

Rapport

Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF

Forfatter(e)

Asmund Myrbostad

Marte Lauvsnes

Rune Reinaas

Rita Konstante

Rapport

Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF

EMNEORD:
Sykehus
Strategisk planlegging
Aktivitet
Kapasitetsbehov
Fremskriving

VERSION
V 1.0

DATO
2014-09-15

FØRFATTER(E)
Asmund Myrbostad, Prosjektleder
Marte Lauvsnes, Forskningsleder
Rune Reinaas, Senior rådgiver
Rita konstante, Rådgiver

OPPDRAGSGIVER(E)
Helse Sør-Øst RHF

OPPDRAGSGIVERS REF.
Glenn Flandorfer

PROSJEKTNR
102004811

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
160 + vedlegg

Aktivitet og kapasitetsbehov HSØ RHF 2030

På grunnlag av aktivitet i sykehus 2012 og data om befolkningen og demografiske endringer, er aktiviteten og kapasitetsbehovet i sykehusbygg i Helse Sør-Øst RHF i 2030 forsøkt estimert. Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus, som er utviklet av de regionale helseforetakene i samarbeid med Helsedirektoratet, er brukt i arbeidet. Analysene omfatter alle virksomhetsområdene (somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling).

Informasjon om fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov er, innenfor rammene i dette prosjektet, vist på regionalt nivå og på helseforetaksnivå. Effekter av demografiske endringer for fremtidig aktivitet er beregnet, og det er vist hvordan valgte endringsfaktorer og scenarier påvirker et demografisk fremskrevet aktivitetsnivå i 2030. Med de forbehold som må tas mht usikkerheter i datagrunnlag, beregningsmetoder og kvalitative vurderinger, viser rapporten fremtidig forventet aktivitet, kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse i forhold til dagens bygg. På dette grunnlaget drøftes utfordringer og mulige tiltak og løsningsmodeller.

UTARBEIDET AV
Asmund Myrbostad, Seniorrådgiver

KONTROLLERT AV
Kjartan Sarheim Anthun, Forsker

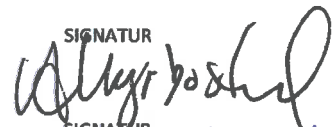
GODKJENT AV
Randi Reinertsen, Forskningsjef

RAPPORTNR SINTEF A26321
ISBN 78-82-14-05696-9

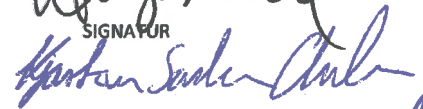
GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen


SIGNATUR



SIGNATUR



SIGNATUR



Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	8
1.1	Somatikk.....	8
1.1.1	Aktivitet 2012	8
1.1.2	Kapasitet 2014	10
1.1.3	Forventet aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov i Helse Sør-Øst fram mot 2030.....	10
1.1.4	Konsekvenser for hovedstadsområdet av fremtidig kapasitetsbehov.....	16
1.1.5	Hovedstadsområdet – endringer på kort og mellomlang sikt.....	17
1.1.6	Hovedstadsområdet – endringer på lang sikt.....	18
1.1.7	Drøftingsmodeller for utvikling i hovedstadsområdet	18
1.1.8	Andre utfordringer og anbefalinger	20
1.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	25
1.2.1	Status aktivitet og kapasitet	25
1.2.2	Status og trender og for behandlingstilbudene.....	25
1.2.3	Kapasitetsbehov 2030 – Psykisk helsevern og TSB.....	29
2	Oppbygging av rapporten	32
3	Mål og rammer	33
3.1	Målsetting	33
3.2	Faglige referanser og strategiske føringer	33
3.3	Videreutvikling av fremskrivingsmodellen.....	34
4	Organisering og arbeidsmåte	35
4.1	Prosjekteier	35
4.2	Prosjektleder.....	35
4.3	Prosjektgruppe.....	35
4.4	Faglige arbeidsgrupper aktivitetsfremskriving	36
4.5	Innspill fra HF	36
4.6	Interregional faglig referansegruppe	37
4.7	Kapasitetskartlegging.....	37
5	Metode og datagrunnlag	38
5.1	Usikkerhet og begrensinger	38
5.2	Begreper og definisjoner.....	39
5.3	Modeller og verktøy.....	39
5.4	Datagrunnlag.....	39
5.5	Fremskrivingsmodell	40
5.5.1	Demografiske fremskriving – kvantitativ modell.....	40
5.5.2	Fremskriving kvalitativ modell.....	41
5.5.3	Bruk av trendanalyser.....	41

