

## Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2014 (vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

Styringsparametre	Datakilde	2014	Mål
Antall produserte DRG-poeng	Regionale helseforetak	136 227	138 169
Refunderte polikliniske inntekter	Regionale helseforetak	355 224	370 130

i 1000 kr

Styringsparametre	Datakilde	2012	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Norsk pasientregister	79,2	76,4	73,9	Under 65 dager	<p>Som et resultat av samordning av to regionale prosjekter har HN fått felles venteliste- og fristbruddprosedyrer. Prosedyrer omhandler alt fra riktige registreringer knyttet til ventelister og uttak av rapporter i DIPS, samt hvordan vi kan løse truede og intruffet fristbrudd. Opplæring i helseforetakene er gjennomført i oktober 2014, og tiltak forventes å bidra til bedre resultat på område fremover.</p> <p>HN har utviklet et nytt analyseverktøy for ventelister og fristbrudd innen Helse Nord's eget ledelses informasjonsstyrings system (HN LIS). HN LIS skal være i stand til å tilby pålitelige og standardiserte analyser for alle ansvarlige ledere og medarbeidere. Ventelistestatistikken skal fungere som nyttig og brukervennlig verktøy for å avdekke flaskehals i systemet til lange ventetider og fristbrudd, grunnlag for planlegging av tiltak, og oppfølging av resultater samt effekter av iverksatte tiltak. Det er også en fordel at vi kan ha daglige oppdateringer fra DIPS i HN LIS, der vi blant annet kan ha daglig oppfølging av truede fristbrudd.</p>	Helse Nord har ikke oppnådd styringskrav. Det er positivt at vi kan vise til bedre resultat enn i 2013. Region har god måloppnåelse for pasienter med rett til prioritetshelsetjeneste. Største utfordring er ventetid for pasienter uten rett til prioritetshelsetjeneste. Årsaken at styringskrav ikke er nådd er kompleks, og det varierer blant helseforetakene og klinikkene. Problemer med operasjonssykepleiere er kontinuerlig utfordring som det jobbes med å løse.

