerede SAD-produkter, der sælges uden for regionen, implementeres en ny prisberegningsmodel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Konkret mål: Inden udgangen af 2011 skal der være beregnet nye priser på alle SAD-produkter 	Prisen på alle SAD og SAiD produkter er nu beregnet efter den gældende prisberegningsmodel	■
	Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011
1. Leveringspræcision i lægemiddelleverancerne	<p>Lægemiddelforsyningen til hospitalerne og psykiatrien skal foregå sikkert og rationelt. Apoteket vil som noget nyt gennem målinger af leveringspræcisionen i leverancerne.</p> <ul style="list-style-type: none"> Konkret mål: 98 % af de lagerholdte lægemidler, som hospitalerne og psykiatrien bestiller fra apoteket, skal leveres inden for den aftalte tid. Målingerne foretages ved kvartalsvise stikprøver. 	I 2011 er der foretaget stikprøvemålinger i løbet af året på leverancesikkerheden til én afdeling på RH, HEH, HVH, BBH, HIH,FRH,AH,GEH og GLO. Leveringspræcisionen er 98 %	■

Region Hovedstadens Psykiatri

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	RHP blev akkrediteret ved JCI i 2011. Der er implementeret en række vejledninger og instrukser og forud for JCI besøget gennemført Minimock og mock samt fokuserede patienttracers, fokuserede audits, undervisning inden for særlige fokusområder, temadage mv.	
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	Virksomheden udfærdiger en plan for:		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlede afdelinger i 2011 	RHP har implementeret og anvender modulerne i HEPJ i alle afdelinger	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	RHP følger MEDCOM standarderne og deltager aktivt i implementeringsarbejdet via it-SOU. Andelen af tidstro registrering er stigende, og der arbejdes fortsat målrettet for at komme inden for regionens krav.	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Den indledende sygeplejevurdering (KISO) har ikke været klar i 2011. RHP har i stedet implementeret sygeplejevurdering i papirform på alle centre.	
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Skizofreni:		
	Indikator 1b = 50 %	Resultatet for året 2010 viste at 43 % af patienterne fik vurderet kognitiv funktion og for 2011 er resultatet ca. 45%. Det i Dialogaftalen omtalte anbefalede redskab til kognitiv vurdering, forventes først at blive klar til klinisk brug i 2013, hvorefter certificeringen af medarbejderen kan finde sted. Der iværksættes i foråret 2012 en tovholderfunktion på det enkelte center, der skal sikre, at de incidente patienter modtager udredningsydelse, herunder den kognitive funktionsvurdering. Indikator-resultaterne vedr. incidente patienter bliver drøftet halvårligt i det sundhedsfaglige råd.	
	Indikator 13 = 90 %	Resultatet for året 2010 viste, at der for 76 % er indberettet pårørendekontakt, og for 2011 er resultatet uændret. Der er således fortsat behov for fokus på, at pårørendekontakten skal indberettes. Indikatoren er nu	

		ændret og dækker fremover både ny-diagnosticerede og prævalente patienter.	
	Indikator 14 = 40 %	Resultatet for året 2010 viste, at der for 32 % er indberettet psykoedukation. For 2011 er resultatet 39 %. Det vurderes ikke, at der er behov for yderligere tiltag på sygehusniveau. Udviklingen i resultaterne drøftes halvårligt i det sundhedsfaglige råd.	■
	Indikator 15c = 90 %	Der ses en fremgang på området fra 66 % for året 2010 til 81% for året 2011, som skyldes, at de i Dialogaftalen omtalte registreringsmæssige forhold er bragt i orden. Resultatet er formentlig stadig ikke retvisende ift. patienternes faktiske tilknytning til de ambulante enheder. Indikatoren opgøres fremover ved datatræk fra LPR, hvilket bør sikre mere valide data.	■
d. Rationel medicinanvendelse	I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	Psykiatrien anvender lægemidlerne i begrænset omfang. For grupperne Angiotensin II-antagonister og NSAID efterlever psykiatrien stort set 90 % niveauet. For morfika ligger efterlevelsen på 70 %, hvilket svarer til at der er forbrugt godt 4000 DDD af ikke-rekommenderede morfika. De 4000 DDD dækker over flere forskellige lægemidler, og forbruget af ikke-rekommenderede lægemidler bliver drøftet på de igangværende dialogmøder med de psykiatriske centre.	■
	Hospitalerne skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommenderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeldgifter til ikke rekommanderet medicin.	Der er udarbejdet standardsortimenter og algoritmer for behandling med psykofarmaka, der er de lægemiddelgrupper, der anvendes hyppigst i RHP. Opgørelser over lægemiddelforbrug er drøftet i Lægemiddelkomitéen og ledelsesfora. Der gennemføres fokuserede lægemiddelaudits og der udarbejdes kvartalsvise opgørelser over hyppigst anvendte lægemidler på afsnitsniveau	■
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	RHP har implementeret det nye patientklagesystem. Der er udarbejdet en psykiatrispecifik vejledning om klagesagsbehandling, gennemført undervisning i det nye klagesystem og udarbejdet en plan for opfølgning på klagesager	■
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode.	HSMR: RHP indgår ikke i denne målsætning Patientskader: RHP anvender ikke GTT Hospitalserhvervede infektioner: Der er i 2011	■

	Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.	<p>gennemført en prævalensundersøgelse for patienter indlagt på ældrepsykiatriske afsnit med henblik på at tilvejebringe det fornødne datagrundlag for den videre indsats. I tilknytning til dataindsamlingen er der udarbejdet en handleplan for området.</p> <p>Patienttilfredshed: RHP deltager ikke i LUP, men i de Landsdækkende Psykiatriundersøgelser, der indtil nu er gennemført hvert tredje år for hhv. indlagte og ambulante patienter. Spørgsmålene i undersøgelserne stemmer kun i nogen grad overens med LUP spørgsmålene.</p> <p>Initiativer i forhold til inddragelse og undervisning af patienter og af pårørende indgår i psykiatriens kvalitetsstrategi for 2010-12. Der er på nuværende tidspunkt igangsat et program omkring pårørende. Et projekt omkring patientinddragelse og undervisning vil blive igangsat primo 2012.</p> <p>Vurdering af patientens evne til kommunikation: Ved audit i nov. 11 ses en betydelig stigning i opfyldelsen af indikatoren. Opfyldelsesgraden for indlagte var 88 %. Der er udarbejdet handleplan, som bl.a. indbefatter udarbejdelse af fælles akut journal for RHP og ekstra audits. For ambulante var opfyldelsen 5 %. Der er udarbejdet en overordnet handleplan som indebærer yderligere fokus på området via ekstra audits.</p>	
2. Økonomistyring	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Budgettet skal overholdes ▪ Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne ▪ For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts ▪ Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen ▪ Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser 	<p>Budgettet er overholdt såvel for driftsrammen, anlægsrammen som satspuljefinansierede projekter</p> <p>Der foreligger periodeopdelte afdelingsbudgetter</p> <p>Der er udarbejdet aktivitetsbudgetter på afdelingsniveau</p> <p>Der sker løbende kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget</p> <p>Der er igangsat et arbejdet med at beskrive roller og ansvar på økonomistyringsområdet</p>	<p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes 	Der er udarbejdet fremmødeplaner i 2011 for de fleste centre	
	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag 	Der afholdes løbende opfølgingsmøder	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen. 	Der er ikke afsluttet projekter i 2011	
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer 	Det nuværende setup forudsætter, at ajourføringen foretages i f b regnskabsafslutningen	
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Omstillinger i forlængelse af budget 2011	<ul style="list-style-type: none"> Der er gennemført en omstilling af Psykiatrisk Center Sct. Hans til et center, der i højere grad fokuserer på retspsykiatri og misbrugsproblemstillinger, herunder på formidling af viden om disse behandlingsområder til hovedfunktionen. Der er lukket 85 sengepladser på Psykiatrisk Center Sct. Hans per 1. juni 2011, og centret har dermed en størrelse, der muliggør en fremtidig samling på den østlige del af området. 	Omstilling af Psykiatrisk Center Sct. Hans er gennemført.	
	<ul style="list-style-type: none"> Der er gennemført en markant udvidelse af behandlingstilbuddene til ikke-psykotiske patienter: De to behandlingsretsklinikker ved Psykoterapeutisk Center Stolpegård og Psykiatrisk Center Frederiksberg er blevet udvidet. Der er oprettet yderligere to behandlingsretsklinikker ved Psykiatrisk Center Hvidovre og Psykiatrisk Center Nordsjælland. Antallet af ambulante besøg er øget med 3.400 besøg. 	De fire behandlingsretsklinikker er i drift. Antallet af ambulante besøg til ikke-psykotiske patienter (excl. patienter med spiseforstyrrelser) er øget med 11.912 besøg	
	<ul style="list-style-type: none"> Endelig er der taget stilling til, om der skal etableres et særligt behandlingstilbud til voksne ADHD-patienter. 	Der er etableret et udrednings- og behandlingsoptaststilbud til voksne patienter med ADHD	
	<ul style="list-style-type: none"> For at reducere ventetiderne er kapaciteten inden for spiseforstyrrelsesområdet udvidet både inden for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Antallet af ambulante besøg er øget med 2.800 besøg. 	Kapaciteten inden for spiseforstyrrelsesområdet er udvidet både i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Antallet er øget med 3.084 besøg	
	<ul style="list-style-type: none"> Der er oprettet et mindre team, der skal bidrage til at forbedre behandlingen af patienter med spiseforstyrrelser af kronisk karakter. 	Teamet for patienter med kroniske spiseforstyrrelser er etableret.	
	<ul style="list-style-type: none"> For at nedbringe ventetiden på første kontakt inden for børne- og ungdomspsykiatrien er den ambulante udredningskapacitet på børne- og ungdomsområdet øget. Antallet af ambulante besøg er øget med 5.400 besøg. 	Den ambulante udredningskapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien er udvidet. Antallet af ambulante besøg er øget med 6.282.	

