



# Aktivitets- og økonomirapportering

3. tertial 2008

Helse Sør-Øst RHF

Mars 2008

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>Samlet oversikt Helse Sør-Øst .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten .....</b>	<b>3</b>
2.1	Ventetider .....	3
2.2	Likeverdighet – prioritering av pasienter .....	12
2.3	Kvalitet.....	15
2.4	Forskning.....	23
<b>3</b>	<b>Aktivitet .....</b>	<b>23</b>
3.1	Somatikk.....	23
3.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	26
3.3	Analyse og tiltak .....	27
<b>4</b>	<b>Produktivitet og effektivitet .....</b>	<b>28</b>
4.1	Kostnads- og aktivitetsperspektiv – Kostnad per DRG .....	28
4.2	Aktivitets- og ressursperspektiv .....	30
<b>5</b>	<b>Økonomi og likviditet .....</b>	<b>31</b>
5.1	Resultat .....	31
5.2	Likviditet.....	32
5.3	Omstilling.....	33
<b>6</b>	<b>Organisasjon og ledelse .....</b>	<b>34</b>
6.1	Bemanning .....	34
6.2	Sykefravær .....	36
<b>7</b>	<b>Status per foretak .....</b>	<b>37</b>
7.1	Aker universitetssykehus HF .....	37
7.2	Akershus universitetssykehus HF .....	37
7.3	Blefjell Sykehus HF .....	37
7.4	Psykiatrien i Vestfold HF.....	37
7.5	Rikshospitalet HF .....	37
7.6	Ringerike Sykehus HF .....	38
7.7	Sunnaas sykehus HF .....	38
7.8	Sykehuset Asker og Bærum HF .....	38
7.9	Sykehuset Buskerud HF .....	38
7.10	Sykehuset Innlandet HF .....	38
7.11	Sykehuset i Vestfold HF .....	38
7.12	Sykehuset Telemark HF .....	39
7.13	Sykehuset Østfold HF.....	39
7.14	Sørlandet Sykehus HF.....	39
7.15	Ullevål universitetssykehus HF.....	39
<b>8</b>	<b>Tabeller styringsvariabler/kvalitetsindikatorer .....</b>	<b>40</b>

# 1 Samlet oversikt Helse Sør-Øst

Tabell 1 Samlet oversikt Helse Sør-Øst

	2007	2008	08 mot 07 i %
DRG poeng foretaksgruppen ("Sørge for")	637 760	641 603	0,6 %
<b>Antall polikliniske konsultasjoner:</b>			
Somatikk	2 186 979	2 199 825	0,6 %
Psykisk helsevern voksne	561 464	609 544	8,6 %
Psykisk helsevern barn/ungdom	322 861	370 403	14,7 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	146 765	164 892	12,4 %

	2007	2008	08 mot 07 i %	Mål
Andel epikriser sendt innen 7 dager etter utskrivning somatikk	62 %	64 %	3,2 %	80 %
Andel epikriser sent innen 7 dager etter utskrivning - psykisk helsevern	62 %	68 %	9,0 %	80 %
Andel korridorpasienter - somatikk	2,5 %	1,8 %	-28,0 %	0 %
Andel korridorpasienter - psykisk helsevern	1,3 %	1,1 %	-15,4 %	0 %
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - somatikk	63	63	0,0 %	
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - psykisk helsevern barn og ungdom	72	62	-13,9 %	
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - psykisk helsevern voksne	47	48	2,1 %	
Ventetid avviklede med rett til nødvendig helsehjelp - tverrfaglig spesialisert rusbehandling	54	61	13,0 %	
Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager		84 %		100 %
Individuell plan barnehabilitering	35 %	43 %	21,7 %	
Individuell plan hyperkinetisk forstyrrelse psykisk helsevern barn og ungdom	16 %	16 %	0,0 %	
Individuell plan schizofreni psykisk helsevern voksne	35 %	31 %	-10,3 %	
Andel tvangsinnlagte psykisk helsevern	20 %	17 %	-15,0 %	
Andel strykninger planlagte operasjoner	7 %	6,4 %	-8,6 %	< 5 %
Ikke planlagte reinnleggelse psykisk helsevern	12 %	13 %	9,2 %	
Andel keisersnitt	16 %	18 %	10,6 %	

ØKONOMI	2008		
	Faktisk	Budsjett 2008	Avvik ift budsjett
Resultat iht. økonomisk krav fra HOD	-723 277	-331 000	118,5 %
Omstilling	1 102 702	1 648 252	-33,1 %
Likviditesreserve	-1 910 482	0	

HR	3. terial			2008			
	2007	2008	08 mot 07 i %	2007	2008 Mål	Res.	08 mot 07 i %
Arsverk	55 719	55 374	-0,6 %	54 994	55 033	55 033	0,1 %
Sykefravær	8,4 %	8,2 %	-0,2 %	8,3 %	7,3 %	8,4 %	0,1 %

## 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 behandlingsskapasitet, 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 at det har blitt økt etterspørsel og lavere terskel for å henvise pasienter på det aktuelle området til spesialisthelsetjenesten. Bedre prioritering kan derfor sikre at pasienter med tydelige og særlige behov for helsehjelp får raskere hjelp, men ved uendret kapasitet vil det samtidig bety at noen må vente lengre.

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

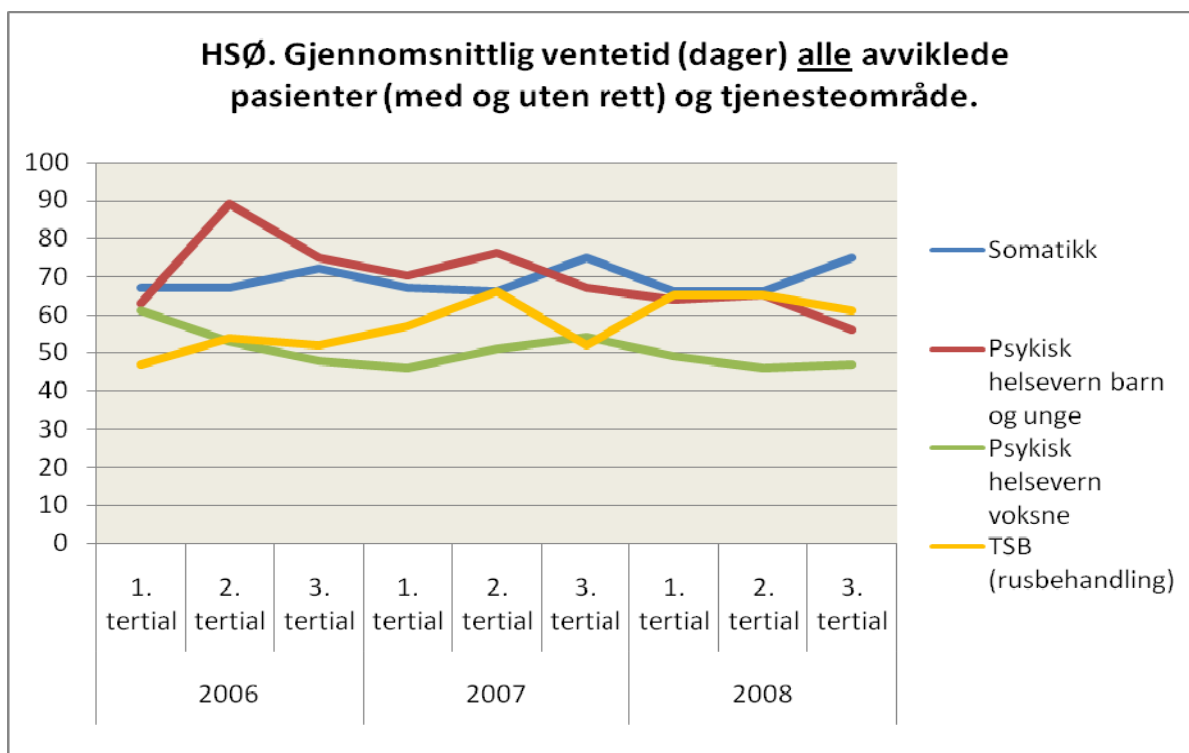
- Antall nyhenviste
- Antall ordinært avviklede
- Antall ventende
- Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede pasienter (med og uten rett til nødvendig helsehjelp)

Sett i sammenheng gir disse målene et bedre bilde av utviklingen enn kun å ha ett eller to mål som for eksempel antall på venteliste og ventetid som gjerne har vært fokusert i offentlige sammenhenger. Bruk av flere mål kan vise om det er samsvar mellom nyhenvisninger, avvikling av pasienter, antall som fremdeles venter på behandling og ventetid. Utviklingen innen de ulike tjenesteområdene er vist nedenfor.

I tillegg er det aktuelt å følge antall langtidsventende, de som har ventet over 1 år. Det er viktig å klarlegge om de er reelle ventende. Foretakene må sikre at ventelistene er oppdaterte og følge med på hvilke områder det er, eller oppstår, køer og flaskehals (kapasitetsproblemer).

### 2.1.1 Utvikling av ventetider – generell status

Figur 1 viser ventetidsutvikling for alle pasienter (både de med og uten rett) på de fire tjenesteområdene. I perioden 2006-2008 har det vært en klar nedgang i ventetid innen psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Innen somatikk svinger ventetiden med en topp i 3. tertial hvert av årene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skiller seg noe ut med økende ventetider fra 2006, men det kan synes som det er en stabilisering i 3. tertial 2008, jfr. senere kommentarer.

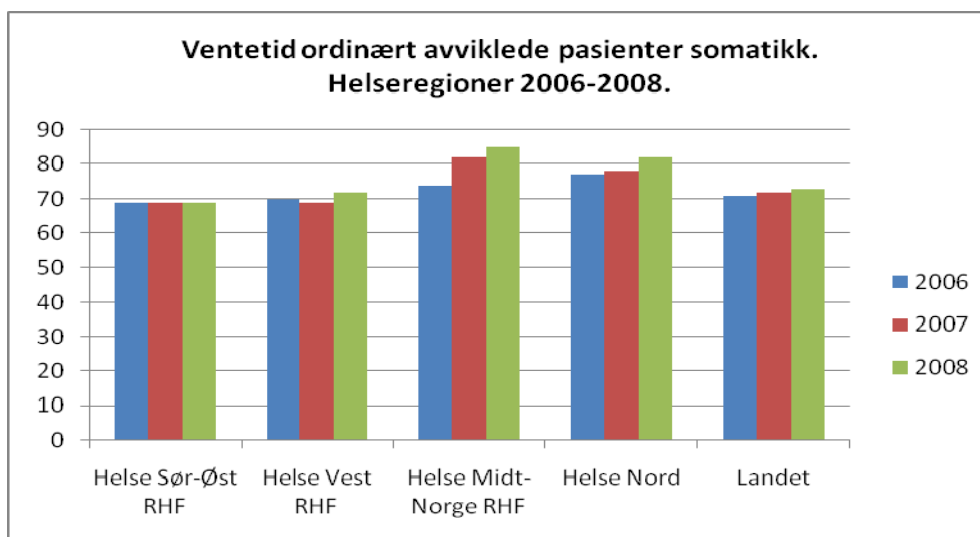


Figur 1 Ventetidsutvikling for alle pasienter på alle tjenesteområder.

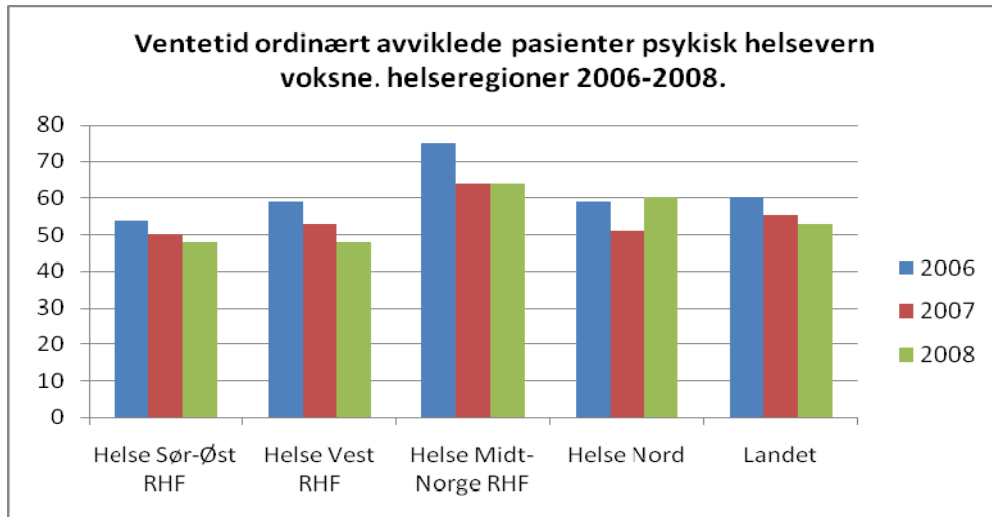
#### Ventetid - sammenligning med de andre RHFene.

Helse Sør-Øst har ikke løpende tilgang til oppdaterte ventelistedata fra de andre regionale helseforetakene utover det som kommer i rapportene fra Norsk pasientregister (NPR). Siste rapport fra NPR (NPR-rapport; Ventetider og pasientrettigheter 2008, februar 2008) omfatter helse perioden 2006-2008. Figurene 2 til 5 angir utviklingen av gjennomsnittlige ventetider fra 2006 til 2008 for hele landet og de fire RHF-ene.

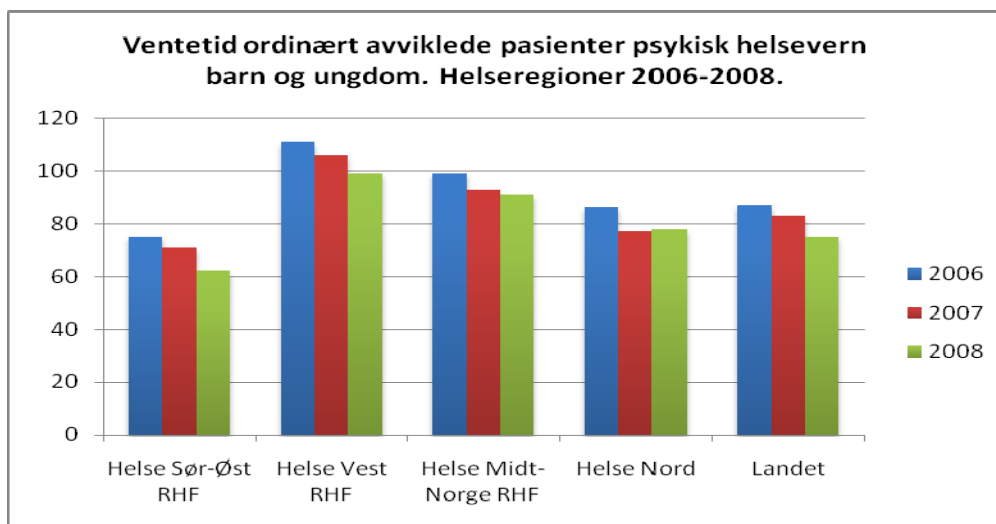
Figurene viser at Helse Sør-Øst har de korteste ventetidene på alle tjenesteområdene. Det har vært gjennomgående i hele perioden 2006-2008.



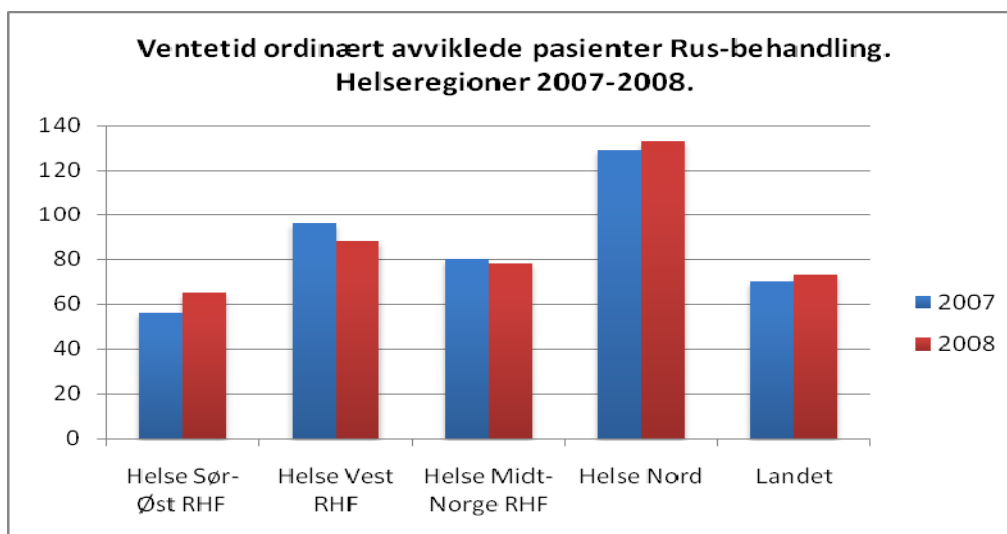
Figur 2 Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter 2006-2008 somatikk. (Kilde: NPR).



Figur 3 Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter 2006-2008 psykisk helsevern for voksne. (Kilde: NPR).



Figur 4 Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter 2006-2008 psykisk helsevern for barn og unge. (Kilde: NPR).



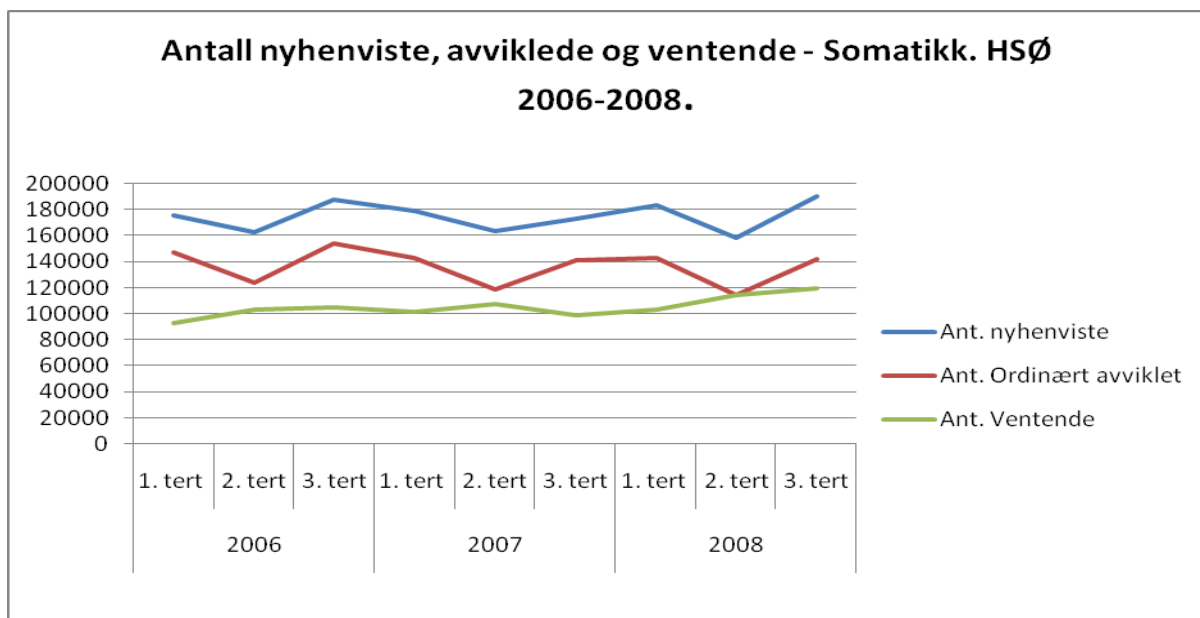
Figur 5 Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter 2006-2008 tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (Kilde: NPR).