Styringsparametre	Datakilde	3. tertial 2012	3. tertial 2013	3. tertial 2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	Norsk pasientregister	11,6 %	7,6 %	6,8 %	0 %	Tiltakene er sammenfallende med tiltak på reduksjon av ventetid, og det vises til det.	Helse Nord har ikke oppnådd styringskrav. Det er positivt at god utvikling over år fortsetter, og at vi kan vise til bedre resultat enn i 2013. Årsakene til at Helse Nord ikke har nådd styringskrav varierer blant helseforetakene og klinikkene. Håndtering av innkommende henvisninger og ventelister ikke har vært optimal i 2014. Vi finner eksempler på feilregistrering som fører til at pasienter telles som fristbrudd uten at det er fristbrudd samt andre forhold som fører til uoversiktelige ventelister og flere ventende enn hva som er reelt. Det er et faktum at 41 % av fristbruddspasientene får behandling inne 7 dager etter frist. Vi forstår dette som ikke godt nok administrativt håndverk og har derfor intensivert tiltak som går på opplæring i gjeldende prosedyreverk. Fristbrudd innenfor kirurgiske fagene forklares med operasjonsskapasitet.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2013	2. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse .	Norsk pasientregister	11,4 %	10,6 %	8,6 %	12,7 %	20 %	Nordlandssykehuset har arbeidet systematisk for å oppnå målet. Prosjekt slagalarm har vært gjennomført over tid i tre klinikker (Prehospital, diagnostisk og Hode- og bevegelse) Dette arbeidet videreføres i 2015. Helgelandsykehuset har et pågående arbeid med å undersøke hva som er årsaken til forskjellen mellom dataene.	snittet for landet er 13,6 %. Det er bare Nordlandssykehuset som har innfridd kravet med 26,7% i 2. tertial 2014. Dette gjelder alle sykehus. Helgelandsykehuset oppgir at de følger det nasjonale hjerneslagsregisteret har en andel på 17% mot 6,3% på heltonorge.no. Helgelandsykehuset Mosjøen har en måloppnåelse på 28,3% i 2. tertial, mens de andre to sykehusene står oppført med 0%. Finnmarkssykehuset kommer totalt ut på 8,8%, men klinikk Kirkenes klarer målet med 25%. Det gjøres oppmerksom på at det er små tall, og andelen for klinikk Hammerfest er 0%. Vi har ikke data som kan si noe om at dette skyldes mangelfull registrering, eller at det ikke har vært pasienter. UNN har ikke nådd målet ved noen av sine sykehus.
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	Norsk pasientregister	47,2 %	60,3 %	60,9 %	54,1 %	80 %	Helgelandsykehuset har øremerket "pakkeforløpstimer" i diagnostisk enhet for pasienter som skal utredes for kreft. UNN oppgir at det pågående arbeidet med koding knyttet til pakkeforløp vil bidra til å bedre måloppnåelsen sett i forhold til bedre pasientforløp, og korrekt koding.	Gjennomsnitt for landet er 59 %. Nordlandssykehuset ligger høyere med 62,5 %, og det er forventet ytterligere forbedring når pakkeforløpene iverksettes for fullt. UNN lå på gjennomsnitt med landet i 1. tertial 2014, men har hatt en reduksjon i måloppnåelse i 2. tertial samlet til 48,4%. Ved UNN Harstad er det en måloppnåelse på 58,3%, noe som er opp mot snittet for landet. Helgelandsykehuset hadde en måloppnåelse på 40% for 2. tertial, men det er små tall. Finnmarkssykehuset hadde så lave tall at de er fjernet fra statistikken.
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	Norsk pasientregister	44,4 %	50,0 %	52,7 %	44,7 %	80 %	UNN Tromsø har i september økt sin PET-kapasitet, og Helse Nord RHF har gjort innkjøp av PET gjennom en interregional avtale. Det er store forventninger til at innføring av pakkeforløpene som er utarbeidet i 2014 skal gi positive utslag på måloppnåelsen i 2015. Regionale arbeidsgrupper har jobbet godt sammen for å få til gode løsninger.	Gjennomsnitt for landet er 42 %. Nordlandssykehuset har høyere måloppnåelse med 54 % i 2. tertial. Både UNN og Nordlandssykehuset har hatt nedgang fra 2013. Årsaken oppgis å være manglende kapasitet for PET. UNN oppgir også forsinkerende faktorer som utredning av co-morbiditet som årsak. Helgelandsykehuset og Finnmarkssykehuset har så lave tall at de er fjernet fra statistikken.
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	Norsk pasientregister	71,4 %	73,3 %	62,5 %	59,4 %	80 %	Det er store forventninger til at innføring av pakkeforløpene som er utarbeidet i 2014 skal gi positive utslag på måloppnåelsen i 2015. Regionale arbeidsgrupper har jobbet godt sammen for å få til gode løsninger.	Helse Nord har to brystdiagnostiske senter sentralisert til Bodø og Tromsø. Gjennomsnittlig måloppnåelse for landet er 52,1. Både UNN og Nordlandssykehuset ligger på henholdsvis 68,9 og 57,4 % i 2. tertial 2014. Dette er en økning for UNN fra 2013. Nordlandssykehuset har en nedgang fra 86,1 % fra 2013. Dette begrunnes med at utviklingsprogram knyttet til innflytting i nytt sykehus har krevd mye ressurser. Arbeidet har inkludert beskrivelse av pasientforløp og således anses den negative trenden å snu i 2015.

Styringsparametre	Datakilde	2012	2013	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus	Helsedirektoratet (SSB)	Sykehus 44 %, DPS 54 %	Sykehus 42% DPS 56%	Dreining i tilbudet fra sykehus til DPS, fra døgn til poliklinikk.

Styringsparametre	Datakilde	mai.14	nov.14	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Sykehusinfeksjoner	Folkehelseinstituttet	5 %	Data ikke publisert	

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
30 - dagers overlevelse	Helsedirektoratet	94,4	94,6	I Helse Nord er måloppnåelsen 94,9 % i 2013, med en variasjon mellom 93,5-95,3 %. Dette er en forbedring på 0,5 % fra 2012.	Helgelandsykehuset har funnet at overlevelse etter hjerteinfarkt trekker ned gjennomsnittet, og har iverksatt et arbeid for å se om forbedringstiltak bør iverksettes.
Andel tvangsinnleggelse (antall per 1 000 innbyggere i helseregionen) (	Norsk pasientregister	2,7	2,5	Redusert med 5 % sammenlignet med 2013	Ingen tall er publisert av NPR for 2013. Ulike tiltak er iverksatt, bla ambulante akutteam som har som mål å bidra til reduksjon av antall tvangsinnleggelse.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013									
		Pleiepersonalet	Informasjon	Legene	Pårørende	Organisering	Pasientsikkerhet	Standard	Ventetid	Samhandling	Utskrivning

Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskåre på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best.	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	75 Ingen signifikant endring fra 2012. Dette var dedn eneste av indikatorene som hadde en klar forbedring fra 2011-2012. Det er iverksatt ulike tiltak for å bedre pasientens opplevelse, herunder gjennomført lokale brukerundersøkelser på avdelingsnivå for å finne mer målretta tiltak på den enkelte enhet.	71 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Det er iverksatt ulike tiltak for å bedre informasjon og kommunikasjon med pasientene, herunder lokale brukererfaringsundersøkelser på avdelingsnivå.	74 Ingen signifikant endring fra 2012. Indikatoren hadde en forbedring fra 2011-2012. Det er iverksatt ulike tiltak for å bedre kommunikasjonen med pasientene, herunder stille spørsmål om det er "noe annet pasienten lurer på".	77 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Det arbeides med ulike tiltak for å bedre kommunikasjon med pasient og pårørende.	65 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Det arbeides med ulike tiltak, herunder pasientforløpsprosjekter.	89 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Alle foretak jobber med å innføre Pasientsikkerhetsprogramets tiltakspakker på relevante avdelinger.	68 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Det er fortsatt mye byggeaktivitet i Helse Nord, som kan påvirke at denne indikatoren er lavere enn landsgjennomsnittet.	66 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Det arbeides med ulike tiltak for å komme ned i <65 dager, herunder time ved første kontakt. Viser forørig til styringsparameter på ventetid og fristbrudd.	64 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Det er iverksatt ulike tiltak for å bedre samhandling, herunder forenkling av epikriser, forbedring av pasientforløp på ulike områder og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og informasjonsbrev til pasienten.	56 Ingen signifikant endring fra 2011 eller 2012. Det arbeides med ulike tiltak, herunder forenkling av epikriser og informasjonsbrev i handa og spørsmål om "Er det noe mer du lurer på?" - et viktig spørsmål for utskrivende lege og pleiere å stille i forbindelse med at pasientene skrives ut fra avdelingene.
---	---	--	---	--	---	---	--	--	---	--	--

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013
Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	Resultatene viser samlet sett en fremgang i Helse Nord fra 2013 til 2014. Resultatene fra 2013 viste at pasientene opplevde behandlingstilbudet som omhandlet tiden etter utskrivelse som svakere enn ved indikatorene med fokus på selve behandlingstilbudet i institusjonene. I undersøkelsen fra 2014 scorer pasientene i hovedsak høyere på dimensjonen etter utskrivelse. Denne økningen er høyere enn de nasjonale resultatene. Helseforetakene oppgir at de bruker undersøkelsen aktivt i forbedringsarbeidet, herunder; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Holdningskappende arbeid vedrørende foretakets verdigrunnlag, kvalitet trygghet og respekt.</li> <li>• Brukermedvirkning f. eks deltakelse i utforming og gjennomføring av behandlingsplan.</li> <li>• Oppfølging etter utskrivning (samarbeid med hjemkommune og større brukermedvirkning vil følges opp gjennom økt ambulering, etablering av bakvaksordning for leger, større bruk av telekommunikasjon og oppfølging av Samhandlingsreformen).</li> <li>• Bedre samarbeid med pårørende.</li> </ul>
Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	Det er variasjon i fastlegers vurdering av DPS-ene i Helse Nord. De varierende tilbakemeldingene krever ulik tilnærming i forbedringsarbeidet. Resultatene tas opp på ledernivå og forbedringsarbeidet gjøres i samarbeid med fastlegene i de aktuelle opptaksområdene. Helgelandssykehuset fikk kun dårligere skåre enn landsgjennomsnittet på <i>akutte situasjoner</i> . I januar 2015 etablerte foretaket et ambulant akutteam og de oppgir forventning om bedring i indikatoren for 2015.
Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	Gjennomsnitt for landet i 2013 er 15,4 %. Helse Nord har en samlet andel på 14,6 %, med variasjon mellom 12,7 ved UNN Tromsø til 17,3 og 16,7 % ved henholdsvis Nordlandssykehuset Lofoten og Helgelandssykehuset Mosjøen. Både Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset følger utviklingen, og i samhandling med primærhelsetjenesten og Praktiskonsulentordningen vil det bli sett på mulige tiltak for å redusere antall reinnleggelser.

Styringsparametre	Datakilde	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Fra Helse Nord er det ikke meldt noen gjennomførte eller påbegynte mini-metodevurderinger til Kunnskapssenterets database	Ikke satt		
Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. Nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	Regionale helseforetak	Beslutningsforum fattet 15 beslutninger	Ikke satt		