

Tertialrapport, 2 tertial 2008

Aktivitets-, og økonomirapportering

Helse Sør-Øst RHF

Oktober 2008

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	Samlet oversikt Helse Sør-Øst	3
2	Tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten	4
2.1	Ventetider	4
2.2	Likeverdighet	11
2.3	Kvalitet.....	14
2.4	Områder med særskilt fokus.....	23
3	Aktivitet	24
3.1	Aktivitet innen somatisk virksomhet.....	24
3.2	Aktivitet på andre tjenesteområder	28
3.3	Analyse og tiltak	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4	Produktivitet og effektivitet	31
4.1	Kostnads- og aktivitetsperspektiv	31
4.2	Aktivitets- og ressursperspektiv	31
5	Økonomi og likviditet	33
5.1	Resultat	33
5.2	Likviditet.....	36
5.3	Omstilling.....	36
6	Organisasjon og ledelse	37
6.1	Bemanning	37
6.2	Sykefravær	39
7	Status per foretak	41
7.1	Aker universitetssykehus HF	41
7.2	Akershus universitetssykehus HF.....	42
7.3	Blefjell Sykehus HF	42
7.4	Psykiatrien i Vestfold HF.....	43
7.5	Rikshospitalet HF	43
7.6	Ringerike Sykehus HF	44
7.7	Sunnaas sykehus HF	44
7.8	Sykehuset Asker og Bærum HF	45
7.9	Sykehuset Buskerud HF	46
7.10	Sykehuset Innlandet HF	46
7.11	Sykehuset i Vestfold HF	47
7.12	Sykehuset Telemark HF	48
7.13	Sykehuset Østfold HF.....	48
7.14	Sørlandet Sykehus HF.....	49
7.15	Ullevål universitetssykehus HF.....	49
7.16	Sykehusapotekene HF	50
7.17	Tabeller styringsvariable / kvalitetsindikatorer	51

1 Samlet oversikt Helse Sør-Øst

AKTIVITET	2. tertial		
	2007	2008	08 mot 07 i%
DRG poeng foretaksgruppen ("Sørge for")	415 918	419 208	0,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner:			
Somatikk	1 436 362	1 434 438	-0,1 %
Psykisk helsevern voksne	357 659	391 630	9,5 %
Psykisk helsevern barn/ungdom	203 741	235 621	15,6 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	96 736	101 345	4,8 %

KVALITET	2. tertial			Mål
	2007	2008	08 mot 07 i%	
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskriving somatikk	63 %	65 %	3,2 %	80 %
Andel epikriser sent innen 7 dager etter utskriving - psykisk helsevern	64 %	70 %	9,4 %	80 %
Andel korridorpasienter - somatikk	2,5 %	1,8 %	-28,0 %	0 %
Andel korridorpasienter - psykisk helsevern	1,9 %	1,6 %	-15,8 %	0 %
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - somatikk	59	61	3,4 %	
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - psykisk helsevern barn og ungdom	77	65	-15,6 %	
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - psykisk helsevern voksne	46	49	6,5 %	
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - tverrfaglig spesialisert rusbehandling	66	62	-6,1 %	
Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager		81 %		100 %
Individuell plan barnehabilitering	28 %	49 %	73,4 %	
Individuell plan hyperkinetisk forstyrrelse psykisk helsevern barn og ungdom	20 %	15 %	-25,0 %	
Individuell plan schizofreni psykisk helsevern voksne	34 %	29 %	-13,3 %	
Andel tvangsinnlagte psykisk helsevern	19 %	18 %	-4,4 %	
Andel strykninger planlagte operasjoner	7 %	6 %	-14,3 %	
Ikke planlagte reinnleggelser psykisk helsevern	10 %	9 %	-10,0 %	
Andel keisersnitt	16 %	17 %	9,3 %	

ØKONOMI	2. tertial			Hele året			
	2007	2008	08 mot 07 i%	Res. 2007	2008		
					Budsjett	Estimat	08 mot 07 i%
Resultat iht. økonomisk krav fra HOD	-444 379	-338 342	-23,9 %	-1 966 806	0	-600 000	-69,5 %
Omstilling	490 842	629 889	28,3 %	772 356	1 648 252	1 648 252	113,4 %
Likviditesreserve	1 092 000	2 074 000	89,9 %	-2 500 605	0	10	-100,0 %

HR	2. tertial			År/snitt			
	2007	2008	08 mot 07 i%	2007	2008		
					Mål	Res.	08 mot 07 i%
Årsverk **	55 174	55 298	0,2 %	54 631	54 233	54 863	0,4 %
Sykefravær *	7,80 %	na		8,40 %	7,30 %	8,60 %	0,2 %

** tallene for 07 og 08 er ikke sammenlignbare da tallene frem til mars 07 er uten variabelbønnede ved RH

* sykefravær for andre tertial foreligger ikke før neste måned

2 Tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten

2.1 Ventetider

Ventetid for vurdering og behandling er et sentralt mål på tilgjengelighet og et viktig kvalitetsmål sett fra pasienter og befolkningens side. Mange forhold har betydning for ventetiden, blant annet behandlingskapasitet, antall nyhenviste, behandlingstiden og avvikling fra venteliste, herunder prioriteringen av pasienter for behandling samt effektiviteten i behandlingsprosessen. Dersom antall nyhenviste pasienter i en periode øker mer enn den kapasiteten foretaksgruppen har på det aktuelle tjenesteområdet, vil ventetiden øke. Helseforetakene kan hjelpe på en slik situasjon ved å prioritere sine tilbud bedre. Økning i nyhenvisninger behøver ikke skyldes økt sykkelighet i befolkningen og/eller flere alvorlig syke pasienter, men kan ha sin forklaring i økt etterspørsel og lavere terskel for å henvise pasienter på det aktuelle området til spesialisthelsetjenesten. Bedre prioritering vil derfor sikre at pasienter med tydelige og særlige behov for helsehjelpen får hjelp raskere, men forutsatt uendret kapasitet vil det bety at noen må vente lengre.

I en rapport fra Helsedirektoratet (Norsk Pasientregister), *"Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste"* i juni 2008 fremgår at i 2007 ble om lag 34 prosent av henvisningene i somatikk avviklet ordinært i løpet av en måned, mens ytterligere 40 prosent av henvisningene ble avviklet i løpet av måned 2. Det betyr at 74 prosent av henvisningene ble effektivt innen 2 måneder etter mottak på sykehusene, slik at $\frac{3}{4}$ av pasientene hadde en ventetid lavere, som var lavere enn gjennomsnittet på 70 dager i samme periode.

For å få et bedre bilde av utviklingen over tid har vi valgt å se flere mål i sammenheng. Det gjelder:

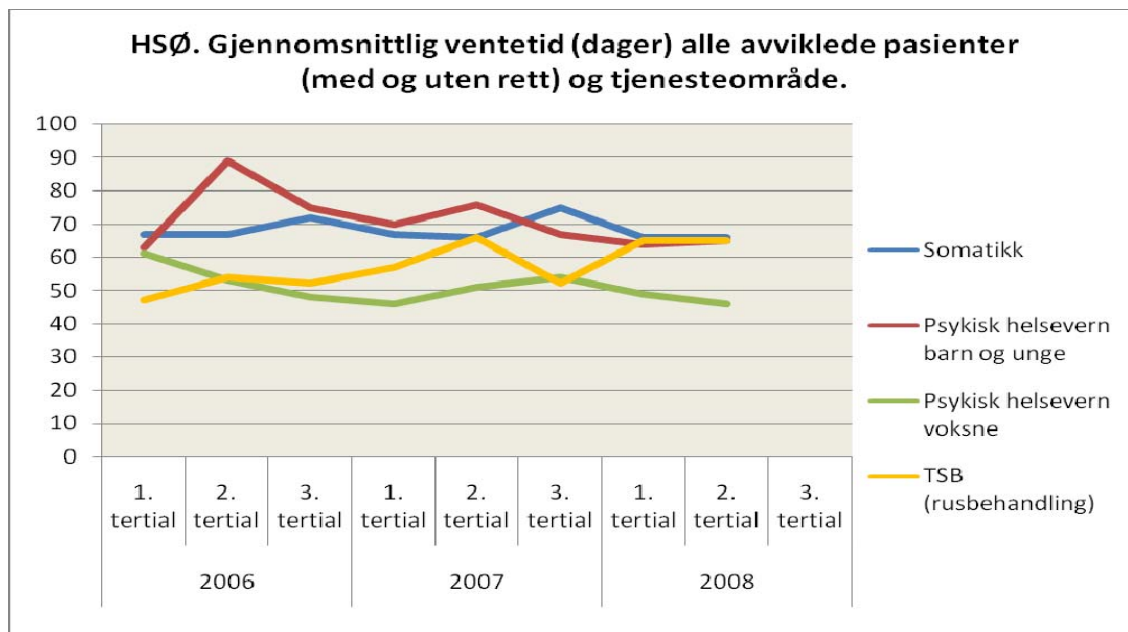
- Antall nyhenviste
- Antall ordinært avviklede
- Antall ventende
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede pasienter

Sett i sammenheng gir disse målene et bedre bilde av utviklingen enn kun ett eller to mål, bl.a. om det er samsvar mellom nyhenvisninger, avvikling av pasienter og antall som fremdeles venter på behandling: Er det samsvar mellom kapasitet og behov? I tillegg er det aktuelt å følge antall langtidsventende, om de som har ventet over 1 år er reelle ventere. Våre foretak/sykehus må sikre at ventelistene blir oppdaterte og følge med på hvilke områder det er eller utvikler seg køer og flaskehalser (kapasitetsproblemer).

2.1.1 Utvikling ventetider 2006-2008

Ventetidsutviklingen ser ut til å ha stabilisert seg. Figur 2.1 viser at gjennomsnittlige ventetider for alle pasienter (med rett og uten rett) nå ligger på ca. 65 dager for somatikk, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den er 46 dager for psykisk helsevern for voksne. Det er her viktig å understreke at øyeblikkelig hjelp (akuttpasienter) ikke teller i beregningen av gjennomsnittlige ventetider. For pasienter med "rett til nødvendig helsehjelp" skjer det også en individuell prioritering, slik at mange får kortere ventetid enn det som oppgis som gjennomsnittlig for denne gruppen.

Ett område skiller seg noe ut. Mens en innen somatikk og psykisk helsevern har stabilisert og til dels redusert ventetidene, øker den gjennomsnittlige ventetiden innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jfr. senere kommentarer.

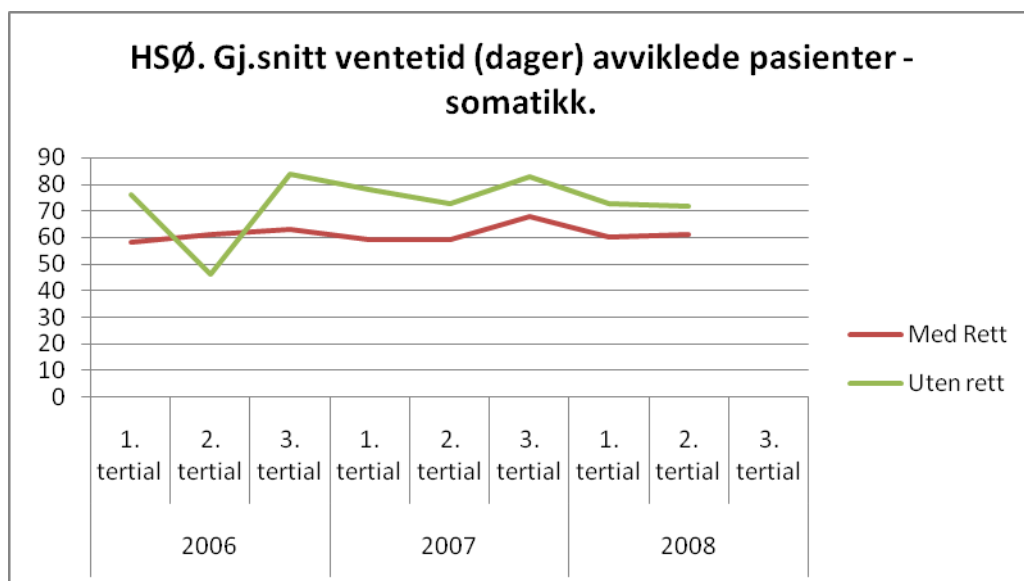


Figur 2.1 Ventetidsutvikling for alle pasienter på alle tjenesteområder.

I den videre presentasjonen av ventetidene på hvert enkelt tjenesteområde er det skilt mellom gjennomsnittlig ventetid for dem som er tildelt "rett til nødvendig helsehjelp" og dem uten slik rett. Samtidig er utviklingen mht. antall nyhenviste, avviklede og ventende vist.

2.1.2 Ventetid somatiske fagområder

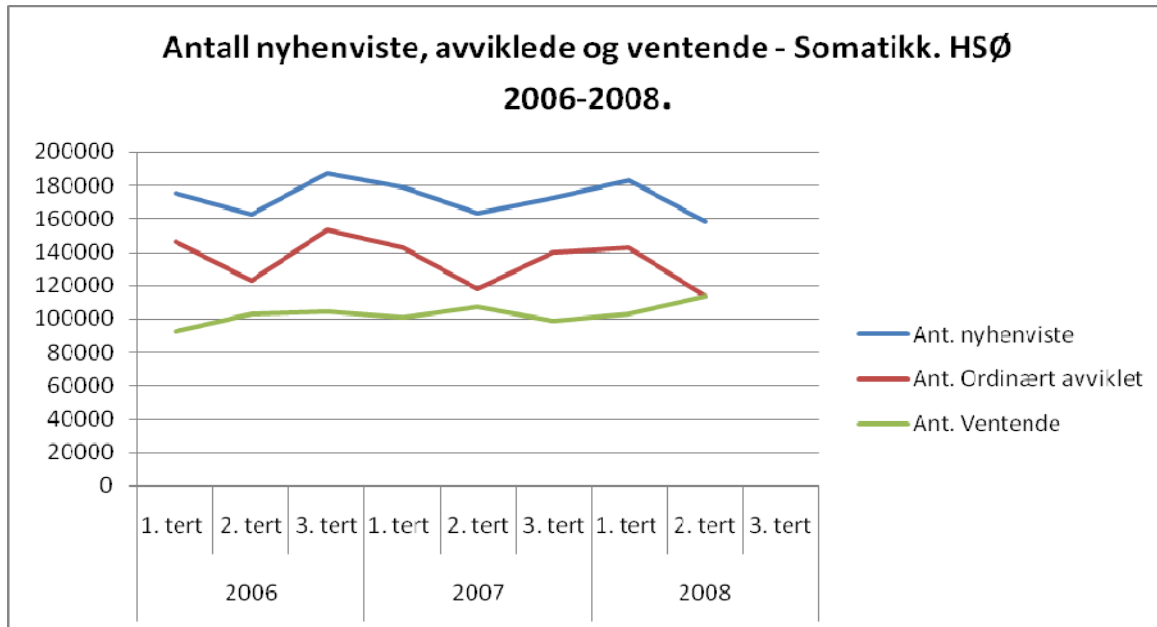
Innen somatikk er ventetidene omtrent på samme nivå som i 2. tertial 2007 og synes å være relativt stabile. Ventetid for dem med rett til nødvendig helsehjelp er nå 61 dager og for dem uten rett 72 dager. Tallene viser at prioriteringen mellom dem med rett og dem uten rett til nødvendig helsehjelp fungerer.



Figur 2.1.2 Ventetid somatikk

Nyhenviste, avviklede og ventende somatikk

Det har vært rimelig samsvar mellom antall nyhenviste og avviklede pasienter i perioden 2006-2008. Dette tyder på at det totalt sett har vært rimelig samsvar mellom henvisninger og behandlingsskapasitet i overordnet nivå i perioden. Figuren nedenfor sier imidlertid ikke noe om kapasitet for de ulike fagområdene. Som det fremgår av figuren er det en økning i antall ventende ved utgangen av 2. tertial. Det må tilskrives ferieavviklingen. Dette gir noe utslag i ventetiden i den påfølgende perioden, se figur 2.1.3 og økt ventetid 3. tertial 2006 og 2007.



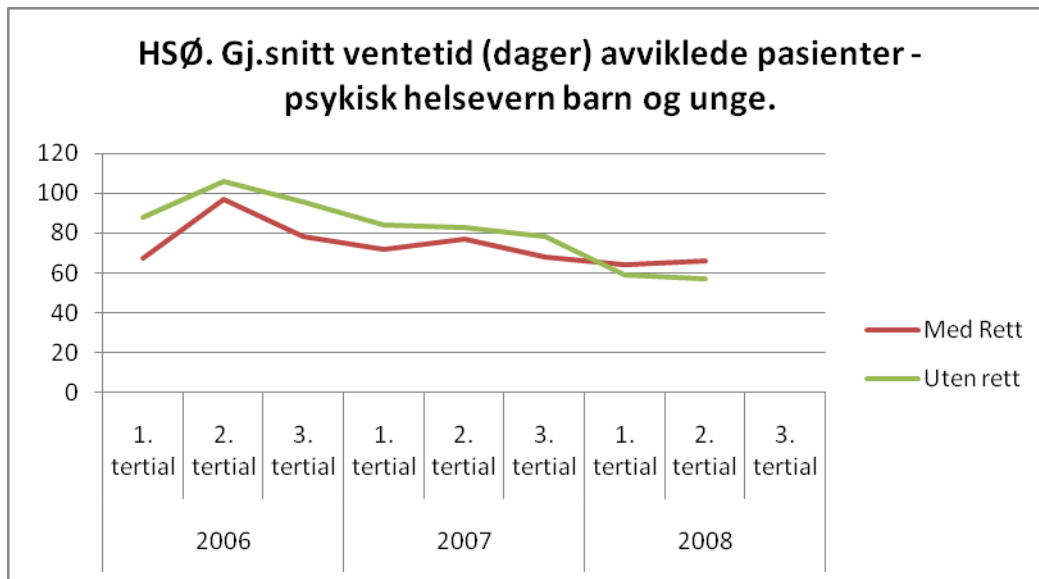
Figur 2.1.3. Nyhenviste, avviklede og ventende somatikk.

2.1.3 Ventetid psykisk helsevern

2.1.3.1 Barn og ungdom (BUP)

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom har det vært en jevn reduksjon av gjennomsnittlige ventetider fra 2006. Ventetid for dem med rett til nødvendig helsehjelp er nå 66 dager og for dem uten slik rett 57 dager. Ventetiden for dem uten rett i 2. tertial 2008 er kortere enn for dem med rett. Dette er litt overraskende. Vi vet ikke helt hva som ligger bak dette, men det er et svært lite antall uten rett som er avviklet i 2. tertial – 133 pasienter uten rett mot 2757 med rett. Det kan være naturlige årsaker til at noen uten rett er raskt avviklet, for eksempel at de er tatt inn til ledige timer.

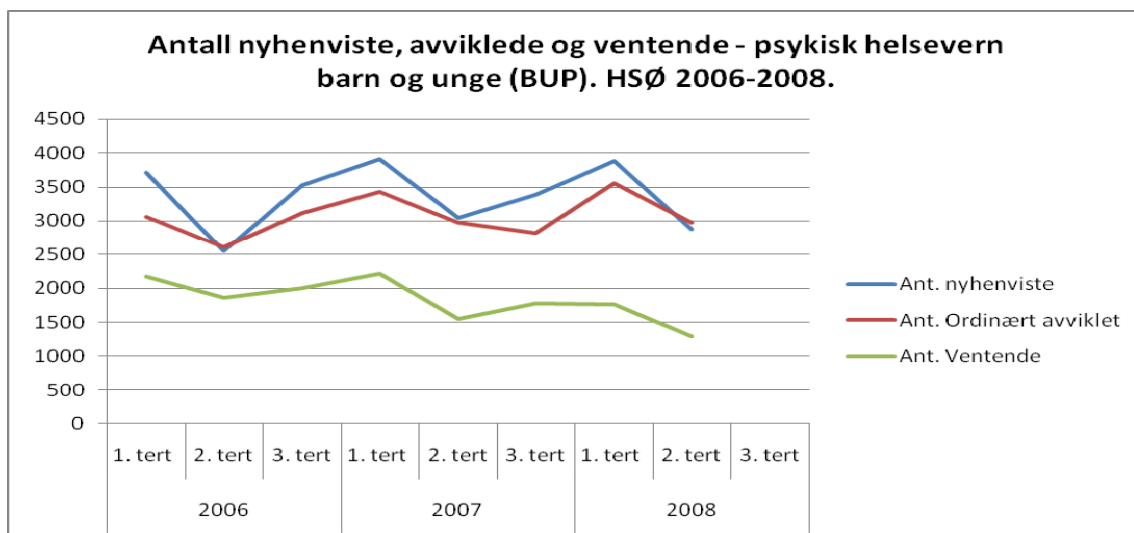
Sammenliknet med 2 tertial 2007 har ventetiden gått ned med 11 dager (fra 77 til 66 dager) for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.