	<ul style="list-style-type: none"> Der er etableret to OP-teams i planområde Byen og et OP-team i planområde Syd. 	Der er etableret tre akutteam ved PC Frederiksberg, PC Hvidovre og PC København	■
	<ul style="list-style-type: none"> Samarbejdet med kommuner og praksissektor er styrket gennem konkrete initiativer: der er igangsat et shared care-projekt med almen praksis, der er opstartet telefonrådgivning til praktiserende læger i forhold til behandling af dobbeltdiagnosepatienter og patienter med spiseforstyrrelser, der er opstartet telepsykiatrisk speciallægebetjening af udviklingshæmmede på Bornholm, der er igangsat initiativer til intensiveret samarbejde med kommunerne mht. integration og rehabilitering af komplicerede retspsykiatriske patienter 	<p>I foråret 2011 blev en række forsøgsordninger omkring styrket samarbejde med kommuner og praksissektoren igangsat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordningen om telefonrådgivning til praktiserende læger er igangsat • Der er igangsat en forsøgsordning vedrørende en udvidelse af de retspsykiatriske teams på PC Sct. Hans og PC Glostrup, med henblik på intensivere og udvikle samarbejdet med kommunerne. • Ordningen for at sikre bedre behandling af oligofrene patienter på Bornholm ved hjælp af telepsykiatrisk betjening fra speciallægerne på PC Glostrup er i drift. • Der er etableret to retspsykiatriske teams, der samarbejder med kommunerne om integration og rehabilitering af komplicerede retspsykiatriske patienter 	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der er etableret et kompetencecenter for behandling af patienter med dobbeltdiagnoser, der skal sikre udbredelsen af viden om behandling af psykisk syge med et misbrug. Kompetencecentret skal bidrage til at formidle et tæt samarbejde mellem specialfunktionen på Psykiatrisk Center Sct. Hans og hovedfunktionerne 	Der er etableret et kompetencecenter for behandling af patienter med dobbeltdiagnoser. Der er udarbejdet behandlingsvejledninger og gennemført undervisning for omkring 500 medarbejdere inden for dobbeltdiagnosebehandling. Der er desuden etableret netværk for ressourcepersoner.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der er etableret et kompetencecenter vedr. retspsykiatri. Centeret skal sikre udbredelsen af viden om metoder rettet mod behandlingen af retspsykiatriske patienter til hovedfunktionerne og understøtte og videreudvikle den nuværende behandlingsindsats inden for den specialiserede retspsykiatri. 	Der er etableret et kompetencecenter for retspsykiatri ultimo 2011.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der er etableret et kompetencecenter vedr. rehabilitering, recovery og shared care for at styrke arbejdet med at tilbyde patienter et sammenhængende behandlingstilbud, der har fokus på at give patienten forudsætningerne for at opnå et selvstændigt og meningsfyldt liv. Centret skal understøtte fælles metoder til målrettet rehabilitering. 	Der er etableret et kompetencecenter vedr. rehabilitering, recovery og shared care, og der er igangsat og videreført en række udviklings- og forskningsprojekter.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der er etableret en skole for kognitiv adfærdsterapi, der skal 	Der er etableret Skole for kognitiv adfærdsterapi, der	■