## 2.1.2 Ventetidsutvikling somatiske fagområder

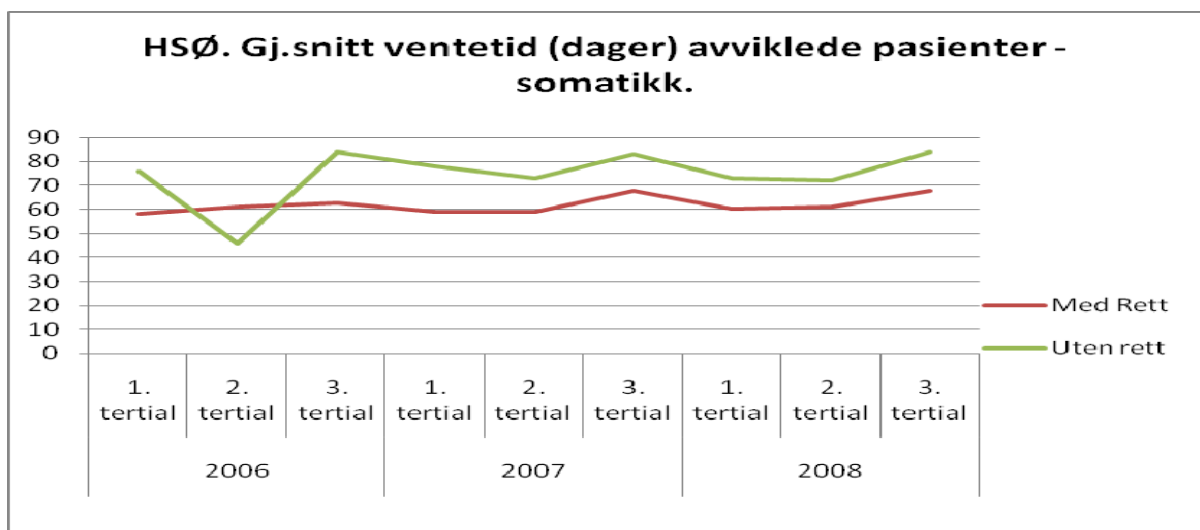
Det har fra 2006 og frem til 2. tertial 2008 vært rimelig samsvar mellom antall nyhenviste og avviklede pasienter, dog med sesongvise variasjoner. Antall ventende og ventetider har vært relativt stabilt, selv om vi ser en tydelig økning av antall ventende siste tertial 2008. Likevel sier totaltallene for somatikk lite om kapasiteten på de ulike fagområdene.

Det fremgår av figur 6 at det i 3. tertial 2008 har vært en stor økning i nyhenvisninger. Antall avviklede øker også, men ikke like mye, og resultatet er at antall ventende viser en jevn og gradvis økning fra 2006 til 2008. Figur 7 viser at ventetidene har en parallell periodisk økning. Sammenfallet mellom økningen i antall ventende og ventetider i 3. tertial 2008 gir grunn til noe bekymring. Men nærmere analyser indikerer at det meste av økningen i 3. tertial forklares med en kraftig økning i de første måneder etter sommerferien, og at situasjonen deretter igjen har bedret seg.

Ventetiden for dem med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp er nå 68 dager, mot 84 dager for dem uten rett. Dette er omtrent på samme nivå som i 3. tertial 2007, men høyere enn tidligere i 2008.



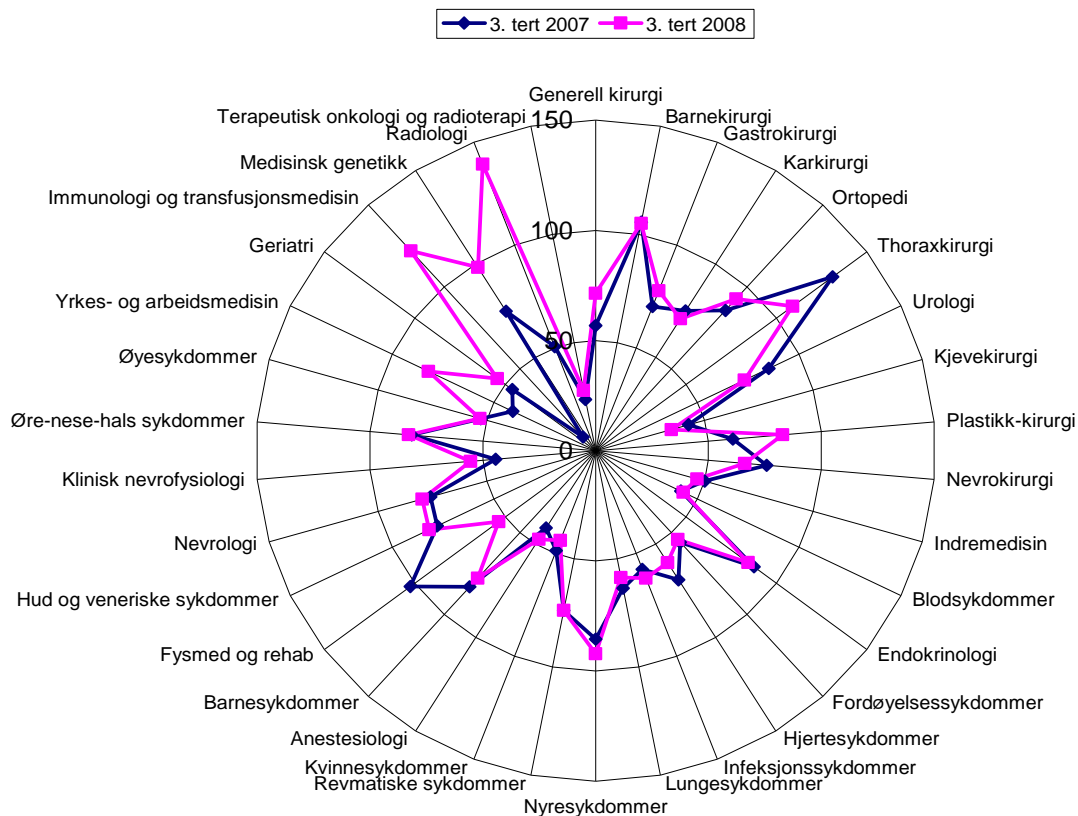
Figur 6 Nyhenviste, avviklede og ventende somatikk.



Figur 7 Ventetid somatikk

Figur 8 viser at det er store variasjoner i ventetidene for de ulike somatiske fagområdene. Figuren viser også utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra 2007 til 2008.

Figuren viser at de fleste fagområder har hatt stabile ventetider. For noen fagområder (bl.a. radiologi, arbeidsmedisin og plastisk kirurgi) har det vært en betydelig økning av ventetidene fra 2007 til 2008, mens det for andre fagområder (thoraxkirurgi og fysisk medisin og rehabilitering) har vært en nedgang i ventetidene.



Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede med rett - somatikk, Helse Sør-Øst 3. tertial 2007 og 2008.

### Langtidsventende - somatikk

RHFet følger også 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. Tabell 2 viser at antall langtidsventende innen somatikk har økt gjennom 2008, utover hva som har vært tidligere sesongvariasjoner. Ved utgangen av 2008 hadde 4 792 pasienter ventet mer enn 1 år, mot 2 617 ved samme tidspunkt i 2007. Data fra Norsk pasientregister har alltid vist flest langtidsventende innen somatikk, og i 2008 gjelder det særlig for ortopedi, karkirurgi, urologi, kvinnesykdommer, øyesykdommer og øre-nese-hals-sykdommer.

Tabell 2 Antall langtidsventende

	Antall ventet over 1 år ved utgangen av;		
	1. tertial 2008	2. tertial 2008	3. tertial 2008
Somatikk	2 821	3 766	4 792

Nærmere analyse viser at 80 % av de langtidsventende venter på poliklinisk vurdering eller behandling. Et mindretall gjelder dagbehandling eller innleggelse. 30 % av pasientene har



rett til helsehjelp, og om lag 10 % av pasientene er under 18 år. RHFet vil følge opp situasjonen med langtidsventende overfor det enkelte foretak.

### Analyse og tiltak somatikk

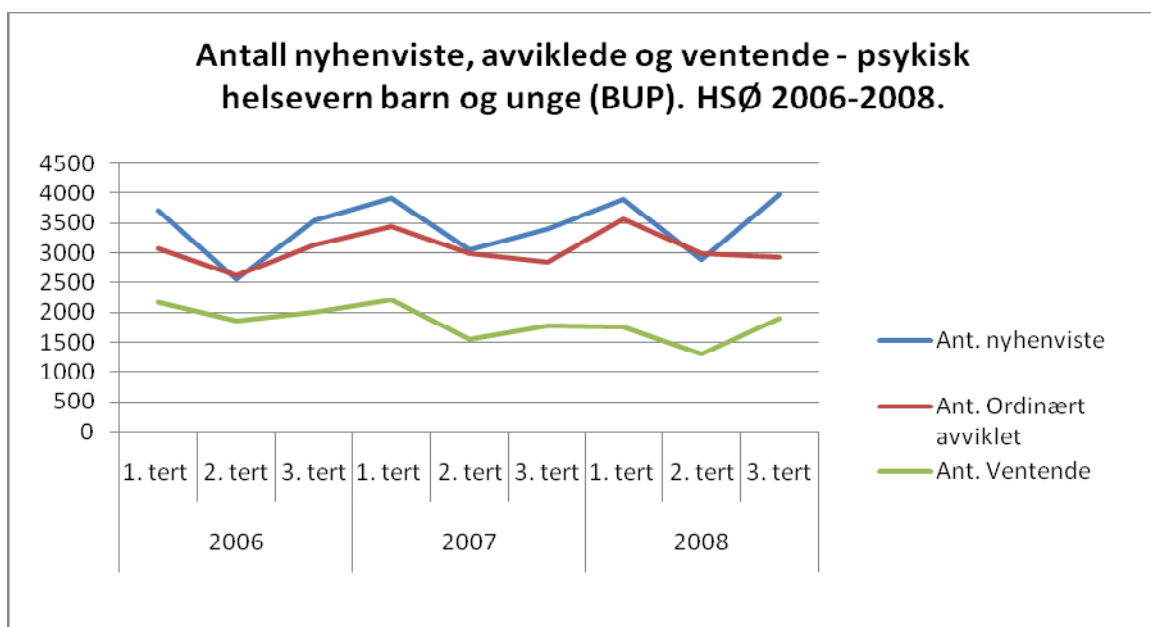
Data fra 3. tertial 2008 viser som i tidligere år en sesongpreget økning i antall nyhenviste. Det er overraskende at antall ordinært avviklede er lavere i 2008 enn i 2006, og det ser ut som dette kan være hovedgrunnen til at ventetider og spesielt antall ventende tenderer til å øke. Samtidig har antall langtidsventende økt, uten at det er store endringer i antallet nyhenviste pasienter fra 2006 til 2008. Dette kan tyde på at det ikke har vært samsvar mellom behandlingsskapitet og etterspørsel/behov. Til tross for tertialvise svingninger med en topp i 3. tertial også i tidligere år, gir årets utvikling grunn til bekymring.

Situasjonen vil bli fulgt nøye opp i tiden fremover, bl.a. med nærmere kartlegging av hvilke fagområder/behandlingstilbud og hvilke helseforetak som har økende antall ventende og ventetider. Ut fra egne tall må HFene og sykehusene analysere om det er spesielle grunner til økningen, for eksempel samtidige kapasitetsreduksjoner, avvikende prioriteringspraksis eller andre forklaringer, som det raskt kan gjøres noe med. RHFet vil komme tilbake med nærmere informasjon om funn, utvikling og tiltak.

## 2.1.3 Ventetidsutvikling psykisk helsevern

### Barn og ungdom (BUP)

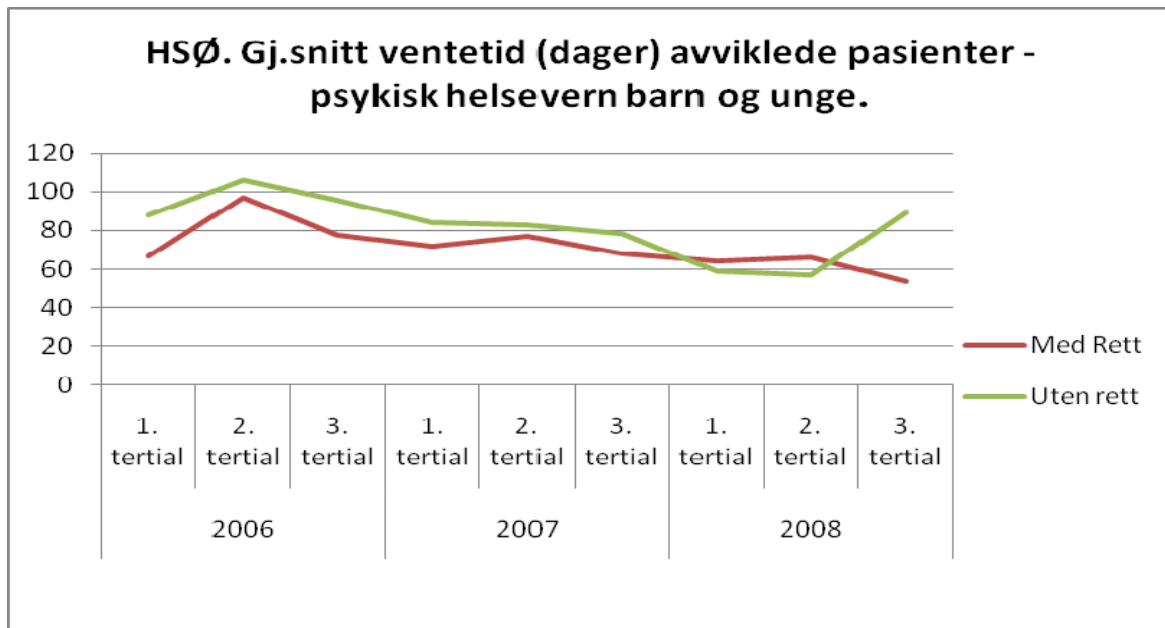
Det er store sesongvise variasjoner i antall henvisninger og antall avviklede innen psykisk helsevern for barn og unge med høyest aktivitet i 1. tertial. Figur 9 viser at det i 2008 har vært rimelig samsvar mellom antall henvisninger og antall avviklede, men med en litt urovekkende utvikling i 3. tertial. Fra 2006 har både antall ventende og ventetider gått ned. Utviklingen tyder på at det har blitt vesentlig bedre samsvar mellom kapasitet og henvisninger til dette tjenesteområdet i perioden 2006-2008, men for 3. tertial 2008 øker igjen antall ventende.



Figur 9 Antall nyhenviste, avviklede og ventende psykisk helsevern barn og unge.

Ventetid for dem med rett til nødvendig helsehjelp er nå 54 dager og 89 dager for dem uten rett. Sammenlignet med 3. tertial 2007 er det en reduksjon på 14 dager for dem med rett til nødvendig helsehjelp. Skille i ventetid for dem med rett og dem uten rett er økende som uttrykk for en tydeligere prioritering, jfr. figur 10. Innen psykisk helsevern for barn og unge er

det likevel få som ikke gis rett til helsehjelp, og fagområdet har ikke langtidsventende (> 1 år).

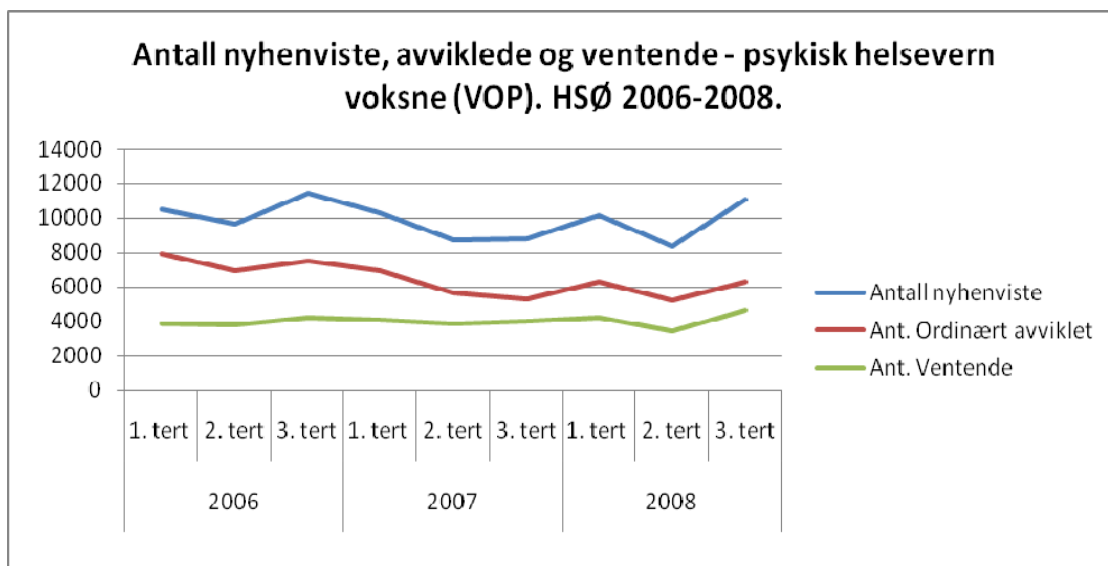


Figur 10 Ventetider psykisk helsevern barn og unge.

Tilgjengeligheten til psykisk helsevern barn og ungdom blir også vurdert i forhold til "Andel henvisninger til BUP vurdert innen 10 dager", jfr. kapitel. 2.2 Likeverdighet - Prioritering av pasienter.

### Voksne (VOP)

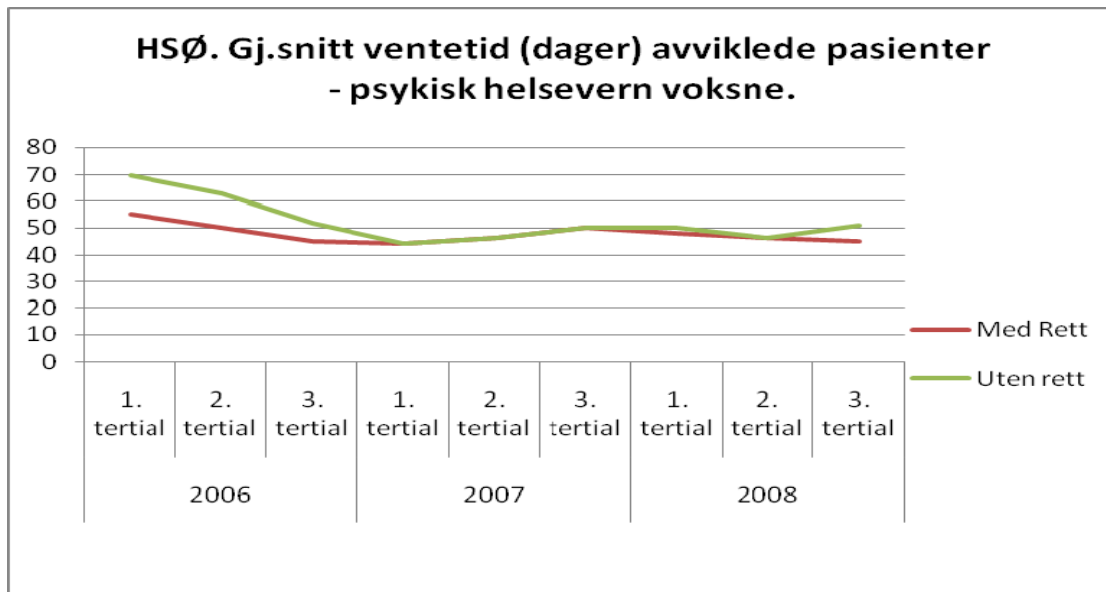
I perioden 2006-2008 har det vært godt samsvar mellom antall nyhenvisninger og avviklede innen psykisk helsevern for voksne, men det er vanskelig å forklare at det er færre avviklede pasienter i 2008 enn i 2006. Antall ventende har holdt seg stabilt og ventetiden har gått ned. Antall langtidsventende (> 1 år) var 42 ved utgangen av 3. tertial mot 72 i 1. tertial 2008.