Figur 2.1.4. Ventetider psykisk helsevern barn og unge.

Nyhenviste, avviklede og ventende psykisk helsevern barn og ungdom

Det er store sesongvise variasjoner i antall henvisninger og antall avviklede innen psykisk helsevern for barn og unge med høyest aktivitet i 1. tertial. Fra 2. tertial 2006 har det vært en klar økning i antall henvisninger, og en nær tilsvarende økning i antall avviklede. I den samme perioden har det vært en klar reduksjon i antall ventende, og ventetiden har gått ned. Utviklingen tyder på at det har blitt et mye bedre samsvar mellom kapasitet for behandling og henvisninger til dette tjenesteområdet i perioden 2006-2008.



Figur 2.3. Antall nyhenviste, avviklede og ventende psykisk helsevern barn og unge.

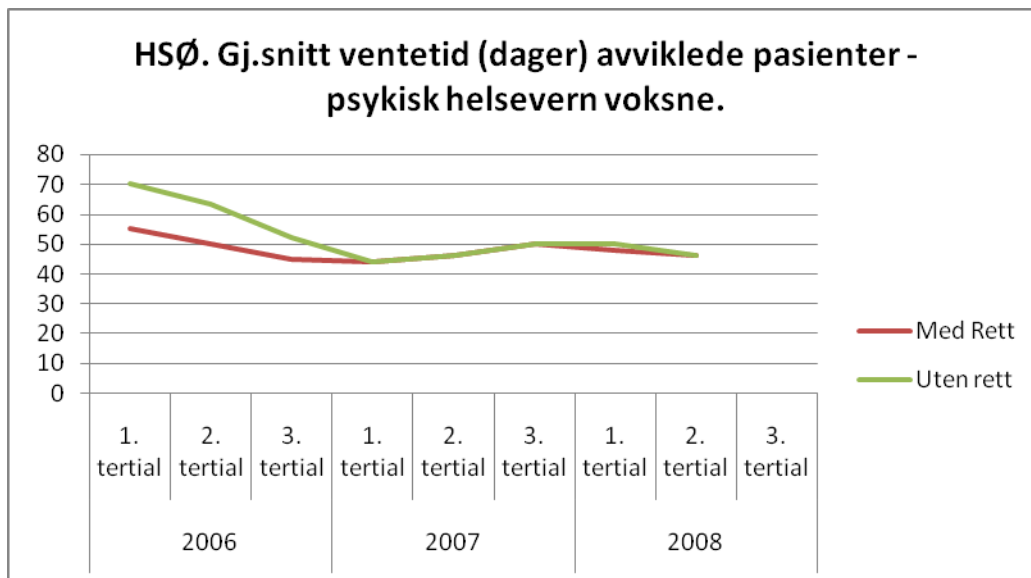
Tilgjengeligheten til psykisk helsevern barn og ungdom blir også vurdert i forhold til *"Andel henvisninger til BUP vurdert innen 10 dager"*. Indikatoren måler hvor raskt søknader for nye pasienter blir vurdert, og skal være et tegn på om helseforetaket/enheten har gode rutiner ved mottak av nyhenvisninger.

Flere helseforetak har nådd, eller ligger nær, det nasjonale målet om at 100 % av henvisningene til BUP skal være vurdert innen ti dager. Likevel er gjennomsnittsandelen for Helse Sør-Øst for 2. tertial 2008 kun 81 %, og dette kan i særlig grad tilskrives Ullevål universitetssykehus HF som har hatt og har en svært lav andel (rundt 10 prosent).

Helse Sør-Øst RHF har innskjerpet overfor helseforetakene at indikatoren skal prioriteres, ved at de iverksetter tiltak slik at alle henvisninger blir vurdert innen 10 dager, i tråd med eget punkt om dette i oppdragsdokumentet fra HOD og våre driftsavtaler for 2008.

2.1.3.2 Voksne (VOP)

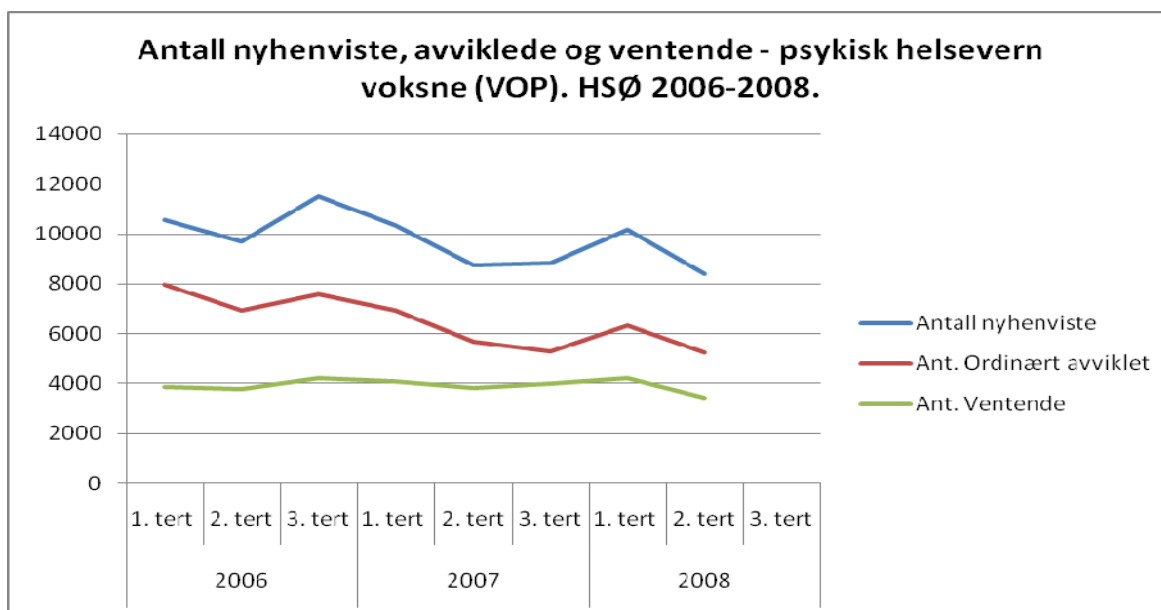
Gjennomsnittlig ventetid for voksne pasienter innen psykisk helsevern har stabilisert seg på mellom 40 og 50 dager. Det har imidlertid vært liten forskjell i ventetid for dem med rett til nødvendig helsehjelp og dem uten slik rett i hele 2007 og 2008, og dette tyder på at prioriteringsforskriften blir brukt lite aktivt. Ventetiden er nå 46 dager for begge gruppene.



Figur 2.1.5. Ventetider psykisk helsevern voksne.

Nyhenviste, avviklede og ventende psykisk helsevern voksne

I perioden 2006-2008 har det vært samsvar mellom antall nyhenvisninger, avviklede og ventende. Av figur 2.1.6 fremgår at antall nyhenviste har gått ned i perioden. Tilsvarende gjelder for antall avviklede og antall ventende. Figur 2.1.5 viser at ventetiden har gått ned i samme periode og er stabilisert på litt under 50 dager.

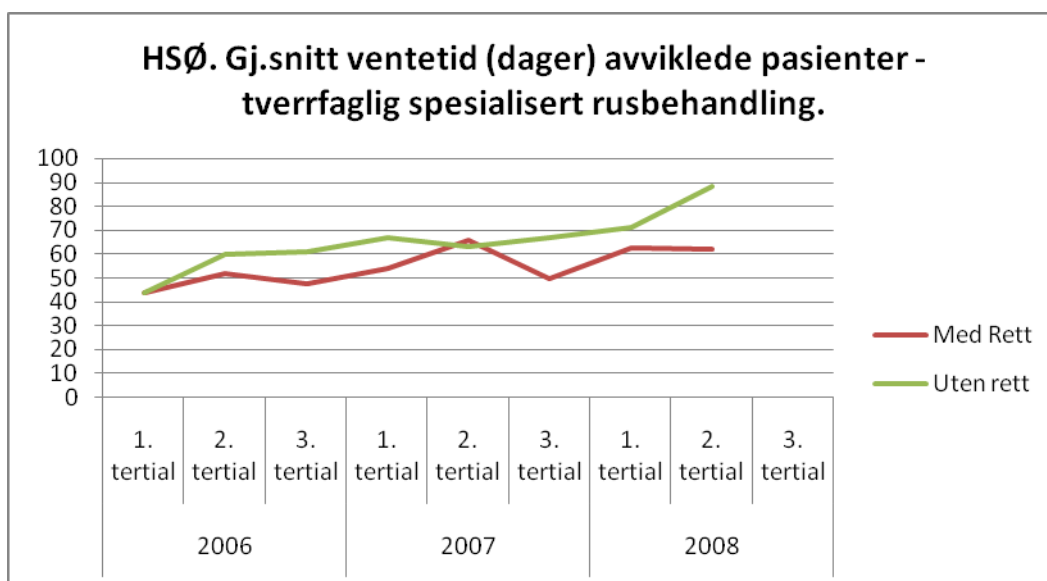


Figur 2.1.6. Nyhenviste, avviklede og ventende psykisk helsevern voksne

2.1.4 Ventetid tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ventetiden for dem med rett til nødvendig helsehjelp er nå 62 dager og for dem uten slik rett 88 dager. Figur 2.1.7 viser at det har vært en klar tendens til økende ventetider innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2006. Dette må ses opp mot den betydelige økningen i nyhenvisninger som har vært i perioden, jf. figur 2.1.8 nedenfor. Selv med svingninger gjennom året ser økningen ut til å gjelde på årsbasis. Imidlertid synes ventetiden for dem med rett til nødvendig helsehjelp å stabilisere seg, mens den øker for dem uten rett. Funnet indikerer en tydeligere prioritering mellom dem med rett til nødvendig helsehjelp og dem uten rett.

Det er for tidlig å si om den negative utviklingen med økende ventetider er snudd, og det er derfor grunn til å følge den videre utviklingen med spesiell oppmerksomhet.

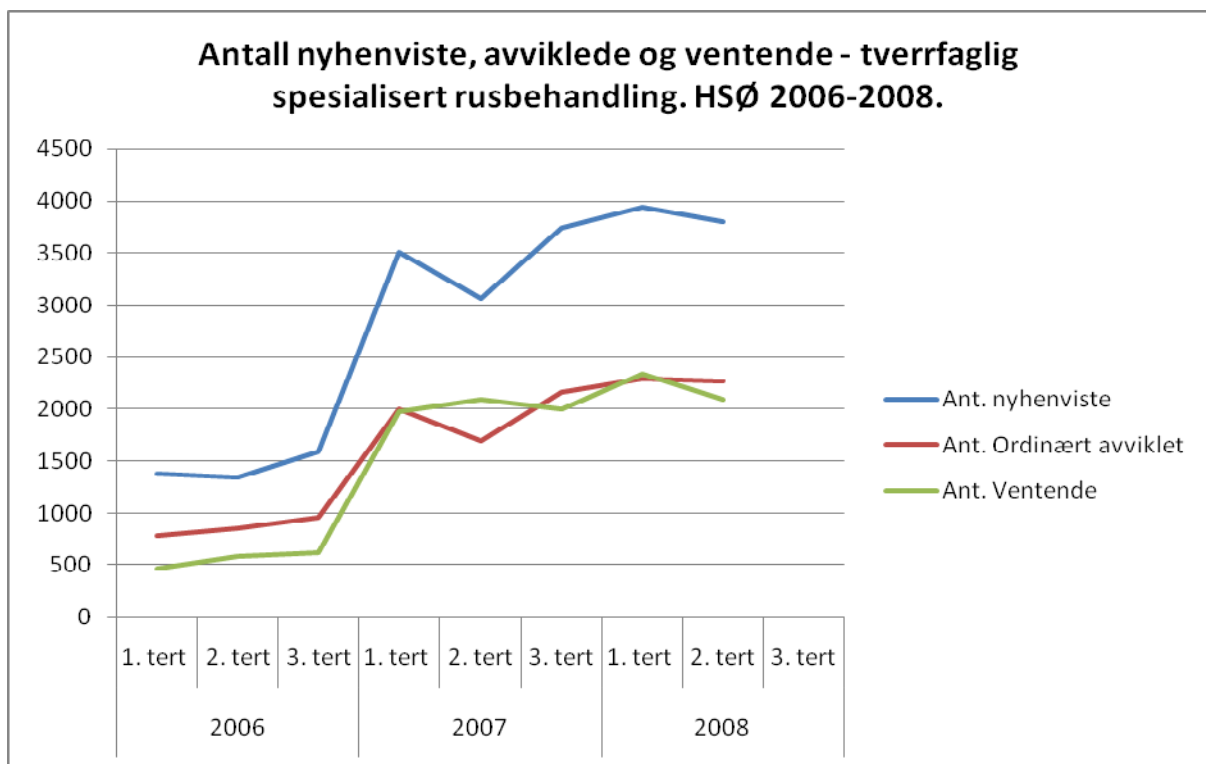


Figur 2.1.7. Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Nyhenviste, avviklede og ventende tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 2.1.8 viser en betydelig økning i henvisninger fra 1. tertial 2007. I hovedsak skyldes dette RHFenes overtakelse av de rene rusinstitusjonene. Tallene fra før 2007 omfatter kun rusbehandling som ble registrert under psykisk helsevern. En del av økningen fra 2007 må også tilskrives at flere rusinstitusjoner nå registrerer data og har kommet med i det ordinære systemet for ventelisteregistrering. Samtidig som flere blir henvist har det vært en tilsvarende økning i antall avviklede. Tallet på ventende har likevel økt, men synes å flate ut i 2. tertial 2008.

Figurene viser at det hittil ikke har vært samsvar mellom behov og behandlingsskapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. På bakgrunn av dette foreslo derfor Helse Sør-Øst RHF en styrkning av dette området med 15 mill kr ut året, jf. vedtak i styret 4. september 2008. RHFet vil følge utviklingen nøye fremover.



Figur 2.1.8.. Antall nyhenviste, avviklede og ventende tverrfaglig spesialisert rusomsorg.

2.1.5 Antall langtidsventende

RHFet følger opp situasjonen mht. langtidsventende. Det er viktig både for å sikre at ventelistene er oppdaterte og reelle og at disse pasientene får tilbud om behandling. Data fra Norsk pasientregister viser som før at det er flest langtidsventende innen for somatikk. Det gjelder særlig innen fagområdene ortopedi, kar-kirurgi, urologi, kvinnesykdommer, øyesykdommer og øre-nese-hals sykdommer.

	Antall ventet over 1 år ved utgangen av 2. tertial 2008
Somatikk	3766
Psykisk helsevern	79
Tverrfaglig spesialisert rusomsorg	58

Nærmere analyse viser at 80 % av de langtidsventende venter på poliklinisk vurdering eller behandling. Et mindretall gjelder dagbehandling eller innleggelse. Praktisk talt ingen barn og unge har ventet over ett år. RHFet vil følge opp situasjonen med langtidsventende overfor det enkelte foretak.

2.2 Likeverdighet

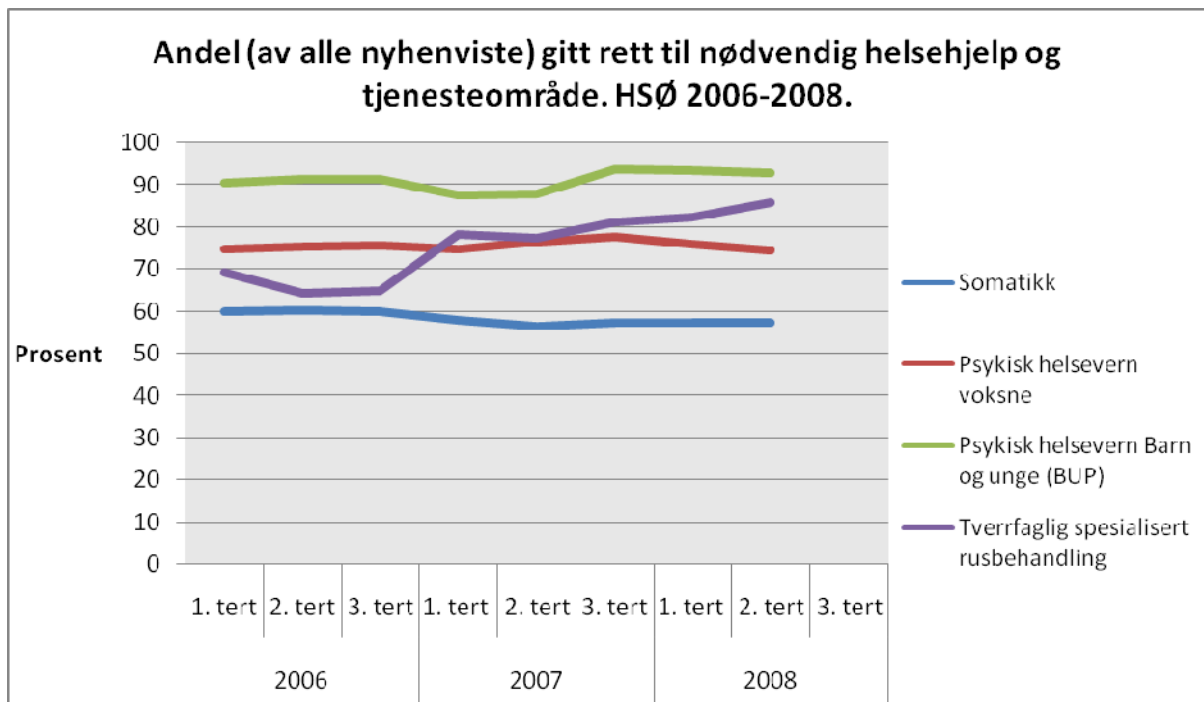
2.2.1 Prioritering av pasienter

For helsemyndighetene er det et overordnet mål at pasienter med likeartede helseproblemer skal bli vurdert så likt som mulig og få en tilnærmet lik ventetid, uavhengig av til hvilket sykehus de og deres lege søker om helsehjelpen.

Det følger av prioriteringsforskriften at pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp, også skal få en frist for når helsehjelpen senest skal gis. Helseforetakene arbeider kontinuerlig for å få til en mer enhetlig praktisering av forskriften. Tildeling av rett til nødvendig helsehjelp er et viktig prioriteringsverktøy. Når den enkelte pasient er gitt rett til helsehjelp og behandling innen en gitt frist, skal dette følges opp av det enkelte HF, slik at en unngår fristbrudd.

Andelen av nyhenviste pasienter som blir vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp er av forståelige grunner ulik for ulike tjenesteområder og fagområder. Gjennomsnittsandelen er således naturlig høy innen psykisk helsevern barn og ungdom, og blant somatiske fag er den tilsvarende høy innenfor for eksempel onkologi (kreftbehandling).

I figur 2.2.1 vises andel av de nyhenviste pasientene som gis rett til nødvendig helsehjelp innen de ulike tjenesteområdene.



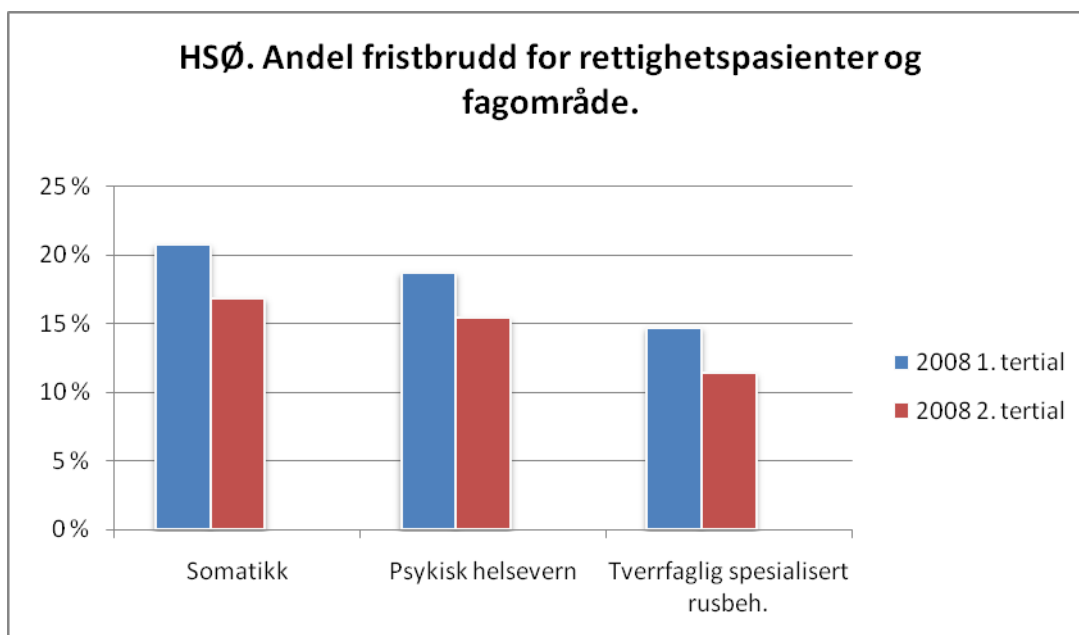
Figur 2.2.1. Andel nyhenviste gitt rett til nødvendig helsehjelp

Innen somatikk har andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp holdt seg relativt stabilt mellom 50 og 60 % av pasientene i Helse Sør-Øst, men det er store variasjoner mellom helseforetakene og fagfeltene. Innen psykisk helsevern er andelen ikke uventet høyere for barn og ungdom (93 %) enn for voksne (74 %). Høyere gjennomsnittandel indikerer en noe jevnere fordeling mellom helseforetakene, men også her er det klare ytterpunkter. Som det fremgår av figuren er det en økende andel med rett til nødvendig helsehjelp innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, nå med en andel på 86 %. Dette er bl.a. uttrykk for en økt konsensus i fagmiljøene om vurdering av alvorlighetsgrad og behovet for behandlingstilbud for denne pasientgruppen.

