



Tertialrapport, 3 tertial 2007

Aktivitet-, kvalitet og økonomirapportering

Helse Sør-Øst RHF

Februar 2008

Endret 03.03.08

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	Samlet oversikt Helse Sør-Øst	3
2	Tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten	4
2.2	Likeverdighet	9
2.3	Kvalitet.....	12
2.4	Områder med særskilt fokus.....	17
3	Aktivitet	18
3.1	Aktivitet innen somatisk virksomhet.....	18
3.2	Aktivitet på andre tjenesteområder	21
3.3	Analyse og tiltak	22
4	Økonomi og likviditet	23
4.1	Resultat	23
4.2	Likviditet.....	25
4.3	Investeringer.....	26
4.4	Omstilling.....	27
5	Organisasjon og ledelse	29
5.1	Bemanning	29
5.2	Sykefravær	31
6	Status per foretak.....	33
6.1	Aker universitetssykehus HF	33
6.2	Akershus universitetssykehus HF	34
6.3	Blefjell Sykehus HF	35
6.4	Psykiatrien i Vestfold HF	36
6.5	Rikshospitalet HF	37
6.6	Ringerike Sykehus HF	38
6.7	Sunnaas sykehus HF	39
6.8	Sykehuset Asker og Bærum HF	40
6.9	Sykehuset Buskerud HF	41
6.10	Sykehuset Innlandet HF	42
6.11	Sykehuset i Vestfold HF	43
6.12	Sykehuset Telemark HF	44
6.13	Sykehuset Østfold HF.....	45
6.14	Sørlandet Sykehus HF.....	46
6.15	Ullevål universitetssykehus HF	47
6.16	Sykehusapotekene ANS.....	48

1 Samlet oversikt Helse Sør-Øst

AKTIVITET	3. tertial			År/snitt			
	2006	2007	07 mot 06 i%	2006	2007		
					Mål	Res.	07 mot 06 i%
DRG Poeng foretaksgruppen ("Sørge for")	331 281	340 073	2,7 %	621 065	626 769	637 760	2,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner:							
Somatikk	735 178	764 263	4,0 %	2 108 294	2 144 943	2 186 979	3,7 %
Psykisk helsevern voksne	191 212	202 635	6,0 %	528 342		561 464	6,3 %
Psykisk helsevern barn/ungdom	172 388	118 074	-31,5 %	281 917		322 861	14,5 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	44 669	50 008	12,0 %	128 500		146 765	14,2 %

KVALITET	3. tertial			År/snitt			
	2006	2007	07 mot 06 i%	2006	2007		
					Mål	Res.	07 mot 06 i%
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskriving somatikk	62 %	62 %	1,1 %	59 %	80 %	62 %	5,4 %
Andel epikriser sent innen 7 dager etter utskriving - psykisk helsevern	60 %	63 %	5,2 %	59 %	80 %	62 %	4,4 %
Andel korridorpasienter - somatikk	2 %	2 %	4,5 %	2,5 %	~ 0	2,5 %	0,0 %
Andel korridorpasienter - psykisk helsevern	1 %	1 %	-10,0 %	1,4 %	~ 0	1,3 %	-7,1 %
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - somatikk	63	68	7,9 %	61	som i 2006	63	3,3 %
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - psykisk helsevern barn og ungdom	78	68	-12,8 %	81	forbedring ift 2006	72	-11,1 %
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - psykisk helsevern voksne	45	58	28,9 %	49	forbedring ift 2006	47	-4,1 %
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - tverrfaglig spesialisert rusbehandling	48	50	4,2 %	48	forbedring ift 2006	54	12,5 %
Individuell plan barnehabilitering	27	40	44,7 %	29		35	21,7 %
Individuell plan hyperkinetisk forstyrrelse psykisk helsevern barn og ungdom	12		15 %	14		16	17,3 %
Individuell plan schizofreni psykisk helsevern voksne	70	36	-47,9 %	64		35	-45,4 %
Andel tvangsinnlagte psykisk helsevern	19 %	19 %	1,0 %	21 %	IA	20 %	-7,1 %
Antall konsultasjoner per behandlerårsverk per dag v/polikl psykisk helsevern voksne	2,2	2,2	0,0 %	2,2	3	2,1	-4,5 %
Antall tiltak per behandlerårsverk per dag v/polikl psykisk helsevern barn og ungdom	2,1	2,1	0,0 %	2,1		2,1	0,0 %
Andel henvisninger vurdert innen 10 virkedager - BUP	IA	94 %		IA	100 %	90 %	
Ikke planlagte reinnleggelse psykisk helsevern	IA	14 %		IA		12 %	
Andel strykninger planlagte operasjoner	7 %	7 %	3,0 %	7 %	< 5 %	7 %	5,8 %
Andel ventetider oppdater på sykehusvalg.no siste 3 uker	IA	72 %		IA	IA	78 %	
Andel keisersnitt	17 %	17 %	0,0 %	17 %	IA	16 %	-2,8 %

ØKONOMI	3. tertial			År/snitt			
	2006	2007	07 mot 06 i%	2006	2007		
					Mål	Res.	07 mot 06 i%
Resultat	-608 336	-2 790 577	358,7 %	-1 806 825	-2 775 000	-3 823 960	111,6 %
Omstilling	325 638	246 487	-24,3 %	760 957	1 493 956	772 356	1,5 %
Likviditesreserve	-497 188	-1 092 605	119,8 %	-1 162 439	-2 616 995	-2 500 605	115,1 %

HR	3. tertial			År/snitt			
	2006	2007	07 mot 06 i%	2006	2007		
					Mål	Res.	07 mot 06 i%
Årsverk	55008	55366	0,7 %	54358	na	54754	0,7 %
Sykefravær	8,2 %	8,4 %	2,4 %	8,4 %	na	8,3 %	-1,2 %

*) Tallene for Psykisk Helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og personell er ufullstendige pga. ulik mål og registreringspraksis i tidligere Helse Sør og Helse Øst. Det arbeides med å få dette på plass slik at rapporteringen på et overordnet nivå blir fullstendig.

2 Tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten

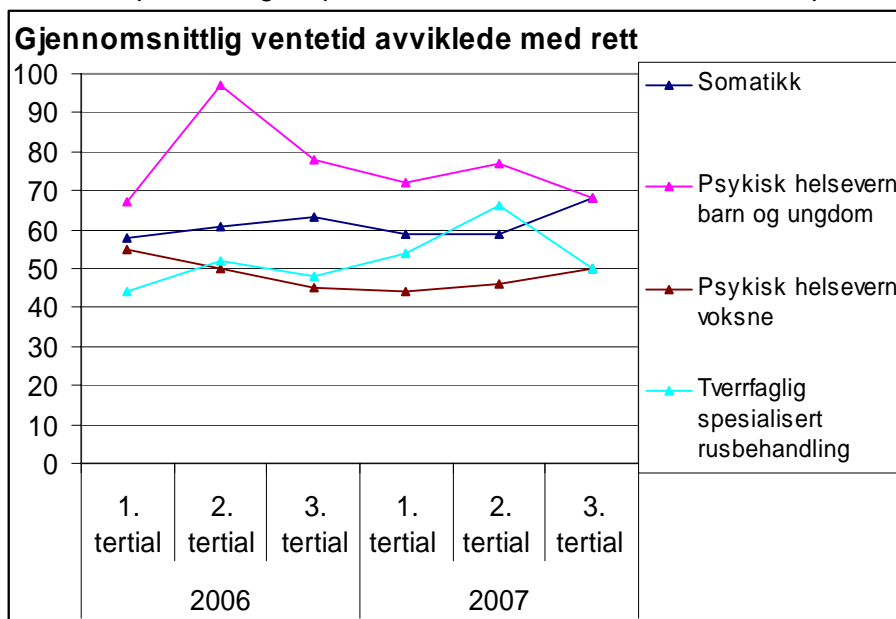
Det er 2.617 langtidsventende i Helse Sør-Øst per 3. tertial 2007. Det er en nedgang på 14 % fra 3. tertial i 2006, men målet om at ingen skal vente mer enn 1 år er altså ikke nådd,

85 % av de som har ventet mer enn 1 år venter på poliklinisk behandling. Om lag en fjerdedel av de langtidsventende er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Den største gruppen av langtidsventende finner vi innen fagområdene øre-nese-hals og kvinnesykdommer på Rikshospitalet HF.

Det er fortsatt behov for at helseforetakene og sykehusene jevnlig går gjennom ventelistene. De melder om at mange av pasientene som blir stående lenge på listene ikke er reelle ventere. Når sykehusene kvalitetssikrer listene, viser det seg at mange av venterne kan strykes, bl.a. fordi de allerede har vært til undersøkelse/behandling annet sted eller har blitt bedre i ventetiden.

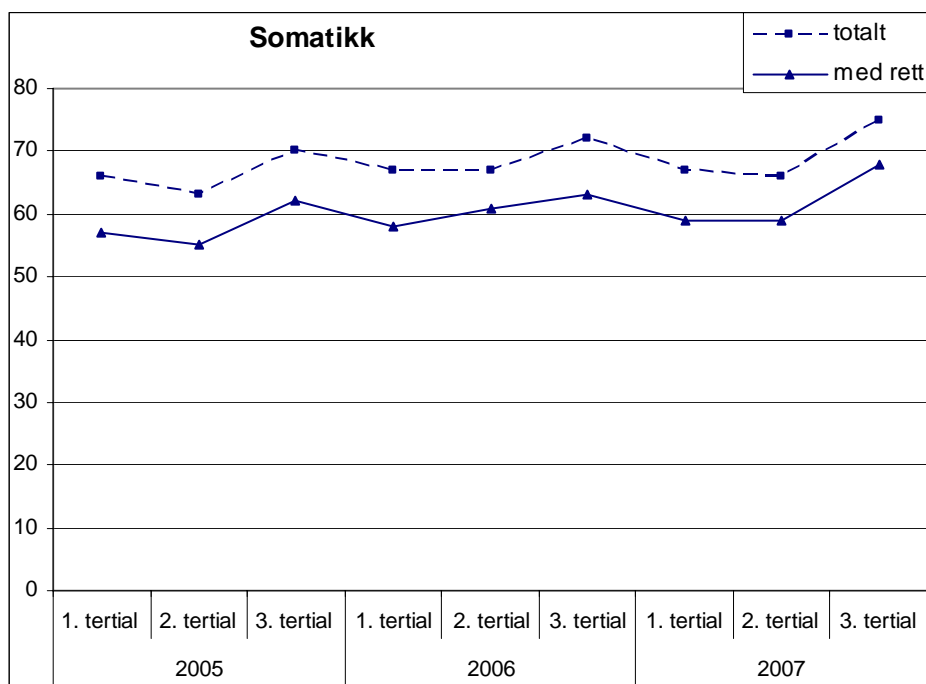
Oversikt over ventetidsutviklingen

Ventetidsutviklingen er ikke entydig positiv. Figur 1 viser at målet for 2007 om å redusere registrerte ventetider fra 2006 kun er oppnådd på noen tjenesteområder, for de pasienter som har blitt prioritert for behandling. Når gjennomsnittstall presenteres, må det samtidig poengteres at det også innenfor dem med "rett til nødvendig helsehjelp" skjer stor grad av individuell prioritering av pasienters ventetid ut fra den enkelte pasients behov.



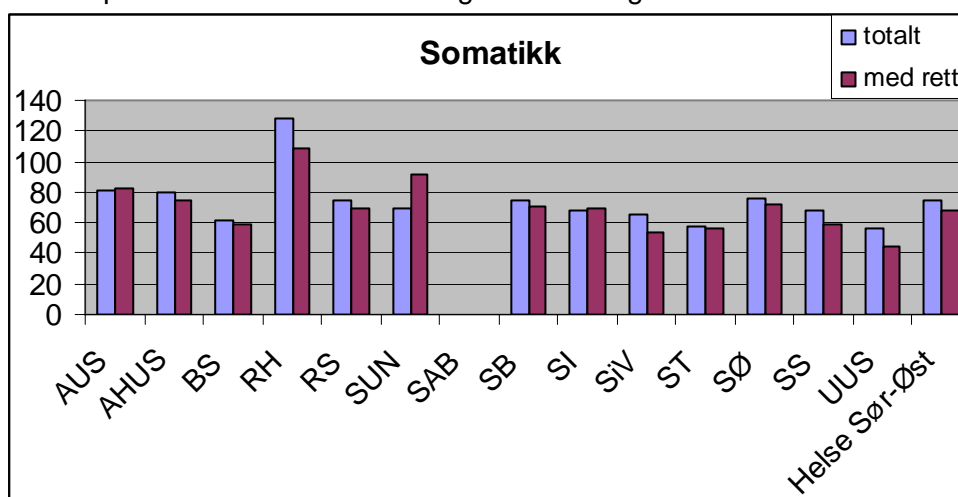
Figur 2.1 Utvikling av gjennomsnittlig ventetid avviklede med rett på tjenesteområdene

2.1.1 Ventetid somatiske fagområder



Figur 2.2 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, alle pasienter og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

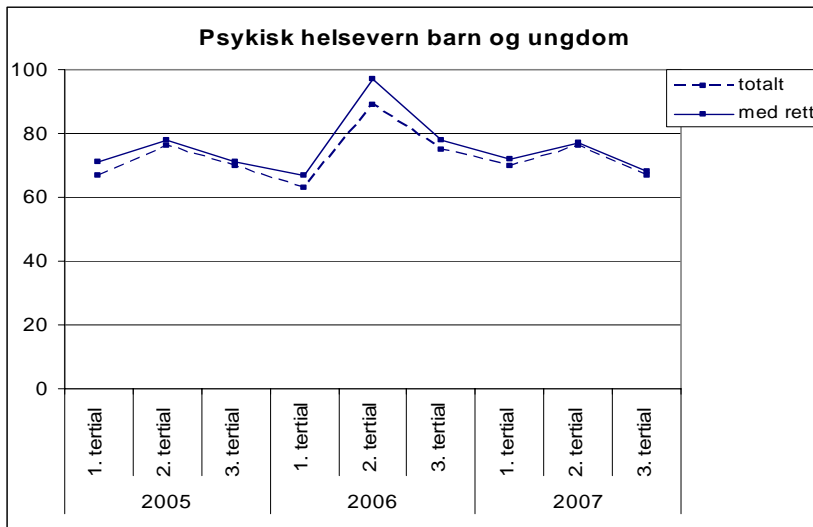
Innen somatikk har ventetidene økt i 2007 sammenliknet med 2006. Gjennomsnittlig ventetid for alle som henvises til behandling innen somatiske områder er 75 dager, tre dager lenger enn i samme periode i fjor. For de som gis rett til nødvendig helsehjelp er økningen på 2 dager (fra 61 dager i 2006 til 63 dager i 2007). I de tre siste årene har registrert ventetid alltid vært lengst i 3. tertial, og tertialtallene viser økning fra 2005 til 2007. Samlet har foretaksgruppen derfor ikke klart å nå målsettingen om at ventetiden til behandling skal ligge uendret. Det er også bekymringsfullt at gjennomsnittet for 3. tertial ligger desidert høyest, hvilket kan tyde på en fortsatt økende tendens. Dette er klart i strid med 2007-målet om at "gjennomsnittlig ventetid skal ikke øke innen somatikk". Av helseforetakene er det Rikshospitalet HF som markerer seg med de lengste ventetidene.