Figur 11 Nyhenviste, avviklede og ventende - psykisk helsevern voksne

Gjennomsnittlig ventetid for voksne pasienter innen psykisk helsevern har stabilisert seg på mellom 40 og 50 dager. Ventetiden er nå 45 dager for dem med rett til nødvendig helsehjelp og 51 dager for dem uten rett. Figur 12 viser at det ikke har vært forskjell i ventetid for dem

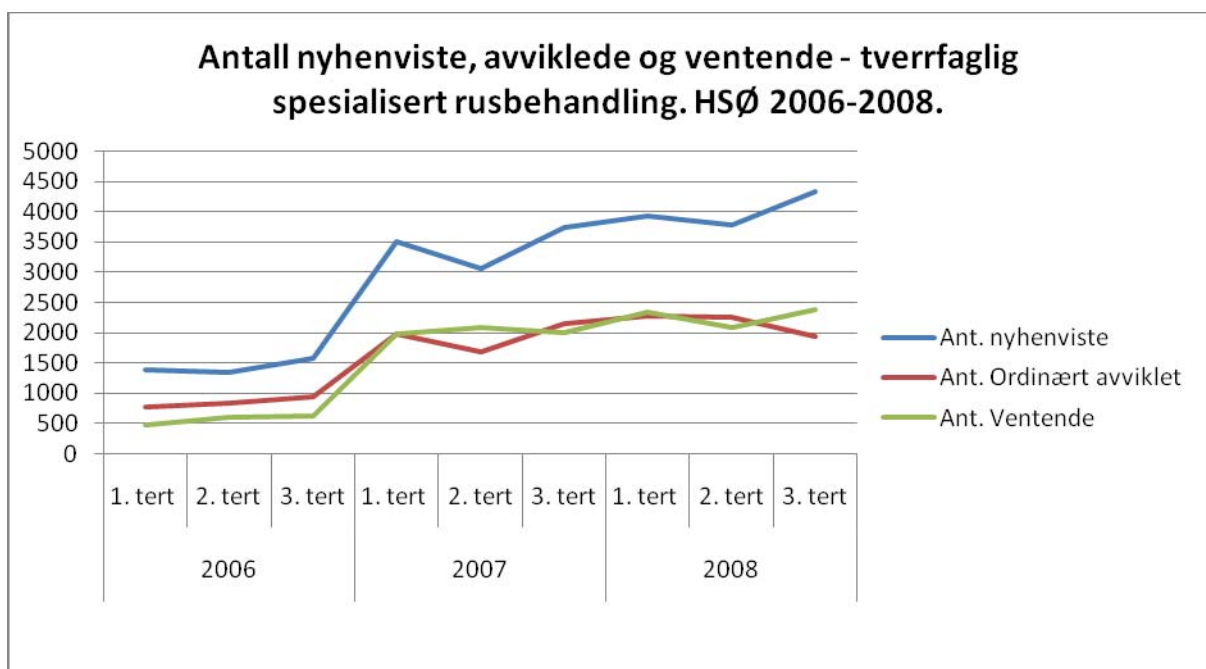
med rett til nødvendig helsehjelp og dem uten rett i 2007 og 2008. Det tyder på en lite aktiv bruk av prioriteringsforskriften, men et klarere skille i 3. tertial 2008 kan kanskje være et tegn på at dette begynner å endre seg.



Figur 12 Ventetider psykisk helsevern voksne.

### 2.1.4 Ventetidsutvikling tverrfaglig spesialisert rusbehandling

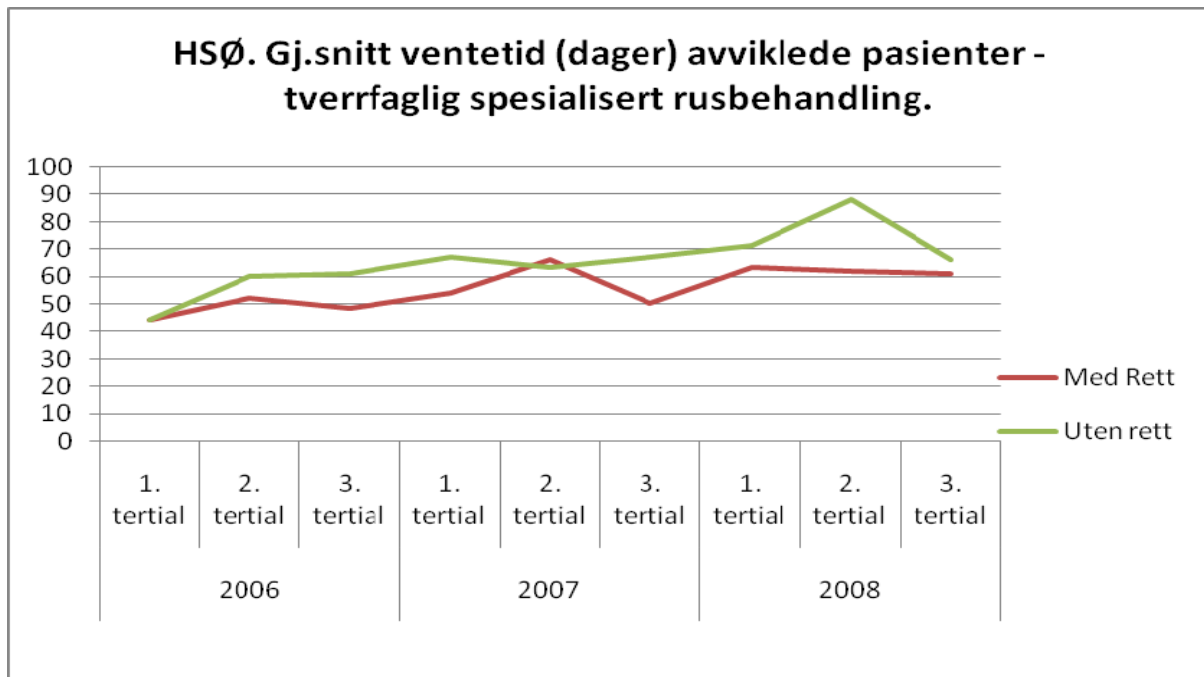
Figur 13 viser utviklingen i perioden 2006-2008. Det var en betydelig økning i henvisninger fra 2006 til 2007. I hovedsak skyldes dette RHFenes overtakelse av de rene rusinstitusjonene. Tallene fra før 2007 omfatter kun ruspoliklinikker som ble registrert under psykisk helsevern. En del av økningen fra 2007 må også tilskrives at flere rusinstitusjoner nå registrerer data og har kommet med i det ordinære systemet for ventelisterregistrering. Samtidig som flere blir henvist, har det vært en tilsvarende økning i antall avviklede. Tallet på ventende og ventetid har likevel økt, men dette synes å flate ut i siste del av 2008.



Figur 13 Antall nyhenviste, avviklede og ventende tverrfaglig spesialisert rusomsorg.

Figur 13 viser at det hittil ikke har vært samsvar mellom behov og behandlingsskapitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. På bakgrunn av dette foreslo Helse Sør-Øst RHF en styrkning av dette området med 15 mill. kroner ut året, jfr. vedtak i styret 4. september 2008.

Ventetidene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling varierer med behandlingsnivå. Det er kortest ventetider for poliklinisk vurdering/behandling (49 dager), noe lengre for avrusning og døgnbehandling korttid og lengst ventetid for døgnbehandling langtid (159 dager).



Figur 14 Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Gjennomsnittlig ventetid for dem med rett til nødvendig helsehjelp (alle behandlingsnivå) er nå 61 dager, mens den for dem uten rett er 67 dager, jfr. Figur 14. Det gir en økning på 11 dager fra 3. tertial 2007 for dem med rett til nødvendig helsehjelp. Det synes som ventetiden har stabilisert seg i løpet av 2008, og den går også litt ned mot slutten av året. Det er et mindre antall langtidsventende (> 1 år) innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og de fleste av disse venter ved private institusjoner (23 pasienter per 31.12.2008).

Til tross for en økning i antall henvisninger og ventetider og at en økende andel av pasientene får tildelt rett til nødvendig helsehjelp, jfr. kap 2.2 Likeverdighet - Prioritering av pasienter, er andelen fristbrudd innen dette tjenesteområdet lavere enn i de øvrige tjenesteområdene.

Helse Sør-Øst vil nøye følge utvikling og vurdere ytterligere tiltak dersom det viser seg nødvendig.

## 2.2 Likeverdighet – prioritering av pasienter

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

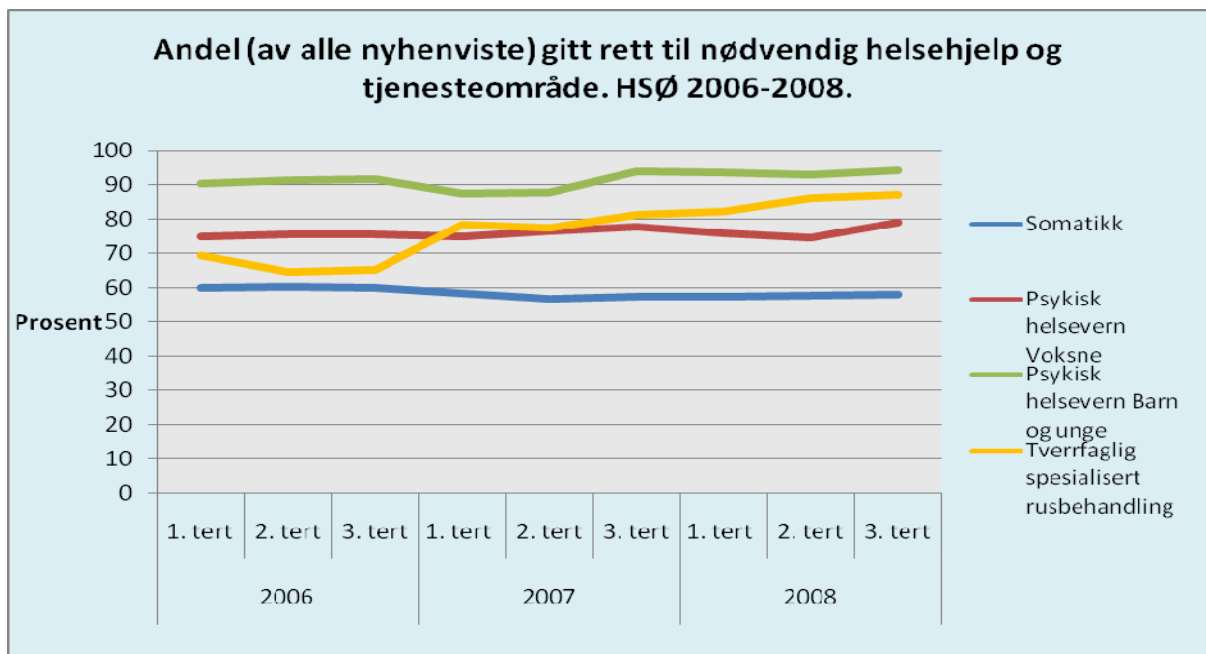
Prioriteringsforskriften sier at pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp, skal få en frist for når helsehjelpen senest skal gis. Tildeling av rett til nødvendig (eller prioritert) helsehjelp

er et viktig prioriteringsverktøy. Når den enkelte pasient er gitt rett til helsehjelp, skal det enkelte HF/sykehus sikre at pasienten får hjelp innen fristen og unngår fristbrudd.

Det er kjent at det på landsbasis har vært betydelige variasjoner både mht. tildeling av retten til nødvendig helsehjelp og fristene for når helsehjelpen skal gis. Helsedirektoratets nasjonale prosjekt for mer enhetlig prioritering ble avsluttet høsten 2008. Direktoratet har utgitt veiledere for prioritering innen ulike fagområder, og Helse Sør-Øst har startet arbeidet for at fagmiljøene i helseforetakene tar i bruk disse retningslinjene..

#### Andel med rett til nødvendig helsehjelp

Andelen av nyhenviste pasienter som blir vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp er av naturlige grunner forskjellig for ulike tjenesteområder og fagområder. Dette framgår tydelig av figur 15.

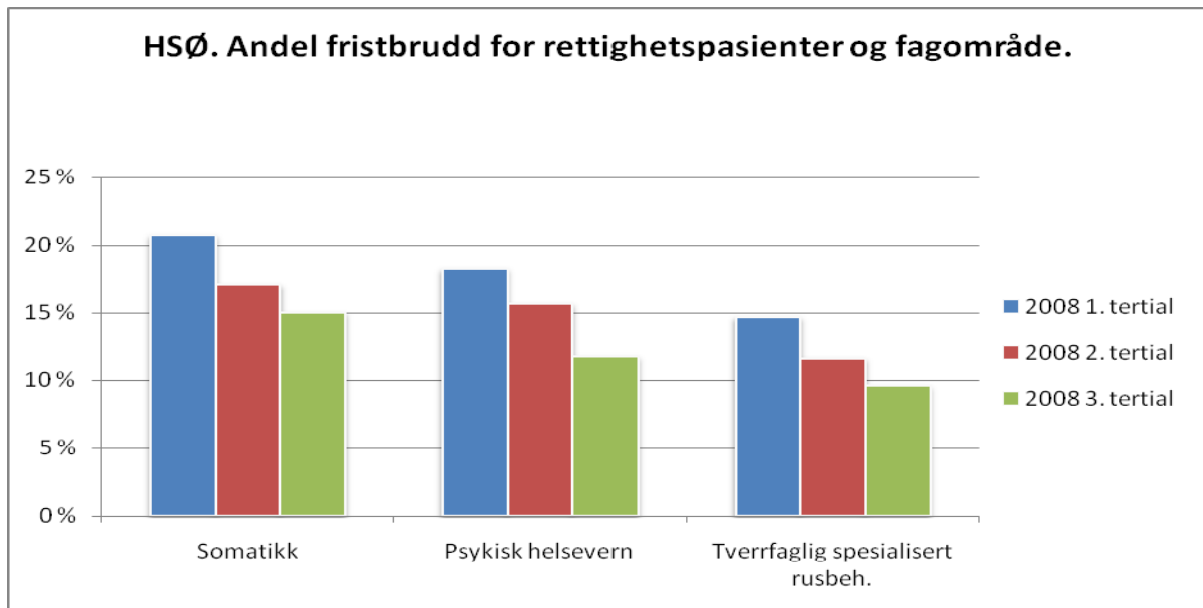


Figur 15 Andel nyhenviste gitt rett til nødvendig helsehjelp

Innen somatikk har andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp holdt seg relativt stabilt på mellom 50 % og 60 %. Innen psykisk helsevern er andelen for barn og ungdom 94 % og for voksne 79 %. Det er en økende andel som gis rett til nødvendig helsehjelp innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling med en andel på 87 % i 3. tertial 2008. Dette er bl.a. uttrykk for en økt konsensus i fagmiljøene om vurdering av alvorlighetsgrad og behovet for behandlingstilbud for denne pasientgruppen.

#### Fristbrudd

Indikatoren fristbrudd 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. Figur 16 viser nedgang i andel fristbrudd fra 1. til 3. tertial 2008 for alle tjenesteområdene. Andelen er nå hhv. 15 % for somatikk, 12 % for psykisk helsevern og 10 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom HFene innen de ulike tjenesteområdene.



Figur 16 Andel fristbrudd for rettighetspasienter

En har ikke tilstrekkelig kunnskap om oppfølgingen av pasienter med fristbrudd. Sykehusene rapporterer at de fleste velger å bli stående på ventelisten, og en antar derfor at de fleste får utført behandlingen ved det sykehuset de primært har søkt seg til. 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 1,5 % av pasientene med fristbrudd i Helse Sør-Øst, meldt sitt fristbrudd til NAV for videre oppfølging. Tre HF (Akershus universitetssykehus HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF) står for ca 75 % av alle fristbrudd meldt til NAV i Helse Sør-Øst i 2008. Av de pasientene som henvender seg til NAV med sitt fristbrudd, blir 52 % behandlet ved det sykehuset som pasienten opprinnelig ble henvist til.

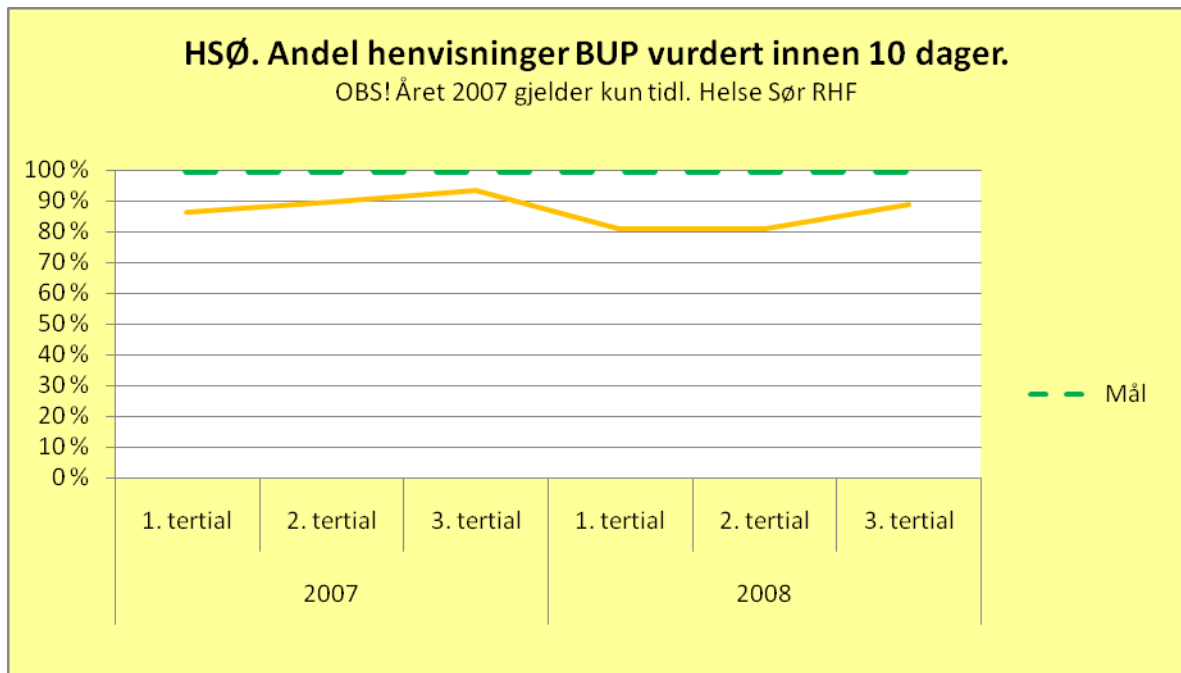
Tabell 3 Fristbrudd meldt til NAV 2007 og 2008, nasjonalt og samlet for Helse Sør-Øst

	2007	2008	2008		
	Sum hele året	Sum hele året	1. tertial	2. tertial	3. tertial
Sum hele landet	1 565	2 017	565	688	764
Sum Helse Sør-Øst	749	1 102	298	399	405

Tabell 3 viser at av de NAV-meldte fristbruddene står Helse Sør-Øst for en økende andel. I 2007 hadde HSØ ca 48 % av totalen, mens andelen i 2008 har økt til ca 54 %. Våre HF og pasienter er likevel ikke overrepresentert på fristbrudd-statistikken, siden regionen nå har nesten 57 % av landets befolkning.

#### 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. 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. Gjennomsnittlig andel som får vurdert henvisningen innen 10 dager er nå 90 %, mens kravet /målet er 100 %. Ett sykehus har en andel under 80 %.



Figur 17 Henvisninger BUP vurdert innen 10 dager.