	tilbyde differentierede uddannelsesstilbud til medarbejdere i Region Hovedstadens Psykiatri og sikre udvikling og forskning inden for kognitiv adfærdsterapi.	tilbyder en 1-årig grunduddannelse og en 2-årig specialistuddannelse	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der er gennemført et forsøg med følge-hjem-ordning ved de to akutmodtagelser ved Psykiatrisk Center København og Psykiatrisk Center Glostrup 	Følge-hjem-ordningen ved de to akutmodtagelser er etableret.	■

Rigshospitalet

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Akkreditering	Akkreditering ved JCI skal opnås i 2011	<p>Rigshospitalet blev akkrediteret v. JCI den 17. marts 2011.</p> <p>JCI har godkendt Rhs SIP (Strategic Improvement Plan) indenfor 4 områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementering af vejledning vedr. daglig vurdering af akutte / ikke akutte patienter <i>Dec. 2011: Audit viste, at 91 % af patienterne på RH dagligt var set af en læge.</i> 2. Personaleområdet (data, der understøtter den enkelte læges bemyndigelse) <i>Sep. 2011: Alle klinikker har indmeldt kliniske indikatorer. P-afdelingen har revideret MUS skema, så det fremgår, at indikatorerne anvendes.</i> 3. Hospitalets skiltning af nødudgange <i>Nov. 2011: Der er opsat mere end 1000 exitskilte</i> 4. Implementering af vejledning for infektionshygiejnisk deltagelse i nybygning / ombygningsopgaver <i>Nov. 2011: VIP er udarbejdet og data overvåges fremover i IHU</i> 	■
b. Implementering af It-systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen	<p>Virksomheden udfærdiger en plan for:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i HEPJ i alle patientbehandlende afdelinger i 2011 	Tværgående journalprojekt er afsluttet efterår 2011. Hermed dokumenterer alle faggrupper i H-EPJ, ligesom papirløs anvendelsen af modulerne er implementeret.	■

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM) 	<p>Handlingsplaner for reimplementering er igangsat i efteråret 2011 og der følges op i forhold til LIS-tal udsendt fra Regionen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • For tidstro udskrivning og epikriser er der i Hjertecentret endvidere igangsat et projekt på området i samarbejde med IMT og KPUK • For elektroniske genoptræningsplaner afsluttes implementering for det sidste center i andet kvartal 2012. Mhp. kvaliteten i genoptræningsplanerne er dette diskuteret med Københavns Kommune ved møde med Anne Mette Fugleholm – opfølgning fortsættes i det kommende samordningsudvalg <p>Korrepondancemeddelelse afventer, at Københavns Kommune ibrugtager modulet</p>	■
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet (skemaerne forventes først klar til udrulning medio 2011). 	Der afventes endelig beslutning om videreførsel af projektet i UD i marts 2012.	■
c. Udvikling af den kliniske kvalitet	Diabetes (de øvrige er ikke relevant for RH)		
	Hele behandlingspakken = 90 %	<p>Status for udviklingen af Diabetes kvalitet til ambulatoriet er, at klargøre servere mv. IMT har fået adgang til serverne, RegionHs kopi af cpr-registeret og Labka (via Webservices). IMT vurderer, at systemet nu er ved at være færdigkonfigureret.</p> <p>Det forventes, at det vil være muligt for RH ambulatoriet at indberette til voksen diabetesdatabasen i det kommende audit-år (1. marts 2012 til 28. februar 2013).</p>	■
d. Rationel medicinanvendelse	<p>I relation til forbruget af lægemidler skal afdelingerne demonstrere en 90 % efterlevelse af regionale rekommandationer ud fra afdelingens totale lægemiddelforbrug indenfor følgende ATC-grupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiotensin II-antagonister ▪ Morfika ▪ NSAID 	<p>Rigshospitalet bestræber sig på at leve op til rekommandationerne og for 2011 ser det således ud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ATII antagonister: 80 % • Morfika: 84 % • NSAID: 89 % <p>Vedr. morfika er 8% af det sml. forbrug oxycodon, hvortil forbruget er reduceret ift. forrige år. Vedr. NSAID er 9 % af det ml. forbrug Celebra®, der ofte anvendes kortvarigt til kir. patienter.</p>	■