Helsedirektoratets nasjonale prosjekt for mer enhetlig prioritering blir implementert denne høsten med veiledere innenfor hvert område. Helse Sør-Øst har hatt sentrale fagfolk med i dette arbeidet, og RHFet vil bidra til at veilederne raskt blir tatt i bruk i helseforetakene.

Det er altså betydelige variasjoner mellom sykehus og fagområder, og innen det enkelte fagområde, mht. hvilke behandlingsfrister som gis. Tidligere registrerte man andel som fikk behandling innen gitt frist, mens en fra 1/1-2008 registrerer andelen fristbrudd. Indikatoren fristbrudd (innen somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling) angir hvor stor andel av rettighetspasientene som ikke har fått behandling i den aktuelle perioden, i forhold til alle som hadde fristdato innenfor samme periode. Utviklingen i 2008 er vist i figur 2.2.2.

Innen alle tjenesteområdene er det nedgang i andel fristbrudd fra 1. til 2. tertial 2008. Andelen er nå hhv. 17 % for somatikk, 15 % for psykisk helsevern og 11 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Variasjonen mellom sykehusene for somatikk og psykisk helsevern er fra i overkant av 30 % til 0 % fristbrudd, og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra litt over 20 % til 0 %.



Figur 2.2.2. Andel fristbrudd for rettighetspasienter

Sykehusene rapporterer at de fleste pasienter velger å fortsatt vente, og ofte er forsinkelsen liten etter at fristen har gått ut. Vi antar derfor at de fleste får utført behandlingen ved det sykehuset de har søkt seg til primært, og tallene på Nav-meldte fristbrudd er også lave i forhold til det totale antall fristbrudd, selv om de øker noe. Så langt i 2008 har 1,3 % av pasientene med fristbrudd i Helse Sør-Øst, meldt sitt fristbrudd til Nav for videre oppfølging.

To HF (Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF) står for ca. 60 % av alle fristbrudd meldt til Nav i Helse Sør-Øst i 2008.

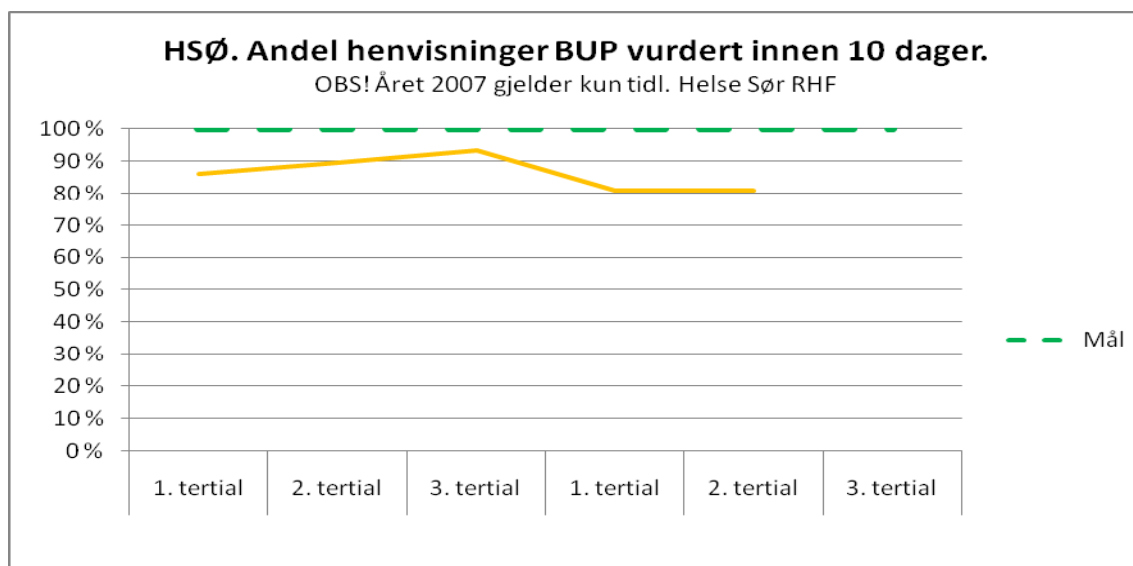
Tabell: Fristbrudd meldt til NAV 2007 og 2008, nasjonalt og samlet for Helse Sør-Øst

	2007	2008	
	Sum hele året	1. tertial	2. tertial
Sum hele landet	1565	565	688
Sum Helse Sør-Øst	749	298	399

Av de pasientene som henvender seg til Nav med sitt fristbrudd, blir nesten 50 % behandlet ved det sykehuset som pasienten opprinnelig ble henvist til.

Håndtering av henvisninger til BUP

Det har lenge vært sterkt fokus på tilbudet til barn og unge innen psykisk helsevern. Sentrale helsemyndigheter har besluttet at henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien skal vurderes innen 10 dager. Noen sykehus oppfyller dette kravet, nesten alle vurderer mer enn 80 % av henvisningene innen 10 dager, men Ullevål universitetssykehus innfridde kravet kun for 10 % av henvisningene i 2. tertial 2008. Denne lave andelen ved Ullevål gir utslag for gjennomsnittet for hele RHF-et. For Helse Sør-Øst som helhet ble 81 % av henvisningene vurdert innen 10 dager i 1. og 2. tertial 2008.



Figur 2.2.3. Henvisninger BUP vurdert innen 10 dager.

1. september 2008 ble en ny forskrift iverksatt, som sier at barn og unge under 23 år med psykiske problemer og/eller rusproblemer skal gis tilbud om behandling innen 65 virkedager. Norsk pasientregister (NPR) vil utarbeide slike data etter 3. tertial 2008, og vi vil komme tilbake til innfrielsen av kravet i senere rapporteringer.

2.2.2 Analyse og tiltak

Prioriteringsforskriften har som mål at det skal bli kortere ventetider for dem som trenger det mest. Samtidig vil bedre og mer aktiv prioritering ha som konsekvens at pasienter med lavere hjelpebehov må regne med økende ventetider.

Reduksjonen av fristbruddsandelene fra 1. til 2. tertial er positiv, og heller ikke ventetidsdataene indikerer økende kapasitetsproblemer. Antallet og andelen pasienter som går til Nav med sitt fristbrudd er ennå svært lav, men dog økende, og tyder på at pasientene i litt større grad kjenner sine rettigheter og har blitt mer bevisste på å bruke dem.

Fristene skal settes i forhold til pasientens reelle behov. RHFet vurderer løpende ytterligere regionale tiltak for å fasilitere en harmonisering av rettighetstildelingen. Helseforetakene må sikre bedre rutiner for varsling når fristen nærmer seg, slik at de aktivt medvirker til at pasientene virkelig får behandling innen fristen. På bakgrunn av Nav-statistikken vil RHF-et særskilt etterspørre rutineene på Ahus og Sørlandet. I tillegg må alle HF/sykehus mer aktivt informere pasientene om deres rettigheter ved fristbrudd.

2.3 Kvalitet

Helse Sør-Øst skal tilby befolkningen helsetjenester av god kvalitet. Helsetjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at tjenestene

- skal være helhetlige og sammenhengende
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- skal være trygge og sikre
- virker
- involverer brukerne og gir dem innflytelse

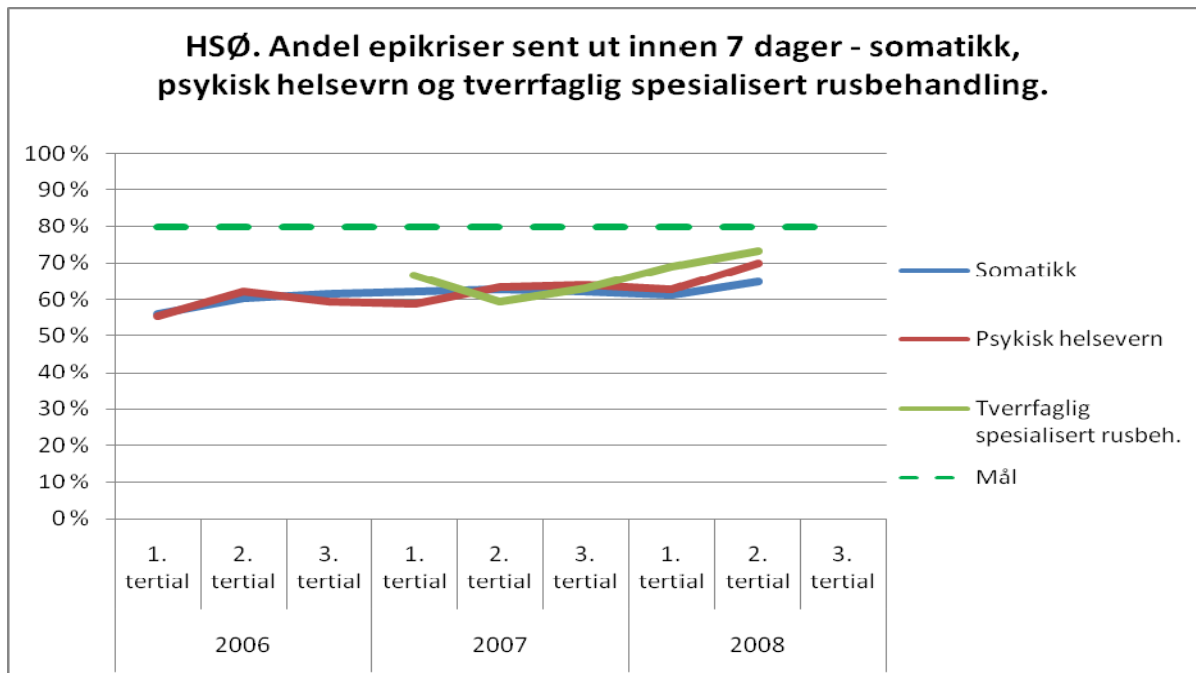
2.3.1 Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende

- Minst 80 % av epikrisene skal sendes ut innen syv dager etter utskrivning
- Det skal normalt ikke være korridorpasienter
- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester er tildelt individuell plan
- Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern skal holdes lavt

Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Det å få epikrisene raskt ut er svært viktig for kvaliteten i den videre oppfølgingen av pasienten og for samhandling med henvisende lege og primærhelsetjenesten.

Figur 2.3.1 viser utviklingen fra 2006. Det er en økning i andel epikriser sendt ut innen 7 dager, særlig i 2008, men fortsatt ligger Helse Sør-Øst under måltallet for alle tjenesteområdene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligger best an med 73 % i 2. tertial 2008, og kan også vise til en jevn og god stigning i 2008. For somatikk og psykisk helsevern er tallene hhv. 65 og 70 %. Det er store variasjoner mellom helseforetakene. 6 foretak innfridde kravet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling om at 80 % av epikrisene skal være sendt ut innen 7 dager. For psykisk helsevern gjelder det 4, og for somatikk 1 helseforetak.



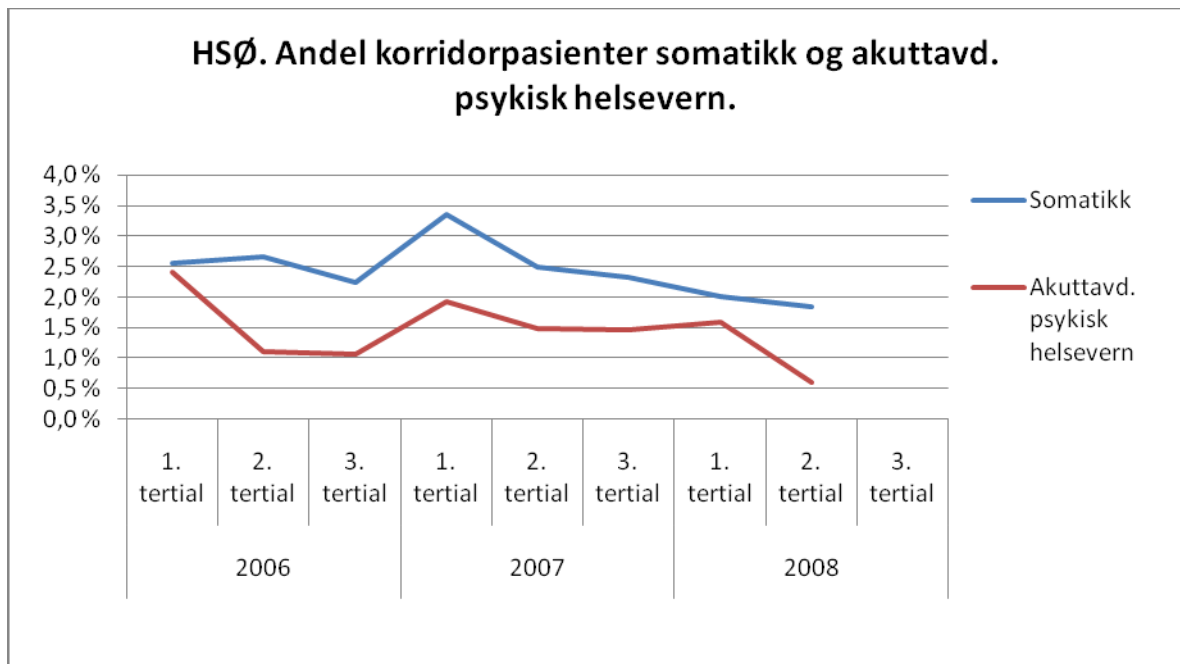
Figur 2.3.1. Andel epikriser sendt ut innen 7 dager.

Korridorpasienter

Andelen korridorpasienter har i mange år holdt seg på om lag samme nivå. Det er et sterkt fokus på korridorproblematikk politisk, i media og fra tilsynsmyndighetene. Helse Sør-Øst har som prioritert satsningsområde å få redusert antall og andel korridorpasienter. Problemet har vært mest uttalt ved medisinske avdelinger som har en høy andel øyeblikkelig hjelp innleggelser, men også enkelte akuttavdelinger innen psykisk helsevern har hatt mange korridorpasienter. I forrige tertialrapport ble dette påpekt for enkelte helseforetak.

Figur 2.3.2 viser at det nå er en reduksjon i andel korridorpasienter for somatikk, men særlig for psykisk helsevern. Tallene for Helse Sør-Øst er nå hhv. 1,8 % og 0,6 %. Enkelte sykehus har likevel en høy og ikke akseptabel andel korridorpasienter, og dette blir problematisert i oppfølgingen av det enkelte HF. Innen psykisk helsevern har det særlig vært to foretak (Akershus universitetssykehus og Sykehuset Asker og Bærum) som har hatt mange korridorpasienter, men begge sykehusene har lyktes med sine tiltak og kan vise en klar og jevn reduksjon i andelen.

Utviklingen hittil i år viser en positiv trend. Tallene må dog ses i sammenheng med sesongvariasjon, med færrest korridorpasienter om sommeren og flest i vintermånedene. Tallene tyder likevel på en utvikling i riktig retning.



Figur 2.3.2. Andel korridorpasienter

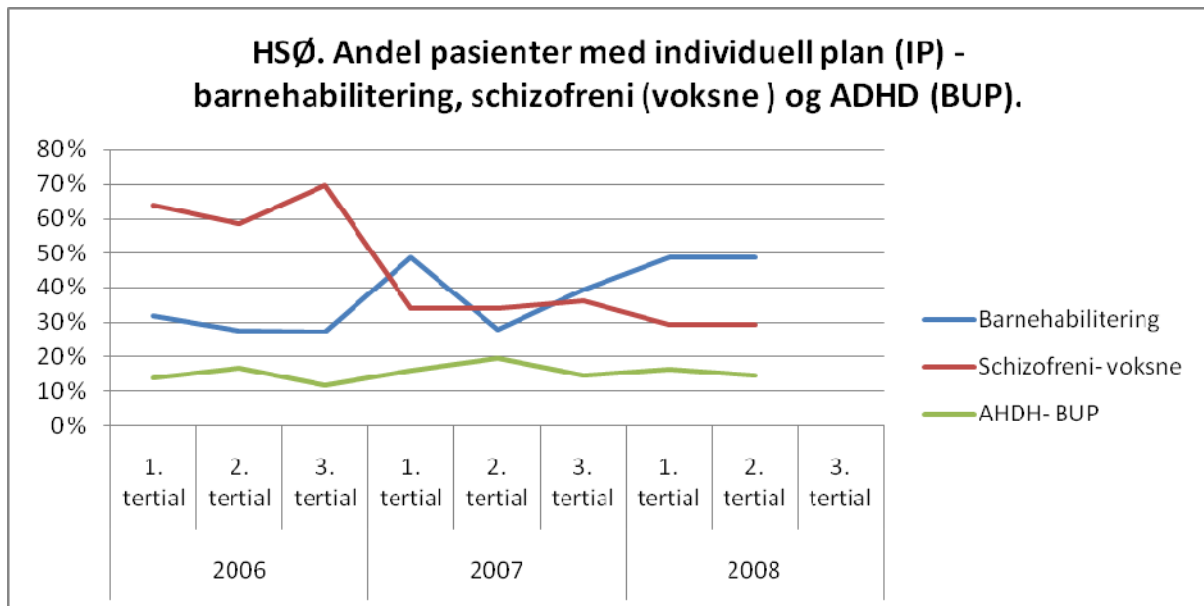
I en nylig utgitt rapport fra Helsedirektoratet fremgår at for landet sett under ett er det ingen endring i andelen korridorpasienter fra 1. tertial 2007 til 1. kvartal 2008. Cirka 270 – 280 pasienter ligger daglig på korridor i Norge, og andelen korridorpasienter var i begge perioder 2,6 prosent. Rapporten påpeker den positive utviklingen i Helse Sør-Øst, og konkluderer med at Helse Sør-Øst har en bedre utvikling i forhold til korridorplassering enn de øvrige regionene.

Individuell plan (IP)

Som ledd i systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten skal foretakene registrere og rapportere andel som har fått utarbeidet individuell plan for noen utvalgte pasientgrupper. Det gjelder barnehabilitering (somatikk), hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og schizofreni innen psykisk helsevern for voksne (VOP).

På landsbasis er rapporteringen ennå ikke fullstendig, og det pågår en prosess i Helsedirektoratet med endring og bedre tilpassing av kriteriene for rapporteringen.

Som vist i figur 2.3.3 er det en lav andel med IP innen psykisk helsevern for barn og unge i 2. tertial 2008, kun 15 %. For voksne er andelen 29 %, men det er en økt andel med IP innen barnehabilitering (49 % i 2008).



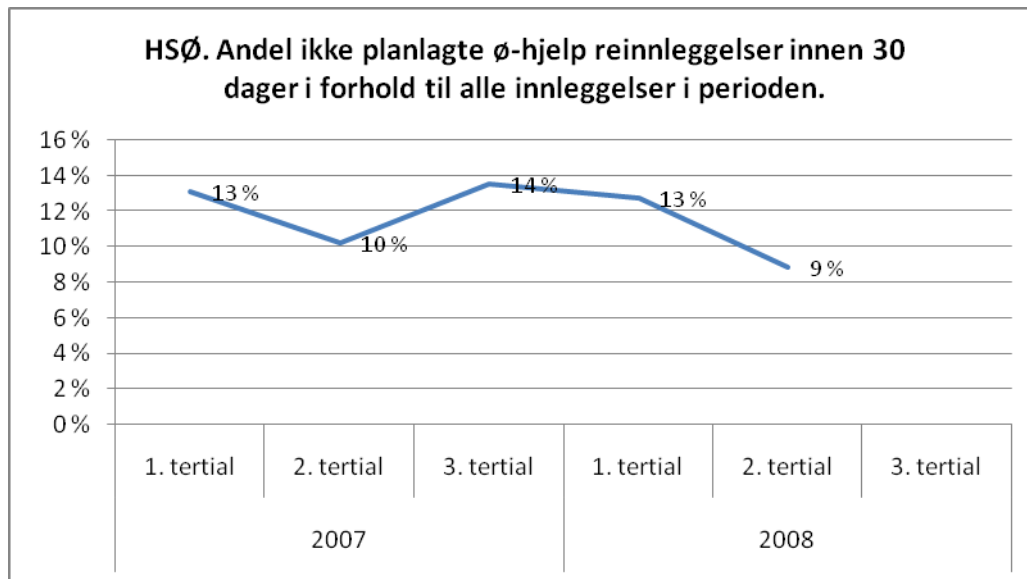
Figur 2.3.3. Utvikling i andel med individuell plan.