1. september 2008 ble en ny forskrift iverksatt som bl.a. 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) har nylig publisert data for andelen som er vurdert innen 10 virkedager per 3. tertial 2008 for denne gruppen, fordelt etter fagområde og regionalt helseforetak. Totalt sett har i overkant av 90 % pasientene i Helse Sør-Øst blitt vurdert innen fristen på 10 virkedager. Det er en litt høyere andel enn i de øvrige regionale helseforetakene, men verken NPR eller vi har foreløpig data for hvilken andel som faktisk har fått behandling innen fristen på 65 virkedager.

#### 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 3. tertial er positiv. Andelen pasienter innen de ulike tjenesteområdene som får tildelt rett til nødvendig helsehjelp er omtrent som forventet. Antallet og andelen pasienter som går til NAV med sitt fristbrudd er ennå svært lav, men 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 regionale tiltak for å tilstrebe en harmonisering av rettighetstildelingen. Helseforetakene må sikre bedre rutiner for varsling når fristen nærmer seg, slik at de aktivt medvirker til at pasientene får behandling innen fristen.

RHF-et har i driftsavtalene for 2009 gitt HFene/sykehusene særskilte oppdrag med å sikre implementering av prioriteringsveilederne og gode rutiner for å unngå fristbrudd. På bakgrunn av NAV-statistikken vil RHFet særskilt etterspørre rutinene ved de sykehusene som har flest fristbrudd meldt til NAV.

## 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.

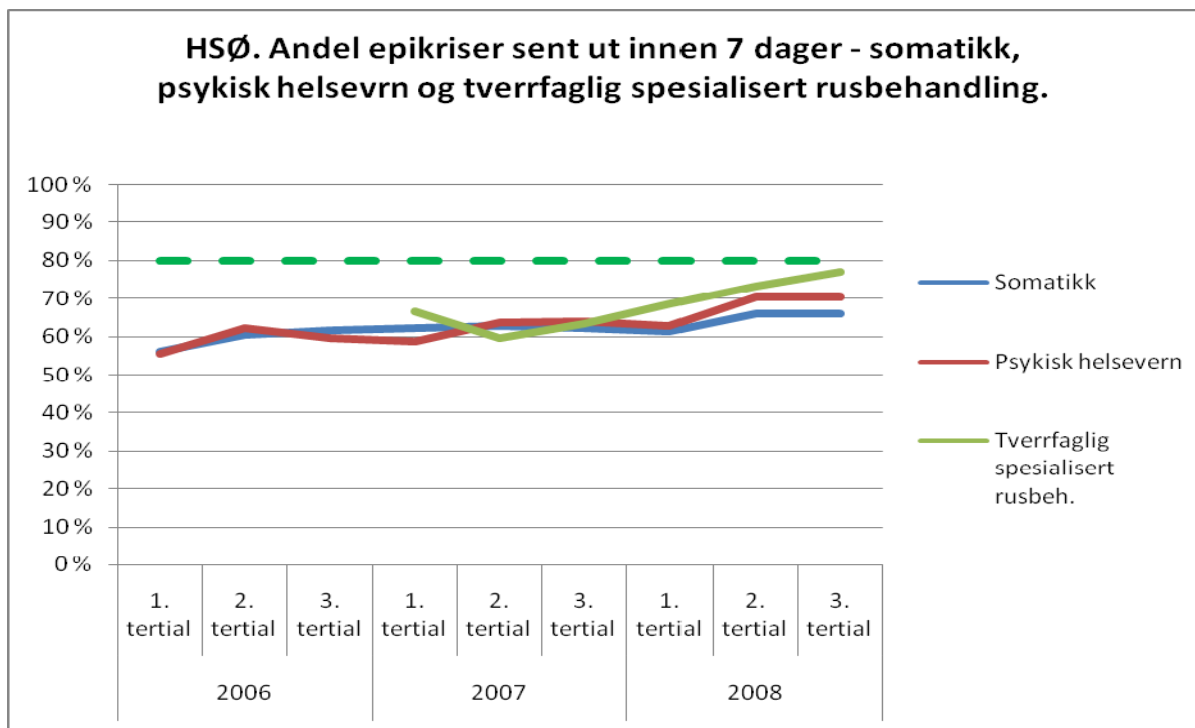
### 2.3.1 Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende

- Minst 80 % av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager etter utskriving.
- 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 utskriving

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

Figur 18 viser utviklingen fra 2006. Det er i perioden en økning i andel epikriser sendt ut innen 7 dager med en særlig økning i 2008. Fortsatt ligger Helse Sør-Øst litt under måltallet på 80 % for alle tjenesteområdene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligger best an med 77 % i 3. tertial 2008. For somatikk og psykisk helsevern er tallene hhv. 66 % og 70 %. Det er variasjoner mellom helseforetakene.



Figur 18 Andel epikriser sendt ut innen 7 dager.

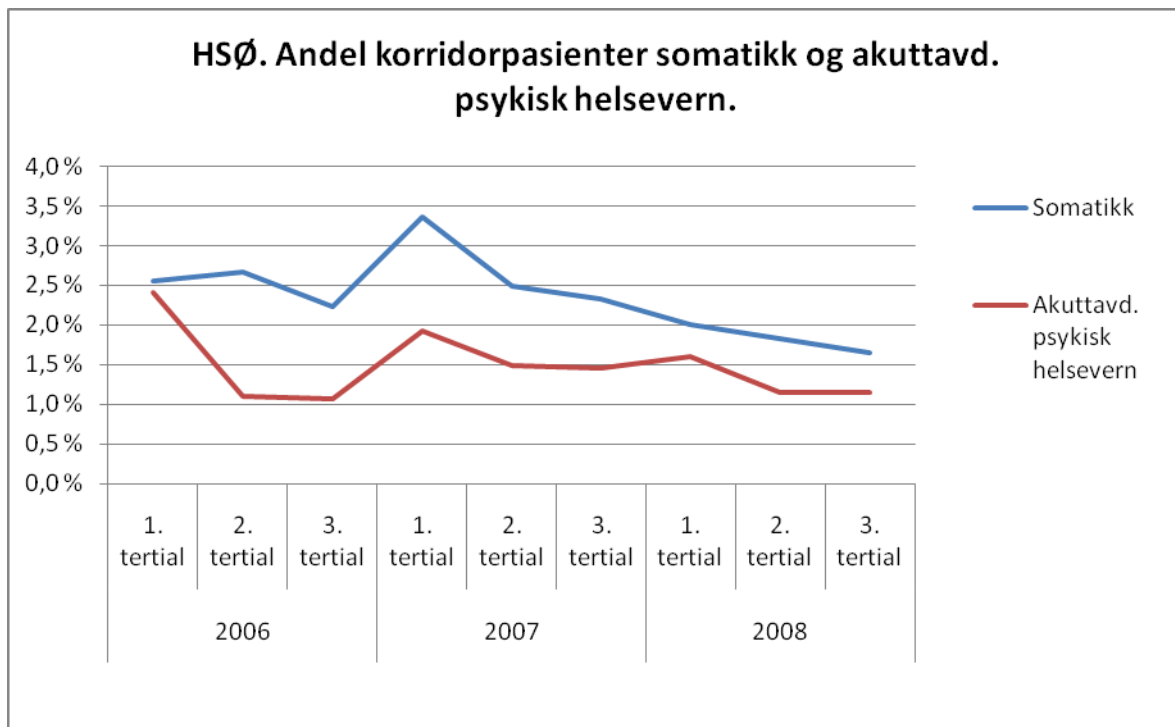
#### Korridorpasienter

Andelen korridorpasienter har i mange år holdt seg på om lag samme nivå. Det er et sterkt fokus på korridorproblematikk 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.



Figur 19 viser at det er en reduksjon i andel korridorpasienter både for somatikk og psykisk helsevern. Tallene er hhv. 1,7 % og 1,2 %. Enkelte sykehus har likevel en høy og ikke akseptabel andel korridorpasienter, og dette blir tatt opp i oppfølgingen av det enkelte HF. Innen psykisk helsevern er det to foretak (Akershus universitetssykehus og Aker universitetssykehus) som har hatt mange korridorpasienter. Sykehuset Asker og Bærum hadde tidligere mange korridorpasienter innen psykisk helsevern, men har lyktes med sine tiltak og kan vise til en sterk reduksjon i andelen korridorpasienter.

I en tidligere rapport har Helsedirektoratet trukket frem den positive utviklingen i andelen korridorpasienter i Helse Sør-Øst, og konkludert med at Helse Sør-Øst har hatt en bedre utvikling enn de øvrige regionene.



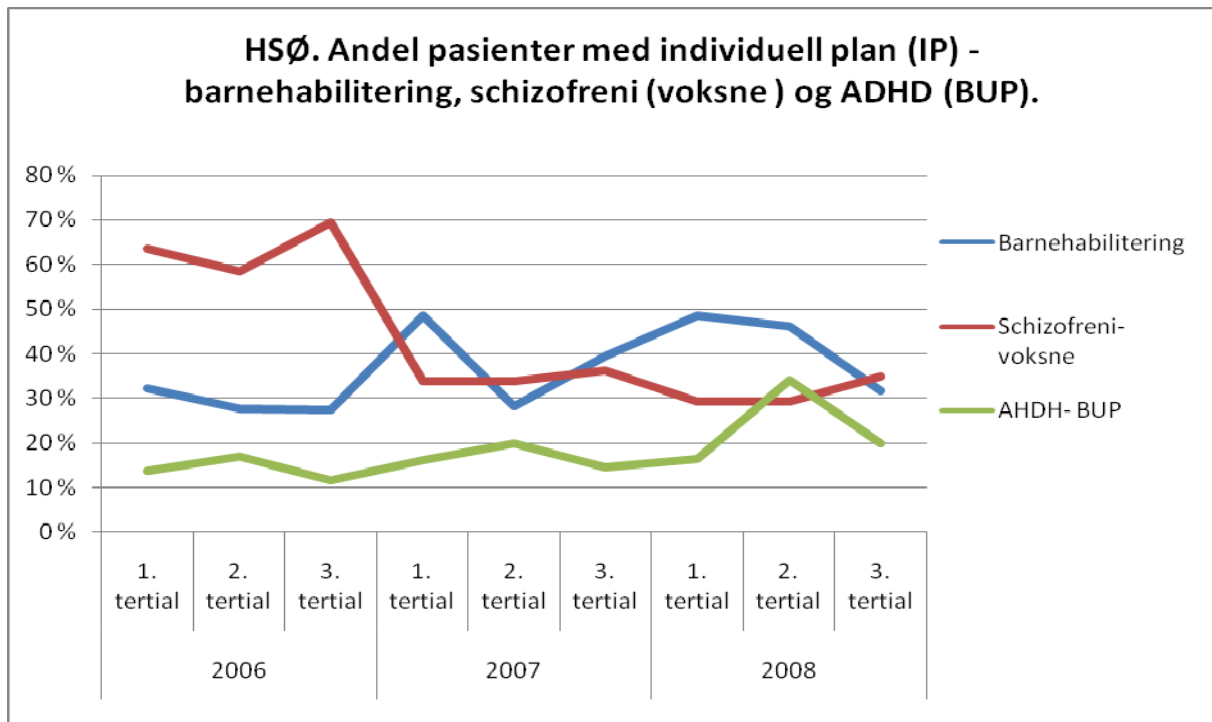
Figur 19 Andel korridorpasienter

#### 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. Det gjelder også i Helse Sør-Øst. Det pågår en prosess i Helsedirektoratet med endring og bedre tilpassing av kriteriene for rapporteringen. Dagens registrering på disse indikatorene forutsetter at planen er ferdig utarbeidet, noe den sjeldent er, og fagmiljøene anser derfor rapporteringen som nærmest verdiløs. Først når kriteriene for registrering blir bedre klarlagt, vil man få et godt bilde av situasjonen med tildeling av individuell plan for de aktuelle pasientgruppene.

Figur 20 viser at det er en lav andel med IP innen psykisk helsevern for barn og unge i 3. tertial 2008, kun 20 %. For voksne er andelen 35 % og for barnehabilitering 32 %.



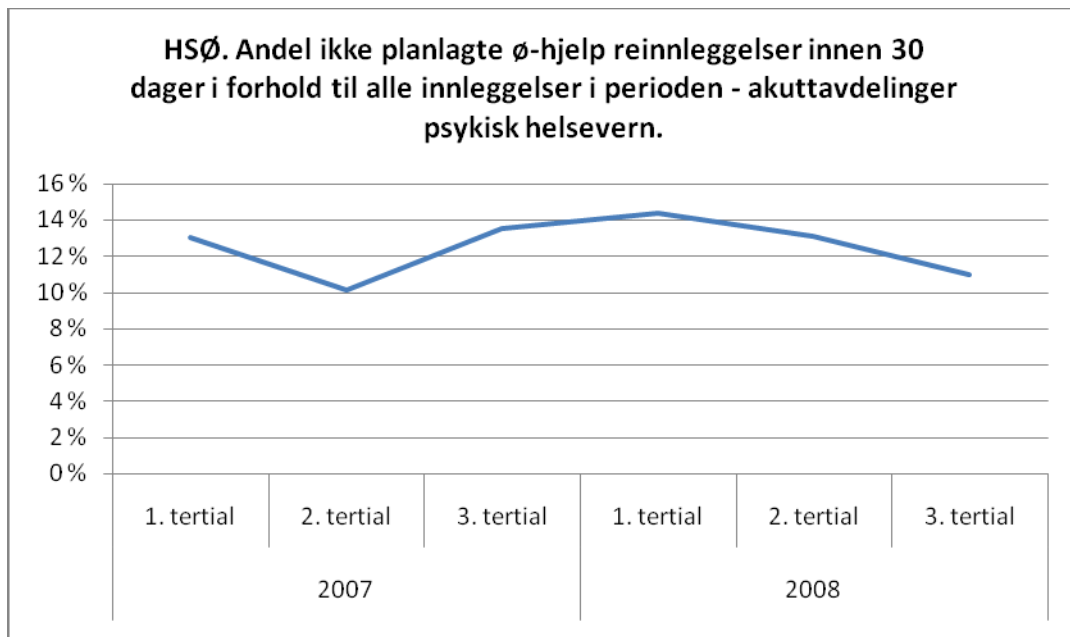
Figur 20 Utvikling i andel med individuell plan. Tallene for Schizofreni (voksne) og ADHD (BUP) i 2006 gjelder kun tidligere Helse Sør.

I 2007 og 2008 har foretaksgruppen hatt et eget prosjekt med en særskilt satsing på å øke bruken av individuell plan til pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Som del av dette prosjektet har det vært en egen rapportering på antall pasienter med individuell plan innenfor fem områder (somatikk inkl. rehabilitering, barnehabilitering, psykisk helsevern for barn/ungdom og voksne, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Helseforetakene i tidligere Sør kom først med i prosjektet i 2008, og rapporteringen er kun gjort for pasienter fra tidligere Øst. Men dataene fra denne satsingen viser en markert økning i samlet bruk av individuell plan, men med store forskjeller mellom helseforetakene. Totalt registrerte prosjektet 2 101 pasienter med IP i 2. tertial 2007, og dette hadde økt til 4 536 pasienter i 3. tertial 2008.

#### 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 et mål 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 11 %.



Figur 21 Andel ikke planlagte reinnleggelser psykiske helsevern voksne.

### Analyse og tiltak

Epikrisetid, korridorpasienter og individuell plan er fokusområder i Helse Sør-Øst. På disse områdene har RHFet 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 behandlingstiden 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" hvor pasienten får epikrisen ved utskrivningen. Driftsavtalen for 2009 sier at alle HFene/sykehusene "skal fra 1. tertial 2009 starte arbeidet med å gi epikrise til pasienter ved utskrivningssamtalen".

Reduksjonen av andelen korridorpasienter kan ses som et resultat av at RHFets rapport med anbefalinger om at tiltak følges systematisk opp på foretakene/sykehusene. Dette er fulgt opp også i driftsavtalene for 2009 med formuleringen "skal normalt ikke være korridorpasienter".

Når det gjelder individuell plan (IP), er prosjektet med tett oppfølging avsluttet, men HFene og sykehusene skal fortsatt følge med i egne tall og bruke disse til læring og forbedring. Vi vil følge opp arbeidet med de nasjonale indikatorene, som har skapt en del uklarheter og ikke gitt et tilstrekkelig godt bilde av den faktiske situasjonen med IP.

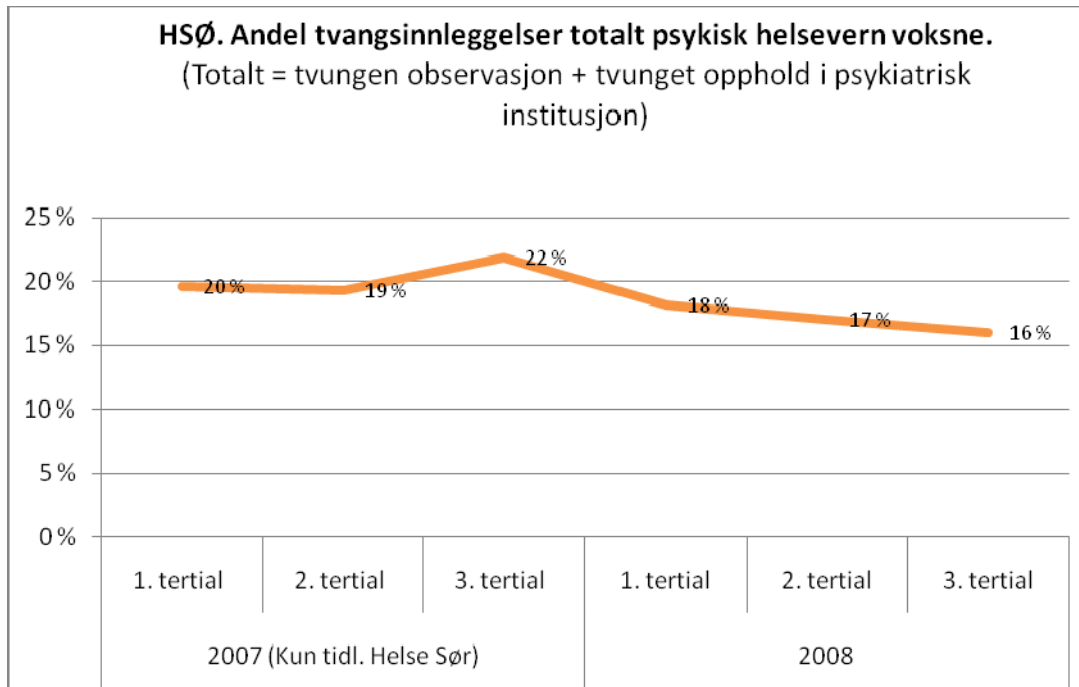
## **2.3.2 Tjenestene skal være trygge og sikre**

### Tvangsinnlagte i psykisk helsevern

Tvangsinnleggelser er et alvorlig inngrep i personlig frihet. 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. I 2002 utgjorde de 34 % av alle innleggelsene i psykisk helsevern.

Registrering omfatter totalt antall tvangsopphold som utgjør summen av innleggelser for tvungen observasjon og tvunget opphold i psykiatrisk institusjon. Antall innleggelser til tvungen observasjon er noe høyere enn antall innleggelser til tvunget opphold i psykiatrisk institusjon.

Figur 22 viser at andelen opphold med tvang har en mindre nedgang. Gjennomsnittet er nå 16 %. Det antas at det er potensial for ytterligere nedgang.