	Hospitalet skal herudover definere mål for nedsættelse af forbruget af ikke-rekommanderet medicin med afsæt i de tre grupper af lægemidler der har mest signifikant betydning for hospitalets lægemiddeludgifter til ikke rekommanderet medicin.	Rigshospitalet har i 2011 intensiveret overvågningen af lægemiddelforbruget idet den lokale RH-LLK er styrket med 1,2 farmaceut. I 2011 har fokus for RH-LLK været at nedbringe lægemiddelforbruget på de områder, hvor det ville give størst økonomisk effekt. Fokusområder omfatter: <ul style="list-style-type: none"> • Biologisk immunsuppressiva, • Antibiotika og antivirale lægemidler ATC J. • Hæmostatika B02BD Forbrug • Opioid anæstetika N01AH 	
e. Patientinddragelse	Virksomheden skal udarbejde en handlingsplan for den lokale tilrettelæggelse og gennemførelse af dialogsamtaler i forbindelse med klagesager, indenfor de af regionsrådet fastlagte rammer(vedtages i efteråret 2010).	<p>Med udgangspunkt i de regionale retningslinier for håndtering af dialogsamtaler, har Rigshospitalet udarbejdet lokale retningslinier og procedurer for håndtering af klagesager herunder dialogsamtaler. Der er tillige udarbejdet en implementeringsplan, der har sikret igangsætning og understøttelse af dialogsamtalerne lokalt. De lokale retningslinier og procedurer samt implementeringsplanen er vedtaget i direktionen og centerdirektørkredsen i december 2010.</p> <p>Med henblik på at understøtte og kontinuerligt følge op på den lokale implementering, udarbejdes kvartalsvise statistikker over, om dialogsamtalerne afholdes inden for 4 ugers fristen. Statistikkerne bliver forelagt direktionen og centerdirektørkredsen med henblik på, om der er behov for at iværksætte særlige ledelsesmæssige initiativer inden for området.</p> <p>RH har i 2011 modtaget i alt 108 patientklager, der er omfattet af reglerne om tilbud om en dialogsamtale. I 2011 er der afholdt dialogsamtaler hvert kvartal, i alt 37 dialogsamtaler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 33 dialogsamtaler er afholdt inden for tidsfristen • 3 dialogsamtaler er ikke afholdt inden for fristen • 1 dialogsamtale er ikke afholdt inden for tidsfristen, men Patientombuddet har godtaget overskridelsen. <p>Således er 91 % af dialogsamtalerne afholdt inden for</p>	

		<p>tidsfristen.</p> <p>34 % har taget i mod tilbuddet om dialogsamtale, mens de øvrige 66 % har valgt at sagen umiddelbart skulle behandles i enten Patientombuddet eller Disciplinærnævnet.</p>	
f. Selvevaluering i forhold til regional kvalitetshandlingsplan	<p>Virksomheden gennemfører inden 1. juni 2011 en selvevaluering i forhold til de af kvalitetshandlingsplanens målsætninger, der opgøres på virksomhedsniveau. For hver målsætning vurderes virksomhedens nuværende resultater samt opstilles forslag til en handlingsplan for opnåelse af målet indenfor den fireårige periode. Administrationen udarbejder en vejledning til målsætninger og opgørelsesmetoder.</p>	<p>Der er for følgende områder udarbejdet selvevaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HSMR Baseline er 90,7. I 2011 er HSMR efter de 3 første kvartaler 85. Der er de sidste to år gennemført mortalitetsanalyse i de 6 sengebærende centre. Der kan ikke, på baggrund af disse analyser, gives nogen anbefalinger til forebyggelse af dødsfald. Analyserne har dog afsløret, at der i Traumecentret blev registreret dødsfald på personer, der blev indlagt dødfundne. Registreringspraksis er nu ændret og det ser ud som om, den ændrede registreringspraksis har en afsmittende virkning på HSMR for 3. kvartal 2011. En status og anbefaling til forebyggelse af dødsfald fremlægges for Kvalitetsorganisationen i april 2012. • Patientskader Der gennemføres journalaudit på 20 journaler/måned med Global Trigger Tool. Baseline er nu udarbejdet og er 18,73 skader/1000 sengedage, målet for reduktion er 25 % med udgangen af 2013 og svarer til 13,69 skader/1000 sengedage. En status og anbefaling til reduktion af patientskader fremlægges for Kvalitetsorganisationen i april 2012. • Hospitalserhvervede infektioner – <i>se bilag fra IHE – er vedlagt</i> • Patienttilfredshed Grundet spredningen i LUP data besluttede Kvalitetsrådet april 2011, at opfølgning på LUP data skulle ske center- og klinikvist. LUP data følges fortsat af kvalitetsorganisationen. Kvalitetsrådet besluttede endvidere, at LUP data skulle indgå i de tracer- og afsnitsbesøg, der blev gennemført i efteråret 2011. Patienttilfredshed og kvalitetshandlingsplanen 	