5.6	Beregning av kapasitetsbehov	41
5.7	Beregning av arealbehov	43
6	Aktivitet og kapasitet/kapasitetsbehov somatikk 2012 og 2030	44
6.1	Aktivitet 2012	44
6.1.1	Døgnopphold	44
6.1.2	Dagopphold og polikliniske konsultasjoner	45
6.1.3	Operasjoner	46
6.1.4	Intensiv	47
6.1.5	Diagnostikk	47
6.1.6	Aktivitet hos private tjenesteytere	47
6.2	Kapasitet (2014) og kapasitetsbehov (2012)	47
6.2.1	Registret kapasitet 2014	47
6.2.2	Beregnet kapasitetsbehov 2012	48
6.2.3	Kapasitetsbehov intensiv	49
6.3	Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030	50
6.3.1	Trender	51
6.3.2	Pasientstrømmer 2012 HSØ	54
6.4	Demografisk fremskriving 2030	56
6.4.1	Befolkningsutvikling sykehusområder	56
6.4.2	Fremskriving med alternativ befolkningsutvikling	57
6.5	Kvalitative fremskriving – pasientforløpsanalyser og endringsfaktorer	58
6.5.1	Trender og fremskriving	59
6.5.2	Aktivitet HSØ RHF 2030 døgnopphold, dagopphold og poliklinikk – demografisk fremskrevet og omstilt	62
6.5.3	Operasjon – fremskrevet aktivitet 2030	63
6.6	Scenarier	64
6.6.1	Alternativ befolkingsfremskriving	64
6.6.2	Behov vs forbruk, forbruksrater	64
6.6.3	Teknologi, forventninger og etterspørsel	67
6.7	Økonomiske rammer	70
6.8	Utvikling og styring	71
6.8.1	Aktivitet 2030: Alternative forutsetninger for fremskrivingen	72
6.9	Kapasitetsbehov 2030 HSØ	75
6.9.1	Utnyttelsesgrader	75
6.9.2	Kapasitetsbehov døgnplasser, dagplasser og poliklinikkrom 2030	76
6.10	Kapasitetsbehov intensiv og tung overvåking 2030	77
6.10.1	Kapasitetsbehov operasjon 2030	79
6.11	Kapasitet 2012 vs kapasitetsbehov 2030 HSØ	80
6.11.1	Kapasitetsbehov i alternativ 2	81
6.12	Oppsummering sykehusområder og helseforetak	82

6.12.1	Akershus sykehusområde	82
6.12.2	Innlandet sykehusområde	83
6.12.3	Oslo sykehusområde	83
6.12.4	Telemark og Vestfold sykehusområde	84
6.12.5	Sørlandet sykehusområde	86
6.12.6	Vestre Viken sykehusområde	86
6.12.7	Østfold sykehusområde	87
6.12.8	Sunnaas sykehus HF	88
6.12.9	Private, ideelle sykehus	88
6.13	Spesielt om hovedstadsområdet	89
6.13.1	Pasientstrømmer og arbeidsdeling	89
6.13.2	Kapasitetsbalanse 2012/2014 Hovedstadsområdet	92
6.13.3	Fordeling av aktivitet og kapasitetsbehov 2012 i hovedstadsområdet	92
6.13.4	Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for hovedstadsområdet	93
6.14	Tilpassing på kort og mellomlang sikt	94
7	Aktivitet og kapasitet/kapasitetsbehov PHV, PHBU og TSB 2013 og 2030	97
7.1	Aktivitet og pasientstrømmer 2013	97
7.1.1	PHV	97
7.1.2	PHBU	100
7.1.3	TSB	101
7.2	Kapasitet 2014	103
7.2.1.1	Begrensninger i utnyttelse av kapasitet	104
7.3	Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 psykisk helsevern og TSB	104
7.3.1	Psykisk helsevern	104
7.3.2	TSB	106
7.4	Færre oppholdsdøgn, flere polikliniske konsultasjoner	107
7.5	Forbruksrater	111
7.6	Demografisk fremskriving fra 2012 til 2030	115
7.7	Kvalitativ fremskriving 2030, korrigering av demografisk fremskriving	116
7.8	Alternative utviklingsretninger	118
7.8.1	Endring i forventninger og forbruk	118
7.8.2	Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling	120
7.8.3	Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet	121
7.8.4	Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder	121
7.8.5	Psykisk helsevern barn- og unge (PHBU)	122
7.8.6	Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling	123
7.8.7	Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste	124
7.8.8	Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB	125
7.9	Kvalitativ fremskriving – alternative forutsetninger	126