Figur 22 Utvikling i andel tvangsinnleggelser (tvunget opphold og tvungen undersøkelse) i psykisk helsevern

Utviklingen er i tråd med målsettingen om bedre oppfølging og kvalitetssikring av tvangsinnleggelser. RHFet vil fortsette arbeidet for å redusere antall tvangsinnleggelser. Undersøkelser har vist store forskjeller i bruk av tvang mellom helseforetakene når dette relateres til befolkningsstørrelse, og vi ser på dette som et bedre mål enn andel tvangsinnleggelser. HSØ vil derfor i 2009 foreta analyser som viser bruken av tvang i forhold til befolkningsgrunnet, i tillegg til andel tvangsinnleggelser.

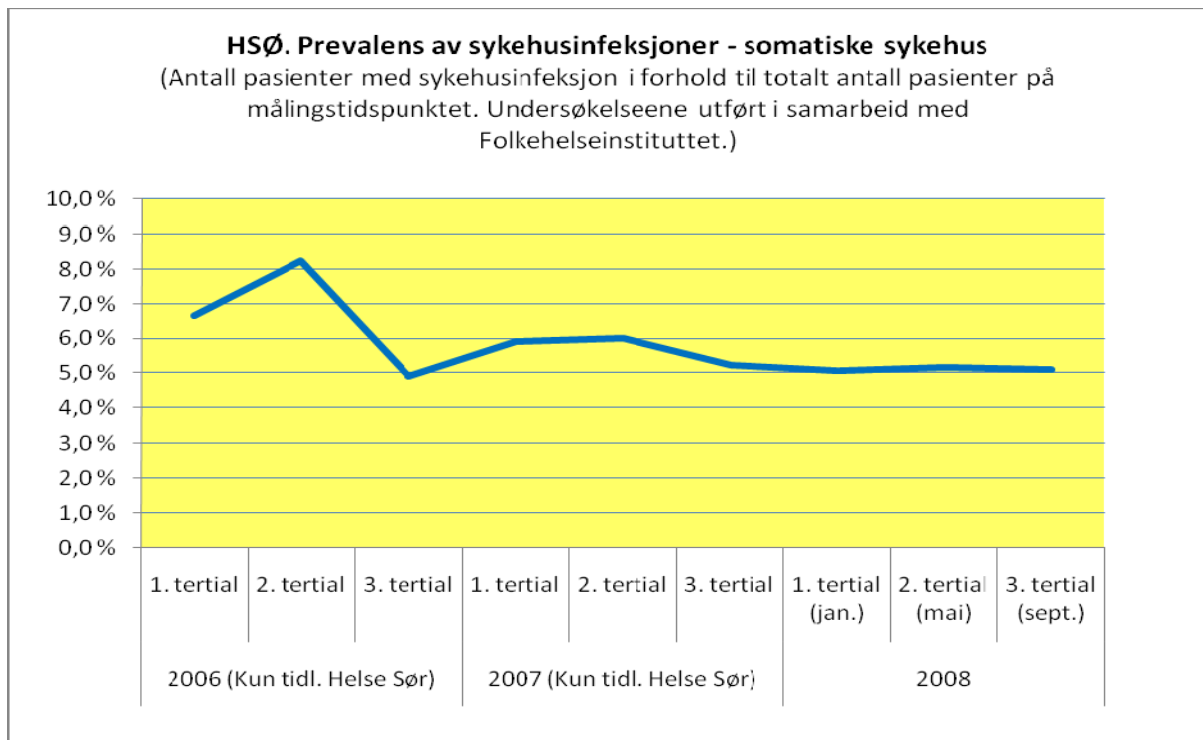
### Sykehusinfeksjoner

Infeksjoner oppstått i sykehus er et alvorlig problem både nasjonalt og internasjonalt. Særlig gjelder dette 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 og belastning 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 infeksjoner som er oppstått i sykehuset sett i forhold til alle inneliggende pasienter den aktuelle dagen. Sykehus som ønsker det kan delta i 3 undersøkelser i løpet av året.

Helse Sør-Øst deltar nå i 3 undersøkelser i året (januar, mai og oktober). Figur 23 viser utviklingen fra 2006. Fra en andel på 8 % i 2. tertial 2006, er nå andelen stabilisert på omkring 5 %. Det er betydelig variasjon mellom sykehusene med en andel fra under 4 % til ett sykehus med i overkant av 10 %. Det siste sykehuset får overført mange infiserte

pasienter fra andre institusjoner. Infeksjonene har således ikke oppstått i dette sykehuset. Prevalensundersøkelsene må tolkes med forsiktighet fordi tallene kun gjelder infeksjoner på en bestemt dag og ikke situasjonen for resten av året. Over tid kan tallene likevel gi en pekepinn om situasjonen ved det enkelte sykehus



Figur 23 Prevalens av Sykehusinfeksjoner.

Mangler data fra Akershus universitetssykehus 1. og 3. tertial 2008 og fra Sykehuset Innlandet i hele 2008.

Folkehelseinstituttets kartlegging av sykehusinfeksjoner i november 2008 viste høyere tall enn ved tidligere registreringer. På landsbasis deltok 54 sykehus med en samlet prevalens på 6,5 %. Helse Nord lå denne gang lavest med 5,4 %, mens de 29 sykehusene som deltok i Helse Sør-Øst hadde en samlet prevalens på 6,4 %.

### 2.3.3 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, dvs. resultatet av ulike behandlinger og tiltak. Det er en utfordring i tiden fremover å få frem gode mål på dette område og som omfatter alle institusjoner.

Utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et nasjonalt satsningsområde i denne sammenheng. Helse Sør-Øst deltar aktivt i dette arbeidet og har i 2008 enten del- eller helfinansiert driften av 13 kvalitetsregistre i regionen. Helse Sør-Øst har et særlig ansvar for og finansierer i sin helhet driften av fire nasjonale kvalitetsregistre: Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister, Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes, Cerebral Pareseregisteret i Norge og Nasjonalt traumeregister.

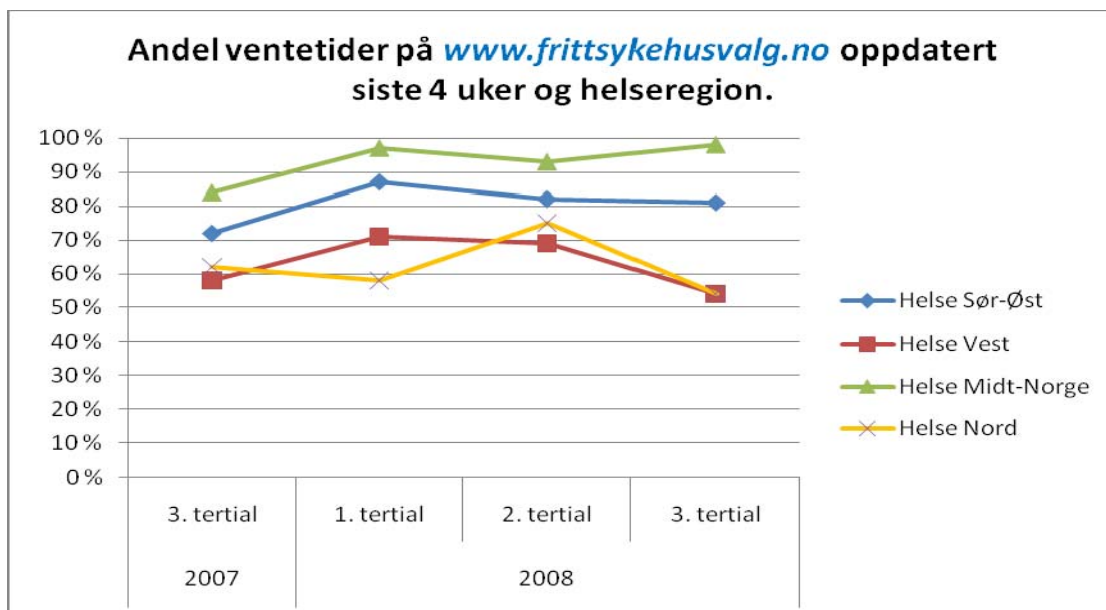
Et viktig mål med medisinske kvalitetsregistre er å fremskaffe data om effekt av ulike tiltak og behandlinger. Resultatene skal gi grunnlag for faglig kvalitetsforbedring samt retningslinjer for god praksis. I driftsavtalen for 2008 ble helseforetakene pålagt å sikre rapportering til de etablerte kvalitetsregistrene som er relevante for egen virksomhet, og da spesielt de nasjonale kvalitetsregistrene.

### 2.3.4 Tjenestene skal involvere brukerne

#### Andel av ventetider på [frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) som er oppdatert siste 4 uker

Helse Sør-Øst RHF prioriterer aktiv brukermedvirkning. I tillegg til eget brukertvalg 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 bistår 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 24 viser betydelig variasjon mellom RHF-ene. Fra 3. tertial 2007 er gjennomsnittet for helseforetakene i Helse Sør-Øst økt fra 72 til 81 %. Regionen var per desember "nest best" etter Helse Midt-Norge med 98 %.



Figur 24 Utvikling i andel oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg per region i 3. tertial 2008

Tabell 4 viser oversikt fra [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) over egne foretak og sykehus HSØ har driftsavtale med. Det siste året har det blitt flere HFER som jevnlig oppdaterer sine ventetider 100 % eller nær 100 %. De ideelle og kommersielle sykehusene har i stor grad oppdatert ventetidene. Kontoret for fritt sykehusvalg registrerer at noen HF fremdeles har interne problemer med å koordinere oppdateringen. RHFet vil fortsette arbeidet med å sikre at alle regelmessig oppdaterer sine ventetider i tråd med forutsetningene.

Tabell 4 Andel ventetider oppdatert på [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) per januar 2009 rangert på foretak/sykehus

Helse Sør-Øst RHF per HF	Del oppdatert siste 4 uker
Akershus universitetssykehus HF	100 %
Ringerike sykehus HF	100 %
Sykehuset i Vestfold HF	100 %
Sykehuset Innlandet HF	99 %
Sykehuset Østfold HF	96 %
Sykehuset Telemark HF	81 %
Ullevål universitetssykehus HF	78 %
Rikshospitalet HF	72 %
Sykehuset Buskerud HF	70 %
Blefjell Sykehus HF	68 %
Psykiatrien i Vestfold HF	58 %
Aker universitetssykehus HF	56 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	1 %
Sunnaas Sykehus HF	0 %
Sørlandet Sykehus HF	

Privat sykehus med driftsavtale/oppgaver som lokalsykehus	Del oppdatert siste 4 uker
Betanien Hospital, Skien	100 %
Diakonhjemmet sykehus	95 %
Lovisenberg diakonale sykehus	100 %
Martina Hansens Hospital	0 %
Revmatismesykehuset AS	100 %

Privat helseinstitusjon	Del oppdatert siste 4 uker
Aleris Helse AS (Røde kors klinikk)	100 %
Colosseumklinikken	100 %
Drammen Private Sykehus	0 %
Feiringklinikken	100 %
Mjøskirurgene AS	100 %
Norsk idrettsmedisinske institutt	100 %
Ringvoll klinikken as	89 %
Volvat medisinske senter	0 %

## 2.4 Forskning

Her arbeides det mot en konkret kvartalsvis rapportering som skal basere seg på de samme prinsipper som NIFU. Det vil bli iverksatt et prøveprosjekt med et par helseforetak.

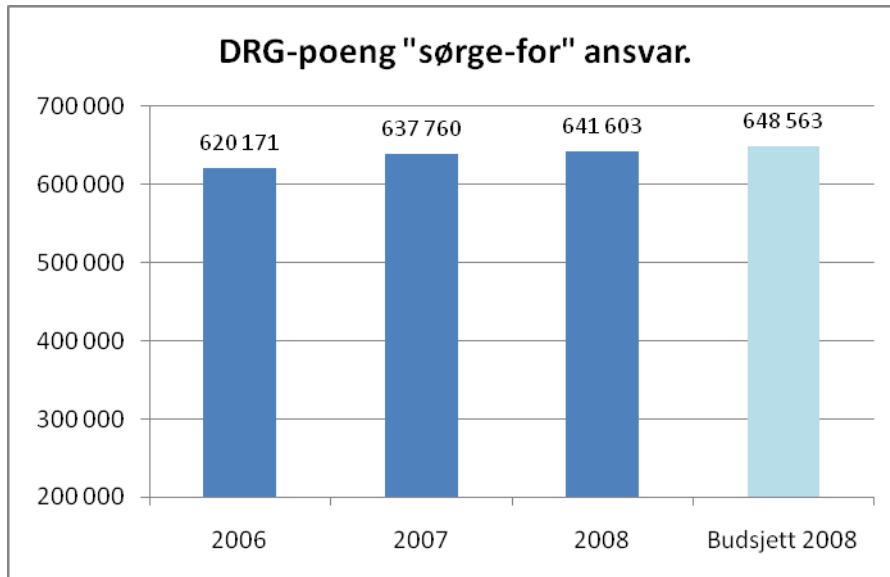
## 3 Aktivitet

I dette kapitlet redegjøres for den samlede aktiviteten per 3. tertial, og hvordan denne er fordelt på de store tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern (for voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 3.1 Somatikk

Oversikten over DRG-poeng i figur 25 viser utviklingen i sum av aktiviteten på døgn- og dagbehandling for regionens "sørge-for"-ansvar innen somatikk.





Figur 25 DRG-aktivitet Helse Sør-Øst iht. "sørge for" ansvaret

I oppdragsdokumentene for 2008 ble det for Helse Sør-Øst lagt til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på 1,5 % fra 2007 til 2008. Det tildelte aktivitetsnivået for dag- og døgnbehandling somatikk var på totalt 648 563 DRG-poeng. Dette har også vært foretaksgruppens budsjetterte aktivitet for året.

Figuren viser at aktiviteten i 2008 har vært 0,6 % (3 843 DRG-poeng) høyere enn i 2007, men 1,1 % lavere enn budsjettert. Når figuren sammenholdes med tabell 3.1.1, framgår det at den reelle mindreaktiviteten i 2008 har vært 2 335 DRG-poeng, som tilsvarer ca 0,4 % av DRG-budsjettet. Forklaringen ligger i en "ufordelt reserve", som foretaksgruppen måtte legge inn som en buffer for å sikre mot unødig budsjettsprikk grunnet usikkerheten med den nye finansieringen av somatisk poliklinisk aktivitet. Omleggingen til polikliniske *refusjonspoeng* har gitt usikkerhet hele året, også i 3. tertial, jfr. nærmere omtale i kap. 3.1.3.

### 3.1.1 Døgn- og dagaktivitet på HFene/sykehusene

Tabell 5 viser at resultatet for de fleste HFene/sykehusene ligger nært opp til budsjetterte aktivitetsmål for somatisk aktivitet på døgn- og dagbehandling. Dette gjelder også for Sykehuset Innlandet HF, som i løpet av året fikk sitt budsjetterte antall DRG-poeng justert med 3 000 DRG-poeng, jfr. tidligere kommentarer i måneds- og tertialrapporter. Noen helseforetak har bidratt til at den samlede "sørge for"-aktiviteten ligger lavere enn budsjettert. Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF har bevisst justert aktiviteten lavere enn eget budsjett, mens driftsmessige problemer gjør at Rikshospitalet HF har det største avviket i fht eget budsjett. Samtidig har Ullevål universitetssykehus HF hatt en meraktivitet på nesten 2 800 DRG-poeng (3,4 %), vesentlig pga økning i sin regionale funksjon for alvorlig skadde pasienter (multitraumer). For de private ideelle sykehusene har aktiviteten vært i samsvar med driftsavtale og budsjett, bortsett fra en betydelig merproduksjon på Martina Hansens Hospital.



Tabell 5 DRG-aktivitet per foretak/sykehus og regionalt ift "sørge-for" ansvaret, 2007-2008

DRG-poeng "sørge for" ansvaret	Faktisk 2007	Per desember 2008			
		Faktisk	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Aker universitetssykehus HF	25 528	27 122	26 733	389	1,5 %
Akershus universitetssykehus HF	48 142	47 191	47 923	-732	-1,5 %
Bleifjell Sykehus HF	13 673	13 925	14 065	-140	-1,0 %
Psykiatrien i Vestfold HF					
Rikshospitalet HF	37 483	78 154	80 436	-2 282	-2,8 %
Ringerike Sykehus HF	10 572	12 380	12 388	-8	-0,1 %
Sunnaas sykehus HF	4 580	5 620	5 717	-97	-1,7 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	21 111	22 053	22 326	-273	-1,2 %
Sykehuset Buskerud HF	32 275	33 618	33 500	118	0,4 %
Sykehuset Innlandet HF	75 151	77 280	77 158	122	0,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	41 298	41 760	42 084	-324	-0,8 %
Sykehuset Telemark HF	33 017	32 663	34 210	-1 547	-4,5 %
Sykehuset Østfold HF	43 461	45 187	45 704	-517	-1,1 %
Sørlandet Sykehus HF	55 457	54 346	55 220	-873	-1,6 %
Ullevål universitetssykehus HF	76 980	84 038	81 273	2 765	3,4 %
<b>Helse Sør-Øst foretaksgruppen</b>	<b>518 728</b>	<b>575 339</b>	<b>578 737</b>	<b>-3 399</b>	<b>-0,6 %</b>
Betanien Hospital	3 525	3 350	3 690	-340	-9,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	13 522	13 736	13 764	-28	-0,2 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	12 269	13 693	13 611	82	0,6 %
Martina Hansens Hospital	5 769	7 169	6 313	856	13,6 %
Revmatismesykehuset	1 315	1 378	1 482	-104	-7,0 %
<b>Sum private ideelle sykehus</b>	<b>36 400</b>	<b>39 326</b>	<b>38 860</b>	<b>466</b>	<b>1,2 %</b>
Kjøp fra andre helseregioner		6 879	6 281	598	9,5 %
Kjøp fra private kommersielle sykehus/andre	* 82 632	20 059	20 059	0	0,0 %
Ufordelt reserve			4 625	-4 625	-100,0 %
<b>Helse Sør-Øst foretaksgruppen inkl. private sykehus</b>	<b>637 760</b>	<b>641 603</b>	<b>648 563</b>	<b>-6 960</b>	<b>-1,1 %</b>

\* utgjør for 2007 summen av elementene. I 2007 utgjorde kjøp fra andre helseregioner en stor del, fordi det da også var regionale oppgjør mellom tidligere Øst og Sør. Kjøp fra private er videreført på uendret nivå.

Tabellens "ufordelte reserve" på 4 625 DRG-poeng ble lagt inn for å møte usikkerheten med polikliniske refusjonspoeng. Foreløpige tall viser at Helse Sør-Øst i 2008 får en meraktivitet på somatisk poliklinisk virksomhet på ca 310 000 refusjonspoeng, og HOD har gitt RHFene mulighet til å "bytte" refusjonspoeng mot DRG-poeng etter en gitt omregningsfaktor.

### 3.1.2 Døgn- og dagaktivitet på private kommersielle sykehus

Tabell 5 viser at kjøp fra private kommersielle sykehus har vært i samsvar med budsjett for 2008, herunder også i tråd med forutsetningen om at bruken av private kommersielle sykehus i 2008 skal holdes på samme nivå som i 2007.

Den største delen av kjøpene utgjøres av dagkirurgiske tjenester (nesten 11 000 DRG-poeng) og kjøp av hjertekirurgi og – rehabilitering fra Feiringklinikken (ca 6 500 DRG-poeng). Øvrige kjøp, bl.a. av rehabiliteringstjenester fra opptreningsinstitusjonene, er ikke inkludert i disse DRG-poengene.

### 3.1.3 Aktivitetsdata poliklinikk somatikk

Tabell 6 viser at antall polikliniske konsultasjoner ligger litt under budsjett, men 0,6 % høyere enn i 2007. Foretaksgruppen manglet ca 20 000 konsultasjoner på å greie kravet om 1,5 % aktivitetsvekst fra 2007 til 2008.

