



Styresak 106-2015

Nasjonale kvalitetsindikatorer, 1 tertial 2015 - inkludert kvalitetsbasert finansiering

Saksbehandler:

Beate Sørslett og Jan Terje Henriksen

Saksnr.:

2015/1536

Dato:

28.10.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Kvalitetsbasert finansiering
 Nasjonale kvalitetsindikatorer somatikk.
 Nasjonale kvalitetsindikatorer psykiatri

Bakgrunn:

Helsedirektoratet publiserer nasjonale kvalitetsindikatorer 2 ganger pr år. Helsedirektoratet sender resultatene til foretakene samt at de publiseres på helsenorge.no. Styret orienteres i denne saken om resultatene for nasjonale kvalitetsindikatorer pr 1. tertial 2015 for hele landet, Helse Nord, samt Nordlandssykehuset HF inkludert fordeling på lokalnivå: Bodø, Lofoten og Vesterålen.

I vedlegg 1 vises en oversikt over kvalitetsbasert finansiering og hvilken betydning dette har for Nordlandssykehuset. Under "tiltak" beskrives hvilke tiltak som gjøres for å bedre resultatene for Nordlandssykehuset HF.

Nytt fra og med 1 tertial 2015 er 27 nye nasjonale kvalitetsindikatorer; Nye kreftpasienter i pakkeforløp for kreft; Pakkeforløp for kreft gjennomført innen normert tid for pasienter med lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft; Forekomst av antibiotikabehandling; Antibiotikabehandling ved urinveisinfeksjoner hos kvinner mellom 20-79 år; Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos befolkning mellom 10-79 år; Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos barn mellom 0-9 år; Kompletthet i henvisningsformalitet ved henvisning til i psykisk helsevern hos voksne. Indikatorer for pakkeforløp for kreft er ikke tatt med i oversikten i vedlegg 2 da disse ikke er oppgitt på foretaksnivå.

Oversikt over definisjoner av indikatorene finnes på www.helsenorge.no.

En komplett oversikt over de ulike nasjonale kvalitetsindikatorene kan ses i tabellene i de trykte vedleggene.

Nasjonale kvalitetsindikatorer har blitt presentert i tidligere styresaker, siste gang i styresak 113-2014 Nasjonale kvalitetsindikatorer 2-2014 – Resultater for Nordlandssykehuset. Et av hovedtiltakene som ble presentert var innføring av aktivitetsstyrt ressursplanlegging i hele foretaket. De første til å begynne implementeringsarbeidet var kirurgisk ortopedisk klinikk og arbeidet har pågått gjennom 2015 med spredning til andre klinikker i foretaket. De indikatorer som omhandler pasientenes opplevelse av tilbudet ved Nordlandssykehuset, og som er en del av beregningsgrunnlaget for kvalitetsbasert finansiering, ble presentert i styresak 90-2015

I vedlegg 2 og 3 er henholdsvis indikatorene for somatikk og psykiatri presentert. Indikatorene er vist med snittverdi nasjonalt, samt verdier for Helse Nord RHF, Nordlandssykehuset HF inkludert lokasjonene Bodø, Lofoten og Vesterålen. Det er lagt på en fargekode til hver indikator som viser rødt der Nordlandssykehuset kommer dårligere ut en nasjonalt snitt, gult der Nordlandssykehuset ligger tilnærmet på nasjonalt snitt og grønt der Nordlandssykehuset kommer bedre ut enn nasjonalt snitt.

I utarbeidelsen av denne styresaken er det oppdaget en potensiell feil i deler av dataunderlaget. Tall fra voksenalderpsykiatrien var havnet i tabellen for psykisk helse barn og unge, og likeledes er BUP Lofoten kommet med i tabellen for psykisk helse voksne. Ved gjennomgang av underlaget fremgår det at VOP er med i beregningene for BUP og likeledes at Lofoten BUP er med i beregningene for noen av indikatorene for VOP. Der hvor dette kan ha hatt en negativ betydning for beregning av gjennomsnitt for Nordlandssykehuset er markert med grått i tabell 2 og 3. De fleste av disse er likevel markert med grønt, dvs at indikatoren ligger bedre enn landsgjennomsnittet. De to indikatorene i barne- og ungdomspsykiatrien hvor denne potensielle feilen kan ha hatt en negativ effekt og ført til at indikatoren har blitt dårligere enn landsgjennomsnittet er Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til behandling innen 65 dager samt Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU. Indikatoren Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager kan også ha blitt påvirket negativt og muligens vært bedre enn landsgjennomsnittet. Vi har også oppdaget at det for beregning for brudd på vurderingsgarantien somatikk så er Rønvik VOP med som påvirker beregningen for Nordlandssykehuset og Helse Nord på denne indikatoren. For denne indikatoren ligger også UNN inne med tall fra BUP og Finnmark ligger inne med tall for DPS.