7.9.1	Hovedalternativ	126
7.9.2	Alternativ 2	129
7.10	Utnyttelsesgrader PHV og TSB	130
7.11	Beregnet kapasitetsbehov	131
7.11.1	Kapasitetsbehov PHV (hovedalternativet)	131
7.11.2	PHBU (hovedalternativet).....	132
7.11.3	TSB (Hovedalternativ).....	132
7.11.4	Oppsummering kapasitetsbehov Hovedalternativ.....	133
7.11.5	Alternativ 2	134
7.12	Helseforetakene og de private.....	134
7.12.1	Akershus universitetssykehus HF	134
7.12.2	Oslo universitetssykehus HF	135
7.12.3	Sykehuset i Vestfold HF	136
7.12.4	Sykehuset Telemark HF	137
7.12.5	Sykehuset Innlandet HF	137
7.12.6	Sykehuset Østfold HF.....	139
7.12.7	Sørlandet sykehus HF	139
7.12.8	Vestre Viken HF	140
7.12.9	Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus	141
7.12.10	Andre private tjenesteleverandører	142
8	Oppsummering og drøfting somatikk	144
8.1	Fremskriving.....	144
8.2	Aktivitet og kapasitet HSØ 2012/2014.....	144
8.3	Kapasitet 2014 vs kapasitetsbehov HSØ 2030.....	145
8.4	Ulikheter mellom helseforetak	147
8.5	Virksomhet og bygg	148
8.6	Oppsummering hovedstadsområdet.....	150
8.6.1	Utvikling i aktivitet og forbruksmønster.....	150
8.6.2	Endringer på kort sikt	150
8.6.3	Endringer på mellomlang sikt.....	151
8.6.4	Endringer på lang sikt	152
9	Oppsummering og drøfting psykisk helsevern og TSB	156
9.1	Aktivitet 2013 og kapasitet 2014	156
9.2	Kapasitetsbehov 2030.....	156
9.3	Alternative drøftingspunkter	157

BILAG/VEDLEGG

Vedlegg 1: Delrapport 1 Kartlegging og analyser av helseforetak og sykehusområder, somatikk, Helse Sør-Øst, august 2014

Vedlegg 2: Pasientforløpsanalysene somatikk Helse Sør-Øst, underlagsanalyser for Aktivitets- og kapasitetsanalyser fram mot 2030

Vedlegg 3: Delrapport 2: Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov, psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Helse Sør-Øst, september 2030

Vedlegg 4: Notat om Begrepsavklaringer, datagrunnlag og metoder, september 2014

Uttrykte vedlegg som kan lastes ned fra www.sykehusplan.no

Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus ¹

Veileder for bruk av Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus, 2013²

Veileder for Klassifikasjonssystem for sykehusbygg ³

¹ Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus, januar 2013

² Veileder for bruk av Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus, januar 2013

³ Veileder for Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, v 3.1.2 Helsedirektoratet september 2013

1 Sammendrag

1.1 Somatikk

Bakgrunn

SINTEF har gjennomført en analyse av aktivitet og kapasitetsbehov i Helse Sør-Øst (HSØ) i 2030. Metoder, analyser og resultater av analysene er beskrevet i denne rapporten med vedlegg. Analysene omfatter bl.a. fremskriving av aktivitet som bygger på en "Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus" som SINTEF har utviklet for Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene gjennom Kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Utvikling av modellen var ferdig i 2013 men arbeidet med dette prosjektet har gitt grunnlag for videreutvikling av modellen. Dette er omtalt i en egen rapport. Dokumentasjon av datagrunnlag og metode, og vurdering av usikkerhet ved bruk av modellen, er omtalt i vedlegg 4.