Målt i de nye polikliniske refusjonspoengene er 2008-resultatet drøyt 19 % over tildelingen i oppdragsdokumentet for 2008 med en samlet "overskridelse" på 309 000 refusjonspoeng. Det er usikkerheten rundt denne budsjetteringen som gjorde at RHFet måtte sikre seg med en "ufordelt reserve" på tildelt DRG-kvotest. Vi hadde ingen data for refusjonspoeng som muliggjorde sammenligning med 2007, og de foreløpige og endelige tallene bekrefter den store usikkerheten som gjennom hele 2008 har ligget i denne nyordningen. Vi forventet en overskridelse på refusjonspoeng, og måtte derfor begrense DRG-aktiviteten (døgn/dag) for å unngå budsjettsprikk.

I tillegg har HOD og Helsedirektoratet samtidig strammet inn praksis for bruk av tverrfaglige poliklinikker, ved en innskjerping om at det kun er legebaserte, polikliniske konsultasjoner som skal finansieres med refusjonspoeng.

Tabell 6 Aktivitetsdata somatisk poliklinikk (sum for HFene og private ideelle sykehus)

Aktivitetsmål somatikk	2007	2008	Budsjett 2008	Endring 2007-2008	
				Antall	%
Polikliniske konsultasjoner	2 186 979	2 199 825	2 237 220	12 846	0,6 %
Polikliniske refusjonspoeng*		1 911 489	1 602 375		

\* Refusjonspoeng innført i 2008, herav ingen sammenlignbare tall for 2007

Tabell 6 viser at det er utført nesten 2,2 millioner pasientkonsultasjoner på somatiske poliklinikker i Helse Sør-Øst i 2008. Det utgjør ca 0,8 konsultasjoner/innbygger/år, og i tillegg kommer konsultasjonene hos avtalespesialistene.

På årsbasis fordeler konsultasjonene på poliklinikkene seg slik:

1. tertial 2008:	793 156
2. tertial 2008:	642 414
3. tertial 2008:	<u>764 255</u>
Sum året:	2 199 825

## 3.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skjer det fortsatt en del endringer i tjenesteprofilen, i tråd med Samdata-rapporter de siste årene. For døgnbehandling viser 2008-tallene en økning av antall liggedøgn sammenlignet med budsjetterte tall, og dette gjelder på alle tjenesteområdene. Samtidig er det en reduksjon i antall oppholdsdager for dagbehandling og en økning i antall polikliniske konsultasjoner utover budsjett for 2008 og med en klar økning i forhold til 2007.

Tabell 7 Aktivitetsdata psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (sum for HFene, sykehusene og kjøp fra private)

Aktivitetsmål	2007	2008	Budsjett 2008	Endring 2007-2008	
				Antall	%
<b>Psykisk helsevern for voksne</b>					
Antall utskrivninger døgnbehandling	24 105	24 806	24 278	701	2,9 %
Antall liggedøgn døgnbehandling*		757 516	706 669	757 516	
Antall oppholdsdager dagbehandling	64 934	51 905	63 686	-13 029	-20,1 %
Antall polikliniske konsultasjoner	561 464	609 544	592 748	48 080	8,6 %
<b>Psykisk helsevern for barn/ungdom</b>					
Antall utskrivninger døgnbehandling	983	947	906	-36	-3,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling*		48 039	47 044	48 039	
Antall oppholdsdager dagbehandling	12 142	12 684	13 742	542	4,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	322 861	370 403	354 345	47 542	14,7 %
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>					
Antall utskrivninger døgnbehandling	7 394	7 292	7 165	-102	-1,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling*		349 026	273 267		
Antall oppholdsdager dagbehandling	4 520	2 219	2 347	-2 301	-50,9 %
Antall polikliniske konsultasjoner	146 725	164 892	157 056	18 167	12,4 %

\* Liggedøgn har ikke vært rapportert i 2007, tilsvarende det som ble budsjettet/rapportert i 2008, herav heller ikke mulig å beregne endringer 2007-2008.

Utbyggingen av DPSer og polikliniske tilbud innen rusbehandling gir fortsatt økning av poliklinisk aktivitet, og en del av tidligere dagbehandling registreres nå som poliklinikk. RHFet har likevel vært bekymret for at mye av den polikliniske aktivitetsøkningen de siste årene har falt på telefonkonsultasjoner og ikke nødvendigvis utgjøres av konsultasjoner med pasienten til stede. Samtidig melder HFene og sykehusene at de ikke får rapportert en økende aktivitet av ambulant og veiledningsmessig art, spesielt rettet mot kommunale tjenester. Det konkluderes derfor med en god samlet aktivitetsøkning, men endringen i arbeidsprofiler gjør at det tallmessig er vanskelig å angi hvor økningen ligger i forhold til kravet om økning på minimum 1,5 %.

### 3.3 Analyse og tiltak

RHFene var skeptiske ved innføringen av den nye finansieringen av somatiske poliklinikker, og erfaringene i 2008 har vist at nyordningen ikke var tilstrekkelig forberedt av sentrale helsemyndigheter. Usikkerheten har også skapt en økonomisk usikkerhet, både for foretakene/sykehusene og RHFet, som muligens også kan ha virket hemmende på aktiviteten. Samtidig har utfordringene gitt foretaksgruppen betydelige erfaringer, som kan komme til nytte i kommende år, selv om helsemyndighetene allerede har reversert noe og for 2009 delvis godkjent finansiering av for eksempel sykepleierdrevne poliklinikker.

Foretaksgruppen har i tillegg tatt konsekvensen av at 2008-erfaringene har synliggjort et stort behov med å kvalitetssikre periodiseringen av alle aktivitetstall i 2009-budsjettene. Dette er nå utført på alle tjenesteområder.

Innen psykisk helsevern er RHFet bekymret for produktivitet utviklingen. Fagmiljøene mener at bekymringen er ubegrunnet, fordi mye av personellens pasientrettede aktivitet ikke blir

registrert og rapportert. Dette har gjort at helsemyndighetene fra 2009 har fjernet to produktivetsindikatorer for VOP og BUP, jfr. omtale i kap. 4. Helse Sør-Øst har som en delvis erstatning innført en regional indikator, som skal fange opp noe av den ambulante aktiviteten, slik at en bedre får registrert omfanget av dette arbeidet.

## 4 Produktivitet og effektivitet

### 4.1 Kostnads- og aktivitetsperspektiv – Kostnad per DRG

#### Hensikt, mål og beskrivelse

Indikatoren skal gi ett uttrykk for kostnadseffektiviteten i aktiviteten som måles og finansieres på bakgrunn av DRG-poeng. Indikatoren utarbeides på bakgrunn av data som rapporteres særskilt fra helseforetakene. Indikatoren har ingen konkret kronemessig målsetting. Det er alltid en målsetting å forbedre kostnadseffektiviteten, og det forventes som et minimum at indikatoren har lavere vekst enn utviklingen i underliggende kostnader.

Indikatoren beregnes med utgangspunkt i helseforetakenes totale kostnader eksklusive avskrivninger. Herfra trekkes kostnader relatert til funksjoner som ikke måles i DRG-systemet, som psykiatri, pre-hospitale tjenester poliklinisk virksomhet og habilitering. Den totale kostnaden som blir igjen etter uttrekkene (teller) deles med totalt antall DRG-poeng som er utført i helseforetaket i gjeldende periode (nevner).

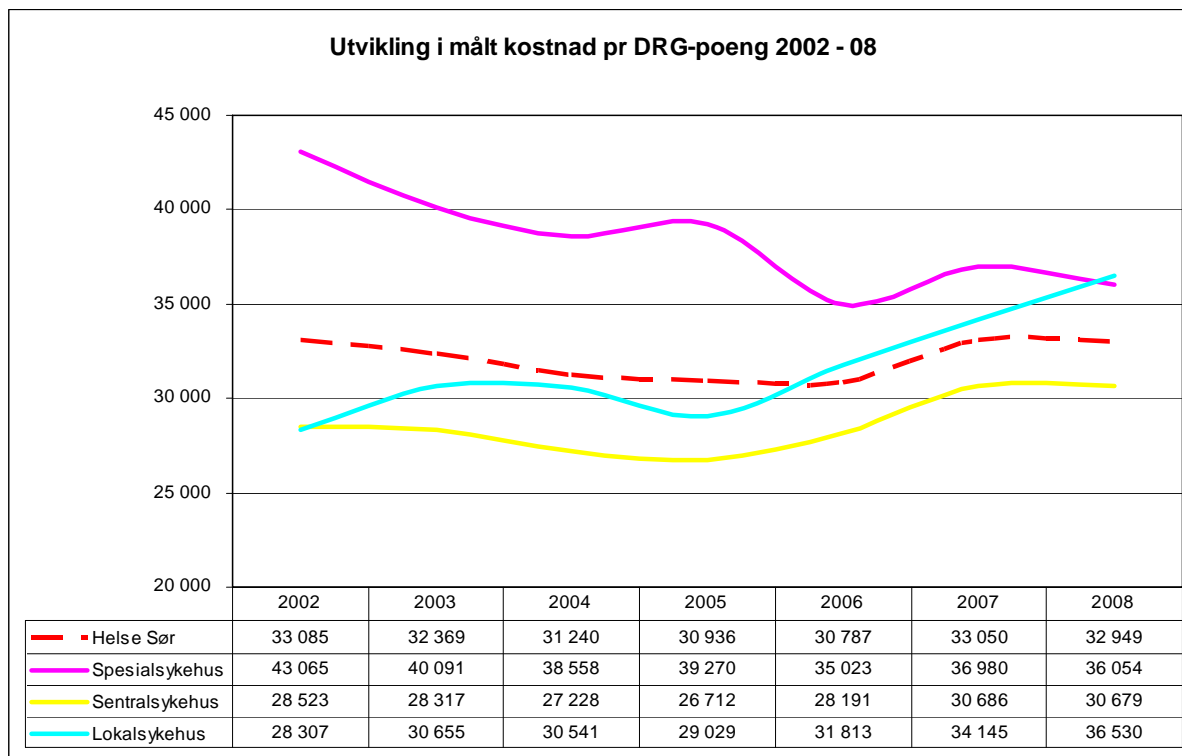
#### Status

Tidligere Helse Sør RHF etablerte en slik analyse i 2003, og det er derfor tilgjengelig en serie resultater fra intern effektivitetsmåling tilbake til 2002 for disse helseforetakene. Helse Øst RHF hadde ingen tilsvarende egenprodusert analyse. Helse Sør-Øst RHF har hentet inn data fra alle foretak for å etablere en slik analyse på årsdata fra 2008. Figur 26 viser derfor en utvikling i målt kostnad per DRG-poeng tilbake til 2002, mens det for alle helseforetak i regionen kun kan vises en måling av dette for 2008 isolert. Det vil bli jobbet med å innarbeide analysen på historiske data fra 2007 og 2006.

#### Helseforetak i tidligere Helse Sør RHF

For helseforetakene i tidligere Helse Sør viser disse totalt sett en nøytral utvikling i målt nominell kostnad pr DRG-poeng fra 2007 til 2008. Justert for årlig lønns- og prisstigning betyr dette en reell effektivitetsforbedring på ca 4 %. Målte kostnader per DRG-poeng økte til dels betraktelig fra 2006 til 2007, noe som i hovedsak kan tilskrives generell lønns- og prisvekst, samt vesentlige endringer i pensjonskostnader på bakgrunn av endrede beregningsforutsetninger for alle helseforetakene.

Figur 26 viser en positiv utvikling for spesiallsykehus (RH) og sentralsykehus (SiV, ST, SS og SB) og en økning i målt kostnad per DRG-poeng for lokalsykehus (RS og BS).



Figur 26 Utvikling målt i kostnad per DRG-poeng 2002 - 2008

### Helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF

Målingen viser til dels stor forskjeller mellom presumptivt sammenlignbare helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. Det er viktig å påpeke at sammenlikning direkte mellom helseforetak har lav validitet. Faktorer som kode-praksis, pasientmiks, praksis for henvisning til spesialsykehus med mer vil påvirke resultatet i vel så stor grad som reell effektivitet i driften av sykehusene. Det er også vesentlig forskjell i kostnads-nivå avhengig av omfanget av spesialisert og høyspesialisert behandling som utføres i helseforetaket. Samtidig må det antas at det er stordriftsfordeler også innen drift av sykehus og at større enheter bør ha potensial for stordriftsfordeler. I tabellene under er helseforetakene derfor delt i 3 grupper; med størrelse og grad av spesialisering som grunnlag for plassering.

#### Kostnad per DRG

Sykehus gruppe 1	
RH	36 054
UUS	32 952
AUS	38 429

Sykehus gruppe 2	
Ahus	31 744
SI	33 468
SS	31 881
SØ	35 728
SB	31 905
SiV	28 997
ST	29 566

Sykehus gruppe 3	
BS	37 439
RS	34 094
SAB	33 106

## 4.2 Aktivitets- og ressursperspektiv

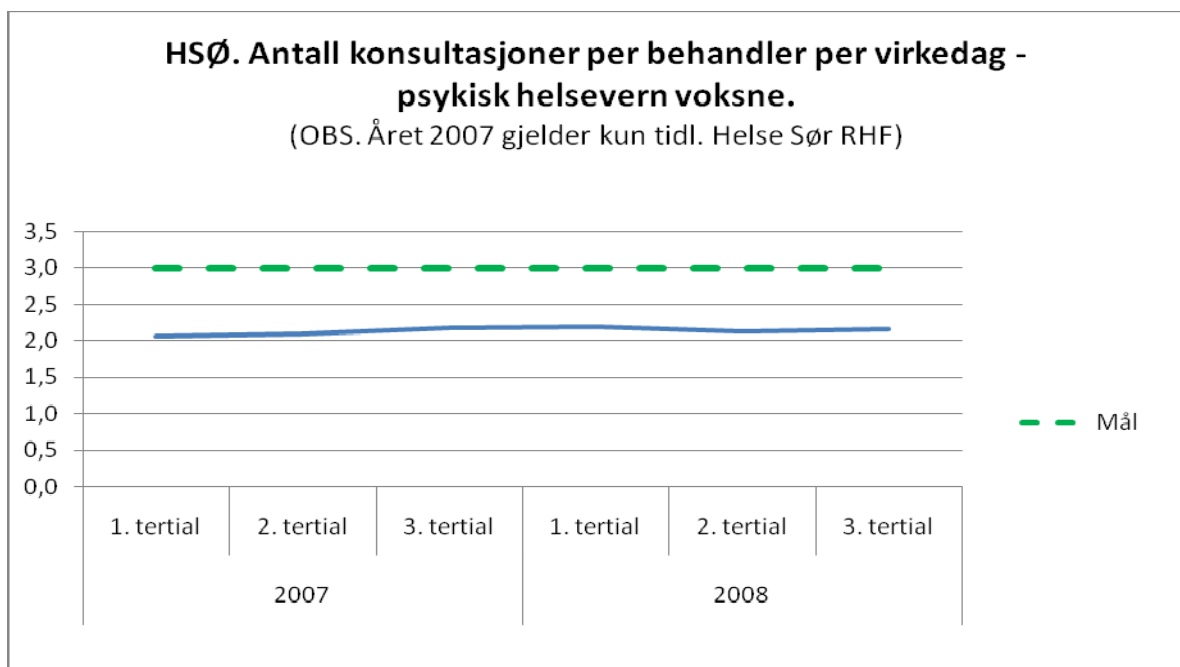
### Utvalgte indikatorer innen Psykisk Helsevern

For psykisk helsevern har følgende indikatorer vært aktuelle for å illustrere produktivitet:

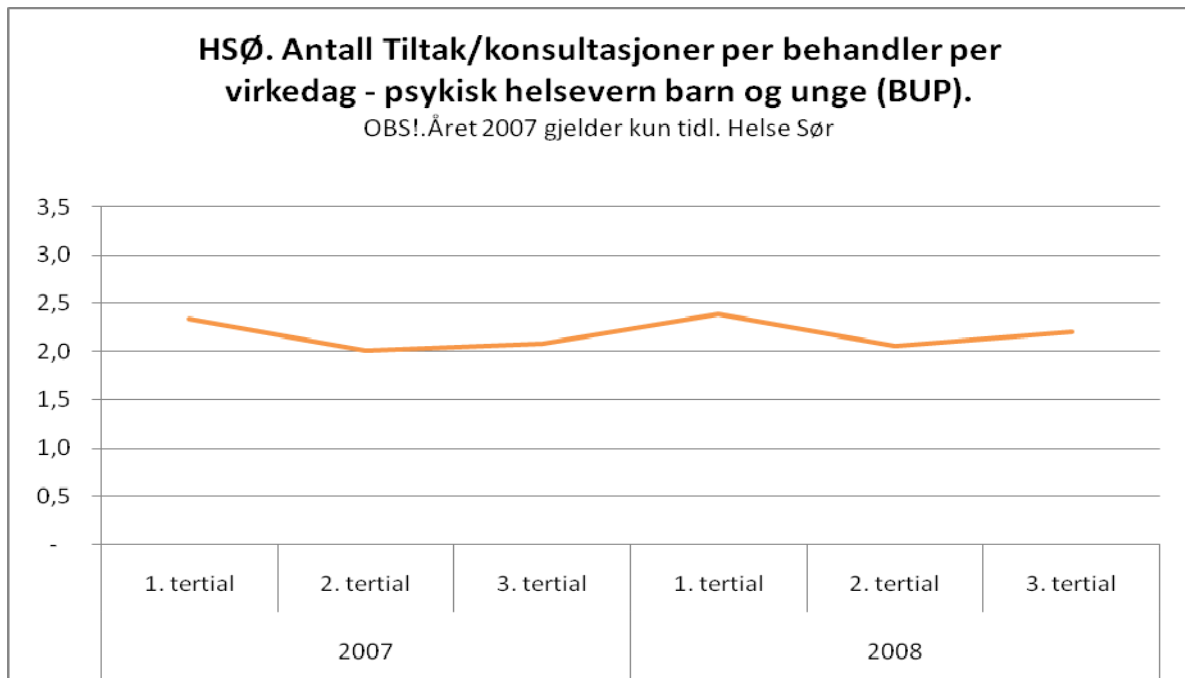
- Antall polikliniske konsultasjoner per behandlerdagsverk per virkedag psykisk helsevern voksne
- Antall tiltak per behandlerdagsverk per virkedag ved poliklinikk psykisk helsevern barn og unge

Begge disse indikatorene registreres rutinemessig i dag. For voksenpsykiatri er det en målsetting med i gjennomsnitt 3,0 konsultasjoner per behandler per virkedag. I perioden 2007-2008 har antallet vært relativt stabilt på i overkant av 2 konsultasjoner per behandler per virkedag, med en liten økning til 2,2 i 3. tertial 2008.

Innen barne- og ungdomspsykiatri er også nivået relativt stabilt omkring 2 konsultasjoner per behandler per virkedag.



Figur 27 Antall konsultasjoner per behandler per virkedag – psykisk helsevern voksne



Figur 28 Antall Tiltak per behandler per virkedag – psykisk helsevern barn og unge.

Det er imidlertid metodiske problemer knyttet til disse indikatorene som gjør at resultatene er usikre og gjør sammenligning vanskelig. 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

Resultatet per desember er forløpig på RHFet og endelige tall vil foreligge den 23. mars 2009. De enkelte helseforetakene er avstemt og revidert. Det negative budsjettavviket for foretaksgruppen per desember er på 452,4 mill. kroner. Desember isolert viser et positivt avvik på 106,6 mill. kroner. Budsjettavviket er på – 670,8 mill. kroner eksklusive tilleggsbevilgning i St.prp. nr. 13 som er inntektsført i desember med 218,4 mill. kroner. Total bevilgning i St.prp. nr 13 var 279,1 mill kroner, hvor 2 mill. kroner er øremerket redningshelikopterbasen på Rygge I og 58,7 mill. kroner er brukt til dekning av tilleggsregning fra NPE.