Dette er nå tatt opp med NPR som undersøker dette nærmere med de som jobber med kvalitetsindikatorene i helsedirektoratet.

Under overskriften ”Tiltak” beskrives tiltak for de indikatorene hvor Nordlandssykehuset ligger under det nasjonale snittet.

Vurdering

Det arbeides systematisk på en rekke områder ved Nordlandssykehuset HF, og det gir seg blant annet utslag i at den kvalitetsbaserte finansieringen går ut med en nettogevinst for foretaket. Det er allikevel flere områder med forbedringspotensial både innenfor somatikk og psykiatri samt for pasientenes opplevelse av Nordlandssykehuset. Indikatorene som inngår i den kvalitetsbaserte finansieringen er et utdrag av det totale antallet nasjonale kvalitetsindikatorer.

Når alle indikatorene ses under ett, så har somatikk følgende områder hvor det er et forbedringspotensial; fristbrudd, utsendelse av epikriser, utsettelse av planlagte operasjoner, individuell plan i barnehabiliteringen, samt 30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter innsetting av hemiprotese (hofte), se vedlegg 2.

Også innen psykiatri er det flere områder hvor Nordlandssykehuset har et forbedringspotensial; andel pasienter med hoveddiagnose klinisk psykiatrisk sykdom, barne- og ungdomsgarantien – andel til behandling innen 65 dager, fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU, fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU, andel pasienter med spesifisert hoveddiagnose PHV, fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV, ventetid innen PHV, voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV, nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet, epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB, pasienter med

spesifisert hoveddiagnose rus, oppdaterte ventetider rus, brudd på vurderingsgarantien rus, fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen rus samt ventetid innen TSB, se vedlegg 3.

Når det gjelder pasientenes opplevelse av tilbudet ved Nordlandssykehuset HF har foretaket et forbedringspotensial med hensyn på informasjon, pleiepersonalet samt samhandling, se vedlegg 1. Dette er beskrevet i styresak 90-2015 om PasOpp nr 2 2015 hvor de viktigste tiltakene er ferdigstilling av sykehuset i Bodø, velkomstsamtale med sjekkliste, utreisesamtale samt prosjektet ” Et vennlig sykehus – oppmerksom vennlighet i NLSH Bodø somatikk”.

Det er ikke tilfredsstillende at det er såpass mange områder hvor Nordlandssykehuset ligger under det nasjonale snittet. Det er derfor satt i gang en rekke spesifikke og omfattende tiltak for å bedre dette. Noen av tiltakene er allerede implementert og forventes å vise en snarlig effekt, andre tiltak er mer omfattende og tidkrevende og vil ikke kunne forventes å vise en effekt på kort sikt.

De enkelte tiltak innen somatikk og psykiatri er beskrevet nedenfor. De beskrevne tiltak er for de områder hvor Nordlandssykehuset har dårligere verdier enn det nasjonale gjennomsnittet, dvs de indikatorer som er markert med rødt i vedlegg 2 og 3. Minstemål kan sies å være å komme på nasjonalt gjennomsnitt for samtlige indikatorer. Ambisjonsnivået er at samtlige indikatorer har verdier som viser at samtlige pasienter får et tilbud iht nasjonale retningslinjer og føringer.