Tallene for Schizofreni (voksne) og ADHD (BUP) i 2006 gjelder kun tidl. Helse Sør.

I 2007 og 2008 har foretaksgruppen en særskilt satsing på å øke bruken av individuell plan til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette året er det derfor en egen rapportering på utviklingen av antall pasienter med individuell plan innenfor fem tjenesteområder (somatikk (inkl. rehabilitering), barnehabilitering, psykisk helsevern for barn/ungdom og voksne, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Data fra denne satsingen viser en markert økning i bruken av individuell plan. Kampanjen startet i fjor i tidligere Helse Øst. Totalt antall pasienter som i perioden har fått utarbeidet IP har økt fra 2173 i 2. tertial 2007 til 4128 i 1. tertial 2008. Tall for 2. tertial 2008 foreligger ennå ikke. Sykehusene i tidligere Helse Sør var ikke med i kampanjen fra start, men nå er alle informert og skal delta.

Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne).

Indikatoren gjelder pasienter som får en akutt, ikke planlagt reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivning. I psykiatrien er det vanskelig å anslå hva som er et optimalt mål for denne andelen, men den skal holdes lavest mulig som en indikator på at pasientene er reelt utskrivningsklare og som et mål på hvor god oppfølging pasientene får etter utskrivning. Formålet er å forhindre og forebygge unødvendige reinnleggelser. Andelen reinnleggelser har variert noe og har vært oppe i 14 %, men er nå nede på 9 %. Se figur 2.3.4.



Figur 2.3.4. Andel ikke planlagte reinnleggelser psykiske helsevern voksne.

2.3.2 Analyse og tiltak

På områdene epikrisetid, korridorpasienter og individuell plan har Helse Sør-Øst RHF prioritert ressurser til et systematisk og langvarig kvalitetsarbeid i helseforetakene. Målene er å redusere antall og andel korridorpasienter, øke andelen epikriser sendt innen fastsatt frist og øke antallet og andelen pasienter som får utarbeidet individuell plan.

Når liggetiden reduseres, får helseforetakene økende utfordringer med å overholde epikrisemålet. Samtidig øker behovet for å få epikrisene raskt ut, fordi mange pasienter vil ha behov for rask oppfølging. I en samlet risikovurdering har RHFet ytterligere prioritert dette arbeidet, og vil bl.a. spre erfaringene fra prosjektet "Epikrise til pasienten". Det viste at brukerne klart ønsker at de får kopi av epikrisen som del av informasjonen ved utskrivningssamtalen, men det forutsetter at foretaket/sykehuset innarbeider og prioriterer gode utskrivningsrutiner. I tillegg har mange helseforetak gode erfaringer med at innføring av tategjenkjenning som metode radikalt forbedrer ajourholdet av pasientjournaler og også fører til at epikrisene raskere blir oversendt.

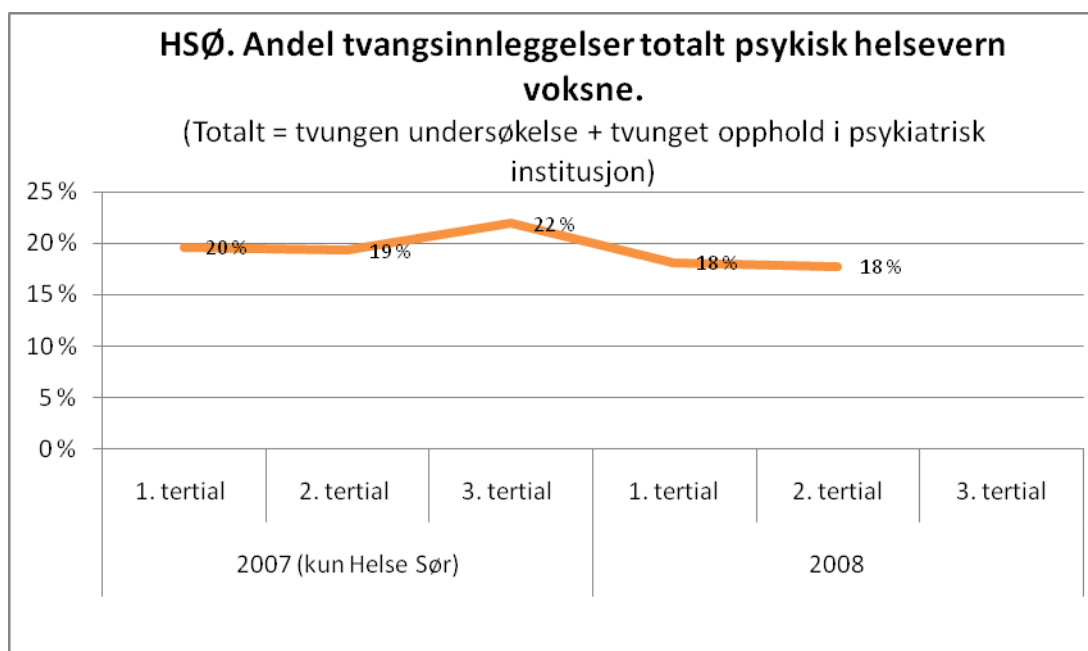
Reduksjonen av andelen korridorpasienter kan ses som et resultat av at RHF-ets rapport med anbefalinger om tiltak følges systematisk opp på foretakene/sykehusene. Når det gjelder individuell plan (IP) har det også vært tett oppfølging, og RHF-et må i løpet av høsten ta stilling hvordan IP-satsingen skal videreføres.

2.3.3 Tjenestene skal være trygge og sikre

2.3.3.1 Tvangsinnlagte i psykisk helsevern

Tvangsinnleggelser er et alvorlig inngrep i personlig frihet, og bruk av tvangsinnleggelser overvåkes for å begrense dette til situasjoner der det er helt nødvendig. Både faglig og helsepolitisk er det et overordnet mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. Norge har hatt en relativt høy andel av tvangsinnleggelser, og i 2002 utgjorde de 34 % av alle sykehusinnleggelsene i psykisk helsevern.

Fra 1. tertial 2008 er alle helseforetak med psykisk helsevern inkludert i rapporteringen. Andelen undersøkelser og opphold med tvang viser en mindre nedgang, og resultatene på foretaksnivå viser at det er potensial for ytterligere nedgang. Fram til 2007 har flere foretak hatt en tvangsandel oppunder 30 %, mens gjennomsnittet nå er 18 %.



Figur 2.3.5. Utvikling i andel tvangsinnleggelser (tvunget opphold og tvungen undersøkelse) i psykisk helsevern

Dette er en positiv utvikling i tråd med bedre oppfølging og kvalitetssikring av tvangsinnleggelser. RHFet vil fortsette arbeidet med bedre samhandling for å redusere antall tvangsinnleggelser, og dessuten utnytte fagmiljøenes vilje til å redusere bruken av tvang ved bruk av alternative metoder, jfr. gjennombruddsprosjektene.

Undersøkelser har vist store forskjeller i bruk av tvang mellom helseforetakene, når dette relateres til befolkningsstørrelse. Siden foretakene har ulike ansvar og oppgaver mht. tvangsinnleggelser i de ulike områdene, er bruk av tvang i forhold til befolkningsgrunnlaget et bedre mål enn andel tvangsinnleggelser. HSØ vil derfor arbeide for at man får både andel tvangsinnleggelser og bruk av tvang i forhold til befolkningsgrunnlaget som indikatorer på sikt, jfr. at NPR publiserer informasjon om dette på fritt sykehusvalg sine nettsider.

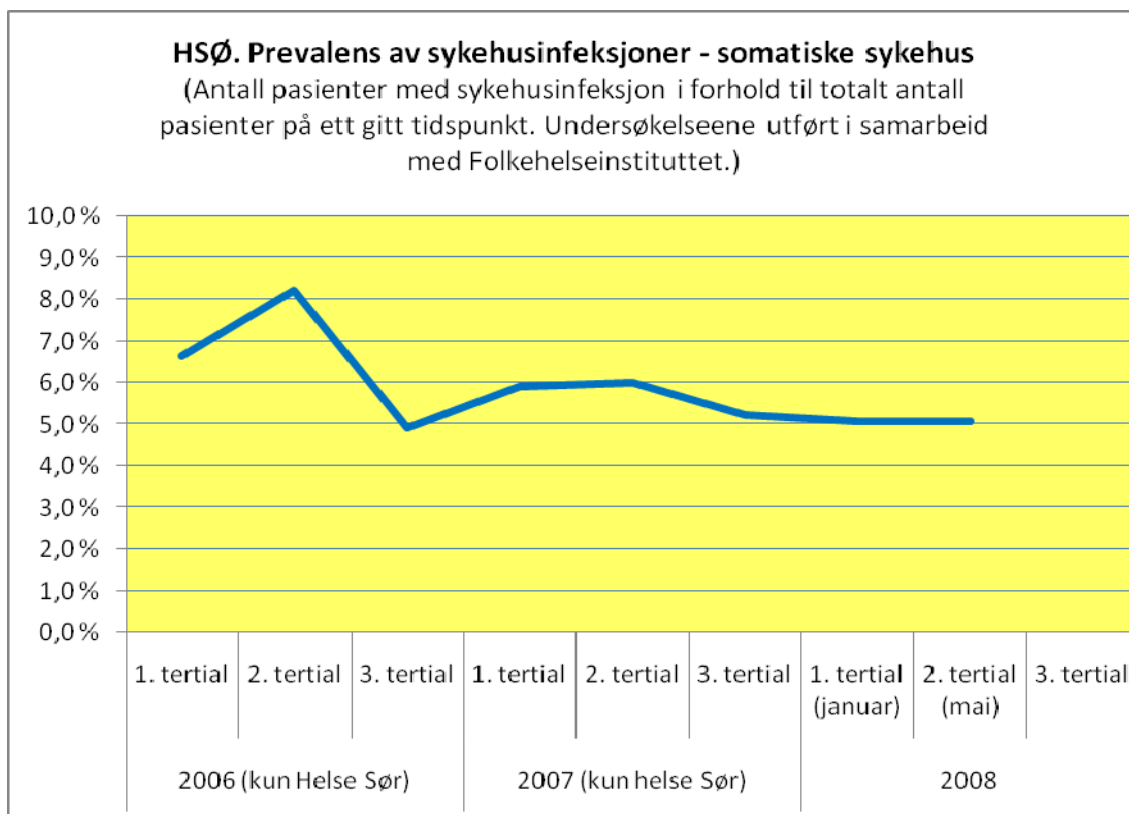
2.3.3.2 Sykehusinfeksjoner

Infeksjoner oppstått i sykehus er et alvorlig problem både nasjonalt og internasjonalt, særlig innenfor somatiske sykehus. Det er en nasjonal målsetting å redusere slike infeksjoner til et så lavt nivå som mulig. Å unngå sykehusinfeksjoner er et viktig pasientsikkerhetstiltak.

Sykehusinfeksjoner gir betydelige ekstrakostnader, både for den enkelte pasient, institusjon og samfunnet.

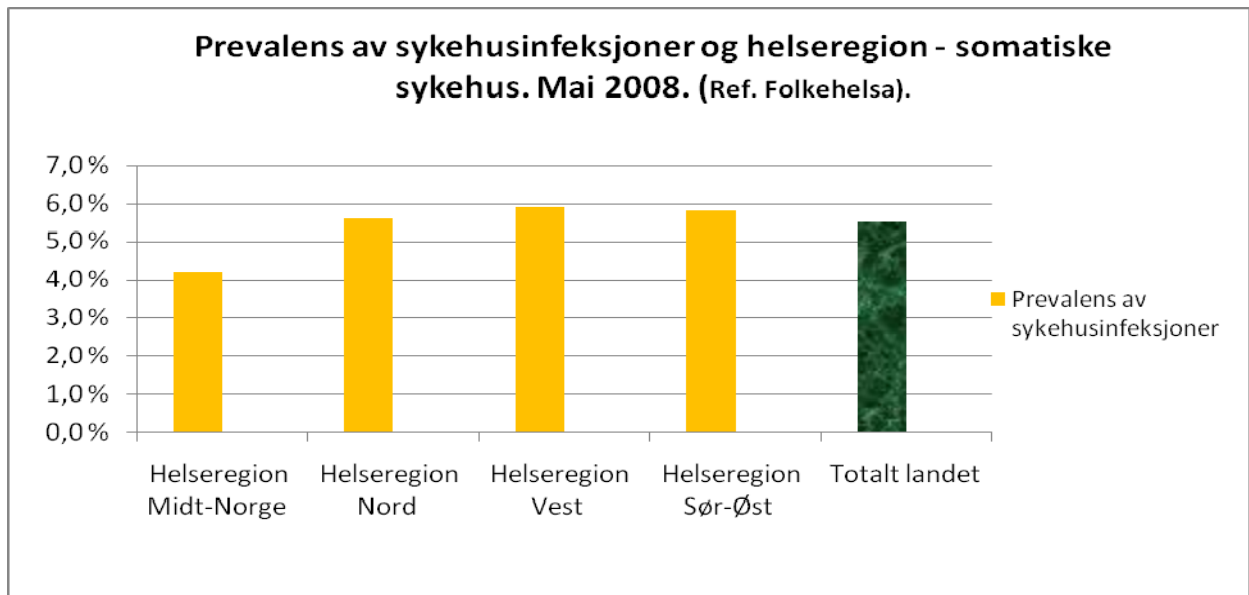
I regi av Folkehelseinstituttet gjøres det 2 ganger i året registreringer av sykehusinfeksjoner ved alle sykehus i Norge ved såkalte prevalensundersøkelser. På samme, forhåndsbestemte dag registrerer alle sykehus alle pasienter med infeksjon oppstått i sykehus, sett i forhold til alle inneliggende pasienter den aktuelle dagen. Sykehus som ønsker det, kan delta i 4 undersøkelser i løpet av året.

Helse Sør-Øst deltar nå i 3 undersøkelser i året (I 2008 i januar, mai og oktober). Figuren nedenfor viser utviklingen fra 2006. Fra en andel på 8 % 2. tertial i 2006 er nå andelen stabilisert på omkring 5 %. Det er betydelig variasjon mellom sykehusene med en andel fra under 2 % til ett sykehus med nærmere 15 %. Det siste sykehuset får overført mange infiserte pasienter fra andre sykehus, og infeksjonen har således ikke oppstått i dette sykehuset. Prevalensundersøkelsene må tolkes med forsiktighet da tallene kun gjelder infeksjoner på en bestemt dag, og ikke situasjonen for resten av året. Registrert over tid kan tallene likevel gi en pekepinn om situasjonen ved det enkelte sykehus.



Figur 2.3.6. Prevalens av Sykehusinfeksjoner.
Mangler data fra Aker universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sykehuset Sørlandet i 1. tertial 2008 og fra Sykehuset Innlandet og Sykehuset Østfold i 2. tertial 2008.

Folkehelseinstituttets kartlegging av sykehusinfeksjoner i mai 2008 viser noe variasjon mellom helseregionene. Helse Midt-Norge hadde lavest andel. De øvrige helseregionene hadde i overkant av 5 % sykehusinfeksjoner. Se figur 2.3.7.



Figur 2.3.7. Prevalens av sykehusinfeksjoner og region.

2.3.4 Tjenestene skal virke

Per i dag finnes det ingen gode nasjonale eller regionale mål på effekt av helsetjenester og i hvilken grad behandling og tiltak er virkningsfulle og som omfatter alle innen spesialisthelsetjenesten. Det er en utfordring i tiden fremover å få frem gode mål på dette område. Utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et satsningsområde i denne sammenheng. Helse Sør-Øst deltar aktivt i dette arbeidet. En viktig målsetning med slike registre er å fremskaffe data om effekt av ulike tiltak og behandlinger. Resultatene skal gi grunnlag for faglig kvalitetsforbedring samt retningslinjer for god praksis. Ett eksempel på slike registre er Nasjonalt Register for Leddproteser (tidl. Hofteproteseregisteret). Her registreres alle leddproteser som blir operert inn. Målsettingen er å oppdage dårlige proteser, sementer og teknikker så tidlig som mulig, samt å gi kunnskap og leddprotese epidemiologi.

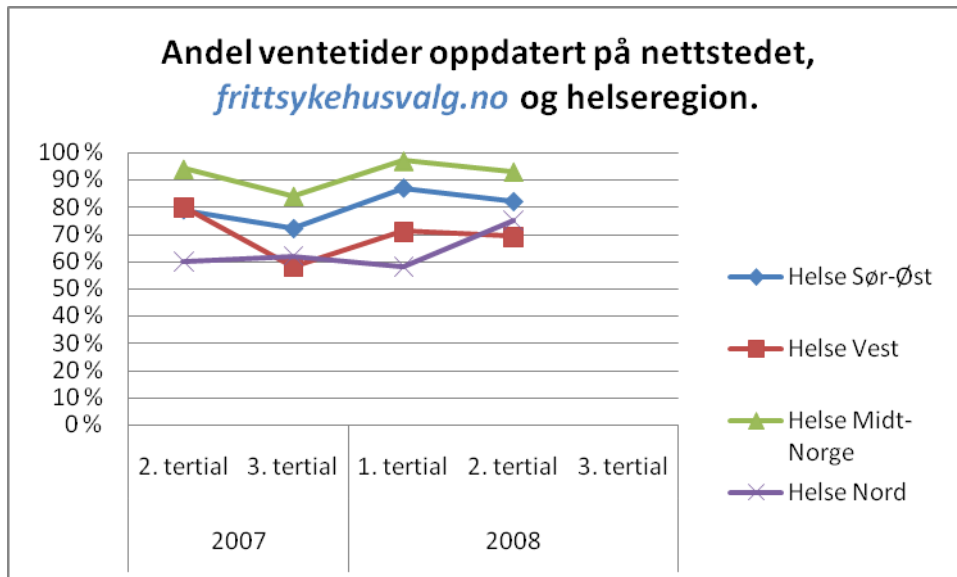
Operativ forløsning med keisersnitt har vært og er en nasjonal indikator på dette området, men variasjon i hyppighet av keisersnitt behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet. Den store variasjonen mellom foretakene kan være naturlig betinget, siden fødeavdelingene har en ulikt selektert fødepopulasjon. I tillegg varierer de fødendes egenvalg av keisersnitt. Når fødeavdelingene sammenligner egne resultater med andre, må de derfor legge særlig vekt på om de har avvikende resultater i forhold til sammenlignbare avdelinger.

2.3.5 Tjenestene skal involvere brukerne

2.3.5.1 Andel av ventetider på *fritt sykehusvalg.no* som er oppdatert siste 4 uker

Helse Sør-Øst RHF prioriterer aktiv brukermedvirkning. I tillegg til eget brukerutvalg er det brukerrepresentasjon i alle prosjekter og prosesser. Arbeidet med å sikre god informasjon gir pasientene bedre grunnlag for valg av sykehus. Kontoret for fritt sykehusvalg skal bistå pasientene i å finne frem til riktig behandlingssted, både gjennom god nettstedsinformasjon og god veiledning på telefon. Til dette formålet er kontoret helt avhengig av å få god og oppdatert informasjon om ventetider fra helseforetakene og sykehusene.

Helse Sør-Øst følger opp i hvilken grad helseforetakene sørger for oppdatering av ventetider på nettstedet for Fritt sykehusvalg. Figur 2.3.8 viser betydelig variasjon mellom RHF-ene på indikatoren "andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no" de siste fire uker. Siden forrige tertial er gjennomsnittet for helseforetakene i Helse Sør-Øst redusert fra 87 % til 82 % og regionen var per september "nest best" etter Helse Midt-Norge med 93 %.



Figur 2.3.8. Utvikling i andel oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg per region i 2. tertial 2008

Tabellen nedenfor viser siste oversikt fra www.frittsykehusvalg.no over egne foretak og sykehus HSØ har driftsavtale med. Mens det i april 2008 var seks HF som jevnlig oppdaterte 100 % av sine ventetider, er det nå kun ett HF som gjør det. I tillegg gjør 2 av 5 ideelle sykehus og 4 av 8 kommersielle sykehus det samme. Kontoret for fritt sykehusvalg registrerer at noen HF har interne problemer med å koordinere oppdateringen, og RHF-et må fortsette arbeidet med å sikre at alle regelmessig oppdaterer sine ventetider i tråd med forutsetningene.

Oppdaterte ventetider per 10. september 2008.