Figur 1.3 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede 3. tertial på hvert helseforetak, alle pasienter og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

2.1.2 Ventetid psykisk helsevern

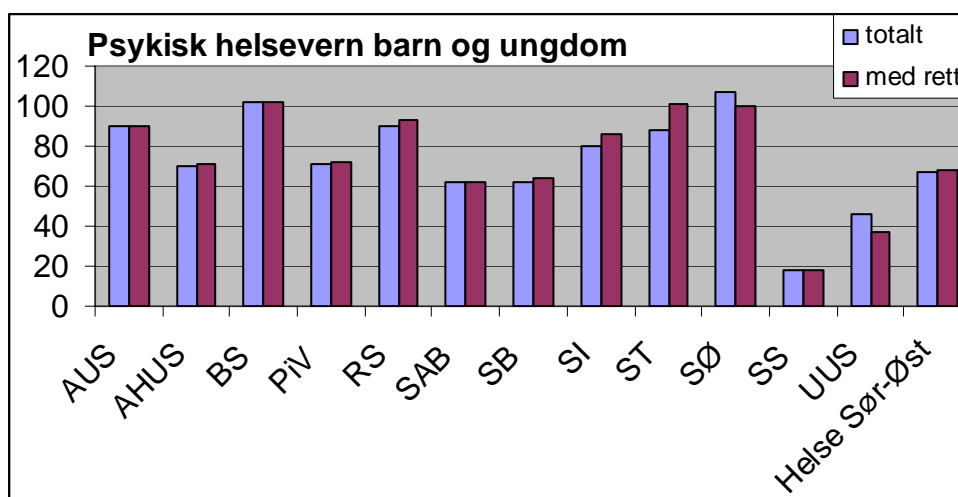
2.1.2.1 Barn og ungdom



Figur 2.4 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, alle pasienter og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

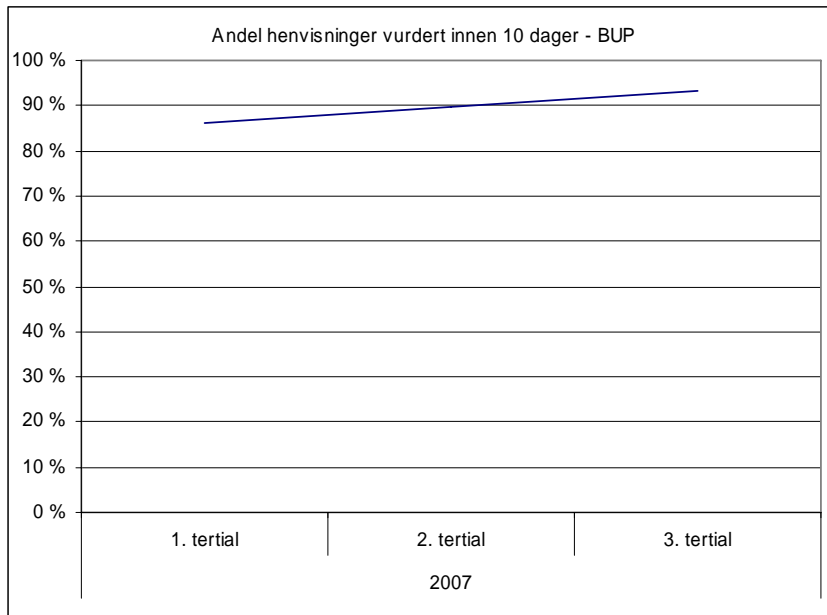
Innen psykisk helsevern barn og ungdom er ventetiden i 2007 gått ned til 2005-nivå, etter at den forbigående lå enda høyere i 2006. Samlet for året har gjennomsnittlig ventetid gått ned med 9 dager (fra 81 til 72), og isolert for 3. tertial 2007 er ventetiden 68 dager, Det kan indikere at ventetiden er ytterligere på vei ned. Samtidig viser figur 2.4 og 2.5 at det ikke skjer en reell prioritering av pasienter som søker til fagområdet, med Sykehuset Østfold og Ullevål universitetssykehus HF som unntak. Tallene viser at pasienter med rett til helsehjelp dels har lenger ventetid enn hele pasientgruppen, og dette er verken forenlig med regionale mål eller forskriftens intensjon.

Figur 2.5 viser også store ventetidsvariasjoner mellom helseforetakene. Mens Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF har gjennomsnittlige ventetider rundt 100 dager, er ventetiden ved Sykehuset Sørlandet HF under 20 dager.



Figur 2.5 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter 3. tertial på hvert helseforetak, alle pasienter og de med rett til nødvendig helsehjelp

Tid før henvisning til BUP blir vurdert

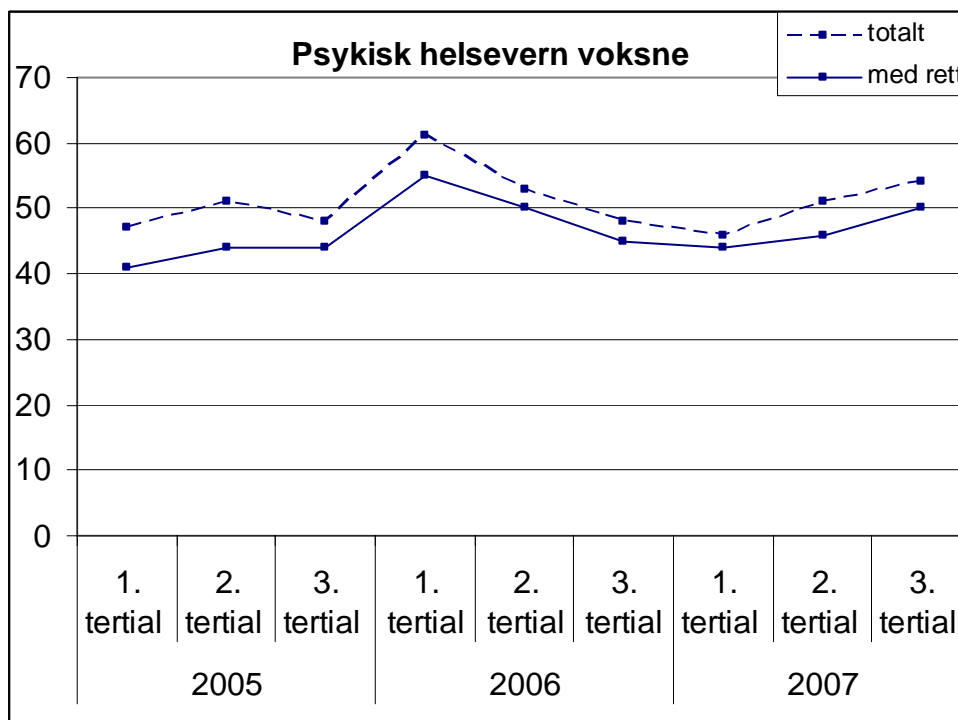


Figur 2.6 Utvikling i andel henvisninger som er vurdert innen 10 dager – psykisk helsevern for barn og ungdom

Det er gledelig at "andelen henvisninger vurdert innen ti dager" viser en økning gjennom året, med det forbehold at kun halvparten av helseforetakene har rapportert. Blefjell sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF rapporterer at de vurderer 100 prosent av henvisningene innen 10 dager, mens de andre varierer ned til 86 prosent.

Helse Sør-Øst RHF vil sørge for at alle helseforetakene rapporterer på indikatoren og at de iverksetter tiltak slik at alle henvisninger blir vurdert innen 10 dager.

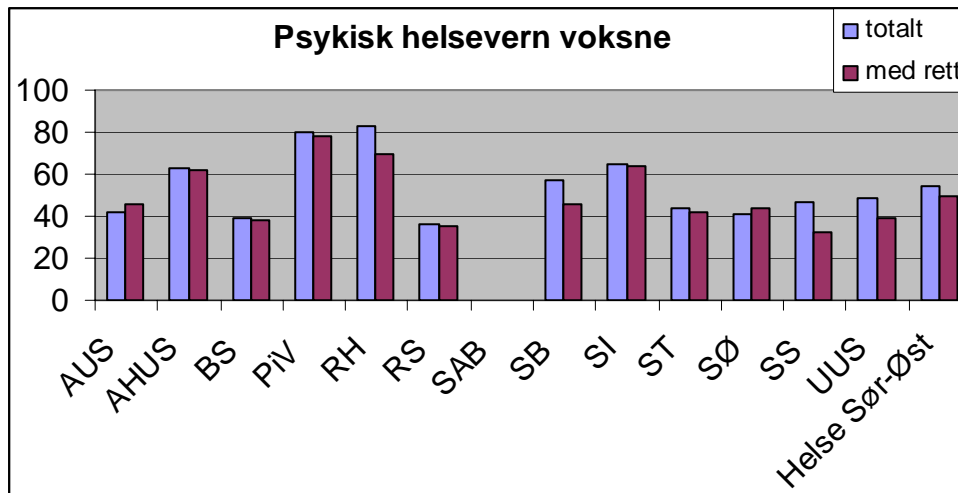
2.1.2.2 Voksne



Figur 2.7 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, alle pasienter og pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

Gjennomsnittlig ventetid for alle voksne pasienter innen psykisk helsevern var 54 dager i 3. tertial 2007, en økning på 6 dager fra samme periode i fjor. På årsbasis ble ventetiden likevel redusert med 2 dager (fra 49 til 47). Men tertialtallene viser en økning gjennom året. Det er en bekymringsfull utvikling, dersom den er reell og ikke tilfeldig. Den er også vanskelig å forstå og forklare, både ut fra reduksjonen på årsbasis og den sterke utbyggingen av DPS-sektoren.

Ventetiden varierer i betydelig grad mellom helseforetakene. Psykiatrien i Vestfold HF har de lengste ventetidene og over dobbelt så lange som Ringerike Sykehus HF som har de korteste ventetidene.



Figur 2.8 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter 3. tertial på hvert helseforetak, alle pasienter og de med rett til nødvendig helsehjelp

2.1.3 Ventetid tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Figur 2.1 viser at ventetidene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har økt fra 2006 til 2007. Økningen på årsbasis er 6 dager (fra 48 til 54 dager). Tertialtallene viser også økning, men i 3. tertial har ventetiden gått markert ned med et resultat på 50 dager mot 54 for årsgjennomsnittet. Det er likevel for tidlig å si om den negative utviklingen er snudd.

Tall fra NPR viser at ventetiden for avrusning er 26 dager i 3. tertial. Tallene er usikre da det her er få helseforetak som har rapportert.

2.1.4 Analyse og tiltak

Gjennomgående er ventetidstallene stabile eller svakt økende. Samtidig viser andre tall at aktiviteten øker på alle tjenesteområder. Samlet indikerer dette at flere pasienter blir henvist til vurdering og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Verken helseregionen eller helseforetakene har ansvar for primærhelsetjenesten og de prioriteringer som der gjøres. Men i samhandlingen mellom tjenestenivåene og spesielt med fastlegene, blir det viktig å finne en egnet arbeidsdeling som også vil kunne påvirke hvilke og hvor mange pasienter som henvises.

Det er spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgave å gjøre en bevisst prioritering av alle henviste pasienter, og foretaksgruppen må aktivt følge opp de nasjonale retningslinjene for prioritering som nå er/blir utarbeidet. Det vil gi kortere ventetider for dem som trenger det mest, mens pasienter som blir lavere prioritert må regne med økende ventetider. I tillegg må RHFet følge nøye med på utviklingen av ventetids- og effektivitetstall i egne foretak.

En viktig del av oppfølgingen blir å følge med på om fagpersonellet i psykisk helsevern klarer å endre arbeidsformer og egen effektivitet. Oversiktstabellen i kap. 1 viser at "antall konsultasjoner per behandler årsverk per dag v/poliklinikk psykisk helsevern voksne" har gått ned fra 2006 til 2007, mens den er uendret for barn og ungdom. Opptrappingsmidlene har styrket tjenestetilbudet, men disse tallene bekrefter at det er grunn til å reise spørsmål ved om de gir insentiver til økt effektivitet.

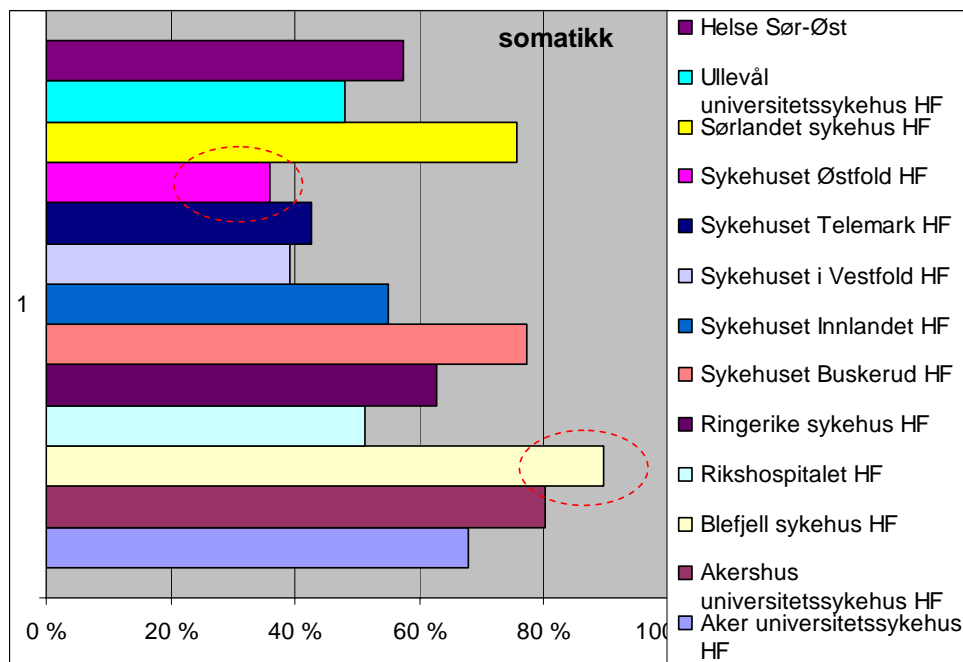
2.2 Likeverdighet

Det er et mål at:

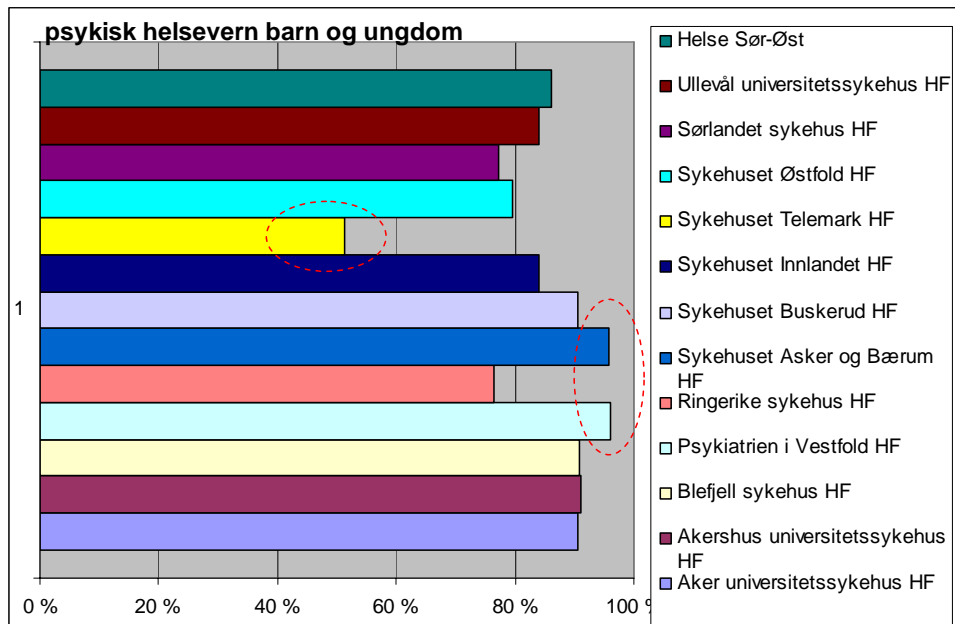
- *Pasienter sikres et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper*
- *Den enkelte pasient skal vurderes i henhold til prioriteringsforskriften*
- *Praktiseringen av prioriteringsforskriften skal bli mer enhetlig*

2.2.1 Prioritering av pasienter

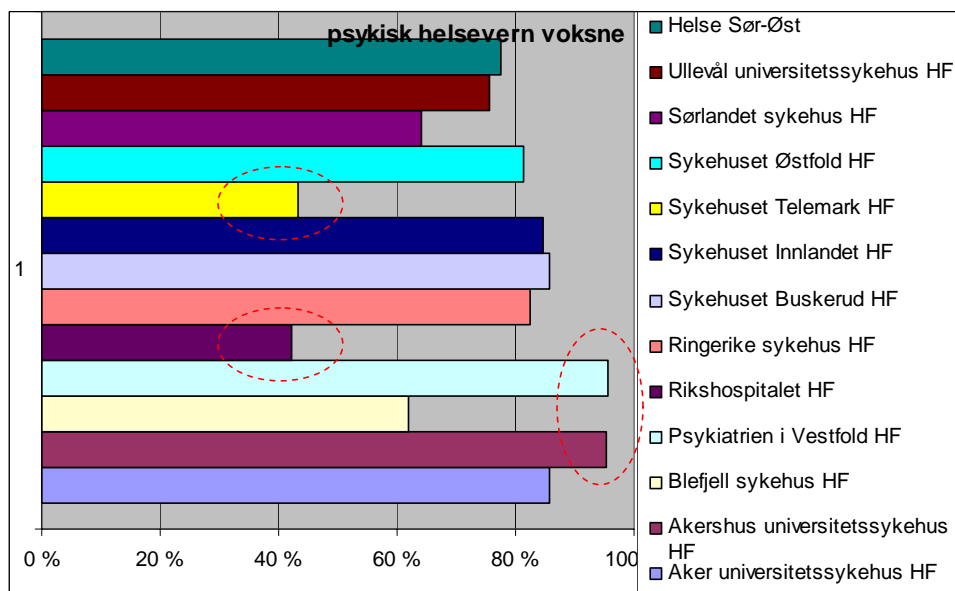
Samlet for regionen blir 57 prosent av alle nyhenviste pasienter innenfor somatikk vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp per 3. tertial 2007. Denne gjennomsnittsandelen har holdt seg relativt stabil, men figur 2.9 bekrefter at det fortsatt er store variasjoner mellom helseforetakene i andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp.