1.1.1 Aktivitet 2012

HSØ leverer sykehustjenester til ca 2,8 millioner innbyggere eller 56 % av befolkningen i Norge (2012). I tillegg har Oslo Universitetssykehus HF (OUS HF) landsfunksjoner på flere områder. Innenfor det somatiske tjenesteområdet var det i HF-ene i HSØ i 2012 460 000 døgnopphold, noe som utgjorde 1,9 millioner liggedager. Det ble utført 2,7 millioner polikliniske konsultasjoner og det var 290 000 dagopphold. Med utgangspunkt i kirurgiske DRG⁴ anslås antall operasjoner til ca. 214 000 fordelt på HF og private, ideelle sykehus.

Aktivitet 2012 i alle HF Helse Sør-Øst									
Helseforetak	Døgnopphold	Øhj døgnopphold	% andel døgnopphold øhj	Kir DRG døgnopphold	% andel døgnopphold Kir DGR	Liggedager	Gjennom snittlig liggetid	Dagopphold	Poliklinisk konsult.
Oslo universitetssykehus HF	95 829	46 844	49 %	34 519	36 %	451 292	4,7	67 658	808 010
Akershus universitetssykehus HF	58 107	42 441	73 %	10 579	18 %	232 882	4,0	20 870	258 566
Diakonhjemmet	10 853	8 127	75 %	2 858	26 %	43 574	4,0	1 031	65 976
Lovisenberg	10 780	6 922	64 %	2 836	26 %	42 360	3,9	6 232	53 012
Sykehuset i Vestfold HF	34 065	22 853	67 %	7 742	23 %	131 678	3,9	29 142	207 292
Sørlandet sykehus HF	42 914	30 959	72 %	11 668	27 %	157 846	3,7	45 944	268 307
Sykehuset Innlandet HF	60 723	44 245	73 %	13 761	23 %	240 896	4,0	33 465	330 951
Sykehuset Østfold HF	39 818	33 136	83 %	7 853	20 %	137 978	3,5	24 226	199 328
Sykehuset Telemark HF	31 242	25 185	81 %	6 337	20 %	121 935	3,9	11 709	174 270
Vestre Viken HF	59 292	44 450	75 %	13 915	23 %	234 779	4,0	41 780	294 437
Sunnaas sykehus HF	2 787	0	0 %	0	0 %	43 189	15,5	10	3 285
Betanien hospital (Telemark)	1 900	318	17 %	340	18 %	7 446	3,9	340	21 815
Revmatimesykehuset Lillehammer	1 411	16	1 %	0	0 %	10 043	7,1	656	13 260
Martina Hansens hospital	2 951	71	2 %	2 027	69 %	14 298	4,8	2 860	29 265
Oslo kommunale legevakt	7 410	7 410	100 %	0	0 %	4 323	0,6	0	0
Sum	460 082	312 977				1 874 519		285 923	2 727 774