Helse Sør-Øst RHF per HF	Andel ventetider oppdatert siste 4 uker
Sunnaas Sykehus HF	100 %
Akershus universitetssykehus HF	99 %
Sykehuset i Vestfold HF	96 %
Sykehuset Buskerud HF	91 %
Sykehuset Østfold HF	91 %
Sykehuset Innlandet HF	88 %
Sørlandet Sykehus HF	81 %
Blefjell Sykehus HF	80 %
Sykehuset Telemark HF	80 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	79 %
Psykiatrien i Vestfold HF	73 %
Ullevål universitetssykehus HF	71 %
Rikshospitalet HF	63 %
Ringerike sykehus HF	60 %
Aker universitetssykehus HF	49 %

Privat ideelle sykehus med driftsavtale	Andel ventetider oppdatert siste 4 uker
Betanien Hospital, Skien	100 %
Martina Hansens Hospital	100 %
Lovisenberg diakonale sykehus	97 %
Diakonhjemmet sykehus	68 %
Revmatismesykehuset AS	67 %
Privat kommersiell helseinstitusjon	
Aleris Helse AS (Røde kors klinikk)	100 %
Colosseumklinikken	100 %
Drammen Private Sykehus	100 %
Feiringklinikken	0 %
Mjøskirurgene AS	100 %
Norsk idrettsmedisinske institutt	0 %
Ringvoll klinikken as	0 %
Volvat medisinske senter	0 %

Andel ventetider oppdatert på www.frittsykehusvalg.no september 2008, rangert på foretak/sykehus

2.4 Områder med særskilt fokus

2.4.1 Omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen

Dette området vil bli omtalt i egen statusrapport til styret, og det henvises til denne.

2.4.2 Forskning

Ny forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF (2008-2011) ble vedtatt av styret i møte 22. mai 2008 etter en omfattende høringsrunde. Strategien omfatter ambisiøse mål for forskningen med en rekke konkrete tiltak, og regnes som godt forankret i forskningsmiljøene. Brukerrepresentanter og konserntillitsvalgte har bidratt i arbeidet. Medlemmer i det nye regionale forskningsutvalget og i administrativt forskningsledernetverk er nå rekruttert og vil snart avholde hvert sitt første møte slik at arbeidet med utvikling av handlingsplaner og implementering av strategien kan settes i gang.

Basert på forskningsstrategien er det utlyst forskningsmidler for 2009 fra Helse Sør-Øst RHF. Det er utarbeidet vurderingskriterier for søknadene, som innebærer en implementering av strategien, og veiledninger for utformingen av søknadene, som skal bidra til bedre kvalitet. Tildelingsprosessen er nå formalisert med krav til sammensetting og organisering av vurderingskomiteene, prosedyre for søknadsbehandlingen, skjema for kartlegging av interesser og retningslinjer for habilitetsvurderingen. Søknads-, vurderings- og rapporteringsprosessen håndteres elektronisk. Ved søknadsfrist 12. september 2008 var det kommet inn 465 søknader.

Enhet for forskning og utvikling ved Helse Sør-Øst RHF har ivarettatt sekretariatsfunksjonen for utredningen av universitetssykehusenes struktur og funksjon i Helse Sør-Øst RHF (Delprosjekt 4 i Hovedstadsprosessen) under ledelse av Sten Lindahl fra Karolinska universitetssjukhuset. Utredningsarbeidet ble igangsatt av Samarbeidsorganet for RHF-UiO, og rapporten overlevert i juni 2008. Rapporten har vært på høring og Samarbeidsorganet har nå avgitt sin anbefaling til Helse Sør-Øst RHF basert på rapporten og høringsuttalelsene. Det anbefales å etablere ett sammenhengende og koordinert forsknings- og undervisningssystem i helseregionen.

Innovasjon er en integrert del av den regionale forskningsstrategien. Det er gjennomført en kartlegging av innovasjonspotensialet i tidligere Helse Øst, og det er utarbeidet et felles utkast til handlingsplan for innovasjon i alle RHFene. Det arbeides nå med en regional handlingsplan for innovasjon i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF ivaretar en rekke sekretariatsfunksjoner. Helse Sør-Øst RHF forbereder sakene i skjæringspunktet mellom universitetet og RHFet for Samarbeidsorganet, og saker av felles interesse for de fire RHFene for RHF-enes strategigruppe for Forskning. HSØ dekker også sekretariatsfunksjonen og er pådriver for Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG). Hittil i år er mandatet for NSG revidert, og organiseringen av arbeidet tydeliggjort. Hovedfokus har for øvrig vært på etableringen av 7 nasjonale satsingsområder. Det er utarbeidet kriterier og målsetting for satsingsområdene, og nedfelt en prosedyre for identifisering og beslutning, samt krav til organisering og gjennomføring. Det er også utarbeidet en mal for beskrivelse av satsingsområdene. Videre er det nå igangsatt et systematisk arbeid knyttet til forskningsetikk, der NSG skal bidra til samordning av felles praksis og standard. I tillegg forberedes et seminar om fellesløp for forskning og spesialisering i utdanningen av leger.

3 Aktivitet

I dette kapitlet redegjøres for den samlede aktiviteten per 2. tertial, og hvordan denne er fordelt på de store tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern (for voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

3.1 Aktivitet innen somatisk virksomhet

Aktiviteten innenfor somatikk utgjør den største delen av virksomheten for de fleste helseforetakene/sykehusene. Tabell 3.1 gir et bilde av den samlede aktiviteten på somatisk sektor, med antall behandlede pasienter, fordelt på innleggelser, dagbehandling og poliklinikk.

Virksomhet	Faktisk per august 2007	Per august 2008			
		Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Somatikk - innlagte					
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF		344 800	347 406	-2 606	-0,8
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF		12 510	12 466	44	0,4
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner		3 960	3 966	-6	-0,1
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		11 888	17 391	-5 502	-31,6
Somatikk - dagpasienter					
Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF		57 032	55 385	1 647	3,0
Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF		949	1 265	-316	-25,0
Pas. bosatt i egen region beh. ved andre regioner		42	187	-144	-77,4
Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale		1 558	1 112	446	40,1
Polikliniske konsultasjoner					
Ant. Inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	1 436 362	1 434 438	1 454 504	-20 066	-1,4
Ant. Refusjonspoeng (finansiering via ISF - nytt fra 2008)		845 515	1 040 884	-195 369	-18,8

Tabell 3.1.1 – Antall behandlede pasienter innen somatikk per 31. august 2008.

Døgn- og dagbehandlingen innen somatikk er ISF-finansiert. Denne aktiviteten måles i DRG-poeng, og rapporteres og følges opp i forhold til to ulike dimensjoner:

- DRG-poeng som måler "sørge for"-aktivitet (uavhengig av hvem som utfører tjenesten overfor Helse Sør-Øst sine innbyggere)
- DRG-poeng som måler den samlede somatiske aktiviteten (total produksjon) i de helseforetak og private ideelle sykehus som Helse Sør-Øst RHF har driftsavtale med

3.1.1 DRG-poeng i henhold til "Sørge-for" ansvaret

I oppdragsdokumentet for 2008 ble Helse Sør-Øst tildelt et aktivitetsnivå for dag- og døgnbehandling somatikk på totalt 648.566 DRG-poeng. Fordi det har vært stor usikkerhet rundt effektene av ny poliklinisk finansiering, jfr. 3.1.3, valgte RHFet å holde tilbake ca. 7500 DRG-poeng når en fordelte foretaksgruppens budsjetterte aktivitet for året.

Etter 2. tertial er DRG-aktiviteten for 2008, målt i henhold til "sørge-for"-ansvaret i foretaksgruppen, 1054 DRG-poeng lavere enn de periodiserte budsjetter, tilsvarende 0,3 %. Etter 8 måneders drift er det mindre usikkerhet rundt periodiseringen, og RHFet vurderer aktivitetsstyringen som god, med uendret prognose/estimat for 2008.

	Antall DRG-poeng				
Virksomhetsnavn	Faktisk per august 2007	Per august 2008			
		Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Aker universitetssykehus HF	16 273	17 781	17 464	317	1,8 %
Akershus universitetssykehus HF	31 909	31 452	31 538	-86	-0,3 %
Blefjell Sykehus HF	8 961	9 174	9 099	75	0,8 %
Psykiatrien i Vestfold HF				0	0,0 %
Rikshospitalet HF	24 100	51 019	52 710	-1691	-3,3 %
Ringerike Sykehus HF	6 872	8 383	8 009	374	4,5 %
Sunnaas sykehus HF	2 832	3 436	3 552	-116	-3,4 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	14 028	14 541	14 630	-89	-0,6 %
Sykehuset Buskerud HF	20 932	21 665	21 903	-237	-1,1 %
Sykehuset Innlandet HF	48 634	50 399	48 290	2109	4,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	26 930	27 458	27 660	-203	-0,7 %
Sykehuset Telemark HF	22 173	21 718	22 268	-550	-2,5 %
Sykehuset Østfold HF	28 545	29 742	30 026	-284	-1,0 %
Sørlandet Sykehus HF	35 753	35 229	36 399	-1170	-3,3 %
Ullevål universitetssykehus HF	51 147	54 441	53 943	498	0,9 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	339 089	376 437	377 491	-1054	-0,3 %
Betanien Hospital	2 217	2 155	2 410	-255	-11,8 %
Diakonhjemmet Sykehus	8 853	8 822	9 022	-201	-2,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	7 605	8 722	8 896	-174	-2,0 %
Martina Hansens Hospital	3 663	4 794	3 997	797	16,6 %
Revmatismesykehuset	859	902	975	-73	-8,1 %
Sum private ideelle sykehus	23 197	25 394	25 300	94	0,4 %
Kjøp fra andre helseregioner		4 002	4 153	-150	-3,8 %
Kjøp fra private kommersielle sykehus/andre	53 632	13 446	18 503	-5057	-37,6 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus	415 918	419 280	425 446	-6166	-1,5 %

Tabell 3.1.2 – DRG produksjon ift "sørge for ansvaret", per foretak/sykehus og regionalt.

3.1.1.1 Helseforetakene og private ideelle sykehus med driftsavtale

Tabell 3.1.2 viser at for helseforetakene er samlet aktivitet noe lavere enn budsjettert så langt, mens de private, ideelle sykehusene samlet har hatt litt høyere aktivitet enn forutsatt. Av foretakene er det Ringerike sykehus HF som relativt sett har hatt størst aktivitetsavvik, men målt i DRG-poeng er økningen på Sykehuset Innlandet HF langt større. Også Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF har hatt høyere DRG-aktivitet enn budsjettert, mens Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Sunnaas sykehus HF ligger mest under egne plantall.

4 av de 5 private ideelle sykehusene ligger under periodiserte budsjettall hittil i år. Martina Hansens Hospital (+16,6 %) har hatt et langt høyere aktivitetsnivå enn forutsatt i driftsavtale og budsjett, og dette er allerede fulgt opp.

3.1.1.2 Private kommersielle sykehus

Tabell 3.1.2 viser samtidig at kjøp fra private kommersielle sykehus har vært betydelig lavere enn budsjettert (nærmere 38 %). Denne reduksjonen er ikke reell, fordi det i budsjettet her er ført ufordelte DRG-poeng i forbindelse med saldering av totalbudsjettet mot oppdragsdokumentets forutsetninger, jfr. utfordringene beskrevet i 3.1.1 og 3.1.3.

Budsjettforutsetningen er at bruken av private kommersielle sykehus i 2008 skal holdes på samme nivå som i 2007. Samlet kjøp realisert i 2007 beløp seg til 18.339 DRG-poeng. Målt mot dette nivået indikerer 8-måneders tallet på 13.446 DRG-poeng en liten økning av kjøp fra 2007 til 2008.

3.1.2 DRG-poeng - total aktivitet

Tabell 3.1.3 viser at den samlede aktiviteten ved egne helseforetak/sykehus, målt i DRG-poeng, ligger ca 0,4 % under det budsjetterte måltallet. Etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst er en økende del av aktiviteten rettet mot pasienter fra egen region.

Også for samlet DRG-produksjon er det Ringerike sykehus HF som ligger relativt høyest, mens Sykehuset Innlandet HFs mer-produksjon ikke er så stor som "sørge-for-tallene" viste. Martina Hansens hospital ligger også for totalaktiviteten høyt over plantallene.

Virksomhetsnavn	Faktisk per august 2007	Per august 2008			
		Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Aker universitetssykehus HF	16 739	18 092	17 834	258	1,4 %
Akershus universitetssykehus HF	32 507	32 011	32 338	-327	-1,0 %
Blefjell Sykehus HF	9 278	9 539	10 152	-613	-6,4 %
Psykiatrien i Vestfold HF				0	0,0 %
Rikshospitalet HF	60 512	58 894	60 354	-1 460	-2,5 %
Ringerike Sykehus HF	8 085	8 590	8 376	213	2,5 %
Sunnaas sykehus HF	3 595	3 651	3 675	-24	-0,7 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	14 643	14 803	14 913	-111	-0,7 %
Sykehuset Buskerud HF	21 470	23 097	22 819	278	1,2 %
Sykehuset Innlandet HF	49 996	52 555	50 560	1 994	3,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	27 337	28 134	28 473	-339	-1,2 %
Sykehuset Telemark HF	22 473	22 600	22 945	-345	-1,5 %
Sykehuset Østfold HF	28 686	29 892	30 153	-261	-0,9 %
Sørlandet Sykehus HF	37 200	38 297	39 323	-1 026	-2,7 %
Ullevål universitetssykehus HF	54 888	55 440	55 269	171	0,3 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	387 409	395 596	397 186	-1 590	-0,4 %
Betanien Hospital	2 234	2 156	2 410	-254	-11,8 %
Diakonhjemmet Sykehus	9 448	9 081	9 407	-326	-3,6 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	8 281	8 922	9 016	-94	-1,1 %
Martina Hansens Hospital	4 294	4 888	4 139	749	15,3 %
Revmatismesykehuset	991	973	1 043	-70	-7,2 %
Sum private ideelle sykehus	25 248	26 020	26 015	5	0,0 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus	412 657	421 615	423 201	-1 585	-0,4 %

Tabell 3.1.3 – Total DRG-produksjon, per foretak/sykehus og regionalt.

3.1.3 Poliklinisk aktivitet

Den polikliniske aktiviteten på somatiske fagområder er angitt i nederste felt på tabell 3.1.1, i forhold til periodiseringen er det et avvik på ca. 20.000 konsultasjoner (- 1,4 %), og sammenliknet med 2007 har det vært ca. 2000 færre konsultasjoner hittil i år. Til sammenlikning var det etter 1. tertial 2008 en markert økning i forhold til 2007 og budsjett, så enten har periodiseringen vært feilaktig eller sommermånedene har gitt en større nedgang i poliklinisk aktivitet enn HFEne hadde planlagt.

Tabell 3.1.1 viser samtidig en betydelig underdekning av polikliniske refusjonspoeng (- 18,8 %). Det er fortsatt stor usikkerhet knyttet til tildelingen av refusjonspoeng til RHF-et og viderefordelingen av disse til helseforetakene/sykehusene. I forbindelse med innføringen av refusjonspoeng har HOD og Helsedirektoratet også strammet inn praksis ved bruk av tverrfaglige poliklinikker, ved en innskjerping om at det kun er legebaserede, polikliniske konsultasjoner som skal finansieres med refusjonspoeng. RHFene fikk av disse grunner utsatt lukkingen av 1. tertial til etter 2. tertial, men Helsedirektoratet har nå varslet at lukkingen vil bli foretatt 20. oktober. RHFet og helseforetakene arbeider intenst for å finne gode løsninger på disse problemene.

3.2 Aktivitet på andre tjenesteområder

3.2.1 Psykisk helsevern

For de øvrige tjenesteområdene er den mest markante endringen at poliklinisk virksomhet øker kraftig, både i forhold til 2007-tall, jfr. tabell 3.2.1, og sammenliknet med plantall for 1. tertial 2008. Dette gjelder også innenfor psykisk helsevern. Her mangler vi ennå tall for liggedøgn, men vurdert ut fra antall utskrivninger (pasientopphold døgnbehandling) har det vært en liten økning for voksne (+ 2,8 %) og reduksjon for barn og ungdom (- 3,7 %). Bruken av dagbehandling reduseres for voksne, mens den øker for barn og ungdom, der antall oppholdsdager har økt med 6,5 %.

Virksomhet	Faktisk per august 2007	Per August 2008			
		Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Psykisk helsevern for voksne					
Samlet antall liggedøgn, døgnbehandling/oppholdsdager dagbehandling	482 625	531 945	511 897	20048	4 %
Antall polikliniske konsultasjoner	357 659	391 630	378 624	13006	3 %
Herav:					
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling		16 276	16 057	219	1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling		470 915	438 812	32103	7 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling		36 399	41 845	-5446	-13 %
Ant. polikliniske konsultasjoner		391 630	378 624	13006	3 %
- Herav telefonkonsultasjoner		77 120	61 022	16098	26 %
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private		120	38	82	216 %
Antall liggedøgn døgnbehandling private		24 631	31 240	-6609	-21 %

Uten private

	Faktisk per august 2007	Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Psykisk helsevern for voksne					
Samlet antall liggedøgn, døgnbehandling/oppholdsdager dagbehandling	482 625	507 314	480 657	26657	6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	357 659	391 630	378 624	13006	3 %

Tabell 3.2.1 Aktivitet psykisk helsevern voksne.

	Faktisk per august 2007	Per august 2008			
		Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Psykisk helsevern for barn og unge					
Samlet antall liggedøgn, døgnbehandling/oppholdsdager dagbehandling	42 039	38 944	38 986	-42	0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	203 741	235 621	221 634	13987	6 %
Herav:					
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling		575	561	14	3 %
Antall liggedøgn - døgnbehandling		25 078	24 964	114	0 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling		6 944	7 581	-637	-8 %
Ant. polikliniske konsultasjoner		235 621	221 634	13987	6 %
- Herav telefonkonsultasjoner		83 579	59 208	24371	41 %
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling - private		13	14	-1	-7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling - private		5 559	5 317	242	5 %
Antall oppholdsdager dagbehandling private		1 363	1 125	238	21 %

Uten private

	Faktisk per august 2007	Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Psykisk helsevern for barn og unge					
Samlet antall liggedøgn, døgnbehandling/oppholdsdager dagbehandling	42 039	32 022	32 545	-523	-2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	203 741	235 621	221 634	13987	6 %

Tabell. 3.2.2. Aktivitet psykisk helsevern barn og unge.

Tabell 3.2.1 viser nesten 20 000 flere konsultasjoner for voksne (+ 10,3 %) enn i 1. tertial 2007. For barn og ungdom har det også vært nesten 20 000 flere polikliniske konsultasjoner

(+ 17,5 %) sammenliknet med 2007, mens økningen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært på 18000 konsultasjoner (+ 14,2 %).

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser de foreløpige tallene en betydelig nedgang på døgnbehandling (-10,5 %). Dette er ikke i samsvar med måltall, og resultatet må kvalitetssikres. Også for dagbehandling har det vært en betydelig reduksjon med nesten halvering, men her er det generelt små tall og liten aktivitet. Når det gjelder behandling av voksne er det tydelig at dagbehandling erstattes med poliklinisk aktivitet, både innen rusbehandling og psykisk helsevern. Dette skyldes også endret registrering, ved at dagbehandling er konvertert til poliklinisk aktivitet.

3.2.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tabell 3.2.3 viser at så langt i 2008 har 10 % færre pasienter enn planlagt vært innlagt, mens antall liggedøgn har økt med 8 %. Dette kan tyde på at de som blir innlagt, har et "tyngre" rusmisbruk, og er avhengig av lengre behandlingstid.

Virksomhet	Faktisk per august 2007	Per august 2008			
		Res Hiå	Bud Hiå	Avvik	Avvik i %
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere					
Samlet antall liggedøgn, døgnbehandling/oppholdsdager dagbehandling	177 707	202 387	187 619	14768	8 %
Herav:					
Antall polikliniske konsultasjoner	96 736	101 345	101 397	-52	0 %
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling		3 634	4 034	-400	-10 %
Antall liggedøgn døgnbehandling		88 186	79 794	8392	11 %
Antall oppholdsdager - dagbehandling		860	1 059	-199	-19 %
Ant. polikliniske konsultasjoner		86 628	86 577	51	0 %
- Herav telefonkonsultasjoner		21 628	16 968	4660	27 %

Tabell 3.2.3. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det tjenesteområdet der innslaget av private leverandører er desidert størst. Etter 2. tertial står de for ca. 55 % av samlet antall liggedøgn, mens den polikliniske aktiviteten ved private institusjoner kun utgjør ca. 17 % av samlet aktivitet på feltet i HSØ.

4 Produktivitet og effektivitet

4.1 Kostnads- og aktivitetsperspektiv

4.1.1 Kostnadseffektivitet; Kostnad per DRG poeng

Tertialvis rapportering på kostnad pr. DRG er etablert i tidligere Helse Sør foretak i 2002 og det er startet et arbeid med å etablere samme type rapportering for alle foretak i Helse Sør-Øst. Rapporteringen tar utgangspunkt i totale driftskostnader hvor man trekker ut de kostnadene som ikke direkte relaterer seg til somatisk DRG-aktivitet. Eksempler på kostnader som trekkes ut er kostnader til psykiatri, rus, forskning, barnehage. Aktivitetsnivået som benyttes er DRG poeng basert på foretakets egen aktivitet.