Figur 2.9 Andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp 3. tertial – somatikk



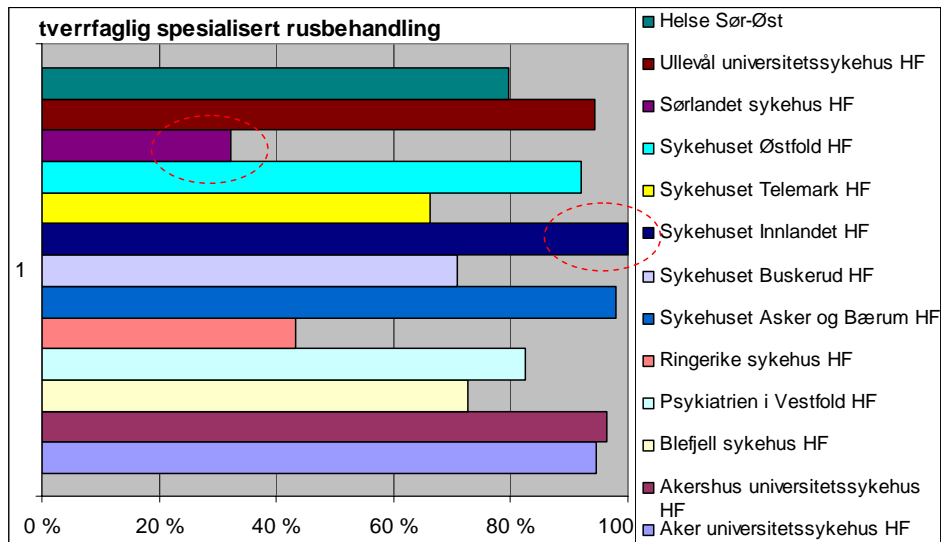
Figur 2.10 Andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp 3. tertial – psykisk helsevern barn og ungdom



Figur 2.11 Andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp 3. tertial – psykisk helsevern voksne

Figur 2.10 og 2.11 viser at gjennomsnittsandelen ligger markert høyere innen psykisk helsevern, der den ikke uventet er høyere for barn og ungdom (86 %) enn for voksne (78 %). Her er det en noe jevnere fordeling mellom helseforetakene, men to av dem ligger i hvert sitt ytterpunkt på begge områdene. Sykehuset Telemark HF har en markert strengere praksis av prioriteringsforskriften både for barn, ungdom og voksne, mens Psykiatrien i Vestfold HF gir en høy andel av henviste pasienter rett til nødvendig helsehjelp, uavhengig av alder.

Figur 2.12 viser at vi finner de aller største variasjonene innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Selv om snittet ligger så høyt som 80 %, varierer andelen på det enkelte foretak fra 32 til 100



Figur 2.12 Andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp 3. tertial – tværfaglig spesialisert rusbehandling

I henhold til Lov om pasientrettigheter har pasienter anledning til å henvende seg til NAVs Enhet for pasientformidling dersom de ikke får behandling innen fastsatt frist ("fristbrudd"). 245 av Helse Sør- Østs pasienter gjorde det i 3. tertial, slik at sum fristbrudd ble 740 i 2007. Tilsvarende tall for 2006 var 104 og 472, altså en vesentlig økning. Det er god grunn til å tro at hovedforklaringen på økningen er at ordningen er blitt mye bedre kjent, og flere pasienter benytter seg av sin rettighet. Også i 2007 har de fleste av fristbruddspasientene fått og akseptert tilbud om behandling ved den helseinstitusjon som hadde overskredet fristen.

2.2.2 Analyse og tiltak

Oversiktene viser fortsatt liten forskjell i ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og for alle som henvises. Funnene tyder på at prioriteringsforskriften blir praktisert ulikt i regionen, hvilket kan bety at pasientene ikke får et likeverdig tilbud. Det er bare innen somatikk, og til en viss grad innen psykisk helsevern voksne, at det skjer en reell bruk av forskriften i foretaksgruppen. Det er satset mye på mer aktiv bruk av forskriften, og 2007-resultatene viser at det blir nødvendig. Målet er at det skal gi kortere ventetider for dem som trenger det mest, men riktige prioritering vil samtidig gi som konsekvens at pasienter med lavere hjelpebehov må regne med økende ventetider.

For å sikre at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp får behandling innen fristen, må helseforetakene ha en god oversikt over fristdato og sikre rutiner for varsling når denne nærmer seg. Det blir nå vurdert om foretakene skal rapportere hvor stor andel av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som får behandling innen fristen.

Det er satt i gang et nasjonalt prosjekt for å bidra til en mer enhetlig prioritering. Fagpersoner fra helseforetakene i Helse Sør-Øst deltar aktivt i prosjektet og Helse Sør-Øst RHF vil bidra til at resultat og retningslinjer blir implementert i helseforetakene når de foreligger.

Helse Sør-Øst RHF vil stimulere til at helseforetakene og sykehusene sammenligner egne resultater med andres, og vurderer om de skal endre praksis. RHFet vil løpende vurdere ytterligere regionale tiltak for å fasilitere en harmonisering av rettighetstildelingen.

2.3 Kvalitet

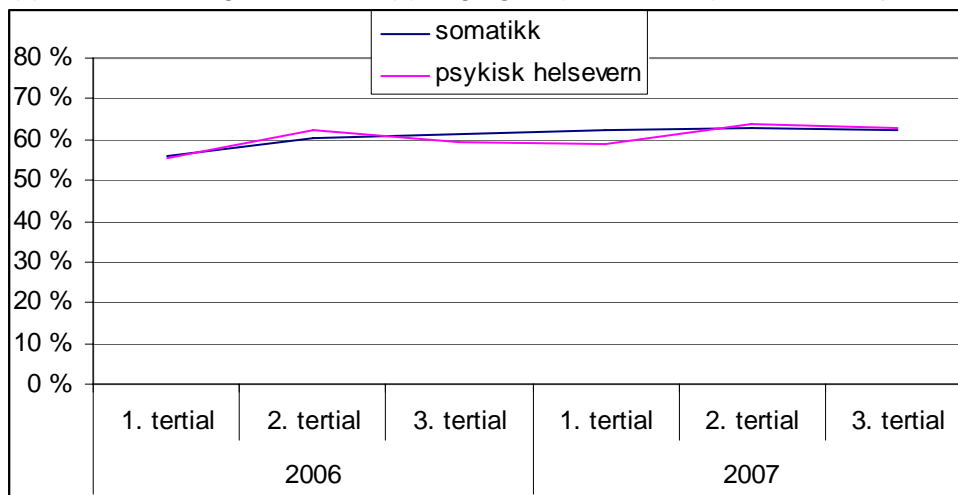
Helse Sør-Øst skal tilby befolkningen helsetjenester av god kvalitet. Helsetjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de virker, er trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse.

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 skal være korridorpasienter*
- *Pasienter er tildelt individuell plan*
- *Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern*

Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Det er et nasjonalt kvalitetsmål at minst 80 prosent av epikrisene skal være sendt innen 7 dager etter utskrivning eller avsluttet poliklinisk behandling. Det å få epikrisen raskt ut etter oppholdet er viktig for videre oppfølging av pasienten i primærhelsetjenesten.



Figur 2.13 Utvikling i andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Hhv 62 % og 63 % av epikrisene ble sendt innen 7 dager i somatikk og psykisk helsevern i 3. tertial. Innen somatikk gir det en liten økning fra samme periode i fjor, mens det innen psykisk helsevern betyr en økning på tre prosentpoeng. På begge områdene er resultatene i 3. tertial litt dårligere enn i 2. tertial for regionen samlet.

	2006			2007		
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Aker universitetssykehus HF		57 %	51 %	52 %	57 %	54 %
Akershus universitetssykehus HF	70 %	71 %	69 %	71 %	72 %	69 %
Blefjell sykehus HF	36 %	40 %	40 %	56 %	68 %	70 %
Rikshospitalet HF	47 %	56 %	66 %	69 %	68 %	68 %
Ringerike sykehus HF	68 %	61 %	64 %	64 %	66 %	72 %
Sunnaas sykehus HF	76 %	70 %	63 %	73 %	85 %	89 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	63 %	68 %	68 %	70 %	75 %	74 %
Sykehuset Buskerud HF	48 %	46 %	47 %	47 %	62 %	64 %
Sykehuset Innlandet HF	72 %	82 %	78 %	31 %	49 %	50 %
Sykehuset i Vestfold HF	54 %	60 %	56 %	55 %	56 %	53 %
Sykehuset Telemark HF	60 %	60 %	61 %	78 %	84 %	80 %
Sykehuset Østfold HF	64 %	66 %	64 %	61 %	59 %	49 %
Sørlandet sykehus HF	52 %	52 %	57 %	55 %	57 %	64 %
Ullevål universitetssykehus HF	68 %	71 %	70 %	71 %	70 %	65 %
Helse Sør-Øst	56 %	60 %	62 %	62 %	63 %	62 %

Tabell Utviklingen av andel epikriser sendt innen 7 dager per helseforetak – somatikk

	2006			2007		
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Aker universitetssykehus HF					41 %	39 %
Akershus universitetssykehus HF				57 %	73 %	68 %
Blefjell sykehus HF	66 %	74 %	66 %	67 %	73 %	67 %
Psykiatrien i Vestfold HF	72 %	77 %	67 %	81 %	85 %	80 %
Ringerike sykehus HF	84 %	83 %	82 %	83 %	81 %	76 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	63 %	68 %	68 %	80 %	91 %	84 %
Sykehuset Buskerud HF	66 %	65 %	64 %	63 %	69 %	64 %
Sykehuset Innlandet HF				44 %	52 %	46 %
Sykehuset Telemark HF	70 %	74 %	72 %	55 %	55 %	58 %
Sykehuset Østfold HF				56 %	59 %	60 %
Sørlandet sykehus HF	52 %	62 %	56 %	58 %	69 %	69 %
Ullevål universitetssykehus HF	35 %	39 %	46 %	43 %	52 %	69 %
Helse Sør-Øst	56 %	62 %	60 %	59 %	64 %	63 %

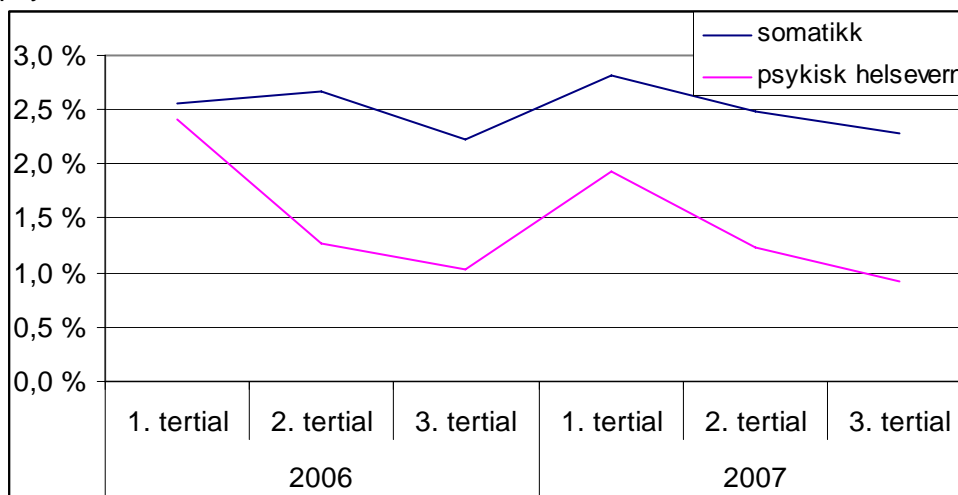
Tabell Utviklingen av andel epikriser sendt innen 7 dager per helseforetak – psykisk helsevern

Det er kun fire helseforetak som innfrir kravet om at 80 prosent av epikrisene skal sendes innen 7 dager, to innen psykisk helsevern og to innen somatikk.

Resultatene for epikriser kommer til tross for betydelig oppmerksomhet og innsats på dette området gjennom flere år, og understreker behovet for fortsatt fokus på dette området.

Korridorpasienter

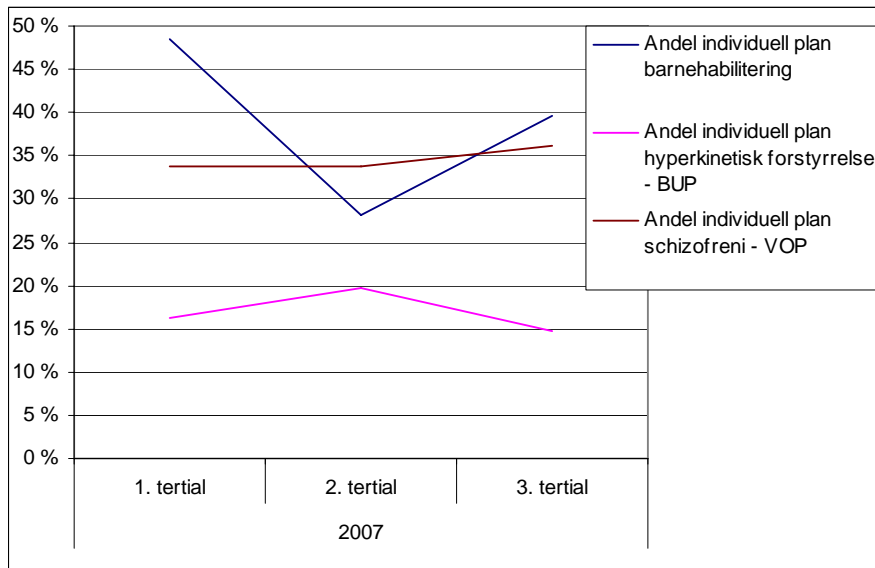
Etter en forbigående økning i starten av 2007 ligger andelen korridorpasienter nå på om lag samme nivå som ved 3. tertial i 2006, både for medisinske avdelinger og for akuttavdelinger psykisk helsevern.