Det er foretatt nedskrivning av anleggsmidler for Nye Ahus som utgjør 45,7 mill kroner. Kostnaden er tatt i RHF sitt regnskap ved at det er gitt en tilleggsbevilgning fra Helse Sør-Øst RHF til Nye Ahus i 2008.



Tabell 8 Resultat per foretak

Virksomhetsnavn	Denne periode desember 2008			Akkumulert per desember 2008		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Faktisk	Budsjett	Avvik
Aker universitetssykehus HF	-1 798	-15 051	13 253	-28 479	-28 935	456
Akershus universitetssykehus HF	-17 159	-76 173	59 014	-29 265	-29 356	91
Bleifjell Sykehus HF	7 864	-3 103	10 967	-30 993	-8 023	-22 970
Psykiatrien i Vestfold HF	-2 717	-3 025	308	-3 284	-7 415	4 131
Rikshospitalet HF, foretaksgruppen	-16 863	-36 763	19 900	-264 500	-56 055	-208 445
Ringerike Sykehus HF	-8 064	5 016	-13 080	-59 856	-6 138	-53 718
Sunnaas sykehus HF	-227	434	-661	-5 938	-4 627	-1 311
Sykehusapotekene HF	22 671	229	22 442	26 778	-1 391	28 169
Sykehuset Asker og Bærum HF	11 674	-4 361	16 035	3 277	-14 110	17 387
Sykehuset Buskerud HF	-27 489	923	-28 412	-62 973	-22 253	-40 720
Sykehuset Innlandet HF	-5 915	-28 153	22 238	-94 623	-49 720	-44 903
Sykehuset i Vestfold HF	-8 552	-421	-8 131	-53 105	-21 578	-31 527
Sykehuset Telemark HF	-3 604	1 680	-5 284	-29 122	-19 169	-9 953
Sykehuset Østfold HF	1 345	-15 496	16 841	-18 855	-35 296	16 441
Sørlandet Sykehus HF	6 993	-8 381	15 374	-87 017	-36 626	-50 391
Ullevål universitetssykehus HF	-47 100	-26 336	-20 764	-211 516	-72 474	-139 042
Helse Sør-Øst RHF - Sykehuspartner	-3 349	-527	-2 822	6 583	0	6 583
Helse Sør-Øst RHF	56 553	6 499	50 054	219 611	82 166	137 445
<b>Resultat Helse Sør-Øst</b>	<b>-35 737</b>	<b>-203 008</b>	<b>167 271</b>	<b>-723 277</b>	<b>-331 000</b>	<b>-392 277</b>

### Analyse og tiltak

De negative økonomiske resultatene varierer sterkt mellom foretakene og tabell 10 viser utfordringsbilde gruppert på foretak. Det negative budsjettavviket ved Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF utgjør om lag 62% av det totale avviket per desember.

Tabell 9 Utfordringsbilde fordelt på foretak

Virksomhetsnavn	Budsjettavvik	Totalt budsjettavvik
Helse Sør-Øst		-392 277
Bleifjell sykehus HF	-22 970	
Rikshospitalet HF	-208 445	
Ringerike sykehus HF	-53 718	
Sykehuset Buskerud HF	-40 720	
Sykehuset Innlandet HF	-44 903	
Sykehuset i Vestfold HF	-31 527	
Sørlandet sykehus HF	-50 391	
Ullevål universitetssykehus HF	-139 042	
<b>Sum foretak med avvik over 10 mill. kroner</b>		<b>-591 716</b>
2 HF med negativt budsjettavvik		-11 264
6 HF, Sykehuspartner og HSØ RHF med positivt budsjettavvik		210 703

## 5.2 Likviditet

Helse Sør-Øst gikk ut av 2008 med et trekk på driftskreditt på ca 2 mrd. kroner av total ramme på 2,7 mrd. kroner, mot en årsprognose som viste en overtrekk av den totale tillatte rammen på 0,2 mrd. kroner. Grunnen til opptrekket av driftskreditt skyldes underskudd og økte pensjonsutbetalinger.

Forbedringen skyldes tilleggsbevilgningen gitt i St.prp. nr 13, hvor Helse Sør-Øst RHF ble tildelt 279 mill. kroner for å lette omstillingsutfordringene. I tillegg kom OPF (Oslo



Pensjonsforsikring AS) med faktura for innbetaling av reguleringspremie på 450-500 mill. kroner med forfall i januar 2009. Videre vil utbetaling av midler for å dekke økte pensjonskostnader ved de private, hvor Helse Sør-Øst RHF fikk utbetalt 200 mill kroner, skje i løpet av våren 2009.

### 5.3 Omstilling

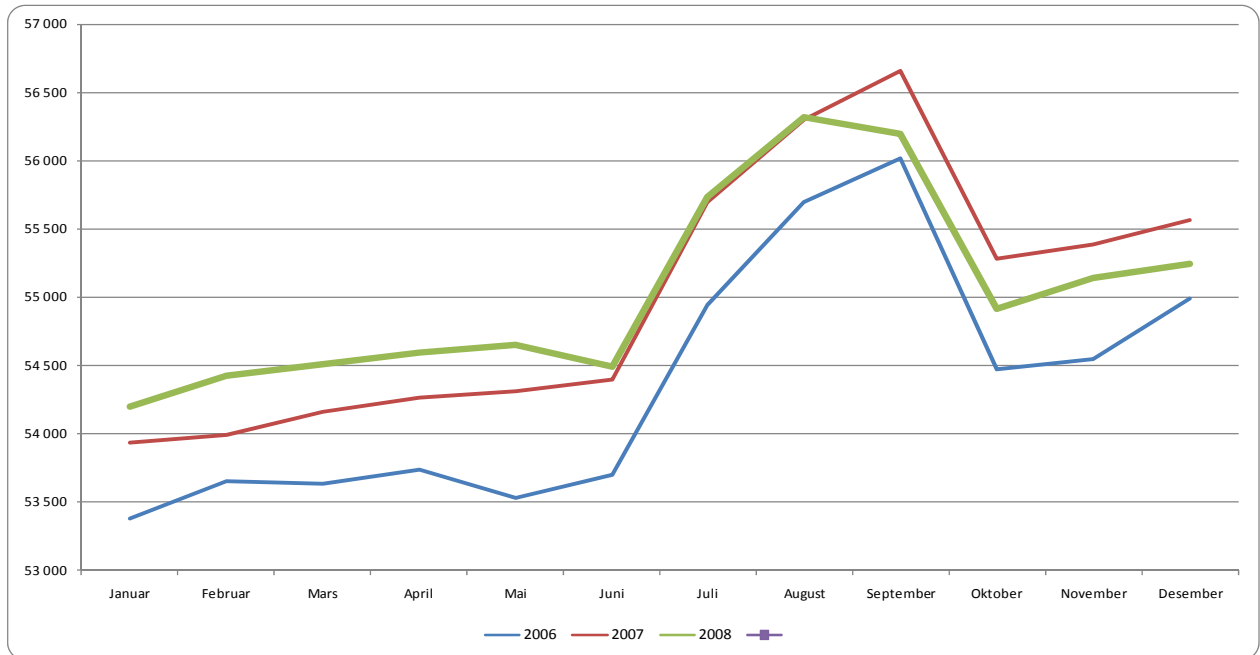
Tabell 10 Gjennomførte omstillingstiltak fordelt på foretak

Virksomhetsnavn	Per desember 2008			Gjennomført i %
	Budsjett	Faktisk	Avvik	
Aker universitetssykehus HF	78 000	46 209	-31 791	59,2 %
Akershus universitetssykehus HF	107 136	95 834	-11 302	89,5 %
Blefjell Sykehus HF	53 005	20 997	-32 009	39,6 %
Psykiatrien i Vestfold HF	0	0	0	
Rikshospitalet HF	412 139	201 194	-210 945	48,8 %
Ringerike Sykehus HF	38 531	23 412	-15 119	60,8 %
Sunnaas sykehus HF	5 000	4 642	-358	92,8 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	40 000	39 723	-277	99,3 %
Sykehuset Buskerud HF	130 000	97 626	-32 374	75,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	90 000	85 000	-5 000	94,4 %
Sykehuset Innlandet HF	114 418	77 157	-37 261	67,4 %
Sykehuset Telemark HF	40 000	40 000	0	100,0 %
Sykehuset Østfold HF	56 969	54 768	-2 201	96,1 %
Sørlandet Sykehus HF	129 115	101 250	-27 865	78,4 %
Ullevål universitetssykehus HF	353 939	214 890	-139 049	60,7 %
Helse Sør RHF Sykehuspartner	0	0	0	
<b>Resultat Helse Sør-Øst</b>	<b>1 648 252</b>	<b>1 102 702</b>	<b>-545 550</b>	<b>66,9 %</b>

Effekt av omstillingstiltakene er redusert noe fra forrige tertialrapport og per desember er det er oppnådd 66,9 % av budsjettet. Dette er også en reduksjon ift aktivitets- og økonomirapporten per desember. Sykehuset Buskerud HF og Sørlandet sykehus HF har redusert faktisk gjennomførte tiltak ift rapportert tidligere. For Sykehuset Buskerud HF skyldes dette tidspunktet for salg av en av barnehagene har medført at en gevinst på 32 mill. kroner først kommer i 2009. For Sørlandet sykehus HF skyldes avviket at klinikkene bare delvis har oppnådd de planlagte tiltakene, kostnadene til pasientreiser økt mer enn forventet og en for optimistiske vurderinger ift, periodisering av effekter.

## 6 Organisasjon og ledelse

### 6.1 Bemanning



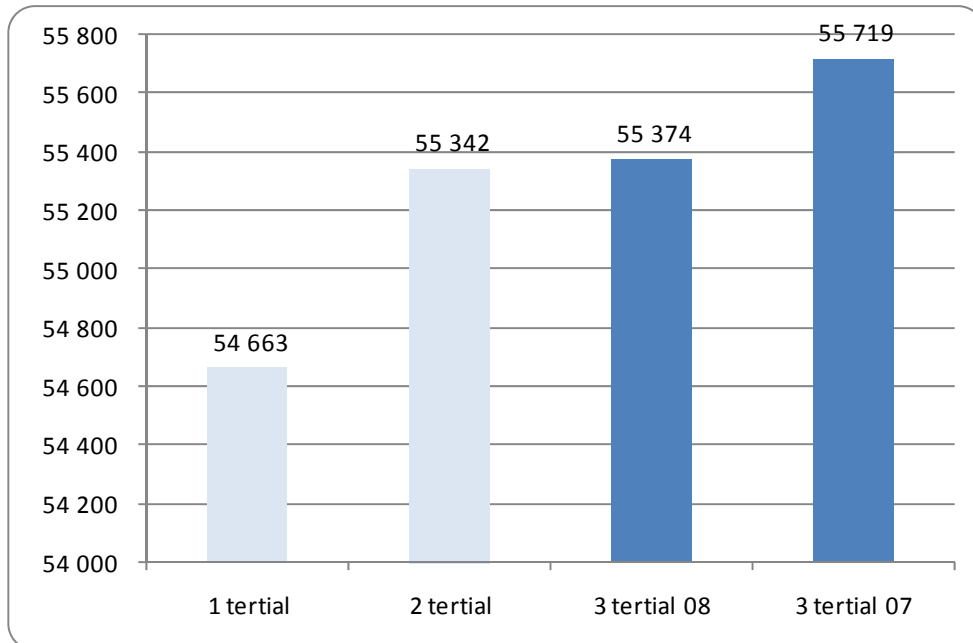
Figur 29 Antall månedsverk

Tabell 11 Antall månedsverk hittil i år fordelt på helseforetakene

Årsverk	2 007	2 008	Endring fra 2007	Δ 1%	Plantall for året	Planlagt endring fra 2007	Avvik fra plan HiÅ	Nivå HiÅ i fht. plan
Aker universitetssykehus HF	3 464	3 459	-5	-0,1 %	3 386	-2,3 %	-2,2 %	●
Akershus universitetssykehus HF	4 589	4 623	34	0,7 %	4 600	0,2 %	-0,5 %	●
Blefjell Sykehus HF	1 095	1 075	-20	-1,8 %	1 075	-1,8 %	0,0 %	●
Psykiatrien i Vestfold HF	1 037	1 056	19	1,8 %	1 060	2,2 %	0,4 %	●
Rikshospitalet HF*	7 068	7 133	65	0,9 %	6 950	-1,7 %	-2,6 %	●
Ringerike Sykehus HF	863	890	27	3,1 %	894	3,6 %	0,5 %	●
Sunnaas sykehus HF	607	608	1	0,1 %	607	0,0 %	-0,2 %	●
Sykehusapotekene	527	554	27	5,1 %	564	6,9 %	1,7 %	●
Sykehuset Asker og Bærum HF	2 279	2 268	-11	-0,5 %	2 287	0,3 %	0,8 %	●
Sykehuset Buskerud HF	3 038	2 996	-43	-1,4 %	2 988	-1,7 %	-0,3 %	●
Sykehuset Innlandet HF	6 900	7 009	109	1,6 %	6 897	0,0 %	-1,6 %	●
Sykehuset i Vestfold HF	2 626	2 586	-40	-1,5 %	2 585	-1,6 %	0,0 %	●
Sykehuset Telemark HF	2 512	2 504	-8	-0,3 %	2 453	-2,4 %	-2,1 %	●
Sykehuset Østfold HF	4 465	4 364	-100	-2,2 %	4 372	-2,1 %	0,2 %	●
Sørlandet Sykehus HF	4 652	4 634	-17	-0,4 %	4 575	-1,6 %	-1,3 %	●
Ullevål universitetssykehus HF	8 880	8 866	-14	-0,2 %	8 738	-1,6 %	-1,5 %	●
Helse Sør RHF Sykehuspartner	253	275	22	8,6 %	274	8,6 %	0,0 %	●
Helse Sør-Øst	138	133	-5	-3,4 %				
<b>Sum Helse Sør-Øst</b>	<b>54 994</b>	<b>55 033</b>	<b>39</b>	<b>0,1 %</b>	<b>54 304</b>			

#### Analyse og tiltak

Tredje tertial viste en klar nedgang i bemanning målt mot 2007. Det ble benyttet 345 færre månedsverk i perioden. Mye av årsaken er knyttet til at man klarte å gjennomføre en mer effektiv sommerferieavvikling samtidig som man lyktes med å holde bemanningen på et lavere nivå ut høsten. Totalt for året var det allikevel en svak økning på ca 0,2%.

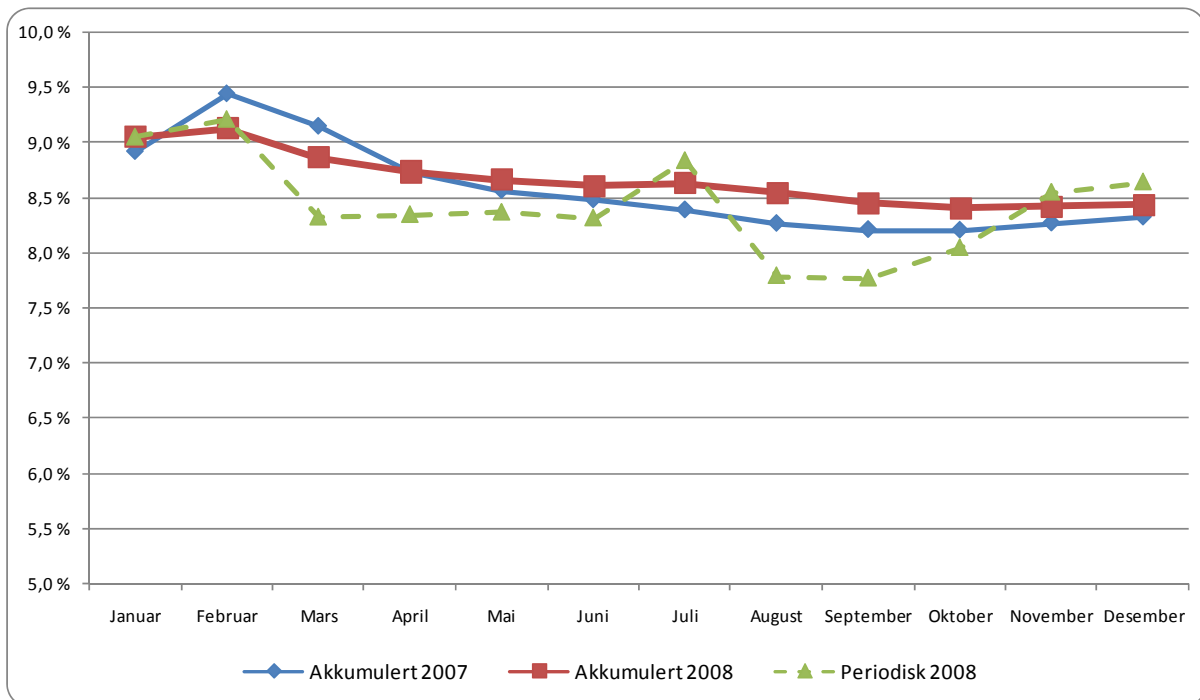


Figur 30 Antall månedsverk – tertialvis utvikling

Følgende tiltak er gjennomført for å få kontroll med bemanningssituasjonen;

- Fullmakter til å ansette eller opprette stillinger ligger på høyere eller samme nivå som tildelt budsjettansvar.
- Det er opprettet utvalg for å godkjenne ansettelse ved alle foretak.
- Det foreligger rutiner for å redusere innleie.
- Bemanning og lønnsutvikling følges opp i 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 gjennomført en kartlegging av legestillingene i regionen. Arbeidet forventes å være ferdigsilt senest 1. april 2009.

## 6.2 Sykefravær



Figur 31 Akkumulert sykefravær

### Analyse og tiltak

Sykefraværet i 2008 ble 8,4 % og dette er en økning på 0,1 prosentpoeng fra 2007. Det betyr at Helse Sør-Øst ikke nådde målsettingen om ett prosentpoeng reduksjon i sykefraværet.

Følgende tiltak er gjennomført:

### Systematisk tett og god oppfølging av sykmeldte fra nærmeste leder:

Den enkeltfaktor som har størst påvirkning på sykefraværet er den tette oppfølgingen fra nærmeste leder. Helse Sør-Øst RHF har to tiltak for å styrke denne:

1. Det er utviklet et verktøy som gir ledere påminnelser om oppfølgingssamtaler og oppfølgingsplaner og som gir ledere informasjon om hvordan de skal følge opp og dokumenterer oppfølgingsarbeidet i Personalportalen. Løsningen er ferdigutviklet og er under implementering for foretakene som benytter Personalportalen (opplæring av foretaksinterne ressurspersoner og teknisk implementering i september).
2. Helse Sør-Øst gjennomfører et opplæringsprogram for foretaksinterne lederutviklere for å styrke lederutvikling for førstelinjeledere.

### Arbeidsmiljø:

Både det fysiske, psykiske og mellommenneskelige arbeidsmiljøet påvirker sykefraværet. Helse Sør-Øst RHF arbeider med følgende tiltak på dette området:

1. Det er gjennomført en felles medarbeiderundersøkelse og en "verktøykasse" med metoder for mobilisering og utvikling av medarbeidere, ledere, arbeidsgrupper og arbeidsmiljø.
2. Arbeidstilsynet gjennomførte "God vakt!"-tilsyn i høst. Dette kan gi foretakene nyttig informasjon som kan ha betydning for sykefraværsarbeidet.

### Ledelsesfokus:

1. For å få til en reduksjon i sykefraværet må det settes inn lokale målrettede tiltak i de avdelinger med høyt sykefravær. Dette vil følges opp i oppfølgingsmøter med foretakene, i styremøter og i ledermøter.

## 7 Status per foretak

Nedenfor følger en beskrivelse av hvert enkelt foretak der det har vært behov for å beskrive budsjettavvik, omstillingsavvik eller enkelte variabler for aktivitet nærmere.