Tiltak

Andel fristbrudd startet behandling somatikk (nasjonalt snitt 5,1 %, NLSH 9,7 %)

Fristbrudd for avviklede og ventende har vært utfordrende for Nordlandssykehuset over lengre tid. Det har vært tatt opp med aktuelle fagmiljøer i flere klinikker og noen områder har det lyktes å få ned fristbrudd, mens for andre områder ser det ut til å være vanskeligere å få ned fristbrudd på både avviklede og blant ventende. Dette gjelder særlig hjerte, lunge og fordøyelse i medisinsk klinikk. Årsakssammenhengene er komplekse og det er ingen enkel «quickfix» som løser dette. Derfor er det satt i gang et omfattende arbeid for å se på pasientflyt, pasientlogistikk, informasjonsflyt samt lederutvikling på ulike nivåer. Dette arbeidet er forventet ferdigstilt medio 2016.

Andel epikrise sendt innen 7 dager (nasjonalt snitt 80 %, NLSH 69,5 %)

Når epikrise ved utreise er signert av ansvarlig klinisk personell går denne videre til utlevering iht utleveringsrutine, før epikrise sendes videre til fastlege, kommunehelsetjeneste etc. Utlevering er et forsinkende ledd og det forventes at å fjerne dette leddet og la epikrise gå direkte til utsending fra signering vil bidra til at våre samarbeidsparter får kliniske opplysninger raskere. I dagens utleveringsrutine inngår bl.a kvalitetssikring av mottakere, og her er det laget opplæringsmaterieill for at dette overføres til de som skriver epikrise ved utreise.

Andel utsettelse av planlagte operasjoner (Nasjonalt snitt 5,5 %, NLSH 12,2 %)

Andel utsettelse av planlagte operasjoner er for høyt ved Nordlandssykehuset. En stor del av problemet her har vært mangel på operasjonssykepleiere. I løpet av høsten og vinteren vil flere ansatte ha gjennomført sin videreutdanning som operasjonssykepleiere, og så godt som samtlige av disse har fått tilbud om fast stilling. Det er forventet at dette vil ha en positiv virkning med å få ned utsettelse av planlagte operasjoner.

Andel brudd på vurderingsgarantien (Nasjonalt snitt 1,2 %, NLSH 1,7 %)

Andel brudd på vurderingsgarantien skyldes i stor grad feilregistreringer i Dips. I tilfeller hvor pasientene er viderehenvist fra andre sykehus så er det relativt omstendelig å få dette korrekt registrert i Dips. Disse feilregistreringene fører til en falsk forhøyet vurderingstid. Ved kontroll av data for de siste 3 måneder viser det seg at gjennomsnittlig vurderingstid for nyhenviste pasienter til Nordlandssykehuset ligger på under 3 dager. Det er nå igangsatt opplæring for å sikre at viderehenvisninger blir riktig registrert i Dips.

Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk helsetjeneste (Nasjonalt snitt 71,5 dager, NLSH 78,7 dager)

Det er startet en prosess for at pasientene skal bli tilbudt time i første brev iht pasient- og brukerrettighetsloven. Dette tiltaket forventes å ha en positiv effekt på ventetider. Det forventes allikevel røde tall en periode fremover ettersom det også er påbegynt en prosess for å rydde i langtidsventende. Følgelig vil effekten av tiltaket først bli merkbart når ryddingen i langtidsventende er ferdig.

Andel barn i barnehabiliteringen med individuell plan (Nasjonalt snitt 30,9 %, NLSH 7,6 %) og

Andel barn hvor status for individuell plan ikke er rapportert til Norsk pasientregister (Nasjonalt snitt 59,4 %, NLSH 92,4 %)

Andel barn i barnehabilitering med individuell plan er ikke tilfredsstillende. Det ble etablert koordinerende enhet (KE) i Nordlandssykehuset i august 2015 for å bistå alle klinikker og lokasjoner i dette arbeidet, og en av oppgavene til KE er blant annet «Overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan (IP)» som innebærer at KE skal sørge for at det blir utarbeidet retningslinjer og prosedyrer for arbeidet med IP. Resultatene vil bli tatt opp i klinikkens oppfølgingsmøter og hvor de vil bli bedt om en plan for hvordan det sikres at barn som skal ha en individuell plan i barnehabiliteringen får dette. Videre vil det også bli iverksatt tiltak for å sikre at status blir rapportert til Norsk pasientregister, disse tiltakene er p.t. ikke utarbeidet.