		<p>behandles i Kvalitetsrådet i april/maj 2012 efter frigivelsen af LUP data for 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vurdering af patientens evne til kommunikation <ul style="list-style-type: none"> Maj: 78 % indlagte Nov: 82 % indlagte Maj: 50 % ambulante Nov: 53,5 % ambulante 	
2. Økonomistyring	<ul style="list-style-type: none"> Budgettet skal overholdes 	Rigshospitalet fastholder eksisterende rutiner vedrørende økonomiopfølgning på drift og aktivitet, som indebærer månedlig budgetopfølgning på klinikniveau. De eksisterende rutiner udbygges med skærpede retningslinier vedrørende månedlig opfølgning på investeringsprojekter. Gennemført.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der foreligger senest ved budgetårets begyndelse periodeopdelte afdelingsbudgetter, som er udmeldt til afdelingerne 	Der udmeldes budgetter inden udgangen af november måned, centrene har gennemført detailbudgettering inden udgangen af februar 2011, som systemmæssigt er implementeret inden udgangen af februar 2011. De parakliniske budgetter er på plads i Rigshospitalets datavarehus inden udgangen af marts. Gennemført.	■
	<ul style="list-style-type: none"> For aktivitetsbudgetter skal disse udarbejdes på afdelingsniveau inden udgangen af marts 	LL-budgetter er implementeret inden udgangen af februar 2011, og DRG-budgetterne på sks-afdelingsniveau inden udgangen af marts 2011. Gennemført.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal ske en kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget og en løbende og tæt proces sammen med opfølgningen 	Kvalitetssikring af periodiseringsgrundlaget for aktiviteten er afsluttet den 16. december 2010. Udgiftsbudgettet til løn periodiseres, idet der tages hensyn til regler og erfaringer hvad angår lønreguleringer og ferierammeforbrug hen over året samt Silkeborg Datas kørselskalender. Budgettet til øvrig drift periodiseres i tolvte dele, idet afvigelser i forhold hertil vil blive forklaret ved den månedlige kvalificering. Gennemført	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der er udarbejdet en beskrivelse af roller og ansvar på økonomistyringsområdet omfattende hospitalsdirektion, afdelingsledelser og afsnitsledelser 	Roller og ansvar for økonomistyringsområdet følger principperne i Ledelsesregulativet for Rigshospitalet.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal udarbejdes og vedligeholdes fremmødeplaner, der ligger inden for budgettets rammer for alle afdelinger. Der følges op på, at fremmødeplanerne overholdes 	Der er afholdt evaluering af fremmødestyring den 19. november. Rigshospitalets centre har løbende orienteret om, at fremmødeplanerne vedligeholdes.	■