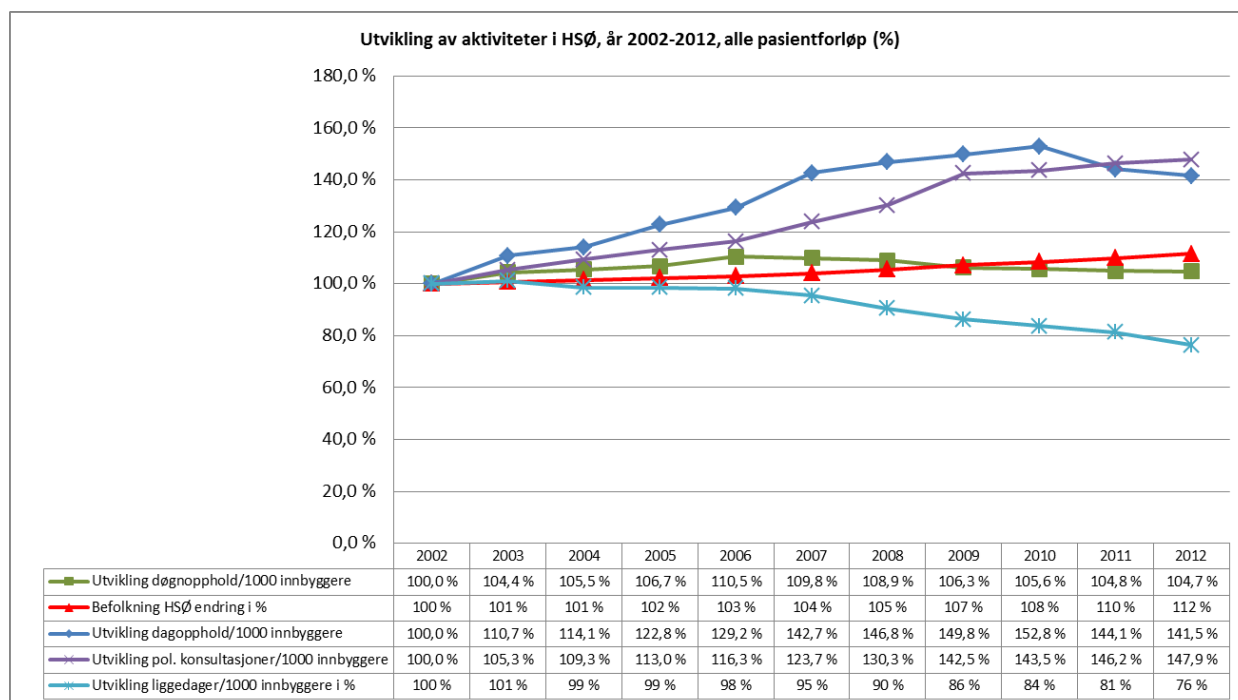
Kommentar til tabellen: Tall i tabellen omfatter alle aktiviteter per HF uavhengig av hvor pasienten kommer fra. Tallene er inkludert 0-dags liggere.

Tabellen illustrerer at ulike driftsforutsetninger og driftsmodeller ved HF som i utgangspunktet har samme rolle (områdesykehusene), slår ut i varierende andeler øhj-pasienter og gjennomsnittlig liggetid. Dette gir bl.a. grunnlag for å vurdere potensiale for endring.

Aktivitetstall fra NPR viser at sykehusene i HSØ inkl private ideelle sykehus i 2002 hadde 400 000 døgnopphold, 2,3 millioner liggedager, 146 000 dagopphold og 1,7 millioner polikliniske konsultasjoner. Sammenlignet med tabellen ovenfor viser det en betydelig vekst i poliklinikk (ca. 60 %) og dagbehandling (ca. 100 %) og en nedgang i antall liggedager (17 %). Veksten i polikliniske konsultasjoner omfatter bl.a. koding for stråleterapi som ble endret fra 2007. I samme periode var det i HSØ en befolkningsvekst på 12 %.

⁴ DRG = Diagnoserelaterte grupper

Den samlede aktivitetsveksten for døgnopphold har vært omtrent som befolkningsveksten i perioden, men figuren nedenfor viser at veksten i dagbehandling og poliklinikk har vært sterkere. Nedgangen i liggedager har vært sterkere enn en økning i døgnopphold og det har gitt en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid fra 5,5 døgn i 2002 til 4,1 døgn i 2012 (hele landet). Median liggetid i 2012 var på 2 døgn for både øhj og elektive innleggelser, og et stort antall øhj pasienter hadde 0-1 liggedager. Dette gir et potensiale for reduksjon i antall liggedager, som sammen med økt overføring av oppgaver til kommunene og omstilling fra døgn til dagbehandling, er hensyntatt i vurderingene av fremtidig aktivitet.