For aktivitet/styringsvariabler /ventetider/kvalitetsmål vises det til vedlagte tabelloversikter i kapittel 8.

### 7.1 Aker universitetssykehus HF

Andel korridorpasienter i 3. tertial er relativt høy med 3,6 % innen somatikk og 3.9 % innen psykisk helsevern. I samme periode er det registrert i overkant av 10 % strykninger av planlagte operasjoner og 23 % fristbrudd innen psykisk helsevern og 20 % fristbrudd for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Data fra NPR per 3. tertial 2008 viser at antall langtidsventende (> 1 år) utgjør til sammen 211 pasienter – de fleste innen fagområdet kar-kirurgi.

### 7.2 Akershus universitetssykehus HF

Andel korridorpasienter innen psykisk helsevern har i lengre tid vært høyt og var i 3. tertial på 7,8 %.

### 7.3 Blefjell Sykehus HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 22,9 mill. kroner.

I hovedtrekk er det de kirurgiske fagområder som genererer det negative resultatet. Avviket skyldes i hovedsak manglende omstillingstiltak og forsinket effekt av igangsatte tiltak, somatisk aktivitetssvikt, økte personalkostnader og økte vedlikeholds- og energikostnader.

### 7.4 Psykiatrien i Vestfold HF

I 3. tertial ble det registrert 16 % fristbrudd innen psykisk helsevern.

### 7.5 Rikshospitalet HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 208,4 mill. kroner. Avviket skyldes at Rikshospitalet ikke har maktet å gjennomføre tilstrekkelig, lavere aktivitet enn budsjett og en nedgang i inntekt refusjon somatisk poliklinisk aktivitet i forbindelse med omlegning av beregningsmåte.

Data fra NPR per 3. tertial 2008 viser lange ventetider (i snitt 106 dager) for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Dette er en betydelig økning fra 1. og 2. tertial. Antall langtidsventende (> 1 år) utgjør til sammen 1 616 pasienter, derav vel 700 for ØHN-lidelser.

## 7.6 Ringerike Sykehus HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 53,7 mill. kroner. Avviket skyldes lavere inntekter enn budsjettert og et realisert salg til lavere pris enn forventet og dermed lavere regnskapsført gevinst.

Sykehuset har en høy andel korridorpasienter med 6,1 % i 3. tertial 2008.

## 7.7 Sunnaas sykehus HF

Data fra NPR viser at ved utgangen av 3. tertial at det var det 72 pasienter som hadde ventet over ett år.

## 7.8 Sykehuset Asker og Bærum HF

I 3. tertial er det registrert hele 26 % fristbrudd innen somatikk.

## 7.9 Sykehuset Buskerud HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 40,7 mill. kroner. Aktiviteten ved foretaket er som budsjett, men det rapporteres at inntektene fra poliklinisk aktivitet har gått ned som følge av omleggingen av finansieringssystemet. I tillegg er realisering av eiendomssalg blitt utsatt til januar 2009.

Per desember er det gjennomført 75,1 % av omstillingstiltakene. Det må imidlertid presiseres at av sykehusets innsparingspakke på 130 mill. kroner utgjør gevinster ved salg av eiendom 77,1 mill. kroner. Tidspunktet for salg av en av barnehagene har medført at en gevinst på 32 mill. kroner først kommer i 2009.

Aktiviteten ved foretaket er som budsjett, men det rapporteres at inntektene fra poliklinisk aktivitet har gått ned som følge av omleggingen av finansieringssystemet.

I 3. tertial er det registrert hele 26 % fristbrudd innen somatikk.

## 7.10 Sykehuset Innlandet HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 44,9 mill. kroner. Det negative budsjettavviket er i hovedsak å relatere til lønn og innleie av helsepersonell, samt kjøp av tjenester og andre varekostnader.

Per desember er det oppnådd 67,4 % av budsjetterte omstillingstiltak. Det er i hovedsak nedbemanning som er forsinket.

Antall DRG-poeng er om lag som budsjettert når det hensyntas at foretaket er gitt anledning til å ha en aktivitet som ligger 3 000 DRG-poeng over driftsavtalen.

I 3. tertial er det registrert hele 32 % fristbrudd innen somatikk og 19 % innen psykisk helsevern.

## 7.11 Sykehuset i Vestfold HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 31,5 mill. kroner. Hovedårsaken til dette skyldes høyre lønnskostnader enn budsjett. Lønnsavviket består delvis i avvik i

klinikkene og årsoppgjørdisposisjoner. I tillegg var det en meget krevende driftssituasjon i jule- og nyttårshelgen, med stor andel variabel lønn og innleie. Det har også vært økte kostnader i forbindelse med sykefravær og innføring av DIPS. I tillegg er det foretatt en nedjustering av inntekter grunnet omlegging av refusjonsinntekter for somatisk poliklinisk aktivitet.

Det er mangelfull rapportering for enkelte indikatorer siste del av året 2008 pga innføringen av DIPS.

Data fra NPR per 3. tertial 2008 viser at antall langtidsventende (> 1 år) utgjør til sammen 476 pasienter – de fleste innen fagområdene fordøyelsessykdommer og urologi.

## 7.12 Sykehuset Telemark HF

I 3. tertial er det registrert hele 33 % fristbrudd innen psykisk helsevern.

## 7.13 Sykehuset Østfold HF

I 3. tertial er det registrert hele 32 % fristbrudd innen somatikk og 16 % innen psykisk helsevern. Andel korridorpasienter innen somatikk er på 2,6 %. Andel epikriser sendt ut innen 7 dager er kun 55 % mot mål 80 %.

## 7.14 Sørlandet Sykehus HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 50,4 mill. kroner. Det negative budsjettavviket i 2008 skyldes i hovedsak merforbruk av varekostnader, merforbruk innen pasientreiser og gjestepasientkostnader somatikk. I tillegg er det et merforbruk på innleie fra vikarbyrå og lønn som følge av lønnsoppgjøret. For Sørlandet sykehus HF utgjør tilleggsbevilgninger 35 mill. kroner.

Data fra NPR per 3. tertial 2008 viser at antall langtidsventende (> 1 år) utgjør til sammen 567 pasienter – de fleste innen fagområdet ortopedi. Dette inkluderer pasienter både med og uten rett til helsehjelp.

## 7.15 Ullevål universitetssykehus HF

Foretaket har per desember et negativt budsjettavvik på 139 mill. kroner. Forverringen i forhold til det tidligere avgitte årsestimatet skyldes i hovedsak to forhold budsjettet salg av eiendommer som ikke ble realisert som forutsatt og en tilleggskostnad pensjon fra Oslo pensjonsforsikring.

Data fra NPR per 3. tertial 2008 viser at antall langtidsventende (> 1 år) utgjør til sammen 970 pasienter – de fleste innen fagområdet ortopedi.

## 8 Tabeller styringsvariabler/kvalitetsindikatorer

Tabell 12 til 15 viser gjennomsnittlig ventetid (dager) avviklede pasienter, med rett og uten rett til nødvendig helsehjelp. Status HSØ/HF/sykehus 2008.

Tabell 12

Somatikk.	Ventetider 2008					
	Med rett			Uten rett		
	1. tert.	2. tert.	3. tert.	1. tert.	2. tert.	3. tert.
Aker universitetssykehus HF	73	71	76	71	61	81
Akershus universitetssykehus HF	72	74	79	115	112	144
Blefjell Sykehus HF	56	55	64	79	95	101
Diakonhjemmet sykehus A/S	57	59	71	56	48	66
Lovisenberg diakonale sykehus	78	78	72	105	85	86
Private Helse Sør-Øst RHF	62	68	65	57	63	97
Psykiatrien i Vestfold HF						
Rikshospitalet HF	71	81	106	88	108	118
Ringerike sykehus HF	60	57	69	111	92	98
Sørlandet Sykehus HF	56	54	60	95	81	81
Sunnaas sykehus HF	70	69	56	55	80	93
Sykehuset Asker og Bærum HF	55	57	65	63	71	97
Sykehuset Buskerud HF	66	66	73	83	83	85
Sykehuset i Vestfold HF	48	51	57	74	68	82
Sykehuset Innlandet HF	60	61	65	63	61	66
Sykehuset Østfold HF	68	63	75	75	72	74
Sykehuset Telemark HF	52	57	54	59	58	69
Ullevål universitetssykehus HF	47	42	45	56	54	72
Helse Sør-Øst RHF	60	61	68	73	72	84

Tabell 13

Psykisk helsevern voksne (VOP)	Ventetider 2008					
	Med rett			Uten rett		
	1. tert.	2. tert.	3. tert.	1. tert.	2. tert.	3. tert.
Aker universitetssykehus HF	47	53	54	86	88	164
Akershus universitetssykehus HF	57	55	51	53	52	81
Blefjell Sykehus HF	47	44	39	45	35	42
Diakonhjemmet sykehus A/S	32	33	29	41	34	53
Lovisenberg diakonale sykehus	42	33	28	29	29	27
Private Helse Sør-Øst RHF	33	308	50	160	12	69
Psykiatrien i Vestfold HF	71	61	54	67	84	86
Rikshospitalet HF	46	80	94	41	46	54
Ringerike sykehus HF	39	72	36	49	38	50
Sørlandet Sykehus HF	31	36	36	75	70	42
Sunnas sykehus HF						
Sykehuset Asker og Bærum HF	40	35	35	52	64	30
Sykehuset Buskerud HF	45	57	46	61	45	57
Sykehuset i Vestfold HF						
Sykehuset Innlandet HF	57	55	51	62	56	58
Sykehuset Østfold HF	46	46	49	23	32	36
Sykehuset Telemark HF	42	44	53	45	41	31
Ullevål universitetssykehus HF	41	42	35	54	51	104
Helse Sør-Øst RHF	48	49	45	50	46	51



Tabell 14

Psykisk helsevern barn og unge (BUP)	Ventetider 2008					
	Med rett			Uten rett		
	1. tert.	2. tert.	3. tert.	1. tert.	2. tert.	3. tert.
Aker universitetssykehus HF	76	77	52	23	0	4
Akershus universitetssykehus HF	65	75	57	53	58	89
Blefjell Sykehus HF	53	72	77	52	31	64
Diakonhjemmet sykehus	11	46	39	0	0	21
Lovisenberg diakonale sykehus	52	67	64	15	13	0
Private Helse Sør-Øst RHF						
Psykiatrien i Vestfold HF	61	59	60	106	52	80
Rikshospitalet HF	0	0	0	0	0	0
Ringerike sykehus HF	74	64	56	120	224	0
Sørlandet Sykehus HF	20	17	22	20	17	15
Sunnaas sykehus HF						
Sykehuset Asker og Bærum HF	51	42	36	119	0	0
Sykehuset Buskerud HF	43	65	63	2	0	3
Sykehuset i Vestfold HF						
Sykehuset Innlandet HF	64	68	56	59	125	70
Sykehuset Østfold HF	101	114	77	60	85	85
Sykehuset Telemark HF	55	97	78	33	21	105
Ullevål universitetssykehus HF	44	49	54	98	136	146
Helse Sør-Øst RHF	57	65	54	57	57	89

Tabell 15

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Ventetider 2008					
	Med rett			Uten rett		
	1. tert.	2. tert.	3. tert.	1. tert.	2. tert.	3. tert.
Aker universitetssykehus HF	45	29	24	35	43	7
Akershus universitetssykehus HF	40	39	35	8	36	21
Blefjell Sykehus HF	52	35	42	43	51	62
Diakonhjemmet sykehus A/S						
Lovisenberg diakonale sykehus	23	16	36	0	0	17
Private Helse Sør-Øst RHF	79	114	95	38	49	43
Psykiatrien i Vestfold HF	61	66	55	114	108	63
Rikshospitalet HF						
Ringerike sykehus HF	62	43	49	101	86	112
Sørlandet Sykehus HF	67	59	63	48	77	71
Sunnaas sykehus HF						
Sykehuset Asker og Bærum HF	51	45	34	13	30	82
Sykehuset Buskerud HF	102	68	64	114	93	117
Sykehuset i Vestfold HF						
Sykehuset Innlandet HF	64	69	69	94	101	216
Sykehuset Østfold HF	73	62	63	67	67	62
Sykehuset Telemark HF	50	29	57	27	27	25
Ullevål universitetssykehus HF	18	39	28	0	0	0
Helse Sør-Øst RHF	63	62	61	71	88	66

Tabell 16 og 17 viser andel korridorpasienter. Status HSØ/HF/sykehus per 3. tertial 2008.

Tabell 16

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

Tabell 17

Korridorpasienter akuttavd. Psykisk helsevern	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	3,9 %
Akershus universitetssykehus HF	7,8 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1 %
Psykiatrien i Vestfold HF	0,0 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	0,3 %
Sykehuset Buskerud HF	0,4 %
Sykehuset Innlandet HF	0,0 %
Sykehuset Telemark HF	0,0 %
Sykehuset Østfold HF	0,0 %
Sørlandet Sykehus HF	0,0 %
Ullevål universitetssykehus HF	0,0 %
Helse Sør-Øst	1,2 %

Tabell 18 Andel tvangsinnleggelse psykisk helsevern voksne totalt (= sum tvungen observasjon + tvunget opphold psykisk helsevern). Status HSØ/HF/sykehus per 3. tertial 2008.

Tvungen innleggelse psykisk helsevern voksne (Andel totalt)	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	18 %
Akershus universitetssykehus HF	11 %
Blefjell Sykehus HF	4 %
Diakonhjemmet Sykehus	16 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	32 %
Psykiatrien i Vestfold HF	19 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	21 %
Sykehuset Buskerud HF	24 %
Sykehuset Innlandet HF	9 %
Sykehuset Telemark HF	21 %
Sykehuset Østfold HF	13 %
Sørlandet Sykehus HF	17 %
Ullevål universitetssykehus HF	13 %
Helse Sør-Øst totalt	16 %

Tabell 19 til 21 viser andel epikriser sendt ut innen 7 dager. Status HSØ/HF/sykehus per 3. tertial 2008.

Tabell 19

Epikriser somatikk	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	56 %
Akershus universitetssykehus HF	62 %
Blefnell sykehus HF	69 %
Diakonhjemmet Sykehus	78 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	68 %
Rikshospitalet HF	64 %
Ringerike Sykehus HF	70 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	79 %
Sykehuset Buskerud HF	70 %
Sykehuset Innlandet HF	71 %
Sykehuset i Vestfold HF	59 %
Sykehuset Telemark HF	83 %
Sunnaas sykehus HF	76 %
Sykehuset Østfold HF	55 %
Sørlandet sykehus HF	63 %
Ullevål universitetssykehus HF	61 %
Helse Sør-Øst	66 %
Mål	80 %

Tabell 20

Epikriser psykisk helsevern	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	61 %
Akershus universitetssykehus HF	68 %
Blefnell sykehus HF	67 %
Diakonhjemmet Sykehus	89 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	66 %
Psykiatrien i Vestfold HF	85 %
Ringerike Sykehus HF	87 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	74 %
Sykehuset Buskerud HF	78 %
Sykehuset Innlandet HF	67 %
Sykehuset Telemark HF	70 %
Sykehuset Østfold HF	67 %
Sørlandet Sykehus HF	76 %
Ullevål universitetssykehus HF	38 %
Helse Sør-Øst	70 %
Mål	80 %

Tabell 21

Epikriser tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	62 %
Akershus universitetssykehus HF	95 %
Blefnell sykehus HF	56 %
Diakonhjemmet Sykehus	40 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	72 %
Psykiatrien i Vestfold HF	87 %
Ringerike Sykehus HF	100 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	83 %
Sykehuset Buskerud HF	73 %
Sykehuset Innlandet HF	79 %
Sykehuset Telemark HF	78 %
Sykehuset Østfold HF	93 %
Sørlandet Sykehus HF	79 %
Ullevål universitetssykehus HF	0 %
Helse Sør-Øst	77 %
Mål	80 %

Tabell 22 til 24 viser andel fristbrudd for rettighetspasienter. Status HSØ/HF/sykehus per 3. tertial 2008.

Tabell 22

Fristbrudd somatikk	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	17 %
Akershus universitetssykehus HF	3 %
Blefjell Sykehus HF	0 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	6 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	1 %
Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF	8 %
Ringerike sykehus HF	15 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	26 %
Sykehuset Buskerud HF	26 %
Sykehuset Innlandet HF	32 %
Sykehuset i Vestfold HF	8 %
Sykehuset Sørlandet	7 %
Sykehuset Telemark HF	19 %
Sunnaas sykehus HF	0 %
Sykehuset Østfold HF	32 %
Ullevål universitetssykehus HF	6 %
Helse Øst RHF	15 %

Tabell 23

Fristbrudd psykisk helsevern	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	23 %
Akershus universitetssykehus HF	1 %
Blefjell Sykehus HF	2 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	3 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	10 %
Psykiatrien i Vestfold HF	16 %
Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF	0
Ringerike sykehus HF	1 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	8 %
Sykehuset Buskerud HF	17 %
Sykehuset Innlandet HF	19 %
Sykehuset Sørlandet	3 %
Sykehuset Telemark HF	33 %
Sykehuset Østfold HF	16 %
Ullevål universitetssykehus HF	5 %
Helse Øst RHF	12 %

Tabell 24

Fristbrudd tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	20 %
Akershus universitetssykehus HF	1 %
Blefjell Sykehus HF	100 %
Diakonhjemmet sykehus A/S	0 %
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	4 %
Psykiatrien i Vestfold HF	11 %
Ringerike sykehus HF	0 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	10 %
Sykehuset Buskerud HF	11 %
Sykehuset Innlandet HF	4 %
Sykehuset Sørlandet	3 %
Sykehuset Telemark HF	0 %
Sykehuset Østfold HF	7 %
Ullevål universitetssykehus HF	0 %
Helse Øst RHF	10 %

Tabell 25 til 26 viser andel pasienter med individuell plan (IP). Status HSØ/HF/sykehus per 3. tertial 2008.

Tabell 25

Individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni - voksne (andel med IP)	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	79 %
Akershus universitetssykehus HF	mangler data
Blefjell Sykehus HF	100 %
Diakonhjemmet Sykehus	25 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	52 %
Psykiatrien i Vestfold HF	61 %
Ringerike Sykehus HF	33 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	mangler data
Sykehuset Buskerud HF	46 %
Sykehuset Innlandet HF	29 %
Sykehuset Telemark HF	71 %
Sykehuset Østfold HF	mangler data
Sørlandet Sykehus HF	38 %
Ullevål universitetssykehus HF	20 %
Helse Sør-Øst totalt	35 %

Tabell 26

Individuell plan for pasienter med diagnosen ADHD - barn og unge (andel med IP)	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	3 %
Akershus universitetssykehus HF	mangler data
Blefjell Sykehus HF	42 %
Diakonhjemmet Sykehus	0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0 %
Psykiatrien i Vestfold HF	14 %
Ringerike Sykehus HF	6 %
Sykehuset Asker og Bærum HF	mangler data
Sykehuset Buskerud HF	36 %
Sykehuset Innlandet HF	22 %
Sykehuset Telemark HF	mangler data
Sykehuset Østfold HF	mangler data
Sørlandet Sykehus HF	12 %
Ullevål universitetssykehus HF	47 %
Helse Sør-Øst totalt	20 %

Tabell 27

Individuell plan barnehabilitering (andel med IP)	3. tertial 2008
Aker universitetssykehus HF	mangler data
Akershus universitetssykehus HF	mangler data
Sykehuset Buskerud HF	53 %
Sykehuset Innlandet HF	mangler data
Sykehuset i Vestfold HF	mangler data
Sykehuset Telemark HF	67 %
Sykehuset Østfold HF	mangler data
Sørlandet Sykehus HF	94 %
Ullevål universitetssykehus HF	38 %
Helse Sør-Øst totalt	32 %