Figur 2.14 Utviklingen i andel korridorpasienter

Individuell plan

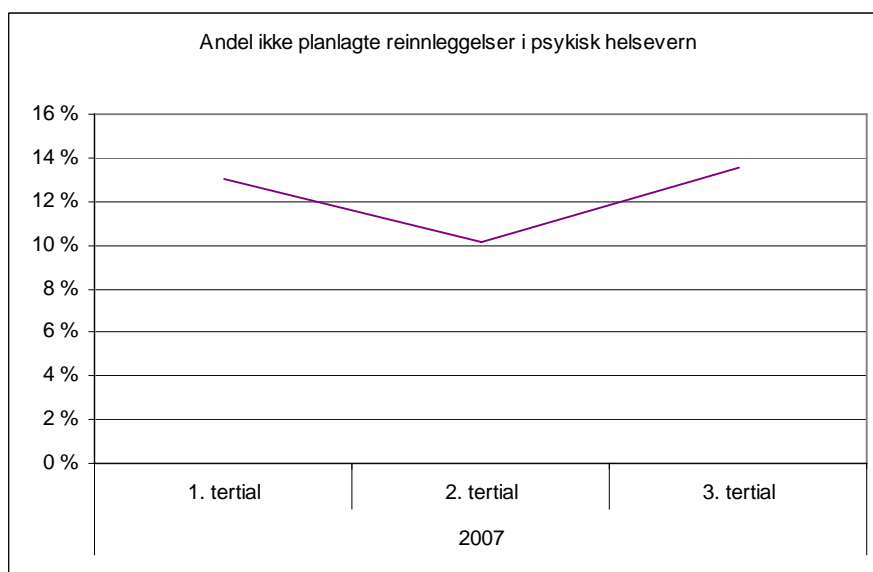
For individuell plan foreligger ikke sammenligningstall fra 2006. Rapporteringen er ennå ikke fullstendig, og dette forklarer store tertialvise svingninger. Det er likevel grunn til å registrere at en så langt ikke kan vise noen klar økning av andelen som får individuell plan innenfor noen av de utvalgte pasientgruppene (barnehabilitering, hyperkinetisk forstyrrelse innen BUP og schizofreni innen VOP).



Figur 2.15 Utvikling i andel individuell plan

Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern

Heller ikke for denne indikatoren har alle helseforetak rapportert i 2007. Det er også stor variasjon i andelen mellom de som rapporterer (2-23 %), og dette kan forklare mye av svingningene mellom tertialene. Det er derfor for tidlig å si om økningen fra 2. til 3. tertial representerer en reell stigning.



Figur 2.16 Utvikling i andel ikke planlagte innleggelser – psykisk helsevern

2.3.2 Analyse og tiltak

På områdene epikrisetid, korridorpasienter og individuell plan har Helse Sør-Øst RHF sett at det er behov for et kontinuerlig og langvarig arbeid, for at helseforetakene skal lykkes med å nå regionale mål.

Som en del av satsingen på kvalitet og brukervedvirkning har det vært arbeidet systematisk med å få redusert antall korridorpasienter, øke andelen epikriser som er sendt ut innen

fastsatt frist og øke andelen pasienter som får utarbeidet individuell plan. RHFet har lagt og legger til rette for erfaringsutveksling, og har også gitt konkret veiledning og opplæring til ledere og medarbeidere på foretakene. Ledelsen holder også et jevnlige fokus på disse prioriterte områdene i oppfølgingsmøter med helseforetakene og på direktørmøter.

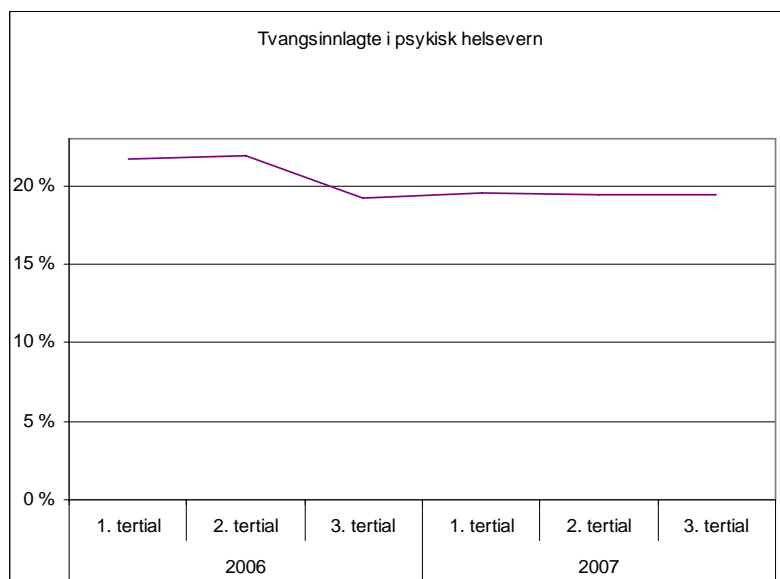
Når det gjelder epikriser, er eller blir talegjennomgang nå innført på de fleste helseforetakene og sykehusene. Mange har store forventninger til å nå målet når dette er innført. Av andre tiltak har RHFet stor tro på å spre erfaringene fra prosjektet "Epikrise til pasienten", også fordi det er i samsvar med brukernes ønsker og behov at pasientene får kopi av epikrisen som del av informasjonen i utskrivningssamtalen.

Det ble gjennomført en erfaringskonferanse på området korridorpasienter i oktober, og etter denne er anbefalingene om tiltak ferdigstilt i egen rapport for hele Helse Sør-Øst. Egne kontaktpersoner i helseforetakene og sykehusene blir fulgt opp, bl.a. for å finne fram til hvilke av rapportens tiltak som vil gi best lokal effekt.

Når det gjelder individuell plan (IP) følger en opp møtene med NAV og KS vedrørende koordinering av tjenesteytingen til pasienter med behov for flere tjenester over et lengre tidsrom. Den regionale IP-kampanjen blir videreført i hele regionen koblet til Helsedialog. Helse Sør-Øst har også medvirket aktivt i arbeidet med Sosial- og helsedirektoratets regionale IP-konferanser våren 2008.

2.3.3 Tjenestene skal være trygge og sikre

2.3.3.1 Tvangsinnlagte i psykisk helsevern



Figur 2.17 Utvikling i andel tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern

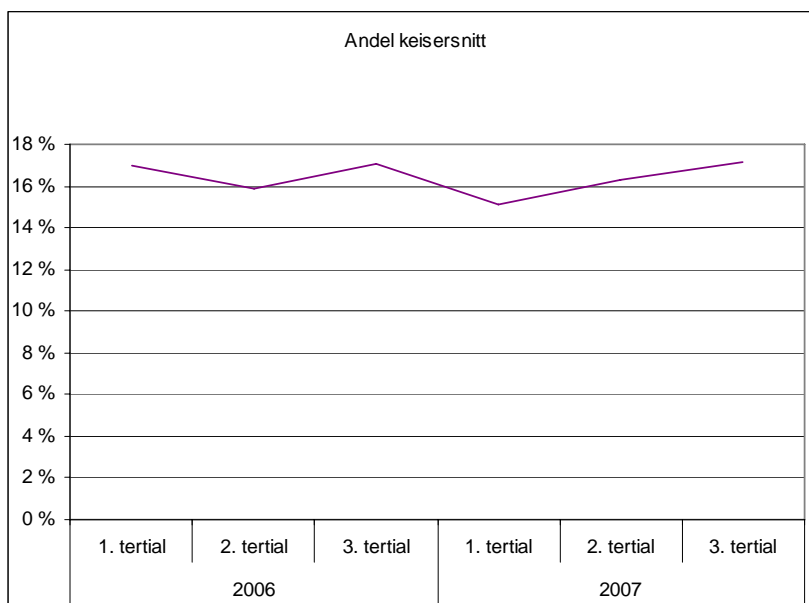
Tvangsinnleggelseser er et alvorlig inngrep i personlig frihet. Det er derfor etisk, faglig og samfunnsmessig viktig å overvåke bruk av tvang for å begrense dette til situasjoner der det er helt nødvendig. En uforholdsmessig høy andel av tvangsinnleggelseser kan indikere at pasientenes rettsikkerhet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Både faglig og helsepolitisk er det et overordnet mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. Undersøkelser har vist at Norge har en relativt høy andel av tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern (omlag 34 % av sykehusinnleggelsesene i psykisk helsevern 2002), sammenlignet med andre land, og det er også store forskjeller i bruk av tvang mellom fylker og mellom sykehus.

Andelen tvungen innskriving har ligget stabilt i 2007 og på samme nivå som ved 3. tertial 2006. Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF har høyeste andel med 29 %, men også Sykehuset Asker og Bærum HF og Sykehuset Buskerud HF (22-25 %) ligger klart over det regionale gjennomsnittet.

Helse Sør-Øst regner med at bedre oppfølging av kronisk psykiatiske pasienter, utsatte for gjentatte tvangsinnleggelse, vil redusere andelen. Utover arbeid for å bedre samhandlingen har RHFet oppfordret til at helseforetakene sammenligner sine resultater med andre og vurderer hva de eventuelt selv kan gjøre for å redusere bruken av tvang.

2.3.4 Tjenestene skal virke

2.3.4.1 Frekvens av keisersnitt



Figur 2.18 Utvikling i andel keisersnitt

Operativ forløsning med keisersnitt innebærer risiko for komplikasjoner for moren samt en økt sannsynlighet for forløsning ved keisersnitt ved senere fødsler mv. Optimalt nivå for andel keisersnitt er ikke kjent, men andelen har økt de senere årene og var i 2002 på 15,8 % på landsbasis. Variasjon i hyppighet av keisersnitt behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet, men svært avvikende andeler (ytterpunktene) kan indikere kvalitetsforskjeller. En har også registrert en økende etterspørsel etter keisersnitt i enkelte grupper. Nærmere analyse av data kan gi grunnlag for optimal og god praksis i fagmiljøene.

Frekvensen av keisersnitt ligger på samme nivå som i 3. tertial 2006 (17 %), og har som et gjennomsnitt ligget på drøyt 16 % i 2007.

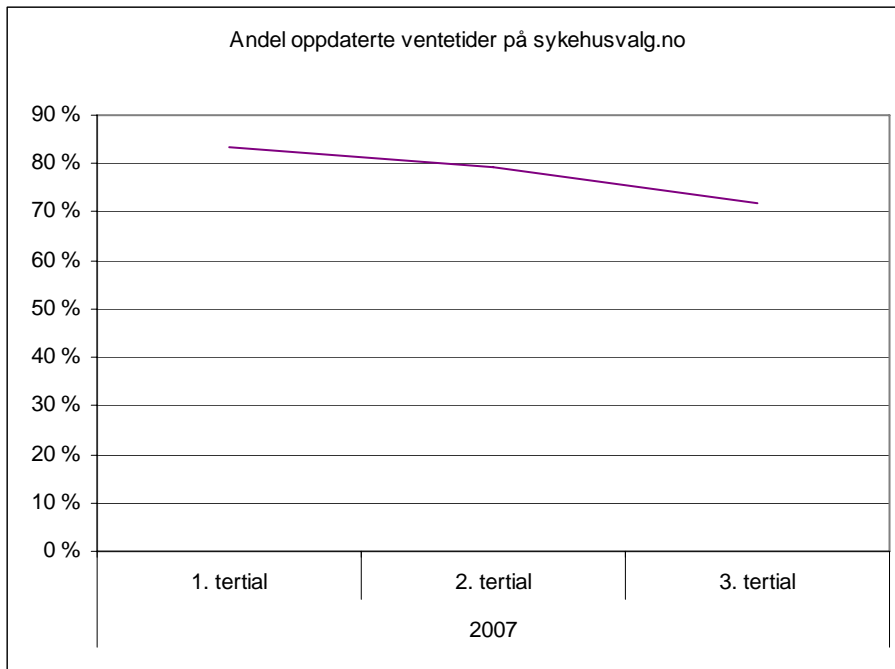
Også her er det viktigste tiltaket at helseforetakene sammenligner egne resultater med andre, og vurderer om de bør endre praksis dersom de har avvikende resultater i forhold til sammenlignbare avdelinger.

2.3.5 Tjenestene skal involvere brukerne

- *Andel av ventetider på sykehusvalg.no som er oppdatert siste 3 uker*

Informasjon og innflytelse fra pasienter og pårørende er viktig for kvaliteten i behandlingen. Helse Sør-Øst RHF prioriterer aktiv brukermedvirkning gjennom eget brukerutvalg og brukerrepresentasjon i alle prosjekter og prosesser. Brukerutvalget har 14 medlemmer. Brukerutvalget er p.t. spesielt opptatt av god brukermedvirkning i forhold til tilleggsoppdraget med omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen.

Arbeidet med å sikre at nødvendig pasientinformasjon er tilgjengelig for pasienter og pårørende står sentralt, og inkluderer bedre informasjonsgrunnlag for valg av sykehus. Kontoret for fritt sykehusvalg er etablert for å bistå til å finne frem til riktig behandlingssted.



Figur 2.19 Utvikling i andel oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg

Både for pasienter og kontoret er det viktig at sykehusene hyppig og regelmessig gir og oppdaterer korrekte ventetider. Indikatoren "andel oppdaterte ventetider på sykehusvalg.no" de siste tre uker varierer mellom 1 % og 100 % blant helseforetakene. Gjennomsnittet for regionen er 72 %. Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF har oppdatert 100 % av ventetidene, mens Sykehuset Buskerud HF ikke har oppdatert i løpet av de siste tre ukene. Helse Sør-Øst RHF følger opp helseforetakene som har lav andel ventetider oppdatert. Resultatene tas opp i møter med helseforetakene.

2.4 Områder med særskilt fokus

2.4.1 Omstillingsprogrammet og hovedstadsprosessen

Det tilleggsoppdraget HOD ga ved sammenslåingen har hatt høy prioritet i Helse Sør-Øst RHF. Styret brukte 3. tertial 2007 til å forberede og konkretisere arbeidet med oppdraget. Gjennom styresak 068-2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst ble det i desember gjort vedtak og lagt et omfattende grunnlag for det videre arbeidet 1. halvår 2008. Styret regner med å gjøre sentrale vedtak for fremtidige spesialisthelsetjenester og sykehusstruktur i helseregionen på april- og juni-møtene.

2.4.2 Pasientopplæring

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har etablert ett eller flere Lærings- og mestringssentre. Sentrene skal hjelpe pasienter og pårørende til å forstå og mestre kronisk sykdom, og de har i 3. tertial 2007 fortsatt samarbeidet om forbedringer av egne og utvikling av nye tilbud.

2.4.3 Forskning

Forskning er ett av de strategiske hovedsatsingsområdene i Helse Sør-Øst. Et viktig mål ved sammenslåingen er å styrke den samlede forskningsinnsatsen i helseregionen. Arbeidet med å forene to ulike forskningskulturer er godt i gang og det er etablert et felles forskningsutvalg.

Utlysningen av forskningsmidler for 2008 resulterte i 661 søknader på 583 prosjekter. 141 mill. kroner er bundet opp i langsiktige program, men 85 millioner ble fordelt til 156 nye prosjektsøknader. Totalt ble det altså fordelt 226 millioner kroner som er øremerket fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Omstillingsprogrammet (Program for utvikling og omstilling) er delt i fem innsatsområder, og forskning er ett av disse. "Kunnskapshåndtering og beste praksis" er et annet, og sammen vil disse to områdene utgjøre viktige deler av omstillingen. En del av arbeidet er å utvikle en ny forskningsstrategi, som skal klargjøre synergieffekter og tiltak for å styrke den samlede forskningsinnsatsen i regionen. Arbeidet ventes slutført i mai 2008.

3 Aktivitet

Siden aktiviteten på døgn- og dagbehandling somatikk utgjør den største delen for de fleste helseforetakene/sykehusene, blir det her redegjort særskilt for denne. I tillegg blir det vist hvordan den samlede aktiviteten har utviklet seg, 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

DRG aktivitet 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 total produksjon (produsert i helseforetak og de fem private ideelle sykehusene Helse Sør-Øst RHF har driftsavtale med)

Aktiviteten som oppgis i denne tertialrapporten kan fremdeles bli noe korrigert, etter at endelige aktivitetsfiler er oversendt NPR. Både av denne grunn, og siden 3. tertial avslutter året, har en valgt å fokusere på årsaktiviteten framfor isolerte tall for tertialet.