	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalsdirektionen skal sikre en fælles forståelse med den enkelte afdelingsledelse om økonomi og styringsgrundlag 	Rigshospitalet fastholder de 2 årlige budgetmøder og 10 årlige kvalificeringsmøder både på centerniveau og klinikniveau. Gennemført.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 3 måneder efter et investeringsprojekts afslutning fremsendes et anlægsregnskab til revisionen. 	Med henblik på rettidig fremsendelse af anlægsregnskab til revisionen samt ajourføring af anlægskartotek tager Rigshospitalet initiativer i forlængelse af den månedlige opfølgning på området.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Der skal senest 31.oktober være foretaget en ajourføring af anlægskartotekets registreringer 	Anlægskartoteket er ajourført pr 31. december 2011.	■
Virksomhedsspecifikt indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. VSISION 2020	<ul style="list-style-type: none"> Rigshospitalet har tilvejebragt overblik over, hvilke aftaler om højt specialiseret behandling i forlængelse af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, Rigshospitalet har andel i, og har sikret, at processen omkring disse aftaler forløber godt 	Rigshospitalet har implementeret alle aftaler i relation til specialeplanlægningen i løbet af 2011.	■
	<ul style="list-style-type: none"> Rigshospitalet har gennemført jævnlige drøftelser med hospitalerne i Region Hovedstaden, først og fremmest områdehospitalerne, og Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning om, hvorledes samarbejdet forløber, og hvilke ønsker partnerne har til udbygning af et samarbejde. 	<p>Rigshospitalet har i foråret afholdt dialogmøder med alle områdehospitaler som et led i hospitalets partnerskabsstrategi. På møderne har samspillet været drøftet og møderne har givet input til det videre visions- og strategiarbejde og konkret styrket relationen til vigtige samarbejdspartnere. Fx er der med Hillerød Hospital igangsat et forskningssamarbejde som resultat af mødet.</p> <p>Direktør Anne Mette Fugleholm fra Københavns Kommunes Sundheds- og omsorgsforvaltning har deltaget i møde med centerdirektører og direktion og drøftet samarbejdet. Begge parter ser frem til etablering af et egentligt samordningsudvalg i 2012.</p>	■

Den Sociale Virksomhed

Tværgående indsatsområde	Resultatkrav for 2011	Status for resultatkrav 2011	
1. Kvalitet			
a. Koncept for tilsyn	Der er udarbejdet et nyt og forenklet koncept for tilsyn i Handicap tilpasset de reviderede retningslinjer fra Danske Regioner	Udarbejdelsen af et nyt koncept for tilsyn er sat på stand by, da vi p.t. deltager i arbejdet i en arbejdsgruppe under Danske Regioner, der skal se på sammenhængen mellem kvalitetsmodellen på det sociale område og tilsyn. Og på denne baggrund komme med evt. bud på ændringer af det fællesregionale tilsynskoncept. Vi ønsker at kende resultatet af det tværregionale arbejde, inden der udarbejdes oplæg til et nyt lokalt koncept.	■
b. Deltagelse i den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område	Handicap deltager aktivt i udvikling og brugen af den Danske Kvalitetsmodel på det sociale område og sikrer, at de vedtagne standarder og vejledninger følges på de tilbud, hvor det er relevant.	Vi har deltaget aktivt i det tværregionale og lokale udviklingsarbejde bl.a. gennem afholdelse af netværksmøder. Der er gennemført tilsyn på tilbuddene i foråret 2011, hvor de enkelte tilbuds arbejde med kvalitetsstandarderne bl.a. indgik. Desuden er der afholdt audit på tilbuddene ultimo 2011/primo 2012, hvorved det ligeledes er sikret at tilbuddene følger de relevante standarder.	■
c. Anvendelse af ICF	Ved udgangen af 2011 anvender alle relevante tilbud i Handicap ICF til afdækning og dokumentation af beboernes/borgernes funktionsevne.	Alle relevante tilbud anvender i dag ICF. To tilbud er dog endnu ikke helt færdige med implementeringsprocessen. Det undersøges p.t. om det vil være relevant for nogle af de seks tilbud, der fra 1. januar 2012 overgik fra Psykiatrien til DSV ligeledes at anvende ICF til afdækning og dokumentation.	■
d. Kommunikativ afdækning	Der er i 2011 gennemført pilotprojekter på 2 – 3 tilbud mhp en systematisk afdækning af beboernes kommunikative ressourcer og resultatet heraf er indarbejdet i beboerens individuelle plan.	Der er i 2012 afholdt en temadag om kommunikativ afdækning, og tilbuddene blev her tilbudt at indgå i et pilotprojekt. Ingen tilbud har valgt at deltage i et sådant projekt, men arbejder alle på forskellig vis med kommunikation og afdækning heraf. Bl.a. via arbejdet med ICF.	■
e. Ydelsesbeskrivelser	Der er udarbejdet ensartede og præcise ydelsesbeskrivelser for Handicaps tilbud	Der er udarbejdet ydelsesbeskrivelser for alle tilbud. Der er p.t. en dialog i gang mellem administrationen og tilbuddene om den endelige udformning af beskrivelserne for de enkelte tilbud. Arbejdet afsluttes	■