30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter innsetting av hemiprotese (hofte) (Nasjonalt snitt 92 %, NLSH 88 %)

Kvalitetskravet fra Folkehelseinstituttet sier vi må ha en oppfølgingsprosent på 80 %. Dette er for å unngå seleksjonsskjevhet. Seksjon for smittevern følger opp pasientene pr brev, ca 3-4 uker post opr. Dersom seksjonen ikke får svar på første brev, sendes purrebrev. Når leveringsfrist nærmer seg, forsøker seksjon for smittevern å kontakte de som ikke har svart pr telefon. Det er ikke alltid alle nåes, 88 % er således innenfor kvalitetskravet, men det er klart at det er ønskelig at den hadde vært høyere. Et inntrykk fra telefonsamtaler med pasienter, er at mange har en opplevelse av at brevet ikke er så viktig å svare på – spesielt om de har hatt et ukomplisert forløp.

Andel pasienter med hoveddiagnose klinisk psykiatrisk sykdom (Nasjonalt snitt 85,9 %, NLSH 79,3 %)

Andel pasienter i psykisk helsevern for barn og unge som hadde registrert hoveddiagnose var i 1 tertial 85,9 % nasjonalt. Andelen for NLSH var 79,3 %, dvs 20,7 % av barn og unge som er pasienter i psykiatrien sto uten registrert hoveddiagnose i første tertial 2015. Etter at klinikken har iverksatt internkontrollprosjektet i BUPA har denne indikatoren forbedret seg og klinikken forventer å være på landsgjennomsnittet for 2.tertial.

Barne- og ungdomsgarantien: Andel til behandling innen 65 dager (Nasjonalt snitt 99,2 %, NLSH 93,6 %) og andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp innen PHBU (Nasjonalt snitt 0,9 %, NLSH 6,7 %)

Barne- og ungdomsgarantien – andel til behandling innen 65 dager er for lav. Dette handler i stor grad om sykefravær ved BUP Lofoten og samordning mellom ulike enheter. Det er gjort organisatoriske endringer og det er etablert en felles vurderingsenhet. Dette forventes å ha en positiv effekt på andel til behandling innen 65 dager, fristbrudd samt for vurderingsgarantien.

Andel pasienter med spesifisert hoveddiagnose (Nasjonalt snitt 95,5 %, NLSH 91,4 %)
Andel pasienter med spesifisert hoveddiagnose i psykisk helse voksne (PHV) var under det nasjonale snittet i 1 tertial 2015. Dette vil følges opp videre med PHR klinikken i direktørens oppfølgingsmøter.

Andel fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp innen PHV (Nasjonalt snitt 3,4 %, NLSH 14,6 %) og gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne (nasjonalt snitt 53,7 dager, NLSH 61,5 dager)

Den høye andelen fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHV har vært en konsekvens av manglende ressurser. For å få utnyttet ressursene bedre blir det flyttet behandlingsressurser fra døgnenhet til Salten DPS samt at pasienter fra Salten får tilbud om behandling i Lofoten og Vesterålen. Dette forventes også å ha en positiv effekt på ventetid PHV. Fristbruddsandelen er gått betydelig ned for 2.tertial.

Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet (Nasjonalt snitt 81,7 %, NLSH 76,5 %)

For blant annet å få bedret kvaliteten med andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet er det gjort en omorganisering av kontortjenesten i psykisk helse og rus klinikken. Kontortjenesten er nå organisert under en felles leder, opplæring er samordnet samt at det arbeides med å få like prosedyrer og rutiner på tvers i klinikken.