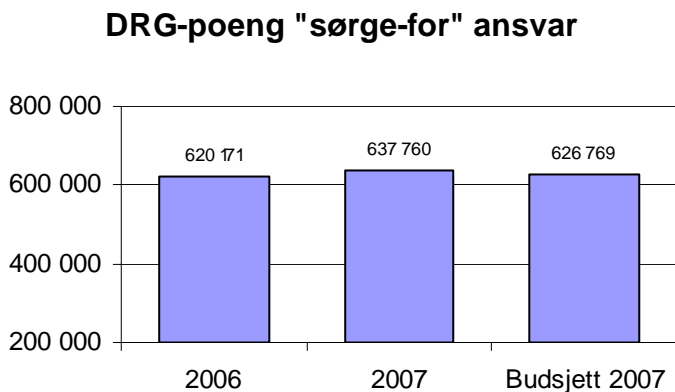
3.1.1 DRG-poeng i henhold til "Sørge-for" ansvaret

I oppdragsdokumentene for 2007 ble Helse Sør-Øst tildelt et aktivitetsnivå for dag- og døgnbehandling somatikk på totalt 626.769 DRG-poeng. Dette har også vært foretaksgruppens budsjetterte aktivitet for året.

Denne DRG-aktiviteten i henhold til "sørge-for"-ansvaret har i 2007 vært 1,8 % høyere enn budsjettert. Av dette vil det bli en avkorting som følge av endret kodepraksis for

dagrehabilitering, foreløpig anslått til å utgjøre om lag 5.500 DRG-poeng. Hensyntatt denne avkorting, ligger aktiviteten om lag 0,9 % høyere enn budsjettet.

Figur 3.1.1 viser at den faktiske "sørge for"-aktiviteten i 2007 ligger ca 2,8 % (17.600 DRG-poeng) høyere enn i 2006.



Figur 3.1.1 – DRG aktivitet Helse Sør-Øst ihht "sørge for" ansvaret

3.1.1.1 Helseforetakene og private ideelle sykehus med driftsavtale

Tabell 3.1.1.1 viser at universitetssykehusene Ullevål og Akershus i 2007 har hatt en aktivitetsvekst i forhold til budsjettet på om lag 5 %. Lovisenberg Diakonale Sykehus (+11,5 %) og Martina Hansens Hospital (+9,1 %) har gjennom året hatt høyest aktivitetsnivå mot budsjett av alle helseforetakene/sykehusene i regionen.

DRG-poeng "sørge for"	Per desember 2007		
	Faktisk	Budsjett	Avvik
Aker universitetssykehus HF	25 528	25 982	-454
Akershus universitetssykehus HF	48 142	45 789	2 353
Blefjell Sykehus HF	13 673	13 800	-127
Psykiatrien i Vestfold HF			-
Rikshospitalet HF	37 483	37 000	483
Ringerike Sykehus HF	10 572	10 120	453
Sunnaas sykehus HF	4 580	4 700	-120
Sykehuset Asker og Bærum HF	21 111	20 986	125
Sykehuset Buskerud HF	32 275	32 539	-264
Sykehuset Innlandet HF	75 151	74 188	963
Sykehuset i Vestfold HF	41 298	40 555	743
Sykehuset Telemark HF	33 017	34 250	-1 233
Sykehuset Østfold HF	43 461	44 313	-852
Sørlandet Sykehus HF	55 457	56 095	-638
Ullevål universitetssykehus HF	76 980	73 695	3 285
Helse Sør-Øst RHF	-	-4 559	4 559
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	518 728	509 453	9 275
Betanien Hospital	3 525	3 735	-210
Diakonhjemmet Sykehus	13 522	13 095	427
Lovisenberg Diakonale Sykehus	12 269	11 000	1 269
Martina Hansens Hospital	5 769	5 290	479
Revmatismesykehuset	1 315	1 349	-34
Sum private sykehus	36 400	34 469	1 931
Kjøp fra andre regioner *)/private sykehus	82 632	82 847	-215
Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus	637 760	626 769	10 991

Tabell 3.1.1.1 – DRG produksjon total per foretak/sykehus og regionalt ift "sørge for ansvaret".

3.1.1.2 Private kommersielle sykehus

Bruken av private kommersielle sykehus har i 2007 vært lavere enn budsjettet. Samlet kjøp realisert i 2007 beløper seg til 18.339 DRG-poeng. Om en ser bort fra Feiringklinikken, har det vært et generelt lavere forbruk enn avtalt nivå ved alle sykehusene.

Når en fordeler pasientbehandlingen (aktivitet døgn) på egen foretaksgruppe, andre helseregioner og kjøp fra private, er innslaget av private leverandører desidert størst innen rusbehandling, mens den utgjør en relativt liten del på de andre områdene.

3.1.2 DRG-poeng - total aktivitet

Den samlede aktiviteten ved egne helseforetak/sykehus, målt i DRG-poeng, ligger ca 1,6 % over det budsjetterte måltallet.

Også for samlet DRG-produksjon har universitetssykehusene Ullevål og Akershus hatt en høy aktivitet i forhold til egne budsjetter. Det samme gjelder for Lovisenberg Diakonale Sykehus (+14 %) og Martina Hansens hospital (+9 %).

DRG-poeng totalt	Per desember 2007		
	Faktisk	Budsjett	Avvik
Aker universitetssykehus HF	26 262	26 700	-438
Akershus universitetssykehus HF	49 018	46 716	2 302
Blefjell Sykehus HF	14 200	14 201	-1
Psykiatrien i Vestfold HF			-
Rikshospitalet - Radiumh. HF	93 648	94 001	-353
Ringerike Sykehus HF	12 377	12 150	227
Sunnaas sykehus HF	5 790	5 900	-110
Sykehuset Asker og Bærum HF	22 121	22 064	57
Sykehuset Buskerud HF	33 123	33 239	-116
Sykehuset Innlandet HF	77 277	75 997	1 280
Sykehuset i Vestfold HF	41 844	41 293	551
Sykehuset Telemark HF	33 478	34 700	-1 222
Sykehuset Østfold HF	43 657	44 478	-821
Sørlandet Sykehus HF	57 476	58 204	-728
Ullevål universitetssykehus HF	82 739	78 811	3 928
Helse Sør RHF	-	-4 559	4 559
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	593 010	583 895	9 115
Betanien Hospital	3 545	3 750	-205
Diakonhjemmet Sykehus	14 509	14 095	414
Lovisenberg Diakonale Sykehus	13 360	11 700	1 660
Martina Hansens Hospital	6 783	6 200	583
Revmatismesykehuset	1 510	1 574	-64
Sum private sykehus	39 707	37 319	2 388
Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl private sykehus	632 717	621 214	11 503

Tabell 3.1.2 – DRG produksjon total per foretak/sykehus og samlet for foretaksgruppen

3.1.3 Poliklinisk-aktivitet

Tabell 3.2.1 viser at aktivitetsøkningen for somatiske poliklinikker fra 2006 til 2007 utgjør 3,7 % på årsbasis. Det betyr at det er utført nesten 80000 flere polikliniske konsultasjoner på de somatiske fagområdene i 2007 enn i 2006.

3.2 Aktivitet på andre tjenesteområder

Innenfor psykisk helsevern har økningen på poliklinikkene vært enda sterkere enn for somatikken. Tabell 3.2.1 viser 30000 flere konsultasjoner for voksne (+ 6,3 %) og nesten 41000 flere (+ 14,5 %) for barn og ungdom. Også for tverrfaglig spesialisert rusbehandling har det vært en markert økning i poliklinisk aktivitet med 18000 flere konsultasjoner (+ 14,2 %).

Vi mangler ennå tall for liggedøgn innen psykisk helsevern, men vurdert ut fra antall utskrivninger (pasientopphold døgntilrettelagt) har det vært en liten reduksjon for voksne og økning for barn og ungdom. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser de foreløpige tallene en betydelig nedgang på døgntilrettelagt (-10,5 %). Dette er ikke i samsvar med måltall, og resultatet må kvalitetssikres. Dagbehandling øker mye, men her er det små tall, og det vil ikke kompensere for reduksjonen på døgn. For de andre tjenesteområdene er en del av tidligere registrert dagbehandling konvertert til poliklinisk aktivitet, og endringene her må ses i sammenheng.

Aktivitet – Somatikk	2006	2007	Endring i %
Antall polikliniske konsultasjoner, egne HF + 5 med driftsavtale	2 108 294	2 186 979	3,73 %
Aktivitet – Psykisk helsevern for voksne	2006	2007	Endring i %
Antall oppholdsdager dagbeh	86 437	64 934	-24,88 %
Antall utskrivninger døgnbeh inkludert private	24 333	24 105	-0,94 %
Antall polikliniske konsultasjoner	528 341	561 464	6,27 %
Aktivitet – Psykisk helsevern for barn og unge			
Antall oppholdsdager dagbehandling	12 621	12 142	-3,80 %
Antall utskrivninger døgnbeh inkludert private	900	983	9,22 %
Antall polikliniske konsultasjoner	281 917	322 861	14,52 %
Aktivitet – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Antall oppholdsdager dagbehandling	3 301	4 520	36,93 %
Antall utskrivninger døgnbeh inkludert private	8 265	7 394	-10,54 %
Antall polikliniske konsultasjoner	128 500	146 765	14,21 %

Tabell 3.2.1

Denne oversikten over poliklinisk aktivitet omfatter kun egne helseforetak og sykehus. Avtalespesialistene inngår ikke, og deres virksomhet utgjør en stor og viktig del av den polikliniske tjenesten i Helse Sør-Øst, både innenfor somatikk og psykisk helsevern.

3.3 Analyse og tiltak

Det er et for høyt aktivitetsnivå i mange av helseforetakene. Aktivitetsnivået er samlet for helseforetaksgruppen høyere enn aktivitetsmålene gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det etablerte aktivitetsnivået er for høyt i forhold til helseforetaksgruppens samlede økonomiske bæreevne.

I forbindelse med inngåelse av driftsavtaler med aktivitetsforutsetninger for 2008, har det vært fokusert på at det samlede aktivitetsnivået i foretaksgruppen må tilpasse seg det tildelte mål for aktivitet i 2008. Det er imidlertid noe usikkerhet i 2008 knyttet til omlegging av finansiering av somatisk poliklinisk aktivitet, og hvorvidt refusjonspoeng og DRG-poeng kan ses under ett.

Gjennom oppfølgingsmøter og budsjettmøter med helseforetakene, understrekes og presiseres kravene til økonomisk og aktivitetsmessig styring og kontroll.

Det har vært avholdt, og vil bli avholdt, foretaksmøter i det omfang som anses nødvendig for å sikre kontroll med både den økonomiske og aktivitetsmessige utvikling.

4 Økonomi og likviditet

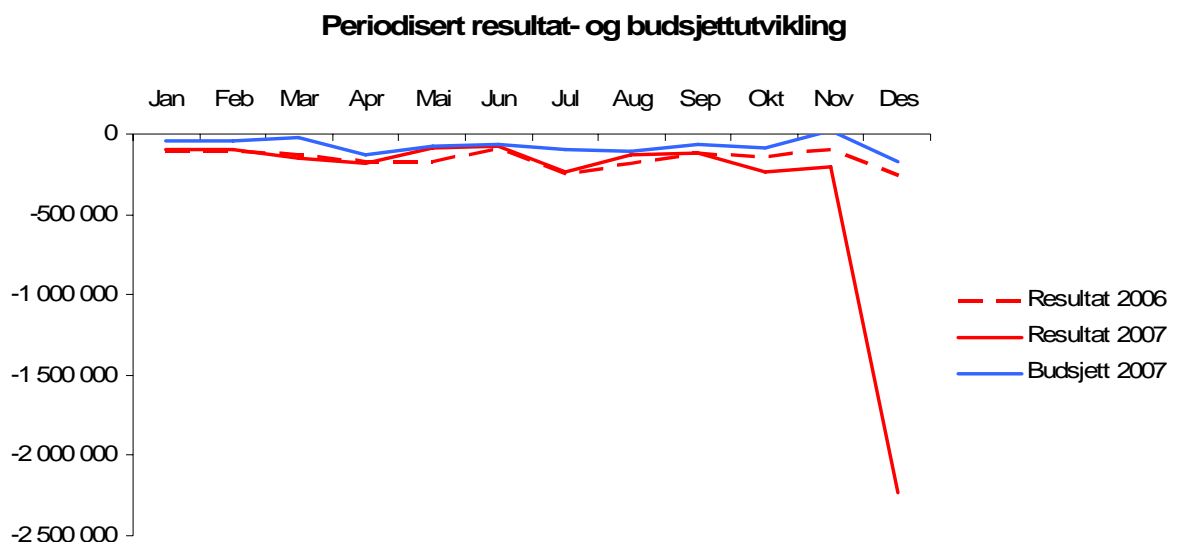
4.1 Resultat

4.1.1 Status

Helse Sør-Øst var i utgangspunktet gitt et unntak fra balansekrav i 2007 på 880 mill. kroner knyttet til strukturfond og endrede levetider. I foretaksmøte i januar 2008 ble unntak fra balansekrav ytterligere økt med 1.895 mill. kroner, tilsvarende merkostnader pensjon som følge av endrede økonomiske forutsetninger. Styringsmålet for foretaksgruppen er således i 2007 et underskudd på 2.775,0 mill. kroner.

I forhold til dette styringsmålet har foretaksgruppen i 2007 et negativt avvik på 1.049,0 mill. kroner. Det presiseres at årsregnskapene ikke er endelige, disse er ikke revisorgodkjent eller styrebehandlet, slik at det kan komme justeringer fram mot avleggelse av endelig årsregnskap.

4.1.1.1 Helse Sør-Øst



Figur 4.1.1.1a – Periodisert resultat- og budsjettutvikling

4.1.1.2 Helseforetakene

Nedenstående oversikt viser foreløpig resultat for det enkelte helseforetak.

Virksomhetsnavn	Resultat 2007					Budsjetttavvik ift.brutto driftskostn.
	Faktisk	Herav økte pensjons- kostnader	Resultat iht. styringsmål	Budsjett	Avvik	
Aker universitetssykehus HF	-169 000	137 300	-31 700	-29 948	-1 752	-0,1 %
Akershus universitetssykehus HF	-247 000	135 437	-111 563	-76 381	-35 182	-1,1 %
Blefnell Sykehus HF	-120 000	37 542	-82 458	-38 781	-43 677	-4,8 %
Psykiatrien i Vestfold HF	-33 000	33 435	435	0	435	0,1 %
Rikshospitalet HF	-718 000	248 165	-469 835	-211 974	-257 861	-3,7 %
Ringerike Sykehus HF	-91 000	29 656	-61 344	-9 565	-51 779	-7,1 %
Sunnaas sykehus HF	-31 000	19 676	-11 324	-10 900	-424	-0,1 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	-143 000	64 128	-78 872	-33 627	-45 245	-2,7 %
Sykehuset Buskerud HF	-286 000	107 740	-178 260	-54 017	-124 243	-4,8 %
Sykehuset Innlandet HF	-394 000	223 761	-170 239	-89 582	-80 657	-1,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	-293 000	99 031	-193 969	-60 000	-133 969	-5,1 %
Sykehuset Telemark HF	-217 000	88 234	-128 766	-62 730	-66 036	-2,8 %
Sykehuset Østfold HF	-290 000	161 968	-128 032	-61 725	-66 307	-2,0 %
Sørlandet Sykehus HF	-382 000	166 332	-215 668	-79 450	-136 218	-3,5 %
Ullevål universitetssykehus HF	-686 000	317 649	-368 351	-82 684	-285 667	-4,0 %
Helse Sør-Øst RHF Sykehuspartner	-18 000	2 174	-15 826	0	-15 826	-4,1 %
Helse Sør-Øst RHF	294 000	22 772	316 772	21 364	295 408	3,6 %
Resultat Helse Sør-Øst	-3 824 000	1 895 000	-1 929 000	-880 000	-1 049 000	-2,0 %

Tabell xxxxx Foreløpig resultat per helseforetak

4.1.2 Analyse og tiltak

Følgende helseforetak har de største negative budsjettavvik, målt i absolutte tall:

- Ullevål universitetssykehus HF
- Rikshospitalet HF
- Sørlandet Sykehus HF
- Sykehuset i Vestfold HF

Ved å måle budsjettavviket i forhold til brutto driftskostnader, har Ringerike Sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Blefnell Sykehus og Sykehuset Buskerud HF relativt sett de største negative budsjettavvik.