Resultatene så langt viser at det er behov for å videreutvikle og kvalitetssikre rapporteringen for å sikre at foretakene bruker felles prinsipper og metodikk. Et kritisk område er fordeling av felleskostnader.

Det påbegynte arbeidet vil følges opp videre med møter med foretakene og gjennomgang i økonomidirektørforum både i forhold til kvalitetssikring, men også for å utvide arbeidet til andre indikatorer for kostnadseffektivitet og produktivitet.

4.2 Aktivitets- og ressursperspektiv

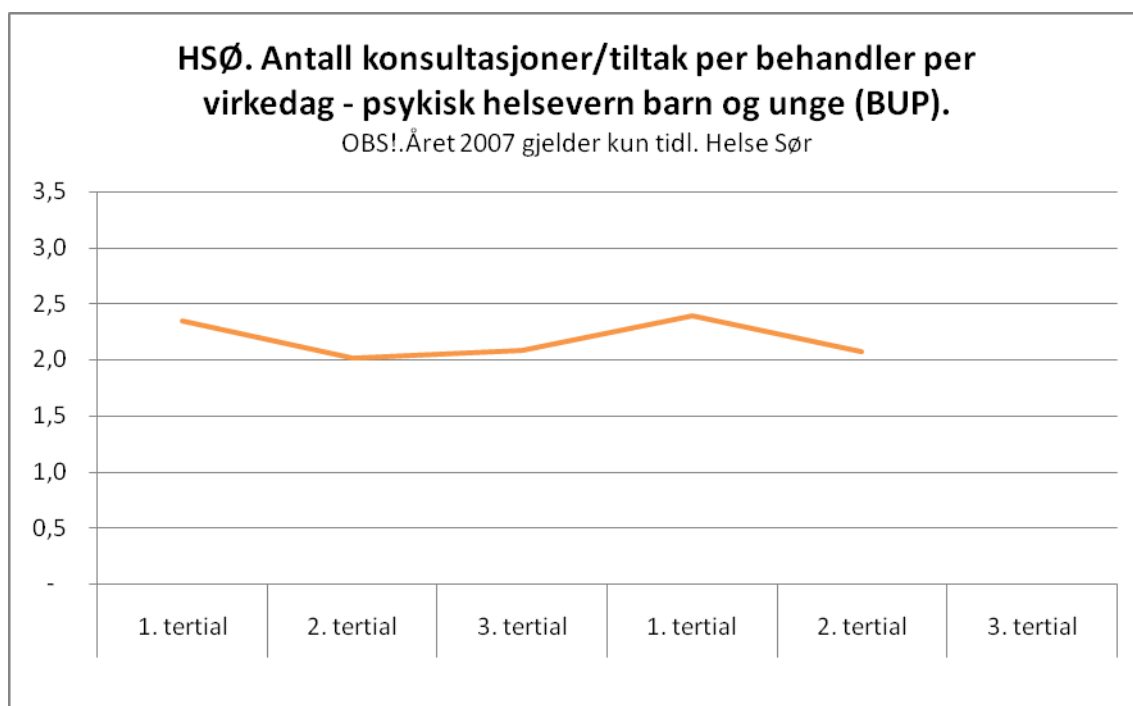
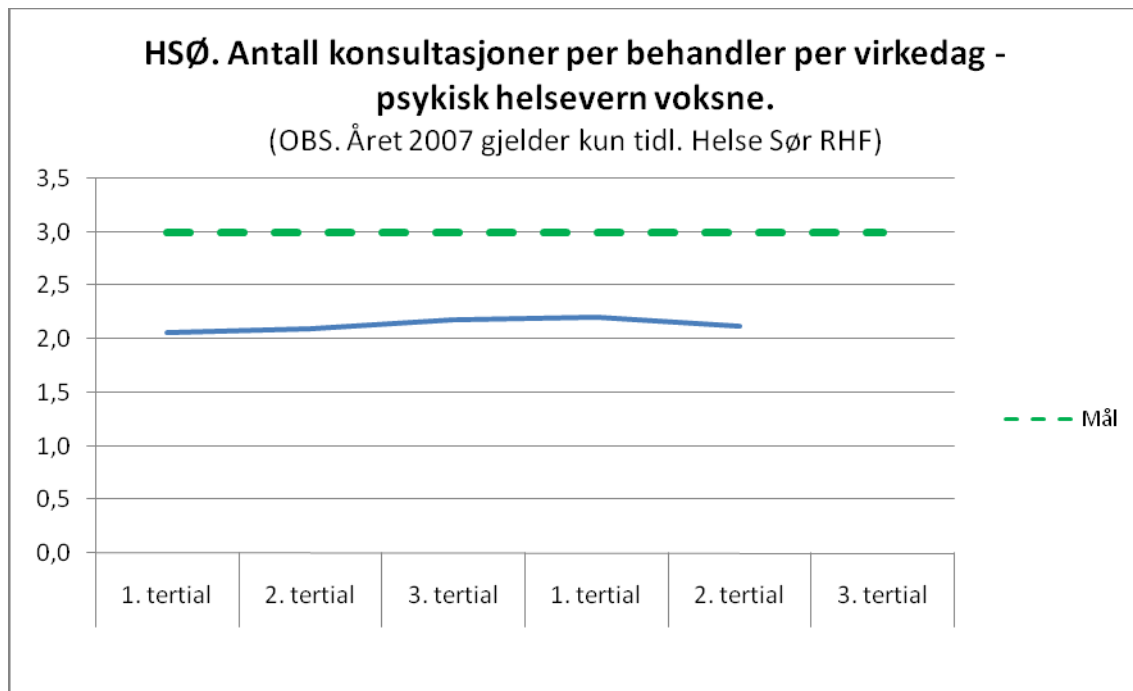
4.2.1 Utvalgte indikatorer innen Psykisk Helsevern

For psykisk helsevern er følgende indikatorer aktuelle for å illustrere produktivitet:

- Antall polikliniske konsultasjoner per behandlerårsverk psykisk helsevern voksne per virkedag
- Antall tiltak per behandlerårsverk ved poliklinikk psykisk helsevern barn og unge per virkedag
-

Begge disse indikatorene registreres rutinemessig i dag. For voksenpsykiatri er det en målsetting med i gjennomsnitt 3,0 konsultasjoner per behandler per virkedag. Resultatene på RHF-nivå er vist i figuren nedenfor. Det er en økning fra 1. tertial 2007. Variasjonen mellom foretakene er fra 2-3 konsultasjoner per dag.

Innen barne- og ungdomspsykiatri er også nivået omkring 2 konsultasjoner per behandler per virkedag med betydelig variasjon mellom foretakene. Det synes å være noe sesongvariasjon med flere konsultasjoner i 1. tertial.



Indikatorene vil kunne påvirkes av registreringsrutiner ved det enkelte foretak/den enkelte avdeling. Bl.a. inngår registrering av telefonkonsultasjoner og andre forhold i konsultasjonsbegrepet. Det er klare indikasjoner på at registreringsrutiner og hva som registreres kan variere. I tillegg vil pasientsammensetning ("tunge eller lette" pasienter) påvirke resultatet.

5 Økonomi og likviditet

5.1 Resultat

5.1.1 Status

Det er pr. august 2008 et akkumulert negativt budsjettavvik på 301,9 mill. kroner. Den viktigste forklaringen på dette avviket er manglende realisering av omstillingstiltak som utgjør ca 292,8 mill. kroner. I sak-079-2008 økonomi og aktivitet per juli 2008 til styret i Helse Sør-Øst ble det slått fast at det er vesentlig risiko for et samlet budsjettavvik på i størrelsesorden 600 millioner kroner. Dette risikobildet har ikke endret seg ved utgangen av andre tertial. Det er fortsatt en uavklart situasjon i forhold hvilke inntekter Helse Sør-Øst vil få innen somatisk poliklinisk virksomhet som følge av omleggingen til ny finansieringsordning med såkalte refusjonspoeng. Dette kan representere en betydelig resultatmessig risiko utover den anslåtte risikoen i forhold til budsjettavvik.

5.1.1.1 Helse Sør-Øst

Tabellen under viser den regnskapsmessige utviklingen per august.

Akkumulert per August			
Resultatrapportering	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	21 998 934	22 010 988	-12 054
ISF egne pasienter	5 651 898	5 660 720	-8 822
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	565 087	527 348	37 739
Gjestepasienter	430 186	450 768	-20 582
Polikliniske inntekter	439 218	435 541	3 677
Laboratorie- og radiologiinntekter	320 754	360 713	-39 959
Øremerkede tilskudd psykisk helsevern	791 327	809 081	-17 754
Andre øremerkede tilskudd	1 782 722	1 658 166	124 556
Andre driftsinntekter	2 364 859	2 306 070	58 789
Sum driftsinntekter	34 344 985	34 219 395	125 590
Kjøp av offentlige helsetjenester	495 587	517 908	-22 321
Kjøp av private helsetjenester	4 238 232	4 130 774	107 458
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	3 729 953	3 546 292	183 661
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	270 162	113 706	156 456
Lønn til fast ansatte	14 478 515	14 247 424	231 091
Overtid og ekstrahjelp	1 329 731	922 168	407 563
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	3 364 736	3 373 124	-8 388
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-1 036 557	-585 406	-451 151
Annen lønn	2 468 317	2 553 048	-84 731
Avskrivninger	1 968 641	2 041 777	-73 136
Nedskrivninger	6 478	0	6 478
Andre driftskostnader	3 506 527	3 481 825	24 702
Sum driftskostnader	34 820 322	34 342 640	477 682
Driftsresultat	-475 337	-123 245	-352 092
Finansinntekter	148 119	102 248	45 871
Finanskostnader	231 793	236 098	-4 305
Finansresultat	-83 674	-133 850	50 176
Ordinært resultat	-559 011	-257 095	-301 916
Ekstraord inntekter	0	0	0
Ekstraord kostnader	0	0	0
Skattekostnad	0	0	0
(Års)resultat	-559 011	-257 095	-301 916
Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger	220 668	220 668	0
Resultat jf økonomisk krav fra HOD	-338 343	-36 427	-301 916

Ordningen med behandling og vurdering av pasienter som står i fare for å bli sykemeldte eller er sykemeldte - *raskere tilbake*, er ikke inkludert i budsjettet for 2008. Inntekter fra denne aktiviteten øker øremerkede tilskudd med 125 mill. kroner

Varekostnader viser et avvik på 183,6 mill. kroner, blant annet viser kostnadene til TNF-hemmere og MS medisiner et avvik i forhold til budsjett per august.

Avskrivninger så langt i år viser et positivt avvik på i overkant av 70 mill. kroner. Det kan synes som om denne effekten vil vedvare ut året.

5.1.1.2 Helseforetakene

Nedenstående oversikt viser resultatet per helseforetak per august.

Virksomhetsnavn	Akkumulert per august 2008			Budsjettaavvik ift.brutto driftskostn.
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Aker universitetssykehus HF	-25 612	-19 823	-5 789	-0,3 %
Akershus universitetssykehus HF	64 561	99 333	-34 772	-1,5 %
Blefnell Sykehus HF	-25 619	-5 498	-20 121	-3,3 %
Psykiatrien i Vestfold HF	-5 995	-6 177	182	0,0 %
Rikshospitalet HF	-171 921	-44 958	-126 963	-2,7 %
Ringerike Sykehus HF	-29 104	-17 875	-11 229	-2,2 %
Sunnaas sykehus HF	-15 546	-16 645	1 099	0,4 %
Sykehusapotekene HF	15 091	6 634	8 457	0,7 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	-8 992	-7 868	-1 124	-0,1 %
Sykehuset Buskerud HF	-56 241	-39 304	-16 937	-1,0 %
Sykehuset Innlandet HF	-13 459	19 941	-33 400	-0,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	-25 692	-17 923	-7 769	-0,5 %
Sykehuset Telemark HF	-65 231	-65 465	234	0,0 %
Sykehuset Østfold HF	-79 131	-73 961	-5 170	-0,2 %
Sørlandet Sykehus HF	-133 351	-95 263	-38 088	-1,4 %
Ullevål universitetssykehus HF	-127 869	-29 607	-98 262	-2,0 %
Helse Sør-Øst RHF - Sykehuspartner	7 294	1 626	5 668	1,9 %
Helse Sør-Øst RHF	137 808	55 739	82 069	1,8 %
Resultat Helse Sør-Øst	-559 009	-257 094	-301 915	-0,8 %

5.1.2 Analyse og tiltak

De negative økonomiske resultatene varierer sterkt mellom foretakene og nedenstående tabell viser utfordringsbildet gruppert på foretak.

Virksomhetsnavn	Budsjett- avvik	Totalt budsjett- avvik
Helse Sør-Øst		-301 915
Akershus universitetssykehus HF	-34 772	
Blefnell Sykehus HF	-20 121	
Rikshospitalet HF	-126 963	
Ringerike Sykehus HF	-11 229	
Sykehuset Buskerud HF	-16 937	
Sykehuset Innlandet HF	-33 400	
Sørlandet Sykehus HF	-38 088	
Ullevål universitetssykehus HF	-98 262	
Sum foretak med avvik over 10. mill		-379 771
4 HF med negativt budsjettaavvik		-19 852
4 HF, SP og RHF med positivt budsjettaavvik		97 709

Det negative budsjettaavviket ved Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF utgjør per august ca 74 % av foretaksgruppens totale budsjettaavvik. I august var resultatavviket for foretaksgruppen -56,3 mill. kroner. Dette var det samme nivået som i juli.

Effekt av omstillingstiltakene har ikke tatt seg vesentlig opp, og det er oppnådd ca 68 % av det budsjetterte per august. Det er risiko knyttet til at det er budsjettert med tiltagende effekt

av omstillingstiltak. Hvis ikke andel tiltak som gjennomføres øker vil det gi en akkumulert negativt effekt.

Omleggingen av finansieringssystemet for somatisk, poliklinisk aktivitet har medført at det er stor usikkerhet rundt hvor store inntekter det regionale helseforetaket vil ha som følge av registrert aktivitet. Det er derfor forbundet risiko ved disse inntektene.

Som følge av Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007-2008) er det regionale helseforetaket tildelt en økt bevilgning for å dekke kostnader til pensjon. Resultatkravet er redusert tilsvarende slik at den økte bevilgningen ikke vil ha resultateffekt for Helse Sør-Øst.

5.2 Likviditet

5.2.1 Status

Likviditetssituasjonen i foretaksgruppen er stram. Det regionale helseforetaket har vært i dialog med helseforetakene for å vurdere likviditetsbehovet ut året. Det blir nå sett på tiltak for å redusere behovet for likviditet både i helseforetakene og det regionale helseforetaket. Blant annet er det meldt inn noen utsettelse på de store byggeprosjektene i regionen. Dette vil bedre likviditeten i 2008 med 185 mill. kroner.

5.3 Omstilling

5.3.1 Status

Virksomhetsnavn	Budsjettert omstilling per august 2008	Realisert per august	Avvik	Avvik i %	Budsjettert omstilling hele 2008
Aker universitetssykehus HF	45 835	27 305	-18 529	-40,4 %	78 000
Akershus universitetssykehus HF	61 580	53 992	-7 588	-12,3 %	107 136
Blefjell Sykehus HF	30 981	24 830	-6 151	-19,9 %	53 005
Psykatrien i Vestfold HF	0	0	0	100,0 %	0
Rikshospitalet HF	259 999	114 881	-145 119	-55,8 %	412 139
Ringerike Sykehus HF	16 342	10 718	-5 625	-34,4 %	38 531
Sunnaas sykehus HF	2 750	2 816	66	2,4 %	5 000
Sykehuset Asker og Bærum HF	21 600	21 042	-558	-2,6 %	40 000
Sykehuset Buskerud HF	42 260	38 075	-4 185	-9,9 %	130 000
Sykehuset i Vestfold HF	47 737	46 251	-1 486	-3,1 %	90 000
Sykehuset Innlandet HF	75 216	57 574	-17 642	-23,5 %	114 418
Sykehuset Telemark HF	23 790	23 790	0	0,0 %	40 000
Sykehuset Østfold HF	38 750	36 468	-2 282	-5,9 %	56 969
Sørlandet Sykehus HF	76 370	59 697	-16 673	-21,8 %	129 115
Ullevål universitetssykehus HF	179 564	112 449	-67 115	-37,4 %	353 939
Helse Sør RHF Sykehuspartner	0	0	0	100,0 %	0
Resultat Helse Sør-Øst	922 775	629 889	-292 886	-31,7 %	1 648 252

5.3.2 Analyse og tiltak

Effekt av omstillingstiltakene har ikke tatt seg vesentlig opp og det er oppnådd ca 68 % av det budsjetterte per august. Flere helseforetak har vedtatt nye omstillingstiltak som skal få

effekt etter sommeren. I sak-079-2008 økonomi og aktivitet per juli 2008 til styret i Helse Sør-Øst ble det varslet at det fortløpende vil bli vurdert om det er behov for å gjennomføre nye foretaksmøter, der eier kan gi et forsterket styringsbudskap om nødvendigheten av økte kostnadsreduksjoner og eventuelle reduksjoner i aktivitetsnivået. Som en direkte konsekvens av manglende realisering av kostnadsreduserende tiltak legger Helse Sør-Øst RHF opp til en mer detaljert og intensivert rapportering og oppfølging av omstillingsprosessen ved de foretakene med størst økonomisk utfordring.

6 Organisasjon og ledelse

6.1 Bemanning

6.1.1 Status

6.1.1.1 Helse Sør-Øst

Det er samlet sett benyttet flere årsverk i 2008 enn samme periode i 2007. Fra januar til mai har man ligget over nivået for 2007. Fra juni er utviklingen positiv, og det er indikasjoner at nivået på årsverk vil ligge under 2007 (se figur under) mot slutten av året.

Denne utviklingen kan tyde på at man har fått effekt av de tiltak som er iverksatt for bl.a. å gjennomføre sommerferieavviklingen på en mer ressurseffektiv måte.



Bemanning rapporteres og følges opp på tre dimensjoner;

- Denne periode mot samme periode i fjor
- Endring hittil i år målt mot samme periode i fjor
- Avvik mot oppsatte plantall fra foretakene

Denne periode:

Helse Sør-Øst hadde i august 56 319 månedsværk. Dette er om lag samme nivå som i august 2007.

Hittil i år:

Hittil i år er det benyttet 241 flere årsværk enn i 2007. Årsaken til at det er en økning skyldes et for høy bemanningsnivå i starten av 2008. For å få en bemanningsreduksjon i 2008 må bemanningsnivået ut året ligge betydelig under nivået i 2007.

Avvik mot plantall:

Foretakene har plantall som viser at bemanningen skal reduseres i 2008. Flere av foretakene ligger betydelig bak oppsatte plantall og det er knyttet stor usikkerhet til om de når sine plantall.

6.1.1.2 Helseforetakene (Månedsværk hittil i år)

Årsværk	jan-aug 2007	jan - aug 2008	Endring fra 2007	Δ i %	Plantall for året	Planlagt endring fra 2007	Avvik fra plan HiÅ
Aker universitetssykehus HF	3 442	3 454	12	0,3 %	3 386	-2,3 %	-2,6 %
Akershus universitetssykehus HF	4 583	4 634	51	1,1 %	4 600	0,2 %	-0,9 %
Blefjell Sykehus HF	1 087	1 073	-14	-1,3 %	1 095	0,0 %	1,3 %
Psykatrien i Vestfold HF	1 026	1 056	30	2,9 %	1 090	5,1 %	2,2 %
Rikshospitalet HF*	6 770	6 897	127	1,9 %	6 700	-1,6 %	-3,5 %
Ringerike Sykehus HF	852	887	35	4,1 %	894	3,5 %	-0,6 %
Sunnaas sykehus HF	604	605	1	0,2 %	602	-0,6 %	-0,8 %
Sykehusapotekene	525	547	22	4,3 %	564	6,7 %	2,5 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	2 261	2 269	7	0,3 %	2 287	0,3 %	0,0 %
Sykehuset Buskerud HF	3 021	3 007	-14	-0,5 %	2 988	-1,7 %	-1,2 %
Sykehuset Innlandet HF	6 845	6 933	88	1,3 %	6 897	0,0 %	-1,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	2 606	2 578	-28	-1,1 %	2 585	-1,6 %	-0,5 %
Sykehuset Telemark HF	2 506	2 487	-19	-0,8 %	2 453	-2,4 %	-1,6 %
Sykehuset Østfold HF	4 451	4 355	-96	-2,2 %	4 372	-2,1 %	0,1 %
Sørlandet Sykehus HF	4 601	4 607	6	0,1 %	4 575	-1,6 %	-1,8 %
Ullevål universitetssykehus HF	8 854	8 878	24	0,3 %	8 738	-1,6 %	-1,9 %
Helse Sør RHF Sykehuspartner	250	270	20	8,0 %	287	13,4 %	5,4 %
Helse Sør-Øst	141	130	-11	-7,9 %			
Sum Helse Sør-Øst	53 941	54 665	241	0,4 %	54 111		

For Rikshospitalet sammenlignes kun månedsbetalte

6.1.2 Analyse og tiltak

Flere foretak har vist en positiv utvikling de siste månedene og bør nå kunne nå sine plantall for bemanning i 2008. RH, SI og Ahus står for størstedelen av økningen hittil i år. I tillegg vil AUS, UUS og SSHF ha store utfordringer med å nå sine opprinnelige plantall.