For de fleste pasientgrupper har det vært en reduksjon i antall liggedager og en økning i dagopphold og poliklinikk, men noen skiller seg ut. Døgnopphold og liggedager for store pasientgrupper som kreft og iskemiske hjertesykdommer har gått. Det kan forklares med at pasientforløp er effektivisert og man har gått over til dag- og poliklinisk behandling. Det har vært en relativt sterk økning for pasienter med R⁵ og "rest" Z⁶-diagnoser, begge med en økning i døgnopphold på 50-60 %. Dette omfatter pasienter som har symptomer som brystsmerte, magesmerte, svimmelhet og hodepine. En stor andel er øhj-pasienter med kort liggetid (0-1 dager), og det er høy poliklinisk aktivitet - 84 % økning for R-gruppen. De fleste av disse er pasienter som er undersøkt uten at man kan påvise sykdom/ skade og behov for videre utredning og behandling i sykehus. Diagnosegruppene omfatter også pasienter som kommer til etterbehandling etter gjennomført behandling.

Årsakene til disse endringene er usikre. Noe kan skyldes fokus på tidlig diagnostikk for å komme i gang med tidlig behandling. Det kan ha bidra til å redusere antall pasienter med komplekse sykdomsbilder. Det kan også skyldes publikums forventninger til spesialisthelsetjenesten og at diagnostikk og behandling på spesialistnivå etterspørres. Dette setter et press på fastlegene for videre henvisning til spesialist. I tillegg kan en sentralisering av legevaktjenester ha innvirkning på terskelen for øyeblikkelig hjelp henvendelser. Sykehusene er under press for å kunne ta imot pasienter raskt og det er fokus på ventetider og fristbrudd. Alle disse faktorene innvirker på aktiviteten.

⁵ ICD10 gruppe R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn ikke klassifisert annet sted

⁶ ICD 10 restgruppe Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten, eksklusiv rehabilitering, stråleterapi, kjemoterapi og dialyse.

Økningen i dagopphold og poliklinikk har vært vesentlig større enn det som kan forklares med reduksjon i døgnopphold, selv når man korrigerer for endringer folketall og befolkningens sammensetning. Noe av forklaringen ligger i koding og registrering av pasienter til strålebehandling. I perioden 2002 til 2012 var det en befolkningsøkning på 12 %, men andelen eldre (70+) i befolkningen hadde i praksis ingen endring. Årsaken til den sterke aktivitetsøkningen ut over befolkningsendringene er usikker, men det pekes på utviklingen i medisinsk teknologi med nye tilbud som en forklaringsmulighet. I samme periode har det vært en økning i de økonomiske rammene gjennom økning i BNP og samfunnets prioriteringer av helsevesenet.

For polikliniske konsultasjoner og dagopphold har det vært en sterk økning for pasientgrupper med endokrine sykdommer, muskel- skjelettsykdommer og rehabilitering, i tillegg til den sterke økningen for pasienter med kreft.

1.1.2 Kapasitet 2014

I dette avsnittet omtales sammenhenger mellom aktiviteten i 2012 med registrert kapasitet 2014 og beregnet kapasitetsbehov i 2012.

Aktivitetsendringene har påvirket behovet for kapasitet i bygg som kreves for å gjennomføre behandlingen. Den største endringen er fra 2006 til 2012 da antall liggedager ble redusert med over 360 000, noe som tilsvarer totalt ca 1 200 senger, eller en reduksjon ca 170 senger per år i HSØ. Hvordan kapasiteten i byggene er omfordelt mellom senger og rom til poliklinikk, diagnostikk og behandling, er ikke registrert. En betydelig bufferkapasitet i "nedlagte" senger kan ha bidratt til at det har vært mulig å gjennomføre en aktivitetsøkning innenfor behandling, diagnostikk, dagopphold og poliklinikk. Det opplyses fra HSØ at dette har gitt en arealeffektivisering på opp mot 2 % i forhold til produserte DRG-poeng.