Følgende foretak viser gode resultater målt mot budsjettet:

- Aker universitetssykehus HF
- Psykiatrien i Vestfold HF
- Sunnaas sykehus HF

Generelt er de negative budsjettavvikene relatert til høyere lønnskostnader enn budsjettet, økte kostnader til medikamenter og medisinske forbruksvarer, innleie av helsepersonell, samt andre driftskostnader.

Resultatavvikene skyldes i stor grad manglende realisering av vedtatte omstillingstiltak i de enkelte foretaksstyrene. Dette indikerer at Helse Sør-Øst har for høyt aktivitetsnivå, noe som understøttes av økt bemanning i 2007.

4.2 Likviditet

4.2.1 Status

Helse Sør-Øst har ved utgangen av desember en likviditetsreserve på 200 mill. kroner av en driftskredittramme godkjent fra departementet på 2,7 mrd. kroner. Et trekk på 2,5 mrd. kroner per 31.12.2007 er omtrent som forutsatt i budsjettet for 2007.

4.2.1.1 Helseforetakene – likviditetsstatus pr. 31.12.07

<i>i mill kr</i>	Saldo driftskonto	Driftskreditramme	Likviditetsreserve
Ullevål Universitets. HF	(1 090)	1 300	210
Sykehuset Buskerud HF	(587)	600	13
Sykehuset i Vestfold HF	(501)	550	49
Rikshospitalet HF	(336)	525	189
Sykehuset Østfold HF	(192)	270	78
Blefjell Sykehus HF	(266)	290	24
Sykehuset Sørlandet HF	(339)	350	11
Ringerike Sykehus HF	(137)	140	3
Sykehuset Innlandet HF	(282)	550	268
Sunnaas sykehus HF	(4)	25	21
Sykehuset Asker og Bærum HF	(38)	100	62
Sykehuset Telemark HF	(5)	50	45
Akershus Universitets. HF	45	0	45
Aker Universitets. HF	122	0	122
Psykiatrien i Vestfold HF	80	0	80
Helse Sør-Øst RHF (mor)	1 045		1 045
Sum Helse Sør-Øst RHF (konsern)	(2 485)	2 700	215

Tabell 4.2.1.2 – Likviditetsstatus per foretak i Helse Sør-Øst pr. 31.12.07

Løpende gjennom året er likviditetssituasjonen mest anstrengt i slutten av måneden, før departementet overfører neste månedens tilskudd. Sett i forhold til Helse Sør-Øst sin størrelse, er en likviditetsreserve på 200 mill. kroner ikke tilstrekkelig.

Dersom planlagte investeringsprosjekter med tilhørende utbetalinger hadde fulgt opprinnelige tidsplaner, ville Helse Sør-Øst RHF sannsynligvis trengt en større trekkramme i 2007 enn dagens ramme på 2,7 mrd. kroner.

4.2.1.2 Tiltak

I forbindelse med budsjettarbeidet for 2008, er det avdekket et vesentlig større likviditetsbehov enn det som er tilgjengelig innenfor dagens trekkrammer til Helse Sør-Øst.

Etter at Helse Sør-Øst har kvalitetssikret prognosen for endelig likviditetsbehov 2008, vil det bli nødvendig å sette inn tiltak for å sikre en forsvarlig likviditetsreserve for foretaksgruppen. Slike tiltak kan for eksempel være å begrense omfanget av planlagte investeringer (bygg og utstyr), samtidig som det føres dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om muligheter for utvidelse av driftskreditrammen.

4.3 Investeringer

4.3.1 Status

4.3.1.1 Helse Sør-Øst

Investeringer i Helse Sør-Øst skjer for tiden innenfor fire hovedområder:

1. Opptrappingsplanen innen psykiatri 2002-2008.
2. Nasjonal kreftplan – hvorav fullføring av nytt forskningsbygg er det som gjenstår.
3. Investering nybygg somatikk, hvor de største prosjektene er beskrevet nedenfor.
4. Kapitalvedlikehold av eksisterende bygg og maskinpark

4.3.1.2 Helseforetakene

Nye Ahus (se egen styresak)

Det er ikke registrert økonomiske avvik. Det akkumulerte fremdriftsavviket er redusert, og ligger nå i overkant av 2 % bak plan. Det er iverksatt tiltak som sikrer at milepælene for delvis innflytting våren/sommeren 2008 overholdes, slik at forberedelse til full idriftsettelse 1.10. 08 går som planlagt.

Det økonomiske styringsmålet eller planlagt idriftsettelse 1.10.2008 er ikke truet.

Rikshospitalet HF – nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet.

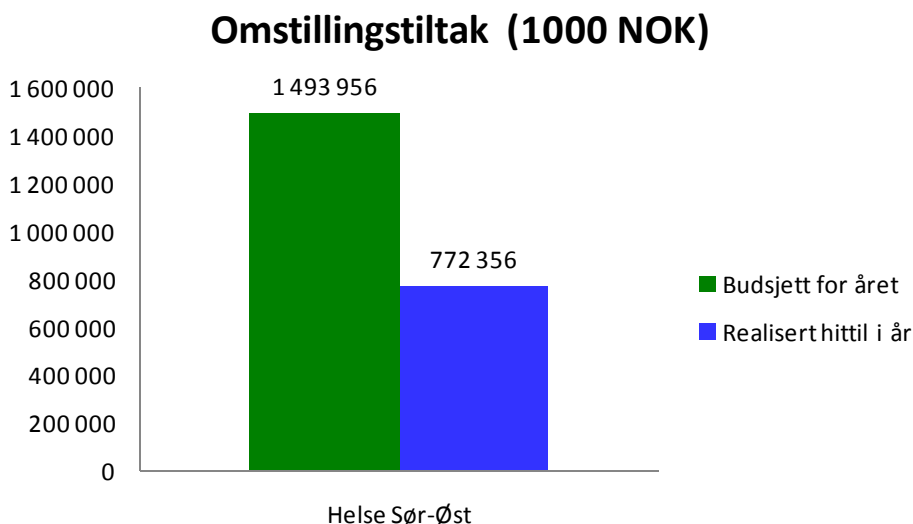
Styret for Helse Sør RHF ga 26. januar 2004, i sak 04/2004, sin tilslutning til igangsetting av nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet innenfor en total kostnadsramme på 1 000 millioner kroner i 2003-verdi.

Kostnadsrammen for forskningsbygget er uendret – til tross for et svært anstrengt byggemarked. Gjenstående usikkerhetsavsetning er negativ, og det skal gjennomføres en fornyet usikkerhetsanalyse i februar 2008, med tilhørende vurdering av hvilke tiltak som må iverksettes for å sikre gjennomføring i forhold til vedtatte mål og rammer for prosjektet. Planlagt i brukstakelse er uendret - 2. kvartal 2009.

4.4 Omstilling

4.4.1 Status

4.4.1.1 Helse Sør-Øst



Figur 5.4.1.1a – Oppfølging av omstillingstiltak for Helse Sør-Øst

4.4.1.2 Helseforetakene

Nedenstående oversikt viser effekten av de planlagte omstillingstiltakene i 2007:

OMSTILLINGSUTFORDRING 2007	Budsjettert omstilling 2007	Realisert per desember	Realisert av årsbudsjett per desember	Avvik mot budsjett
Aker universitetssykehus HF	72 289	42 950	59,4 %	-29 339
Akershus universitetssykehus HF	35 471	35 551	100,2 %	80
Blefjell Sykehus HF	62 963	17 400	27,6 %	-45 563
Psykiatrien i Vestfold HF	0	0		0
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	312 433	89 987	28,8 %	-222 446
Ringerike Sykehus HF	28 980	12 964	44,7 %	-16 016
Sunnaas sykehus HF	6 000	8 600	143,3 %	2 600
Sykehuset Asker og Bærum HF	32 550	12 940	39,8 %	-19 610
Sykehuset Buskerud HF	142 000	67 000	47,2 %	-75 000
Sykehuset i Vestfold HF	112 000	42 500	37,9 %	-69 500
Sykehuset Innlandet HF	216 138	138 700	64,2 %	-77 438
Sykehuset Telemark HF	0	36 000		36 000
Sykehuset Østfold HF	36 000	46 586	129,4 %	10 586
Sørlandet Sykehus HF	103 000	54 300	52,7 %	-48 700
Ullevål universitetssykehus HF	303 132	129 878	42,8 %	-173 254
Helse Sør RHF Sykehuspartner	31 000	37 000	119,4 %	6 000
Sum Helse Sør-Øst	1 493 956	772 356	51,7 %	-721 600

Tabell 5.4.1.2a – Omstillingsutfordring per foretak

4.4.2 Analyse og tiltak

I forbindelse med budsjettarbeidet for 2007 fremkom det at eiers styringsmål ville bli utfordrende, noe som de store budsjetterte omstillingstiltakene i foretaksgruppen viser. Totalt for foretaksgruppen ble det budsjettert med omstillingstiltak på om lag 1.494 mill. kroner.

Ved flere helseforetak har vært manglende planlegging og gjennomføring av budsjetterte omstillingstiltak. Ved de fleste helseforetak viser det seg også at effekten av omstillingstiltakene ikke har gitt den forutsatte effekt. Samlet for foretaksgruppen er det kun realisert i overkant av 50% av de budsjetterte omstillingstiltakene.

Det har gjennom året vært stor ledelsesmessig fokus på å oppnå eiers resultatmål. Ledelsen har fulgt dette opp gjennom følgende møtepunkter:

- Styreledermøter
- Direktørmøter
- Oppfølgingsmøter med det enkelte helseforetak
- Økonomidirektørmøter

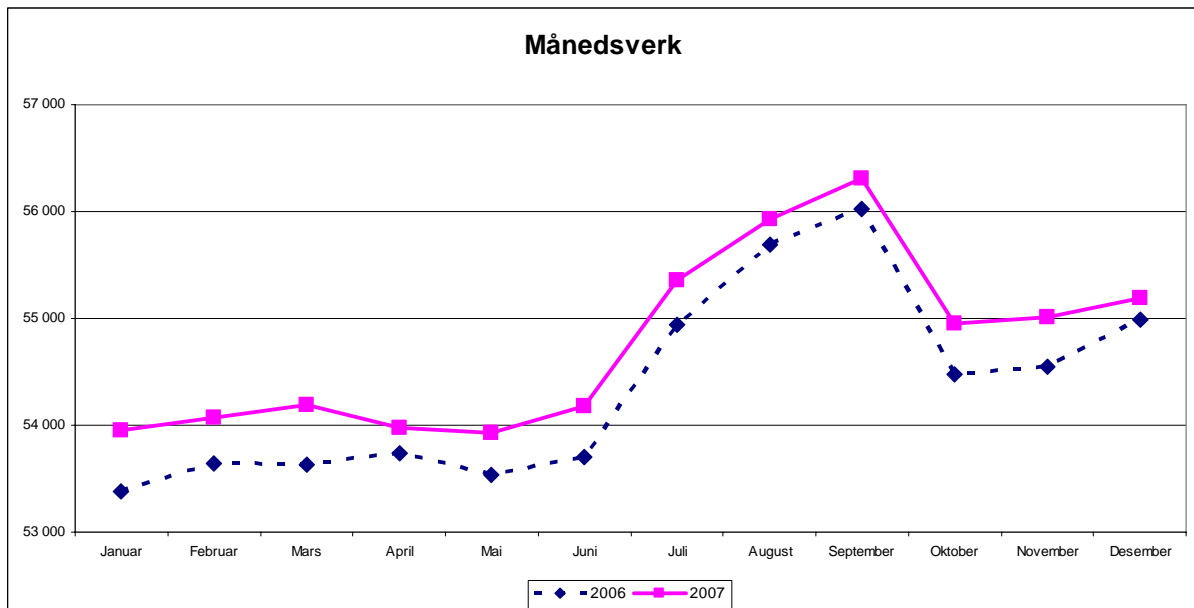
Også i 2008 vil det bli stram oppfølging av omstillingstiltakene, bl.a. vil effekt av disse tiltakene også synliggjøres gjennom antall årsverk/månedsværk.

5 Organisasjon og ledelse

5.1 Bemanning

5.1.1 Status

5.1.1.1 Helse Sør-Øst



Tall for Sør foretakene hentet fra Profitbase HR for perioden januar 2006 og frem til mars 2007, deretter fra ØBAK rapporteringen.

Tall for Øst foretakene er hentet fra ØBAK rapporteringen.

Tall for RH er kun fastlønnede månedsværk. Tall frem til mars 2007 er hentet fra ØBAK, deretter Profitbase.

5.1.1.2 Helseforetakene

	3. tertial			Ar/snitt			
	2006	2007	07 mot 06 i%	2006	2007		
					Mål	Res.	07 mot 06 i%
Akershus universitetssykehus HF	4 585	4 602	0,4 %	4 506	na	4 593	1,9 %
Aker universitetssykehus HF	3 613	3 635	0,6 %	3 564	na	3 594	0,9 %
Sykehuset Innlandet HF	7 009	6 910	-1,4 %	6 902	na	6 803	-1,4 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	2 261	2 315	2,4 %	2 245	na	2 279	1,5 %
Sykehuset Østfold HF	4 535	4 492	-0,9 %	4 519	na	4 464	-1,2 %
Sunnaas sykehus HF	591	610	3,2 %	614	na	606	-1,4 %
Ullevål universitetssykehus HF	8 822	8 907	1,0 %	8 664	na	8 861	2,3 %
Blefjell Sykehus HF	1 101	1 110	0,8 %	1 090	na	1 095	0,5 %
Psykiatrien i Vestfold HF	1 044	1 060	1,5 %	1 011	na	1 037	2,6 %
Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF	6 713	6 896	2,7 %	6 642	na	6 812	2,6 %
Ringerike Sykehus HF	865	887	2,4 %	846	na	863	2,0 %
Sykehuset Buskerud HF	3 100	3 072	-0,9 %	3 078	na	3 038	-1,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	2 642	2 667	0,9 %	2 633	na	2 626	-0,3 %
Sykehuset Telemark HF	2 564	2 525	-1,5 %	2 557	na	2 512	-1,8 %
Sørlandet Sykehus HF	4 670	4 753	1,8 %	4 631	na	4 652	0,4 %
Sykehusapotekene	512	535	4,6 %	506	na	527	4,1 %
Helse Sør RHF Sykehuspartner	240	259	8,2 %	210	na	253	20,1 %
Helse Sør-Øst	144	133	-7,6 %	139	na	138	-0,9 %
Sør-Øst totalt	55 008	55 366	0,7 %	54 358	na	54 754	0,7 %

Tabell 6.1.1.2a – Antall månedsværk periodisert per foretak

Tall for Sør foretakene hentet fra Profitbase HR for perioden januar 2006 og frem til mars 2007, deretter fra ØBAK rapportering.

Tall for Øst foretakene er hentet fra ØBAK rapportering.

Tall for RH er kun fastlønnede månedsværk. Tall frem til mars 2007 er hentet fra ØBAK, deretter Profitbase.

5.1.2 Analyse og tiltak

I 2007 ble det benyttet 395 flere årsværk enn i 2006, dette er en økning på 0,7%. Bemanningsskurven viser at man også i 2007 har en høyere bemanning etter sommeren enn før.

Tall for januar 2008 viser at man får en reduksjon ned mot nivået i januar 2007. Ut fra bemanningstallene og justert for omstillingsplanene i 2007 kan det konstateres at det i Helse Sør-Øst ikke har skjedd en bemanningsreduksjon i 2007.