Tiltak for å få kontroll over årsverksutviklingen

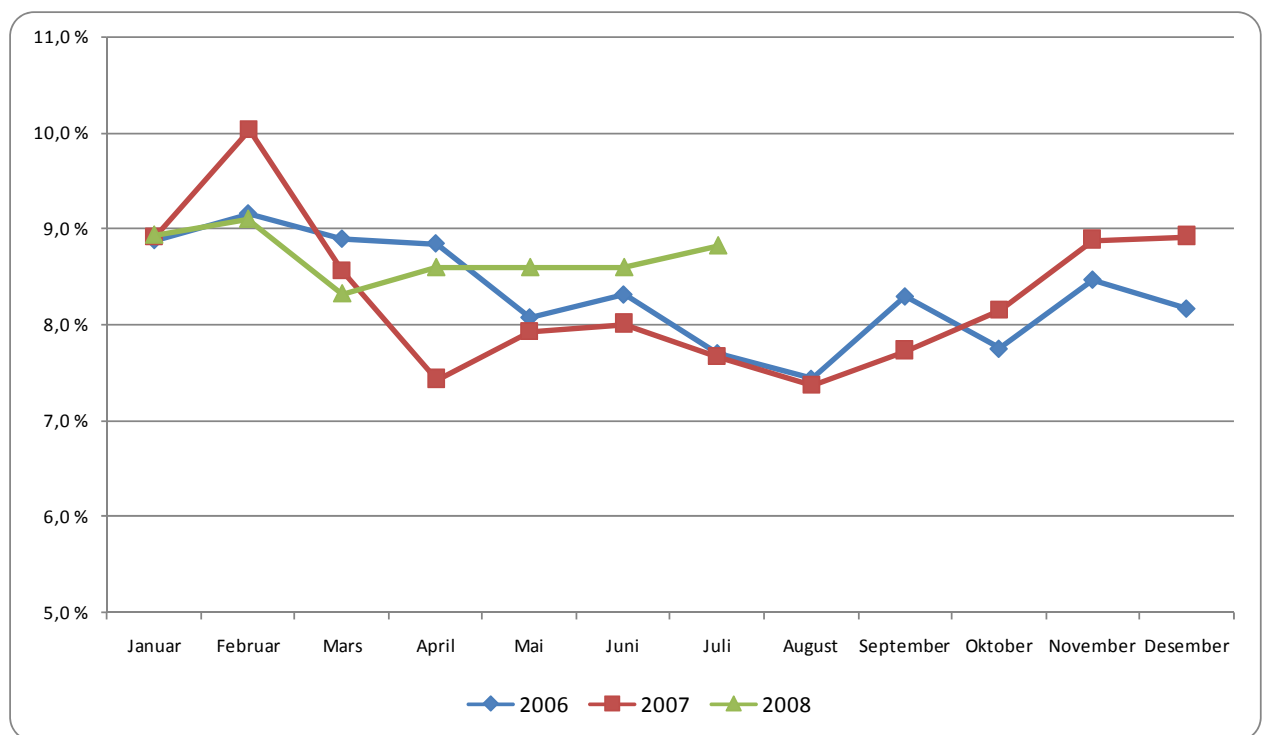
- Fullmakter til å ansette eller opprette stillinger ligger på høyere eller samme nivå som tildelt budsjettansvar

- Det er opprettet utvalg for å godkjenne ansettelser ved alle foretak
- Det foreligger rutiner for å redusere innleie
- Bemanning og lønnsutvikling følges opp på oppfølgingsmøtene med foretakene. I tillegg er bemanningsutvikling fast post på HR direktørmøte.
- Alle legestillinger i Helse Sør-Øst skal innen utgangen av oktober kartlegges opp mot tildelte stillinger i Nasjonalt Råd.
- Det skal gjøres en analyse av fordelingen av legestillinger i regionen. Arbeidet forventes å være ferdigsilt 1. april 2009.

6.2 Sykefravær

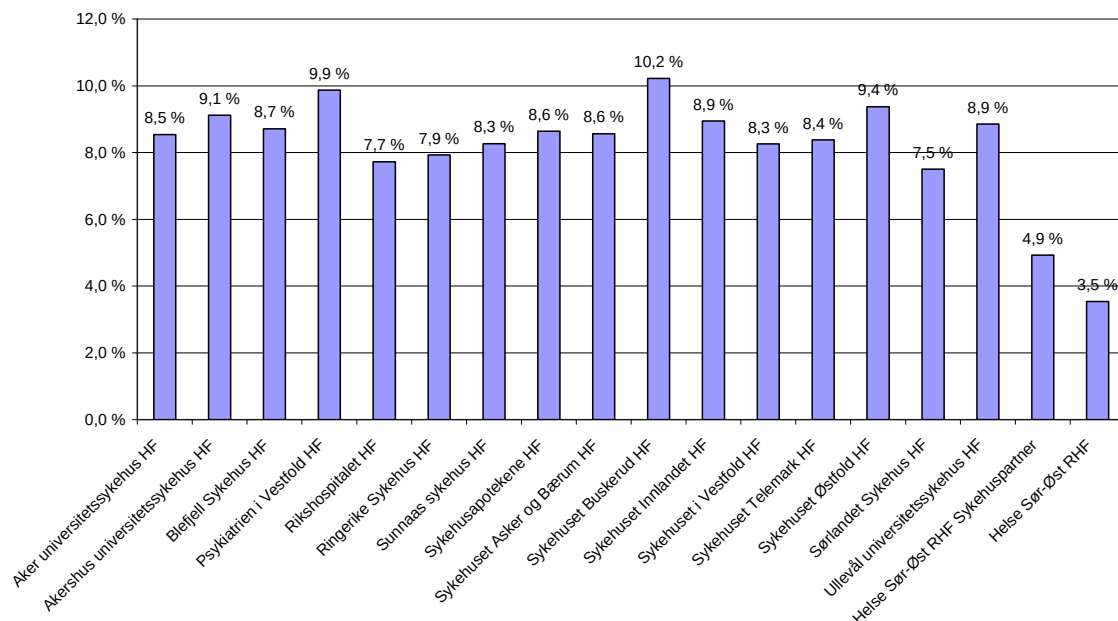
6.2.1 Status

6.2.1.1 Helse Sør-Øst



6.2.1.2 Helseforetakene

Sykefravær jan-aug 2008



6.2.2 Analyse og tiltak

Det totale sykefraværet for Helse Sør-Øst i 2007 ble 8,3 %. Det er satt som mål at sykefraværet skal reduseres med ett prosentpoeng (12 %) i 2008. Sykefraværet de 8 første månedene i 2008 var på 8,6 %. Det betyr at det er lite trolig at regionen vil nå målsettingen om ett prosentpoeng reduksjon i sykefraværet inneværende år.

I følge Statistisk Sentralbyrå var sykefraværet i bransjen "Helse og sosial" i Norge i 2007 på 9,5 %. Sykefraværet totalt i alle bransjer i 2007 var på 6,9 %. Det vil si at Helse Sør-Øst har en god del lavere sykefravær enn gjennomsnittet i sin bransje, men likevel høyere enn i samfunnet generelt. Gjennomsnittlig sykefravær blant kvinner i Norge er på 8,6 %, og 5,5 % blant menn.

Årsakene til det høye sykefraværet i helseforetakene er sammensatt. Kvinnedominerte arbeidsplasser med fysisk slitsomme jobber, tredelt turnus, liten innflytelse på egen arbeidssituasjon, og stort kontrollspenn for førstelinjeledere har generelt høyere sykefravær. En tett og god oppfølging fra nærmeste leder er avgjørende for at den sykemeldte skal komme raskt tilbake i arbeid. Likeledes er et godt arbeidsmiljø avgjørende både ift. forebygging av sykefravær og varigheten av hvert sykefraværstilfelle.

Internt i foretakene varierer sykefraværet kraftig fra ned mot 0 til over 20 % sykefravær. For å nå målsettingen må foretakene sette inn ekstraordinære tiltak i avdelingene med særlig høyt fravær. Enkelte foretak har allerede rutiner for dette. For eksempel har Sørlandet sykehus HF i lengre tid hatt en prosedyre som sier det skal iverksettes ekstraordinære sykefraværprosjekter på alle avdelinger med over 9 % sykefravær. Foretaket har nå det laveste sykefraværet i regionen.

Systematisk tett og god oppfølging av sykemeldte fra nærmeste leder er den enkeltfaktor som har størst påvirkning på sykefraværet. Helse Sør-Øst RHF har to tiltak for å styrke dette arbeidet:

- Elektronisk verktøy som støtter den enkelte leder i sitt oppfølgingsarbeid

- Gjennomføring av opplæringsprogram for ledere det håndtering og oppfølging av sykefravær er en viktig del av opplæringen

7 Status per foretak

Under kapitlet aktivitet, kvalitet og ventetider har en ikke tilstrebet en fullstendig beskrivelse av situasjonsbildet for hvert foretak. Kun større avvik eller "risikoområder" er omtalt. Når det gjelder status for og sammenlikninger mellom foretak/sykehus vises det til oversiktstabeller for ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål som eget vedlegg i kap. 7.17.

7.1 Aker universitetssykehus HF

7.1.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 5,7 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforbedring fra juli med 0,7 mill. kroner.

Forbedringen skyldes lavere aktivitet i august enn budsjettet, og antall lønnede månedsverk er lavere i august enn i juli. På inntektssiden er de polikliniske inntektene innenfor somatikk (inkludert laboratoriet og radiologi) lavere enn forutsatt.

Foretaket melder at de vil gå i balanse innværende år. Imidlertid krever et resultat i balanse i henhold til eiers styringsmål blant annet at omleggingen av finansiering av polikliniske pasienter er budsjettneutral i forhold til tidligere refusjonsinntekter

DRG-aktivitet ligger per august litt over budsjett, men det er en avtagende tendens i perioden.

Per august har foretaket kostnader til lønn som er marginalt lavere enn budsjett.

Varekostnadene knyttet til aktivitet i fortaksgruppen ligger om lag 18 mill. kroner over budsjett per august.

7.1.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august hadde foretaket om lag 18,5 mill. kroner i uløste omstillingsutfordringer i forhold til budsjett.

7.1.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Andel epikriser sent ut innen 7 dager for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusomsorg ligger litt over 50 % og godt under målsettingen (80 %) for 2008. Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager er kun 65 % (mål 100 %). Andel fristbrudd hos rettighetspasienter er høyt innen alle de tre hovedtjenesteområdene, særlig innenfor psykisk helsevern (31 %).

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.2 Akershus universitetssykehus HF

7.2.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 34,8 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 8,1 mill. kroner.

En stor del av akkumulert avvik per august skyldes inntektssvikt. Foretaket melder at de har hatt problemer med budsjetteringen mellom polikliniske NAV inntekter og inntekter fra somatisk poliklinisk virksomhet (refusjonspoeng).

7.2.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august er det realisert 87,7 % av de budsjetterte omstillingstiltakene. Imidlertid medfører den økonomiske utviklingen i inneværende år at det arbeides med å finne tiltak for å forbedre resultatet.

7.2.3 Aktivitet/styringsvariable/ventetider

HFet har fremdeles en høy andel korridorpasienter (4,7 %) innen psykisk helsevern for voksne. Andelen er betydelig redusert fra 1. tertial 2008, men er fremdeles høy og gir fortsatt grunnlag for bekymring.

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.3 Blefjell Sykehus HF

7.3.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 20,1 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforbedring fra juli med 1,1 mill. kroner.

Resultatforbedringen kan forklares med en effektiv sommeravvikling med sammenslåing av sengeposter og lite innleie av personell, samt økt somatisk aktivitet..

Det er hovedsaklig de kirurgiske fag som genererer de negative resultatene. I tillegg har foretaket utfordringer knyttet til lønnsoppgjøret, forsinket omstillingseffekt, samt økte vedlikeholdskostnader.

Foretaket har nå fokus på interne handlingsplaner og tett oppfølging av økonomiske avvik. Innleide vikarer samt noen kontrakter for innleid helsepersonell sies opp. Det foretas minimum av vedlikehold ved foretaket resten av året. Interne informasjons- og opplæringstiltak iverksettes for å få korrekt behandling, dokumentasjon og koding. Rutiner for innkreving av pasientegenandeler søkes forbedret.

Det arbeides kontinuerlig med å finne nye tiltak for å redusere underskuddet så mye som mulig i årets siste måneder.

7.3.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august er det oppnådd ca 80 % av budsjetterte omstillingstiltak. Effekten av omstillingstiltak utgjør hittil i år 24,8 mill. kroner mot budsjetterte 30,9 mill. kroner. Dette tilsvarer et avvik på 6,1 mill. kroner.

Det arbeides fortløpende med tiltak for å nå budsjettmålet.

7.3.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Andel epikriser tverrfaglig spesialisert rusbehandling sent ut innen 10 dager er svært lav, kun 10 %. Sykehuset har ikke rapportert på andel fristbrudd innen somatikk.

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.4 Psykiatrien i Vestfold HF

7.4.1 Budsjettavvik

Resultatet hittil er tilnærmet lik budsjettet. Foretaket styrer mot resultatkravet som er satt fra Helse Sør-Øst RHF.

Samlede inntekter er noe lavere enn budsjett. Dette knytter seg dels til noe lavere polikliniske inntekter enn hittil budsjettet.

Lønnskostnadene samlet er noe lavere enn budsjettet hittil. Lønnsveksten er ca. 10 mill. kroner over det som er kompensert i inntektsrammen fra Helse Sør-Øst RHF og ca. 4,1 mill. kroner over det som samlet er avsatt i foretakets budsjett. Dette dekkes i all hovedsak opp av vakanser i 2008.

Utfordringsbildet for 2009 skjerpes som følge av den sterke lønnsveksten.

7.4.2 Omstillingstiltak – avvik

7.4.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.5 Rikshospitalet HF

7.5.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 127 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 13,6 mill. kroner.

Per august hadde foretaket økte kostnader til lønn i forhold til budsjett på om lag 160 mill. kroner. Dette skyldes at budsjetterte omstillingstiltak er omgjort til stillinger og at manglende effekt av tiltak fremkommer over lønnsbudsjettet for hele helseforetaket. Styret vedtok 1. september ytterligere tiltak for å dekke kostnadene ved lønnsoppgjøret ut over 5 prosent. Dette er viktig for ikke å dra med seg en økt økonomisk utfordring inn i 2009.

DRG-aktivitet ligger per august ca 1500 poeng under budsjett. For somatisk poliklinisk aktivitet er tallene usikre og det kan derfor ikke trekkes konklusjoner nå.

Varekostnadene knyttet til aktivitet i fortaksgruppen er om lag som budsjettet per august.

Foretaket har per august regnskapsført høyere inntekter enn budsjettet. Disse økte inntektene stammer i hovedsak fra konserninterne gjestepasientinntekter.

7.5.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august hadde foretaket i overkant av 145 mill. kroner i uløste omstillingsutfordringer i forhold til budsjett.

7.5.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.6 Ringerike Sykehus HF

7.6.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 11,2 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 1,3 mill. kroner.

Det arbeides kontinuerlig for å finne nye tiltak for å redusere underskuddet så mye som mulig i årets siste måneder.

7.6.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august er det oppnådd ca 65 % av budsjetterte omstillingstiltak. Effekten av omstillingstiltak utgjør hittil i år 10,7 mill. kroner mot budsjettert 16,3 mill. kroner. Dette tilsvarer et avvik på 5,6 mill. kroner. Det synes krevende å oppnå et resultat i tråd med budsjett.

Foretaket har en omstillingsplan på 38,5 mill kr for 2008. Foretaket styrer mot en realisering på 96 % ved utgangen av 2008.

7.6.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Sykehuset har en høy andel korridorpasienter innen somatikk, 5,1 %. Dette gir grunnlag for bekymring og antall og andel korridorpasienter bør reduseres snarlig.

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.7 Sunnaas sykehus HF

7.7.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert positivt budsjettavvik på 1,1 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforbedring fra juli med 0,1 mill. kroner.

Foretaket har høyere kostnader enn budsjettert. Når det gjelder økte lønnskostnader dekkes det i stor grad gjennom eksternt finansierte prosjekter og prosjektet "Raskere tilbake". Oversikt over bruk av månedsverk viser lavere gjennomsnittstall per august i forhold til gjennomsnitt månedsforbruk for 2007.

Det er igangsatt stram økonomisk styring fra starten av 2008 for å kunne møte forventningen om et høyt lønnsoppgjør. Foreløpig tall viser at lønnsoppgjøret for 2008 vil ligge på ca 6 %, dvs. at lønnsoppgjøret blir minst 2,5 mill. kroner høyere enn opprinnelig budsjettert..

Foretaket står med andre ord overfor større økonomiske utfordringer som følge av lønnsoppgjøret enn opprinnelig forutsatt. Dette betyr at foretaket er sårbart dersom det skjer uforutsette hendelser slik som svikt i inntekter.

7.7.2 Omstillingstiltak – avvik

Det jobbes aktivt for å få effektivisert budsjetterte omstillingstiltak. Per august estimerer foretaket at det totalt sett vil nå sine mål for 2008.

7.7.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Det mangler data i 2. tertial for andel fristbrudd for rettighetspasienter. For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.8 Sykehuset Asker og Bærum HF

7.8.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 1,1 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 4,0 mill. kroner.

Totalt sett viser driftskostnadene et negativt avvik mot budsjett på 4,2 mill. kroner. Varekostnadene har positivt avvik på 13,0 mill. kroner. De negative avvikene skyldes innleid helsepersonell og forbruk av medisinske forbruksvarer i somatisk sektor, gjestepasienter rus og høye kostnader til TNF-hemmere.

Lønnskostnadene har et positivt avvik mot budsjett på 8,8 mill. kroner. Lønnsoppgjøret er utbetalt så langt dette er ferdigstilt. Det er foretatt avsetninger for forventede økte kostnader som følge av årets lønnsoppgjør.

Det positive avviket på finans, 5,2 mill. kroner, skyldes renteinntekter og lavere rentekostnader knyttet til kassekreditt enn budsjettert.

7.8.2 Omstillingstiltak – avvik

Omstillingstiltakene følger i hovedsak de planer som er lagt, og det er kun mindre avvik per august.

7.8.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Foretaket har en høy andel tvangsinnleggelser (33 % mot et snitt på 18 % i hele Helse Sør Øst). Dette blir fortløpende fulgt opp av foretaket i møter hvor dette kan påvirkes. Det har imidlertid vært en nedgang i forhold til 1. tertial og den positive trenden henger trolig sammen med redusert beleggsprosent på akuttavdelingen.

I tillegg var det en relativt høy andel fristbrudd for rettighetspasienter i 2. tertial, særlig innen somatikk med 26 % fristbrudd.

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.9 Sykehuset Buskerud HF

7.9.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 16,9 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforbedring fra juli med 3,9 mill. kroner.

Det er en samlet reduksjon av kostnader som er forklaring til det bedre resultatet. Klinikken har iverksatt en rekke tiltak for å sikre et budsjett i balanse.

Aktiviteten er i tråd med budsjettet, men det er usikkerhet knyttet til refusjon for polikliniske konsultasjoner på grunn av endret finansieringsløsning. Avvikling av utleide bygg medfører også at andre driftsinntekter må forventes noe lavere enn budsjett. Gevinst ved salg av eiendom er også en usikker faktor, men så langt ser det ut til at dette kan la seg realisere.

Varekostnadene har et negativt avvik i hovedsak forårsaket av høyere gjestepasientkostnader. Avvik innen lønn knytter seg til variabel lønn. Så langt er lønnsoppgjøret håndtert uten ytterligere forverring i resultatet, men gir en utfordrende situasjon de resterende fire måneder av 2008.

7.9.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august er det oppnådd ca 90 % av budsjetterte omstillingstiltak. Effekten av omstillingstiltak utgjør hittil i år 38,1 mill. kroner mot budsjetterte 42,2 mill. kroner. Dette tilsvarer et avvik på 4,2 mill. kroner. Det arbeides fortløpende med tiltak for å nå balansekravet.

7.9.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Det er registrert en høy andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern for voksne, 38 % mot 9 % for hele RHFet.