Kvalitetsindikatorer rus (Se vedlegg 2, tabell 4)

Med unntak av andel oppdaterte ventetider for rus (som er lik landsgjennomsnittet) er alle andre indikatorer for rus dårligere enn landsgjennomsnittet. Dette skyldes i all hovedsak langtidssykemeldinger innen TSB-området. Videre plan for bedring av disse indikatorene vil bli fulgt opp i direktørens oppfølgingsmøter med Psykisk helse og rus klinikken

Direktørens vurdering

Det jobbes godt på mange fronter og flere indikatorer viser en positiv utvikling. Det er allikevel ikke tilfredsstillende at såpass mange indikatorer er dårligere enn landsgjennomsnittet. Det har vært igangsatt flere tiltak tidligere, tettere oppfølging av ulike fagområder og klinikker, opplæring i Dips etc. I styresak 113-2014 om de nasjonale kvalitetsindikatorerne ble det fremholdt at flere av kvalitetsindikatorerne som er basert på tidsfrister har et forbedringspotensial. Tiltaket som skulle løse dette var aktivitetsstyrt ressursplanlegging (ARP). Dette arbeidet har pågått gjennom 2015 og det er fremdeles en jobb å gjøre før det kan sies at dette er implementert i foretaket. Ettersom dette arbeidet ble påbegynt implementert i 1. tertial 2015, kan det ikke forventes at dette skal ha hatt en positiv innvirkning på kvalitetsindikatorerne for 1. tertial 2015. Det er dog forventet at ARP vil ha en påvirkning på indikatorer som har en tidsfrist. Det strukturelle arbeidet i medisinsk klinikk forventes å ha en effekt på kvalitetsindikatorerne først i 2016.

Direktøren er fornøyd med at ansatte i foretaket jobber systematisk med å bedre kvalitetsindikatorerne slik at pasientene får et tilbud med den kvalitet de har krav på. Som denne styresaken viser så krever det ulike tiltak med ulik kompleksitetsgrad å bedre kvalitetsresultatene for Nordlandssykehuset. Direktøren har en klar forventning om at resultatene skal ha en markant forbedring gjennom 2016 når effekten av de ulike tiltak vil gjøre seg gjeldende.

Innstilling til vedtak

Styret tar saken til orientering

Vedlegg 1 - Kvalitetsbasert finansiering

Kvalitetsbasert finansiering ble innført for foretakene i 2013. Systemet går kort ut på at en del av basisfinansieringen til de regionale foretakene trekkes tilbake og fordeles ut basert på poengberegning for et utvalg av nasjonale kvalitetsindikatorer. Basert på fordelingen til Helse Nord RHF har det blitt en fordeling mellom foretakene i Helse Nord. Figur 1 viser poengberegningen for Nordlandssykehuset HF. Grønn farge indikerer at Nordlandssykehuset ligger over snittet, gul ligger på snitt og rød ligger under snitt. Figuren viser også hvilke indikatorer som inngår i beregningen.

Figur 1 Kvalitetspoengberegning for Nordlandssykehuset HF.

Kvalitetspoeng	Nordlandssykehuset HF
Resultatindikatorer	
N-017: Perinealruptur (fødselsrifter) 3. og 4. grad	2 125,00
N-043: 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hoftebrudd	1 375,00
N-044: 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerteinfarkt	1 625,00
N-045: 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerneslag	1 050,00
N-046: 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak	1 175,00
Totalt R	7 350,00
Prosessindikatorer	
Andel (%) pasienter med spesifisert diagnoser PHV	246,15
Andel (%) pasienter med spesifisert diagnoser TSB	92,31
andel fristbrudd	115,38
Andel tilbakemeldinger sendt innen 7 dager PHV	361,54
Andel tilbakemeldinger sendt innen 7 dager TSB	238,46
N-001: Korridorpasienter	515,38
N-002: Epikriser sendt innen 7 dager	300,00
N-004: Lårhalsbruddsoperasjoner innen 48 timer	453,85
N-006: Utsettelse av planlagte operasjoner	92,31
N-016: Trombolysebehandlinger	384,62
N-019: Startet behandling av tykktarmkreft innen 20 dager	561,54
N-020: Startet behandling av lungekreft innen 20 dager	330,77
N-021: Startet behandling av brystkreft innen 20 dager	0,00
Totalt P	3 692,31
Brukererfaring	
Informasjon	683,33
Legene	1 027,78
Organisering	944,44
Pleiepersonalet	533,33
Pårørende	1 366,67
Samhandling	744,44
Standard	1 194,44
Utskriving	1 277,78
Ventetid	1 466,67
Totalt B	9 238,89
Totalsum	20 281,20

Figur 2 viser hva kvalitetspoengene utgjør i rene kroner for budsjettet for 2016. Ettersom beregningen baserer seg på at en del av basisfinansieringen er trukket ut vil det si at i rene nettokroner for 2016 ligger i størrelsesorden 1,5 til 3 millioner kroner i pluss. Dette betyr at kvalitetspoengberegningen viser at Nordlandssykehuset ligger noe over gjennomsnittet totalt sett sammenliknet med andre foretak.