Det er sterkt fokus på bemanning i Helse Sør-Øst. Fra 2008 iverksettes følgende tiltak:

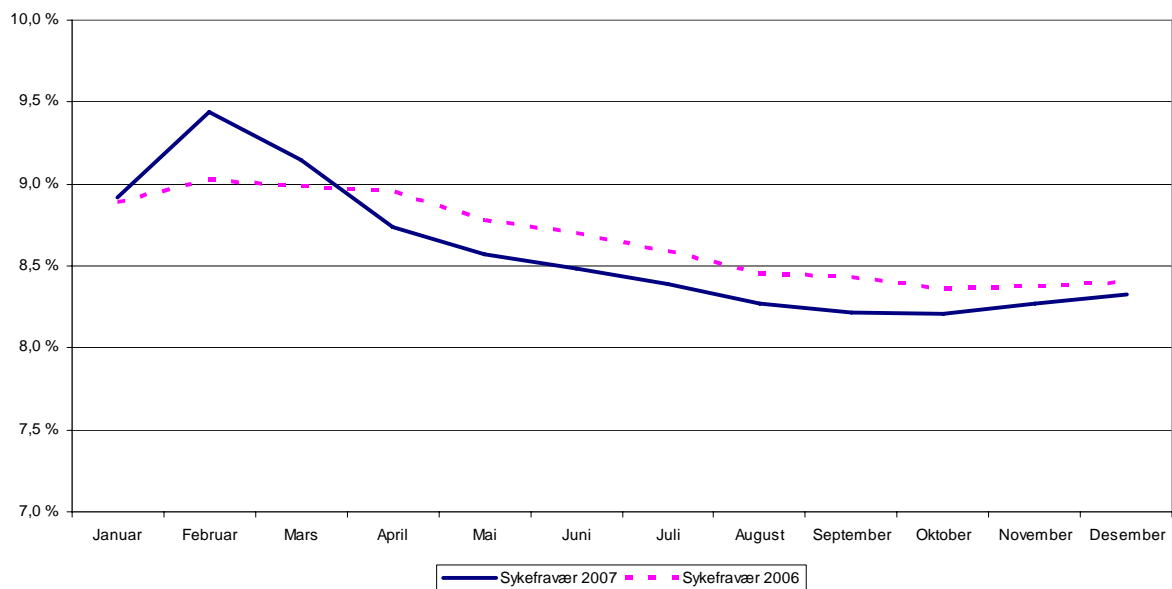
- Det opprettes innen 1. mai utvalg ved alle foretak som skal vurdere og godkjenne alle ansettelser
- Det skal innen 1. mai etableres rutiner for å redusere bruken av innleie.
- Det skal innen 31. oktober gjøres en total kartlegging av legestillingene i Sør-Øst opp mot tildelte stillinger i Nasjonal råd.
- Det innføres utvidet bemanningsrapportering fra februar. Rapporteringen vil fokusere på å synliggjøre uønsket vekst, avviksforklaring og tiltak.
- Bemanningsoppfølging settes som fast post på dagsorden i HR direktørmøte.

5.2 Sykefravær

5.2.1 Status

5.2.1.1 Helse Sør-Øst

Sykefravær akkumulert



Figur 6.2.1.2a – Utvikling i sykefravær for Helse Sør-Øst frem til juli 2007

5.2.1.2 Helseforetakene

Tabell 6.2.1.2a – Sykefravær periodisert per foretak

5.2.2 Analyse og tiltak

I foretaksprotokollene for 2007 ble det stilt krav om å gi sykefravær et særskilt fokus. Helse Øst hadde da allerede ved inngangen til året vedtatt en ambisjon om å senke sykefraværet med ett prosentpoeng ved alle helseforetak i regionen. Mens man fra april og frem til 3 tertial så en positiv utvikling i sykefravær har utviklingen på sluttet av året vært negativ. Dette resulterer i at sykefraværet i 2007 viser en marginal nedgang fra 8,35% i 2006 mot 8,33% i 2007.

Aker Universitetssykehus HF, Sunnaas Sykehus og Rikshospitalet er de tre foretakene som rapporterer en klar forbedring av sykefraværet i løpet av 2007. Sykehuset Buskerud HF og Blefjell Sykehus HF rapporterer begge en negativ utvikling sammenlignet med 2006.

Foretakene fortsetter å følge opp sykefraværsutviklingen med ulike lokale tiltak og prosjekter. Dette gjelder spesielt langtidsfraværet ved de enheter som skiller seg negativt ut. I alle HF-styrer er det vedtatt måltall for reduksjon av sykefraværet i 2007. Regionhelseforetaket følger dette opp kontinuerlig.

6 Status per foretak

6.1 Aker universitetssykehus HF

6.1.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 31,6 mill. kroner mot periodisert budsjett på minus 29,9 mill. kroner, dvs. et resultat som er 1,6 mill. kroner svakere enn budsjett.

6.1.2 Omstillingstiltak – avvik

Aker universitetssykehus HF har budsjetterte omstillingstiltak på 72,3 mill. kroner, og har i 2007 realisert 42,9 mill. kroner, noe som utgjør 59,4 %.

6.1.3 Aktivitet

6.1.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 438 DRG-poeng lavere enn budsjettert.

6.1.3.2 Psykisk helsevern

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne er lavere enn i 2006, bortsett fra polikliniske konsultasjoner som er 10 % høyere. Polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for barn og ungdom har økt med 12 % i forhold til fjoråret.

6.1.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innen rusområdet ligger aktiviteten lavere enn fjoråret, bortsett fra poliklinisk virksomhet.

6.1.4 Kvalitet

6.1.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen psykisk helsevern for barn og ungdom er 90 dager, mot 67 dager i 3. tertial 2006. Rettighetspasientene venter også 90 dager i gjennomsnitt. Innen psykisk helsevern for voksne er ventetiden 42 dager, 13 dager kortere enn samme tid i fjor. Her har pasienter med rett til nødvendig helsehjelp lenger ventetid (46 dager). Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 22 dager og en dag kortere for pasienter med rett. Ventetiden innen somatikk er 81 dager, en dag kortere enn samme tertial i 2006. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er den 83 dager.

6.1.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andelene ligger lavt, selv om den innen somatikk har økt i forhold til 3. tertial i fjor fra 51 % til 54 %. Innen psykisk helsevern er andelen 39 %.

6.1.4.3 Andel korridorpasienter

Innen somatikk er andelen 1,8 % omtrent som fjoråret. Det er ikke korridorpasienter innen psykisk helsevern.

6.2 Akershus universitetssykehus HF

6.2.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 112,1 mill. kroner mot et budsjett på minus 76,4 mill. kroner, dvs. et resultat som er 35,7 mill. kroner svakere enn budsjett. Årsaken til avviket er i hovedsak knyttet til høyere varekostnader inkl TNF-hemmere, overtid, ekstrahjelp og innleie.

6.2.2 Omstillingstiltak – avvik

Akershus universitetssykehus HF har budsjettet en omstillingsutfordring på 35,5 mill. kroner og har oppnådd noe i overkant av dette i 2007.

6.2.3 Aktivitet

6.2.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 2302 DRG-poeng høyere enn budsjettet.

6.2.3.2 Psykisk helsevern

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne har økt både innen poliklinikk, utskrevne døgnpasienter og oppholdsdager dagbehandling i forhold til 2006. Aktiviteten innen psykisk helsevern for barn og ungdom er lavere enn fjoråret når det gjelder innlagte og dagbehandling, mens det er en økning innen poliklinisk aktivitet.

6.2.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innen rusområdet ligger aktiviteten høyere enn fjoråret innen poliklinisk virksomhet og antall utskrevne døgnpasienter.

6.2.4 Kvalitet

6.2.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen psykisk helsevern for barn og ungdom er 70 dager, mot 81 dager i 3. tertial 2006. Ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er 71 dager. Innen psykisk helsevern for voksne har ventetiden økt fra 51 til 63 dager fra samme tid i fjor, mens dem med rett i snitt venter 62 dager. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 40 dager, en økning på 5 dager i forhold til samme tertial i fjor. Pasienter med rett har 37 dagers ventetid. Ventetiden innen somatikk er 80 dager, 9 dager lenger enn samme tertial i 2006. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er den 75 dager.

6.2.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andelen er den samme som ved 3. tertial i fjor innen somatikk - 69 %. Innen psykisk helsevern er andelen 68 %.

6.2.4.3 Andel korridorpasienter

Innen somatikk er andelen 3,9 %, omtrent som fjoråret. Ahus har høy andel (8 %) korridorpasienter innen psykisk helsevern.

6.3 Blefjell Sykehus HF

6.3.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 82,2 mill. kroner mot budsjett på minus 38,8 mill. kroner, dvs. et resultat som er 43,4 mill. kroner svakere enn budsjett. Dette skyldes i all hovedsak manglende effekt av budsjetterte omstillingstiltak.

6.3.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjettert med omstillingstiltak på 63,0 mill. kroner, men har kun oppnådd 17,4 mill. kroner av dette, dvs. en effekt på 27% av det budsjetterte. Resultatavviket i 2007 er i stor grad knyttet til den uløste utfordringen.

6.3.3 Aktivitet

6.3.3.1 Somatikk

Aktivitetsutviklingen er som planlagt.

6.3.3.2 Psykisk helsevern

Aktiviteten innen psykisk helsevern er om lag som samme tertial i fjor, bortsett fra en nedgang i polikliniske konsultasjoner og en økning i antall oppholdsdager dagbehandling.

6.3.4 Kvalitet

6.3.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Pasienter innen barne- og ungdomspsykiatri har ventetid på 102 dager, en forbedring på 9 dager i forhold til samme tid i fjor. For pasienter med rett var ventetiden også 102 dager, en forbedring på 2 dager fra i fjor. Innen psykisk helsevern for voksne er ventetiden 14 dager kortere enn 3. tertial 2006 (38 dager). Ventetiden innen somatikk har økt med dager til 62 dager. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har ventetiden økt fra 26 til 49 dager. Innen alle fagområder er det liten forskjell i ventetid mellom det totale antall pasienter og de med rett til nødvendig helsehjelp.

6.3.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning har økt fra 40 til 70 %, en økning på 73 % fra 3. tertial 2006. Innen psykisk helsevern ligger andelen stabilt på 66-67 %.

6.3.4.3 Andel korridorpasienter

Andelen har falt med 1 prosentpoeng til 0,7 % i forhold til 3. tertial i fjor.

6.4 Psykiatrien i Vestfold HF

6.4.1 Budsjettavvik

Foretaket har oppnådd et resultat for 2007 iht. eiers styringsmål. Resultatet er på 0,6 mill. kroner mot budsjett i balanse.

6.4.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har ikke hatt behov for spesifikke omstillingstiltak for å nå resultatkravet i 2007.

6.4.3 Aktivitet

Antallet polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne har økt med 28 % i forhold til 3. tertial 2006. Dagbehandling er 28 % lavere enn i fjor mens innleggelser er 11 % høyere. For barn og ungdom er antallet polikliniske konsultasjoner 40 % høyere enn samme tid i fjor, mens det er færre innleggelser og dagbehandlinger.

6.4.4 Kvalitet

6.4.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Sammenliknet med 3. tertial 2006 har det vært en økning av ventetiden fra 60 til 80 dager innen psykisk helsevern for voksne. Innen barne- og ungdomspsykiatri har ventetiden gått markert ned til 71 dager, hele 54 dager kortere enn ved samme tid i fjor. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har ventetiden økt fra 48 til 62 dager. Psykiatrien i Vestfold HF gir en høy andel av henviste pasienter rett til nødvendig helsehjelp, uavhengig av alder, og dette gir liten forskjell i ventetid for det totale antall pasienter og de med rett til nødvendig helsehjelp.

6.4.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager

Helseforetaket har i 2007 nådd måltallene og sender over 80 % av epikrisene innen 7 dager, både innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

6.4.4.3 Andel korridorpasienter

Psykiatrien i Vestfold HF har ikke korridorpasienter.

6.5 Rikshospitalet HF

6.5.1 Budsjettavvik

Resultatet for året er på minus 469,8 mill. kroner mot budsjett på minus 212,0 mill. kroner, dvs. et resultat som er 257,9 mill. kroner svakere enn budsjett. I tillegg til manglende effekt av omstillingstiltak kan avkortning i ISF-inntektene for dagrehabilitering, samt økt varekostnad forklare avvik i forhold til budsjett.

6.5.2 Omstillingstiltak – avvik

Resultatavviket kan i stor grad knyttes opp mot den uløste utfordringen og manglende effekt av omstilling. Foretaket har budsjettert med omstillingstiltak på 312,4 mill. kroner, men har kun oppnådd 90,0 mill. kroner av dette, dvs. en effekt på kun 29% av det budsjetterte.

6.5.3 Aktivitet

6.5.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 353 DRG-poeng lavere enn budsjettert.

6.5.3.2 Psykisk helsevern

Antallet polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne er omtrent som ved samme tertial i fjor, mens antallet for barn og ungdom er 18 % lavere enn i fjor.

6.5.4 Kvalitet

6.5.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært ventende

Innen psykisk helsevern for voksne er ventetiden for pasienter med rett 70 dager. Ventetid for hele pasientgruppen har økt fra 55 til 83 dager. Innen somatikk er ventetiden økt med 24 dager til 126 dager, mens ventetiden for pasienter med rett er 108 dager etter en økning på 33 dager. Økningene er beregnet i forhold til 3. tertial 2006.

6.5.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andel epikriser sendt innen 7 dager innen somatikk har økt med 2 %-poeng til 68 %.

6.5.4.3 Andel korridorpasienter

Rikshospitalet HF har ingen korridorpasienter.

6.6 Ringerike Sykehus HF

6.6.1 Budsjettavvik

Årsresultatet er på minus 61,2 mill. kroner mot budsjett på minus 9,6 mill. kroner, dvs. et resultat som er 51,6 mill. kroner svakere enn budsjett.

I tillegg til manglende effekt av omstillingstiltak, kan økte gjestepasientkostnader og økte lønnskostnader forklare det negative avviket.

6.6.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjettert med en omstillingsutfordring på 29,0 mill. kroner i 2007. Det er oppnådd 13,0 mill. kroner av dette i 2007, dvs. en effekt på 45%. Tiltakene kan imidlertid forventes å gi ytterligere effekt i 2008.

6.6.3 Aktivitet

6.6.3.1 Somatikk

Aktiviteten ligger 227 DRG-poeng over budsjett.

6.6.3.2 Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom er det utført 7 % færre polikliniske konsultasjoner enn i 3. tertial i fjor. Innen psykisk helsevern for voksne har antallet polikliniske konsultasjoner økt med 5 %. Antall innleggelser har gått ned, mens dagbehandling har økt.

6.6.4 Kvalitet

6.6.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen barne- og ungdomspsykiatri har økt med 24 dager til 90 dager fra samme periode i fjor. For de med rett er ventetiden 93 dager (!?). Innen psykisk helsevern for voksne er ventetiden to dager lenger enn ved samme tid i fjor (36 dager), og for de med rett er den 1 dag kortere. Innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere har ventetiden økt fra 25 til 99 dager, mens den for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er 104 dager. Ventetiden innen somatikk er den samme som for 3. tertial i 2006 (75 dager), og her er den 6 dager kortere for pasienter med rett.

6.6.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning har økt til 72 %, en økning fra 64 % 3. tertial i fjor. Innen psykisk helsevern er resultatet 76 %, en nedgang fra 82 % samme periode i fjor. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er andelen 100 %.

6.6.4.3 Andel korridorpasienter

Andelen korridorpasienter innen somatikk er 3,9 % mot 3,6 % 3. tertial i fjor.

6.7 Sunnaas sykehus HF

6.7.1 Budsjettavvik

Resultat er på minus 11,5 mill. kroner mot budsjett på minus 10,9 mill. kroner, dvs. et resultat om lag på nivå som budsjettet.

6.7.2 Omstillingstiltak – avvik

Sunnaas sykehus HF har budsjettet med en omstillingsutfordring på 6 mill. kroner for 2007, og har oppnådd 8,6 mill. kroner i omstilling i 2007.