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.10 Sykehuset Innlandet HF

7.10.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 33,4 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 15,5 mill. kroner.

Hovedårsaken til det negative budsjettavviket er høyere lønnskostnader enn budsjetterte, både for variabel og fast lønn. Divisjonene er som en følge av dette pålagt å legge frem en egen tiltakspakke for å dekke opp merkostnader etter lønnsoppgjøret, der tiltakene forutsettes å få effekt i 2008.

Akkumulert har aktiviteten de åtte første månedene vært høyere enn tilsvarende periode i fjor, og er også høyere enn forutsatt aktivitet iht driftsavtalen. Aktiviteten i august isolert er imidlertid tilnærmet som planen og lavere enn 2007. Det er et overforbruk på varekostnader i forhold til budsjett. Dette skyldes i stor grad den høye aktiviteten samt at enkelte medisiner har blitt vesentlig dyrere.

Det arbeides kontinuerlig for å finne nye tiltak for å redusere underskuddet i årets siste måneder.

7.10.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august er det oppnådd ca 72,8 % av budsjetterte omstillingstiltak. Det arbeides med vurdering av ytterligere tiltak for å nå balansekravet.

Effekten av omstillingstiltak utgjør hittil i år 54,8 mill. kroner mot budsjettert 75,2 mill. kroner. Dette tilsvarer et avvik på 20,4 mill. kroner. Det er i hovedsak reduksjon av bemanning som er forsinket. Tiltakene forventes å få effekt, men da i noe mindre grad enn budsjettert på grunn av forsinkelsen.

Foretaket arbeider kontinuerlig med vurdering av ytterligere tiltak for å nå budsjettet, og det er ekstra oppmerksomhet og oppfølging mot de divisjoner som ikke oppnår de resultater som forventes.

7.10.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Sykehuset har en høy andel fristbrudd for rettighetspasienter, særlig innen somatikk (31 %) og psykisk helsevern (29 %).

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.11 Sykehuset i Vestfold HF

7.11.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjettavvik på 7,8 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 2,0 mill. kroner.

Det arbeides kontinuerlig for å finne tiltak som kompenserer for oppståtte avvik slik at resultatet kan bli så nært balanse som mulig. Dette er viktig for ikke å dra med seg en økt økonomisk utfordring inn i 2009.

7.11.2 Omstillingstiltak – avvik

Omstillingsarbeidet går i stor grad som planlagt, spesielt godt går arbeidet med de klinikkvise omstillingene.

Det er periodisert inn gevinst ved salg av leiligheter i 2. halvår. Det er noe usikkerhet om dette lar seg gjennomføre i løpet av høsten da dette har sammenheng med mulig utbygginger for Psykiatrien i Vestfold, og så langt er det derfor ikke lagt inn effekt av dette tiltaket i prognosen

7.11.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.12 Sykehuset Telemark HF

7.12.1 Budsjetttavvik

Per august har foretaket et akkumulert positivt budsjetttavvik på 0,2 mill. kroner. Avviket fra budsjett er uendret fra juli.

Den økonomiske resultatutviklingen er i samsvar med eiers krav. Det er registrert merkostnader for gjestepasienter i perioden som kompenseres av positive resultater for klinikkene. Varekostnadene er høyere enn budsjettet og skyldes gjestepasientkostnader over forventet nivå. Øvrige driftskostnader ligger under budsjettet nivå, i hovedsak som følge av utsatte vedlikeholdsaktiviteter.

7.12.2 Omstillingstiltak – avvik

Kravet til omstilling på 40 mill. kroner i 2008 blir realisert gjennom ulike tiltak, heriblant en planlagt nedbemanning på 68 årsverk.

7.12.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Sykehuset har lang ventetid innen fagområdet psykisk helsevern for barn og unge, 97 dager mot snitt på 65 dager i hele Helse Sør-Øst i 2. tertial. Andel fristbrudd innen psykisk helsevern er 25 % mot 15 % for hele RHFet. Det er en høy andel korridorpasienter for somatikk (4 %).

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.13 Sykehuset Østfold HF

7.13.1 Budsjetttavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjetttavvik på 4,8 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforbedring fra juli med 0,1 mill. kroner.

Avviket skyldes i hovedsak merkostnader til lønn, innleid arbeidskraft, pasienttransport og TNF-hemmere.

Risikoen for måloppnåelse per 31.12.08 er i hovedsak knyttet til merkostnader til årets lønnsoppgjør.

Foretaket har iverksatt et forbedringsprogram hvor ett av målene er å redusere kostnader til lønn og innleie, samt et prosjekt for reduksjon av pasienttransportkostnader.

7.13.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august er det oppnådd ca 94 % av budsjetterte omstillingstiltak. Effekten av omstillingstiltak utgjør hittil i år 36,4 mill. kroner mot budsjettet 38,7 mill. kroner. Dette tilsvarer et avvik på 2,3 mill. kroner. Foretaket forventer at omstillingstiltakene i all hovedsak vil gå etter planen i 2008.

7.13.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Sykehuset har lang ventetid innen fagområdet psykisk helsevern for barn og unge, 114 dager mot snitt på 65 dager i hele Helse Sør-Øst i 2. tertial. Det mangler data for tvangsinnleggelser i psykisk og reinnleggelser innen helsevern for voksne.

Andel fristbrudd innen somatikk er 39 %, mer en dobbelt så høyt som gjennomsnittet (17 %) for RHFet

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.14 Sørlandet Sykehus HF

7.14.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjetavvik 38,1 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 5,6 mill. kroner.

Det negative budsjetavviket er i hovedsak knyttet til merforbruk innen pasientreiser og gjestepasientkostnader. Pasientreiser viser et merforbruk på 19 mill. kroner og gjestepasientkostnader somatikk viser et merforbruk på 10 mill. kroner (netto). I tillegg er det lavere ISF-inntekter enn forutsatt i budsjettet. Det arbeides fortløpende med å finne tiltak for å redusere det negative avviket.

7.14.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august er det oppnådd ca 78 % av budsjetterte omstillingstiltak. Det arbeides med vurdering av ytterligere tiltak for å nå balansekravet. Effekten av omstillingstiltak utgjør hittil i år 59,7 mill. kroner mot budsjettert 76,3 mill. kroner. Dette tilsvarer et avvik på 16,7 mill. kroner. Avviket skyldes hovedsakelig at klinikkene bare delvis har oppnådd de planlagte tiltakene ift driftsoptimalisering. Kostnader innen området pasientreiser har hittil økt forholdsmessig mye. For mange av tiltakene lå det inne optimistiske vurderinger, og det ble periodisert inn effekt allerede fra 01.01.2008.

7.14.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.15 Ullevål universitetssykehus HF

7.15.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert negativt budsjetavvik på 98,2 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforverring fra juli med 14,0 mill. kroner.

DRG-aktivitet ligger per august om lag som budsjett. For somatisk poliklinisk aktivitet er foretaket fortsatt usikker på hvordan omleggingen vil slå ut.

Per august var det 378 flere brutto årsverk enn måltallet ved utgangen av desember 2008.

Per august har foretaket økte kostnader til lønn i forhold til budsjett på i overkant av 50 mill. kroner. For august måned er det et negativt avvik på 13 mill. kroner.

Varekostnadene knyttet til aktivitet i fortaksgruppen viser per august et negativt avvik i forhold til budsjett på i underkant av 30 mill. kroner.

Foretaket har per august regnskapsført høyere inntekter enn budsjettert. Særlig postene konserninterne gjestepasientinntekter og polikliniske inntekter (takstrefusjoner fra NAV) viser positive avvik.

12 millioner av underskuddet gjelder avvik vedrørende salg av eiendom.(engangsavsetning). Når det gjelder brutto årsverk er antallet 120 lavere enn tilsvarende måned i fjor.

7.15.2 Omstillingstiltak – avvik

Per august hadde foretaket i overkant av 66 mill. kroner i uløste omstillingsutfordringer i forhold til budsjett. Styret vedtok i juni nye tiltak som i stor grad vil ha oppstart i løpet av august.

7.15.3 Aktivitet/styringsvariabler/ventetider

Sykehuset har en svært lav andel, kun 10 %, av henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge som er vurdert innen 10 dager. Dette er langt unna målsettingen på 100 %. Dette vil bli fulgt opp nærmere.

For øvrig vises det til vedlagte tabelloversikter, ventetider og styringsvariabler/kvalitetsmål.

7.16 Sykehusapotekene HF

7.16.1 Budsjettavvik

Per august har foretaket et akkumulert positivt budsjettavvik på 8,4 mill. kroner. Dette tilsvarer en resultatforbedring fra juli med 0,1 mill. kroner.

Forbedringen i forhold til budsjett hittil i år skyldes i hovedsak høyere salg innenfor privatmarkedet sammenlignet med budsjett (4,9 %). I tillegg er personalkostnadene lavere enn budsjettet.

7.17 Tabeller styringsvariable / kvalitetsindikatorer

Gjennomsnittlig ventetid (dager) avviklede pasienter, med rett og uten rett til nødvendig helsehjelp. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.

Somatikk	2. tertial 2008	
	Med rett	Uten rett
Aker universitetssykehus HF	71	61
Akershus universitetssykehus HF	74	112
Bleifjell Sykehus HF	55	95
Diakonhjemmet sykehus A/S	59	48
Lovisenberg diakonale sykehus	78	85
Privat tidl. Helse Øst RHF	68	63
Privat tidl. Helse Sør RHF	43	88
Psykiatrien i Vestfold HF	0	0
Rikshospitalet HF	81	108
Ringerike sykehus HF	57	92
Sørlandet Sykehus HF	54	81
Sunnaas sykehus HF	69	80
Sykehuset Asker og Bærum HF	57	71
Sykehuset Buskerud HF	66	83
Sykehuset i Vestfold HF	51	68
Sykehuset Innlandet HF	61	61
Sykehuset Østfold HF	63	72
Sykehuset Telemark HF	57	58
Ullevål universitetssykehus HF	42	54
Helse Sør-Øst RHF	61	72

Psykisk helsevern barn og unge (BUP)

	2. tertial 2008	
	Med rett	Uten rett
Aker universitetssykehus HF	77	0
Akershus universitetssykehus HF	75	58
Bleifjell Sykehus HF	72	31
Diakonhjemmet sykehus	46	0
Lovisenberg diakonale sykehus	67	13
Privat tidl. Helse Øst RHF	0	0
Privat tidl. Helse Sør RHF	0	0
Psykiatrien i Vestfold HF	59	52
Rikshospitalet HF	0	0
Ringerike sykehus HF	64	224
Sørlandet Sykehus HF	17	17
Sunnaas sykehus HF		
Sykehuset Asker og Bærum HF	42	0
Sykehuset Buskerud HF	65	0
Sykehuset i Vestfold HF	0	0
Sykehuset Innlandet HF	68	125
Sykehuset Østfold HF	114	85
Sykehuset Telemark HF	97	21
Ullevål universitetssykehus HF	49	136
Helse Sør-Øst RHF	65	57

Psykisk helsevern voksne (VOP)	2. tertial 2008	
	Med rett	Uten rett
Aker universitetssykehus HF	53	88
Akershus universitetssykehus HF	55	52
Bleifjell Sykehus HF	44	35
Diakonhjemmet sykehus A/S	33	34
Lovisenberg diakonale sykehus	33	29
Privat tidl. Helse Øst RHF	0	0
Privat tidl. Helse Sør RHF	308	12
Psykiatrien i Vestfold HF	61	84
Rikshospitalet HF	80	46
Ringerike sykehus HF	72	38
Sørlandet Sykehus HF	36	70
Sunnaas sykehus HF		
Sykehuset Asker og Bærum HF	35	64
Sykehuset Buskerud HF	57	45
Sykehuset i Vestfold HF	0	0
Sykehuset Innlandet HF	55	56
Sykehuset Østfold HF	46	32
Sykehuset Telemark HF	44	41
Ullevål universitetssykehus HF	42	51
Helse Sør-Øst RHF	49	46

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

	2. tertial 2008	
	Med rett	Uten rett
Aker universitetssykehus HF	29	43
Akershus universitetssykehus HF	39	36
Bleifjell Sykehus HF	35	51
Diakonhjemmet sykehus A/S	0	0
Lovisenberg diakonale sykehus	16	0
Privat tidl. Helse Øst RHF	114	49
Privat tidl. Helse Sør RHF	87	141
Psykiatrien i Vestfold HF	66	108
Rikshospitalet HF	0	0
Ringerike sykehus HF	43	86
Sørlandet Sykehus HF	59	77
Sunnaas sykehus HF	0	0
Sykehuset Asker og Bærum HF	45	30
Sykehuset Buskerud HF	68	93
Sykehuset i Vestfold HF	0	0
Sykehuset Innlandet HF	69	101
Sykehuset Østfold HF	62	67
Sykehuset Telemark HF	29	27
Ullevål universitetssykehus HF	39	0
Helse Sør-Øst RHF	62	88

Andel epikriser sendt ut innen 7 dager. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.**Epikrisetid somatikk**

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	54 %
Akershus universitetssykehus HF	68 %
Bleifjell sykehus HF	66 %
Diakonhjemmet Sykehus	73 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	68 %
Rikshospitalet HF	67 %
Ringerike Sykehus HF	73 %
Sunnaas sykehus HF	68 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	76 %
Sykehuset Buskerud HF	73 %
Sykehuset Innlandet HF	63 %
Sykehuset i Vestfold HF	60 %
Sykehuset Telemark HF	85 %
Sykehuset Østfold HF	45 %
Sørlandet sykehus HF	62 %
Ullevål universitetssykehus HF	66 %
Helse Sør-Øst	65 %

Epikrisetid**psykisk helsevern**

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	51 %
Akershus universitetssykehus HF	58 %
Bleifjell sykehus HF	61 %
Diakonhjemmet Sykehus	58 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	62 %
Psykiatrien i Vestfold HF	84 %
Ringerike Sykehus HF	88 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	79 %
Sykehuset Buskerud HF	81 %
Sykehuset Innlandet HF	76 %
Sykehuset Telemark HF	73 %
Sykehuset Østfold HF	68 %
Sørlandet Sykehus HF	76 %
Ullevål universitetssykehus HF	51 %
Helse Sør-Øst	70 %

**Epikrisetid tverrfaglig spesialisert
rusbehandling**

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	55 %
Akershus universitetssykehus HF	96 %
Bleifjell sykehus HF	10 %
Diakonhjemmet Sykehus	38 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0 %
Psykiatrien i Vestfold HF	88 %
Ringerike Sykehus HF	100 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	83 %
Sykehuset Buskerud HF	65 %
Sykehuset Innlandet HF	65 %
Sykehuset Telemark HF	90 %
Sykehuset Østfold HF	91 %
Sørlandet Sykehus HF	75 %
Ullevål universitetssykehus HF	0 %
Helse Sør-Øst	73 %

Andel korridorpasienter. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.

Korridorpasienter somatikk

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	1,9 %
Akershus universitetssykehus HF	2,9 %
Bleifjell sykehus HF	1,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	2,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,9 %
Rikshospitalet HF	0,0 %
Ringerike Sykehus HF	5,1 %
Sunnaas sykehus HF	0,0 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	0,5 %
Sykehuset Buskerud HF	0,2 %
Sykehuset Innlandet HF	1,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,3 %
Sykehuset Telemark HF	4,0 %
Sykehuset Østfold HF	2,7 %
Sørlandet Sykehus HF	0,9 %
Ullevål universitetssykehus HF	2,2 %
Helse Sør-Øst	1,8 %

Korridorpasienter akutt avd. psykisk helsevern voksne

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	0,0 %
Akershus universitetssykehus HF	4,7 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,2 %
Psykiatrien i Vestfold HF	0,0 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	0,5 %
Sykehuset Buskerud HF	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	0,0 %
Sykehuset Telemark HF	0,0 %
Sykehuset Østfold HF	0,0 %
Sørlandet Sykehus HF	0,0 %
Ullevål universitetssykehus HF	0,1 %
Helse Sør-Øst	0,6 %

Andel henvisninger psykisk helsevern barn og unge (BUP) vurdert innen 10 dager. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.

Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	65 %
Akershus universitetssykehus HF	67 %
Bleifjell sykehus HF	98 %
Diakonhjemmet Sykehus	87 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	90 %
Psykiatrien i Vestfold HF	97 %
Ringerike Sykehus HF	90 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	98 %
Sykehuset Buskerud HF	90 %
Sykehuset Innlandet HF	88 %
Sykehuset Telemark HF	82 %
Sykehuset Østfold HF	81 %
Sørlandet Sykehus HF	100 %
Ullevål universitetssykehus HF	10 %
Helse Sør-Øst	81 %

Konsultasjoner per behandler per virkedag og HF. Psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn og unge. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.

Konsultasjoner pr behandler per virkedag - voksenpsykiatri

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	1,9
Akershus universitetssykehus HF	2,4
Bleifjell sykehus HF	2,3
Diakonhjemmet Sykehus	3,1
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2,2
Psykiatrien i Vestfold HF	2,9
Rikshospitalet HF	4,6
Ringerike Sykehus HF	2,8
Sykehuset Akser og Bærum HF	3,0
Sykehuset Buskerud HF	2,1
Sykehuset Innlandet HF	1,4
Sykehuset Telemark HF	2,3
Sykehuset Østfold HF	1,7
Sørlandet Sykehus HF	2,5
Ullevål universitetssykehus HF	2,0
Helse Sør-Øst	2,1

Tiltak/konsultasjoner per behandler per virkedag. Psykisk helsevern barn og unge.

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	2,0
Akershus universitetssykehus HF	2,3
Bleifjell sykehus HF	1,8
Diakonhjemmet Sykehus	2,4
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2,4
Psykiatrien i Vestfold HF	2,9
Rikshospitalet HF	9,0
Ringerike Sykehus HF	2,0
Sykehuset Akser og Bærum HF	2,3
Sykehuset Buskerud HF	1,8
Sykehuset Innlandet HF	1,7
Sykehuset Telemark HF	3,2
Sykehuset Østfold HF	1,8
Sørlandet Sykehus HF	1,6
Ullevål universitetssykehus HF	2,3
Helse Sør-Øst	2,1

Andel tvangsinnleggelser totalt (= tvungen undersøkelse + tvunget opphold) psykisk helsevern voksne. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.

Andel ikke planlagte øyeblikkelig hjelp reinnleggelser innen 3 uker akuttavdeling psykisk helsevern voksne. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.

Tvungen innleggelse psykisk helsevern voksne (Andel totalt)

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	19 %
Akershus universitetssykehus HF	11 %
Bleifjell Sykehus HF	3 %
Diakonhjemmet Sykehus	19 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	26 %
Psykiatrien i Vestfold HF	22 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	33 %
Sykehuset Buskerud HF	24 %
Sykehuset Innlandet HF	12 %
Sykehuset Telemark HF	25 %
Sykehuset Østfold HF	-
Sørlandet Sykehus HF	18 %
Ullevål universitetssykehus HF	12 %
Helse Sør-Øst totalt	18 %

Andel ikke planlagte reinnleggelser akuttavd. Psykisk helsevern voksne

	2. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	21 %
Akershus universitetssykehus HF	0 %
Bleifjell sykehus HF	
Diakonhjemmet Sykehus	
Lovisenberg Diakonale Sykehus	
Psykiatrien i Vestfold HF	20 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	
Sykehuset Buskerud HF	38 %
Sykehuset Innlandet HF	2 %
Sykehuset Telemark HF	13 %
Sykehuset Østfold HF	
Sørlandet Sykehus HF	0 %
Ullevål universitetssykehus HF	
Helse Sør-Øst totalt	9 %

Andel fristbrudd for rettighetspasienter. Status HSØ/HF/sykehus per 2. tertial 2008.**Fristbrudd og tjenetseområde**

	2. tertial 2008		
	Somatikk	Psykisk helsevern	TSB (rusbehandling)
Aker universitetssykehus HF	25 %	31 %	23 %
Akershus universitetssykehus HF	10 %	6 %	3 %
Blefjell Sykehus HF	mangler data	2 %	0 %
Diakonhjemmet sykehus	5 %	7 %	3 %
Lovisenberg diakonale sykehus	2 %	13 %	2 %
Psykiatrien i Vestfold HF		19 %	20 %
Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF	8 %	mangler data	mangler data
Ringerike sykehus HF	15 %	0 %	0 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	26 %	18 %	22 %
Sykehuset Buskerud HF	26 %	0 %	0 %
Sykehuset Innlandet HF	31 %	29 %	17 %
Sykehuset i Vestfold HF	7 %		
Sykehuset Sørlandet	24 %	5 %	5 %
Sykehuset Telemark HF	16 %	25 %	mangler data
Sunnaas sykehus HF	mangler data		
Sykehuset Østfold HF	39 %	1 %	5 %
Ullevål universitetssykehus HF	4 %	4 %	0 %
Helse Øst RHF	17 %	15 %	11 %