Figur 2 Kvalitetspoeng og beregnet kronebeløp

HF	Kvalitetspoeng	vektede poeng	RHF indikatorer	kvalitetspoeng	sum	utbetalingspoeng	penger
Finnmarkssykehuset HF	14 480,77	2 316,92	1 237	3 554	13 503	9 906 701	
Helgelandsykehuset HF	18 061,97	2 871,85	1 229	4 101	15 581	11 431 920	
Helse Nord RHF, Privat	1 553,85	0,00	0	0	0	0	
Nordlandssykehuset HF	20 281,20	5 313,67	2 027	7 341	27 893	20 464 893	
Universitetssykehuset							
Nord-Norge HF	19 083,76	7 996,10	3 326	11 323	43 023	31 565 096	
SUM	73 461,54	18 498,54	7 819	26 318	100 000	73 368 610	

Vedlegg 2 – Nasjonale kvalitetsindikatorer somatikk¹

Indikator	Landet	Helse Nord		Nordlandssykehuset	Bodø	Lofoten	Vesterålen
Fristbrudd startet behandling SOM	5,1	6,2		9,7	9	6,7	16,7
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste	80	74,9		69,5	65,1	85,3	70,9
Andel pasienter plassert på korridor	2,1	2,4		1,4	1,6	1,4	0,3
Gjennomsnittlig antall pasienter på korridor pr. døgn	191	22		4	3	1	0
Andel (%) utsettelse av planlagte operasjoner	5,5	7,2		12,2	12,8	13,3	10
Andel brudd på vurderingsgarantien	1,2	1,2		1,7	2,2	1	0,3
Andel fristbrudd for pasienter som står på venteliste	2,3	2,4		1,9	1,4	1,5	5,5
Gjennomsnittlig ventetid innen somatisk helsetjeneste	71,5	74,7		78,7	85,3	64,7	59,5
Andel oppdaterte ventetider for fysisk helse	94,6	91		96,2	93,1	100	97,6
Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	14,5	15,6		25,5	25,7	9,1	44,4
Andel pasienter med hoftebrudd som er operert innen 24 timer	65,2	72,2		66,7	66,7		81
Andel pasienter med	94,3	93,9		95,2	94,1		95,2

¹ Fargekoder betyr som følger; Rødt- verdi i negativ retning ift landsgjennomsnittet; gult – på tilnærmet samme nivå som landsgjennomsnittet; Grønt – verdi i positiv retning ift landsgjennomsnittet.

hoftebrudd som er operert innen 48 timer							
Andel akutte keisersnitt	10	10,4	9,8	8,6	8,3	13,6	
Andel planlagte keisersnitt	6	5,9	3,4	1,6	0	9,3	
Andel fødsler med keisersnitt	16	16,3	13,2	10,2	8,3	22,9	
Andel hvor spesialisthelsetjenesten har varslet kommunen om behov for individuell plan*	0,7	0	0	0	0	0	
Andel barn i barnehabiliteringen med individuell plan eller individuell plan under arbeid*	30,9	28,6	7,6	13,8	0	4,8	
Andel barn hvor status for individuell plan ikke er rapportert til Norsk pasientregister*	59,4	63,7	92,4	86,2	100	95,2	
30 dagers oppfølging av infeksjonstatus etter koloniring**	95	97	100	100			
30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter fjerning av galleblære**	88	91	93	93	100	90	
30 dagers oppfølging av infeksjonstatus etter innsetting av totalprotese (hofte)**	97	100	100	100	100	100	
30 dagers oppfølging av infeksjonstatus etter innsetting av hemiproteese (hofte)**	92	94	88	78	100	92	
30 dagers oppfølging av infeksjonstatus etter utført keisersnitt **	90	95	96	94	100	100	
30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter aortakoronar bypass**	93	97					

*Tall for 2014. ** Tall for 3. tertial 2014.