6.7.3 Aktivitet

6.7.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 110 DRG-poeng lavere enn budsjettet.

6.7.4 Kvalitet

6.7.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen somatikk er 69 dager, 1 dag kortere enn samme tertial i 2006. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er den 91 dager (?!).

6.7.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Sunnaas har nådd det nasjonale målet i 2007, etter at andelen har økt fra 63 % i 3. tertial 2006 til 89 % nå.

6.7.4.3 Andel korridorpasienter

Helseforetaket driver ren elektiv virksomhet og har ikke korridorpasienter.

6.8 Sykehuset Asker og Bærum HF

6.8.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 78,9 mill. kroner mot budsjett på minus 33,6 mill. kroner, dvs. et resultat som er 45,2 mill. kroner svakere enn budsjett. En stor del av avviket er knyttet til manglende effekt av omstillingstiltak i somatiske avdelinger.

6.8.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjettert omstillingstiltak for 32,6 mill. kroner. Det er oppnådd 12,9 mill. kroner av dette, dvs. en effekt på 40%.

6.8.3 Aktivitet

6.8.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 57 DRG-poeng høyere enn budsjettert.

6.8.3.2 Psykisk helsevern

Aktiviteten for voksne har økt i forhold til 3. tertial 2006 innen antall utskrevne pasienter og polikliniske konsultasjoner, men med en liten nedgang i oppholdsdager dagpasienter. For barn og ungdom har antallet polikliniske aktiviteter økt, mens det er nedgang innen aktivitetene døgn og dag.

6.8.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktiviteten har økt innen alle omsorgsnivå i forhold til 3. tertial 2006.

6.8.4 Kvalitet

6.8.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen psykisk helsevern for barn og ungdom er 62 dager, mot 59 dager i 3. tertial 2006. Ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er også 62 dager. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 38 dager, det samme for pasienter med rett. Ventetidene innen somatikk og psykisk helsevern for voksne foreligger ikke.

6.8.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andelen har økt fra 68 % i 3. tertial 2006 til 74 % innen somatikk. Innen psykisk helsevern er andelen økt fra 68 % til 84 % i samme periode, slik at de her har nådd nasjonalt mål.

6.8.4.3 Andel korridorpasienter

Innen somatikk er andelen 0,6 %, noe lavere enn fjoråret. Det er 6 % korridorpasienter innen psykisk helsevern, 3 %-poeng høyere enn samme tid i fjor.

6.9 Sykehuset Buskerud HF

6.9.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 178,1 mill. kroner mot budsjett på minus 54,0 mill. kroner, dvs. et resultat som er 124,1 mill. kroner svakere enn budsjett. Budsjettavviket er i stor grad knyttet opp mot manglende effekt av omstillingstiltak.

6.9.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjetter med omstillingstiltak for 142,0 mill. kroner, men har oppnådd kun 67 mill. kroner av dette, dvs. 47%.

6.9.3 Aktivitet

6.9.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 116 DRG-poeng lavere enn budsjettert.

6.9.3.2 Psykisk helsevern

Antallet polikliniske konsultasjoner har økt med 10 % innen psykisk helsevern for barn og ungdom og 4 % for voksne i forhold til 3. tertial 2006. Antallet døgninnleggelser har økt både for voksne og for barn og ungdom.

6.9.4 Kvalitet

6.9.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for barn og ungdom er 62 dager, 5 dager lenger enn ved 3. tertial 2006. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har lenger ventetid (64 dager). Gjennomsnittlig ventetid for alle innen psykisk helsevern for voksne har økt 16 dager fra samme tertial i fjor til 57 dager, mens pasienter med rett har ventetid på 46 dager. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 93 dager, 83 dager for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Ventetiden innen somatikk har økt med 9 dager fra 3. tertial 2006 til 75 dager, med klart kortere ventetid for pasienter med rett (46 dager).

6.9.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Innen somatikk har andelen økt fra 47 til 64 % fra 3. tertial 2006. Innen psykisk helsevern er andelen uendret på 64 %.

6.9.4.3 Andel korridorpasienter

Andelen innen somatikk er 2,2 %, omtrent som samme tertial i fjor. Innen psykisk helsevern har andelen gått ned fra 4 % til 0,1 %.

6.10 Sykehuset Innlandet HF

6.10.1 Budsjettabvik

Resultatet er på minus 170,7 mill. kroner mot et budsjett på minus 89,6 mill. kroner, dvs. et resultat som er 81,1 mill. kroner svakere enn budsjett. En stor del av budsjettavviket er knyttet til manglende effekt av omstillingstiltak

6.10.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjettert omstillingstiltak for 216,1 mill. kroner og har oppnådd 239,7 mill. kroner, dvs. ca 64% av det budsjetterte.

6.10.3 Aktivitet

6.10.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 1280 DRG-poeng høyere enn budsjettert

6.10.3.2 Psykisk helsevern

For voksne har antall oppholdsdager dagbehandling økt i forhold til 3. tertial 2006, mens polikliniske konsultasjoner og antall utskrevne døgnpasienter er lavere enn fjoråret. Innen psykisk helsevern for barn og unge har aktiviteten økt innen alle omsorgsnivå.

6.10.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Aktiviteten har økt i forhold til 3. tertial 2006 for antall liggedøgn døgnbehandling, mens antall polikliniske konsultasjoner, utskrevne pasienter og oppholdsdager dagbehandling har gått ned.

6.10.4 Kvalitet

6.10.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen psykisk helsevern for barn og ungdom er 68 dager, det samme som i 3. tertial 2006. Rettighetspasienter venter 69 dager. Innen psykisk helsevern for voksne har ventetiden økt fra 55 til 65 dager fra samme tid i fjor, mens pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i snitt venter 64 dager. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 55 dager, en reduksjon på 22 dager i forhold til samme tertial i fjor. Pasienter med rett har også 55 dagers ventetid. Ventetiden for somatiske pasienter er 80 dager, 9 dager lenger enn samme tertial i 2006, og her har pasienter med rett kortere ventetid med 75 dager.

6.10.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andelen innen somatikk har gått drastisk ned, fra 78 % i 3. tertial 2006 til 50 % nå. Innen psykisk helsevern er andelen også lav med 46 %.

6.10.4.3 Andel korridorpasienter

Innen somatikk er andelen 2 %, en økning fra 0,2 % i samme periode i fjor. Det er ikke korridorpasienter innen psykisk helsevern.

6.11 Sykehuset i Vestfold HF

6.11.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 193,7 mill. kroner mot budsjett på minus 60,0 mill. kroner, dvs. et resultat som er 133,7 mill. kroner svakere enn budsjett. I tillegg til manglende effekt av omstillingstiltak kan endring i koding av dagrehabilitering, effekt av lønnsoppgjøret og økte gjestepasientkostnader forklare avvik.

6.11.2 Omstillingstiltak – avvik

En stor del av budsjettavviket kan knyttes opp mot den uløste utfordringen. Foretaket har iverksatt omstillingstiltak som for 2007 har en budsjettert innsparing på 112 mill., mens det er oppnådd 42,5 mill. kroner av disse, dvs. 38%.

6.11.3 Aktivitet

6.11.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 551 DRG-poeng over budsjett.

6.11.4 Kvalitet

6.11.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen somatikk er 65 dager, en nedgang fra 71 dager samme tertial i fjor. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har ventetid på 53 dager.

6.11.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Innen somatikk har andelen falt fra 56 % i 3. tertial 2006 til 53 % nå.

6.11.4.3 Andel korridorpasienter

Andelen innen somatikk er 1,5 %, omtrent som samme tertial i fjor.

6.12 Sykehuset Telemark HF

6.12.1 Budsjetttavvik

Resultatet er på minus 128,5 mill. kroner mot budsjett på minus 62,7 mill. kroner, dvs. et resultat som er 65,8 mill. kroner svakere enn budsjett.

Avviket kan i hovedsak forklares med avkortning i ISF-refusjonene for dagrehabilitering, samt økte varekostnader og andre driftskostnader i forhold til budsjett.

6.12.2 Omstillingstiltak – avvik

Sykehuset Telemark HF har ikke budsjettert med omstillingstiltak i 2007, men har iverksatt tiltak som har gitt effekt på totalt 36 mill. kroner.

6.12.3 Aktivitet

6.12.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 1222 DRG-poeng lavere enn budsjettert.

6.12.3.2 Psykisk helsevern

Det er lavere aktivitet innen psykisk helsevern enn 3. tertial 2006, både for voksne og barn og ungdom, og for alle tjenesteområdene (poliklinikk, døgn- og dagbehandling).

6.12.4 Kvalitet

6.12.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Innen psykisk helsevern for barn og ungdom er ventetiden 88 dager, 2 dager lenger enn samme periode i fjor. Ventetiden for pasienter med rett er enda lenger, 101 dager. For voksne har ventetiden økt fra 42 dager til 44 dager, mens ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp her er 42 dager. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 49 dager, mens den er 52 dager for dem med rett til nødvendig helsehjelp. Ventetiden innen somatikk er 58 dager, 6 dager kortere enn ved samme tertial i fjor, og her har pasienter med rett en litt kortere ventetid på 56 dager.

6.12.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Utviklingen går i hver sin vei: Innen somatikk har andelen økt fra 61 % til 80 % fra 3. tertial 2006, mens den innen psykisk helsevern har falt fra 72 % til 58 %.

6.12.4.3 Andel korridorpasienter

For somatikk har andelen økt kraftig og er 4,4 % mot 2,2 % ved samme tertial i 2006. De har ikke korridorpasienter innen psykisk helsevern.

6.13 Sykehuset Østfold HF

6.13.1 Budsjettaavvik

Resultatet er på minus 127,6 mill. kroner mot budsjett på minus 61,7 mill. kroner, dvs. et resultat som er 65,9 mill. kroner svakere enn budsjett. Avviket er for en stor del knyttet til innleie av leger, høye medikamentkostnader samt variabel lønn.

6.13.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjettert med omstillingstiltak for 36 mill. kroner, og omstillingstiltakene gjennom året har gitt en totalt effekt på 46,6 mill. kroner for 2007. Dette har således bidratt positivt til resultatet for foretaket.

6.13.3 Aktivitet

6.13.3.1 Somatikk

Aktiviteten har vært 821 DRG-poeng lavere enn budsjettert.

6.13.3.2 Psykisk helsevern

Aktiviteten for voksne er litt høyere enn 3. tertial i fjor for oppholdsdager dagbehandling, mens antall polikliniske konsultasjoner og døgnbehandling er noe lavere. Aktiviteten for barn og ungdom har økt innen poliklinikk, mens det er uendret antall til døgnbehandling og litt færre oppholdsdøgn dagbehandling.

6.13.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er en økning i antall polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager dagbehandling, og en nedgang i antall til døgnbehandling.

6.13.4 Kvalitet

6.13.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen psykisk helsevern for barn og ungdom er 107 dager, mot 117 dager i 3. tertial 2006. Ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er 100 dager. Innen psykisk helsevern for voksne er ventetiden 41 dager, den samme som ved 3. tertial i fjor. Her har pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ventetid på 44 dager. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 59 dager, en reduksjon fra 81 dager i forhold til samme tertial i fjor. Pasienter med rett har også 59 dagers ventetid. Ventetiden innen somatikk er 76 dager, 3 dager lenger enn samme tertial i 2006. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er den 72 dager.

6.13.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andelen innen somatikk er markert redusert, fra 64 % 3. tertial 2006 til 49 % dette tertial. Innen psykisk helsevern er andelen 60 %.

6.13.4.3 Andel korridorpasienter

Innen somatikk er andelen 3,1 %, omtrent som fjoråret. Det er 2 % korridorpasienter innen psykisk helsevern, en nedgang fra 9 % i samme periode fjoråret.

6.14 Sørlandet Sykehus HF

6.14.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 215,6 mill. kroner mot et budsjett på minus 79,5 mill. kroner, dvs. et resultat som er 136,2 mill. kroner svakere enn budsjett. En stor del av budsjettavviket er knyttet opp mot den uløste utfordringen.

6.14.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjettert omstillingstiltak på 103 mill. kroner, og har oppnådd 54,3 mill. kroner av dette, dvs. 53%.

6.14.3 Aktivitet

6.14.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 728 DRG-poeng lavere enn budsjettert.

6.14.3.2 Psykisk helsevern

Antallet polikliniske konsultasjoner har økt med 10 % fra 3. tertial 2006 innen psykisk helsevern for barn og ungdom. For voksne er aktiviteten uendret.

6.14.4 Kvalitet

6.14.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen psykisk helsevern for barn og ungdom er lavest av alle med 18 dager, også for dem med rett til nødvendig helsehjelp. Pasienter innen psykisk helsevern for voksne venter i 47 dager, en dag kortere enn i 2006. Pasienter med rett har en ventetid på 32 dager. Innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere er den generelle ventetiden 51 dager, mot 32 dager for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Ventetid for somatiske pasienter har gått ned med 7 dager fra 3. tertial 2006 til 68 dager nå. Her har pasienter med rett ventet 59 dager

6.14.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Økning både innen somatikk, der andelen har økt fra 57 % til 64 %, og enda sterkere innen psykisk helsevern med andelen opp fra 56 % til 69 %.

6.14.4.3 Andel korridorpasienter

Her har andelen sunket innen somatikk fra 1,5 % til 0,5 % i samme tertial nå, mens de rapporterer at de ikke har korridorpasienter innen psykisk helsevern.

6.15 Ullevål universitetssykehus HF

6.15.1 Budsjettavvik

Resultatet er på minus 368,0 mill. kroner mot budsjett på minus 82,7 mill. kroner, dvs. et resultat som er 285,3 mill. kroner svakere enn budsjett.

Budsjettavviket er i stor grad knyttet til manglende effekt av omstilling, høyere aktivitet enn budsjettet, ekstravakter i ferieavviklingen og merkostnader ved årets lønnsoppgjør samt økte finanskostnader.

6.15.2 Omstillingstiltak – avvik

Foretaket har budsjettet omstillingstiltak for 303,1 mill. kroner, og har oppnådd 129,9 mill. kroner av dette, dvs. ca 43%.

6.15.3 Aktivitet

6.15.3.1 Somatikk

Aktiviteten er 3928 DRG-poeng høyere enn budsjettet.

6.15.3.2 Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern for voksne er det en økning i antall oppholdsdager dagbehandling og i antall polikliniske konsultasjoner i forhold til 2006, mens antall døgnpasienter har gått noe ned. Innen psykisk helsevern for barn og ungdom er det en økning i antall polikliniske konsultasjoner og i døgnbehandling.

6.15.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Økning i antall polikliniske konsultasjoner i forhold til fjoråret.

6.15.4 Kvalitet

6.15.4.1 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede

Ventetiden innen psykisk helsevern for barn og ungdom er 46 dager, og har gått ned fra 56 dager i 3. tertial 2006. Ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er enda kortere med 37 dager. Innen psykisk helsevern for voksne har ventetiden økt fra 43 til 49 dager fra samme tid i fjor, men for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er ventetiden kortere (39 dager). Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetiden 31 dager, en økning på 6 dager i forhold til samme tertial i fjor. Ventetiden innen somatikk er 56 dager, en dag kortere enn samme tertial i 2006. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er den 45 dager.

6.15.4.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning

Andelen innen somatikk er 65 % mot 70 % ved 3. tertial i fjor. Innen psykisk helsevern er andelen økt til 69 %, mens den var 46 % samme periode i fjor.

6.15.4.3 Andel korridorpasienter

Innen somatikk er andelen 3,9 %, omtrent som fjoråret.

6.16 Sykehusapotekene ANS

6.16.1 Budsjettavvik

Resultatet er på 4,6 mill. kroner mot budsjett på 6,1 mill. kroner, dvs. et resultat som er 1,5 mill. kroner svakere enn budsjett.

Omsetningen er i 2007 1,5 mill. kroner under budsjett. Varesalg privat er bedre enn budsjettet, mens salget til helseforetakene og andre profesjonelle er noe lavere enn budsjettet. Personalkostnader er på nivå med det budsjetterte.