		foråret 2012.	
f. Handleplan for kvalitet	Der udarbejdes primo 2011 en samlet handleplan for kvalitetsarbejdet i Handicap, der forelægges Handicap og Psykiatriudvalget	Arbejdet med udarbejdelsen af en handleplan for kvalitet blev udskudt, da det stod klart at Handicap skulle overgå til Den Sociale Virksomhed.	■
2. Økonomistyring			
a. Tilpasning af ydelser	Handicaps økonomiske styring er så veludviklet, at vi justerer vores ydelser i forhold til ændret efterspørgsel. Handicap formår at tilpasse ydelserne på især kommunikationsområdet, rehabiliteringsydelser samt efterspørgsel efter særlige foranstaltninger til enkelte brugere.	Der er i 2011 løbende sket tilpasning af de enkelte tilbuds ydelser til efterspørgslen.	■
b. Niveau for økonomistyring	Den økonomiske styring måles til fortsat mindst at være på niveau tre, "budgetopfølgning og omkostningsstyring"	Der mangler stadig enkelte tiltag for at alle vores tilbud er på niveau tre i den anvendte "økonomistyringsmodel". I forbindelse med overdragelse af seks sociale tilbud fra psykiatrien 1. januar 2012, udestår undersøgelse af deres aktuelle niveau. Vi arbejder på at alle tilbud er på niveau fire ultimo 2012.	■
c. Takstberegning	Vurdering af tyngde og sammenkædning med omkostninger indarbejdes i takstberegningen for 2012	Der arbejdes fortsat på en endelig model, men det har været vanskeligere end forudsat at specificere modellen. Sigtet er at taksterne for 2013 vil være baseret på modellen, der knytter tyngde sammen med omkostninger.	■
d. Præsentation på hjemmeside	Præsentation af ydelser og tilbud kombineres med tyngdevurderinger og ligger tilgængelige på hjemmesiden.	Arbejdet er igangsat og kan gøres færdigt sammen med den endelige udgave af ydelsesbeskrivelserne og den færdige model for tyngde og omkostninger, jf. ovenstående.	■
e. Benchmarking	Der udpeges et mindre antal områder for benchmarking af effektivitet.	I 2011 har der været fokus på kommunikationsområdet, hvor der er sammenlignet og justeret takster i forhold til sammenlignelige ydelser på andre kommunikationscentre. Det kommunale fokus på taksterne er meget tydeligt og vurdering af taksterne indgår derfor som en del af den løbende budgetopfølgning.	■
3. Sygefravær			
a. Reduktion af sygefravær	Sygefraværet er i løbet af 2011 reduceret med 2 procentpoint	Sygefraværet er reduceret med 0,5 % så det ved udgangen af 2011 ligger på 5,9 %. Siden 2007 er det reduceret med i alt 2,1 %. Sygefraværet i virksomheden er lavt i forhold til sammenlignelige grupper og områder. Der arbejdes med en indsats, der har længerevarende virkning, og der vil fortsat blive	■

		arbejdet aktivt med nedbringelse af sygefraværet i Den Sociale Virksomhed, bl.a. via fortsat deltagelse i projekt 5 i 12.	
b. Retningslinier	Der er lokale retningslinjer for opfølgning og vi lever op til lovgivningens regler.		■
c. Tidlig indsats	Tidlig indsats i forhold til fravær og udnyttelse af regler om delvis arbejdsdygtighed reducerer antal medarbejdere, der falder helt ud af arbejdsmarkedet	Det forsøges konstant at bibeholde tilknytningen til arbejdsmarkedet for de medarbejdere, hvor det er muligt at vende tilbage arbejdet.	■
d. Opfølgning på TrivselOP	Trivsel OP undersøgelsen bruges fælles og lokalt til indsats for at forbedre arbejdsmiljøet	Resultatet af Trivsel OP undersøgelsen har været afsættet for at vurdere de indsatser der skal gøres lokalt og fælles for at forbedre arbejdsmiljøet. Fælles er der enighed om at arbejde med følelsesmæssige belastninger herunder fokus på mobning og forebyggelse af kronisk stress, udbytte af MUS – samtaler samt fokusere på den faglige kvalitet i opgaveløsningen. Dertil kommer de indsatser, der aftales lokalt på de enkelte tilbud.	■
e. Svarprocent på TrivselOP	Trivsel OP undersøgelsen får en svar procent på mindst 75 procent	Svarprocenten for Handicap var imponerende 90 %	■