Vedlegg 3 - Nasjonale kvalitetsindikatorer psykiatri

Tabell 1 Psykisk helse barn og ungdom

Indikator	Landet	Helse Nord		Nordlands - sykehuset	BUP Bodø	BUP Lofoten	BUP Vesterålen	BUP Fauske	Rønvik VOP
Andel (%) pasienter med hoveddiagnose (akse 1) klinisk psykiatrisk sykdom	85,9	83,1		79,3		96,8	72,5	84,5	75,4
Andel (%) pasienter rapportert på akse 2 - eventuelle utviklingsforstyrrelser	62,2	62,6		71,7		57,9	71,6	83,1	73,1
Andel (%) pasienter rapportert på akse 3 - psykisk utviklingshemming	62,6	62,5		70,7		56,8	69,6	83,1	72,3
Andel (%) pasienter rapportert på akse 4 - somatisk diagnose	59,2	59,2		69,5		55,8	69,6	78,9	71,4
Andel (%) pasienter rapportert på akse 5 - psykososiale forhold	61,6	62,3		69,5		56,8	68,6	81,7	70,8
Andel (%) pasienter rapportert på akse 6 - psykososialt funksjonsnivå	65,2	65,3		68,9		54,7	67,6	85,9	69,7
Andel oppdaterte ventetider for psykisk helse barn og unge	93,3	87,4		100	100	100	100		
Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til vurdering innen 10 dager	96,8	96,2		96,4	96,6	92,2	98,5	100	100
Barne- og ungdomsgarantien: Andel (%) til	99,2	96,1		93,6	100	53,8	100	100	33,3

behandling innen 65 dager									
Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen PHBU	2,1	9		11	1,6	68	3,8	0	100
Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHBU	0,9	5,2		6,7		19,4			
Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse barn og unge i antall dager*	49,6	45,8		49,4	43,8	83	45,1	24,9	122,7

*For denne indikatoren foreligger det også tall for NLSH Lofoten på 96 og NLSH Vesterålen på 111 dager. Det er snakk om en og to avviklede henholdsvis.

Tabell2 – kvalitetsindikatorer psykisk helse voksne

Indikator	Landet	Helse Nord		Nordlands sykehuset	Bodø	VOP Lofoten	DPS Vesterålen	BUP Lofoten	Rønvik VOP
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra PHV	73,8	76,5		75,2			96,8		71,5
Andel (%) pasienter med spesifisert hoveddiagnose	95,5	91,5		91,4		97,3	97,6		88,5
Andel oppdaterte ventetider for psykisk helse voksne	94,8	86,7		100		100	100		
Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen PHV*	2,2	2,7		2		0,8	2,8		2,1
Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp	3,4	10,8		14,6		4,7	7,1	100	19,4

innen PHV*									
Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen PHV	2,1	4,9		1,9				3,1	
Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helse voksne i antall dager*	53,7	57		61,5	34	63,4	44,7	109	66,8
Andel voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV	30,9	16,7		0			0		0
Andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet*	81,7	81,1		76,5		79	88,2		72,7

*Tallene for Lofoten og Vesterålen er ikke spesifisert på VOP/DPS men for sykehusene som helhet.

Tabell 3 – kvalitetsindikatorer rus

Indikator	Landet	Helse Nord		Nordlandssykehuset	Rønvik VOP	Lofoten	DPS Vesterålen
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning fra TSB	73,9	59,3		71,4	71,4		
Andel (%) pasienter med spesifisert diagnose	90,2	79,9		42,9	42,9		
Andel oppdaterte ventetider for rus	96,4	91,3		96,6			100
Andel (%) brudd på vurderingsgarantien for pasienter innen TSB	2,4	3,3		3,6	2,5	12,5	
Andel (%) fristbrudd for pasienter som har begynt helsehjelp innen	3,6	2,9		4,7	5,4	0	

TSB							
Andel (%) fristbrudd for pasienter som står på venteliste innen TSB	8,2	9,8					
Gjennomsnittlig ventetid innen TSB i antall dager	48	50		52	54	39	