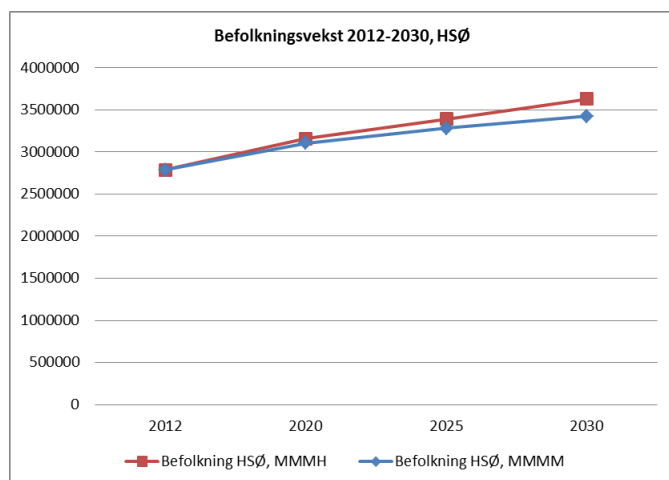
Tall for registrert kapasitet 2013/2014 viser at HSØ i hovedsak har en kapasitet som dekker kapasitetsbehovet i 2012 og med de forutsetninger som ligger til grunn for beregningene. Unntaket er Ahus HF som har et kapasitetsunderskudd på døgnplasser. Flere HF som har eldre og uhensiktsmessige bygg opplever at kapasiteten er for liten eller kan ikke utnyttes fullt ut. Dette er utfordrende for gjennomføring av de endringstiltakene som er nødvendige for å oppnå effektiv utnyttelse av byggene og møte det kapasitetsbehovet og som fremskrivingene viser.

1.1.3 Forventet aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov i Helse Sør-Øst fram mot 2030

I dette avsnittet omtales sammenhengene mellom forventet aktivitetsutvikling og konsekvenser for kapasitetsbehovet for HSØ i 2030.

Aktivitet 2030

Befolkningsprognosen frem mot 2030 viser en vekst på 23 % for hele HSØ og en økning i antall eldre (70+) på over 65 %, Demografiske endringer er en viktig faktor for utvikling av behovet for helsetjenester og frem til 2030 fører endringene til ca. 30-35 % økning i aktivitet, forutsatt at dagens virksomhet og behov ikke endres. SSBs prognose MMMM (midlere verdier for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring) er benyttet. Bruk av "Høy" verdi for faktoren innvandring utgjør en forskjell på 6 % i befolkningsvekst i forhold til midlere verdi. Dette slår ulikt ut og den relativt høyere andelen av innvandrere man har i noen bydeler i Oslo kan gi grunnlag for økt fremtidig behov for behandlingsskapasitet for noen pasientgrupper.



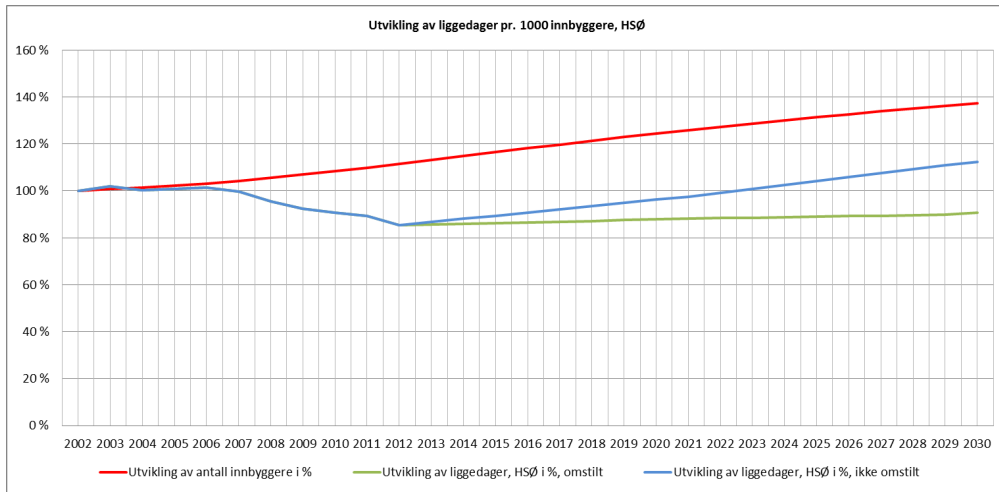
Endringer i aktiviteten frem mot 2030 er estimert med utgangspunkt demografisk fremskrevet aktivitet 2030 og kvalitative analyser av pasientforløp. Det er vist alternative resultater basert på ulike forutsetninger for effekten av endringsfaktorene som er:

- Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud
- Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak
- Omstilling fra døgnopphold til dagopphold
- Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell
- Intern effektivisering av arbeidsprosesser

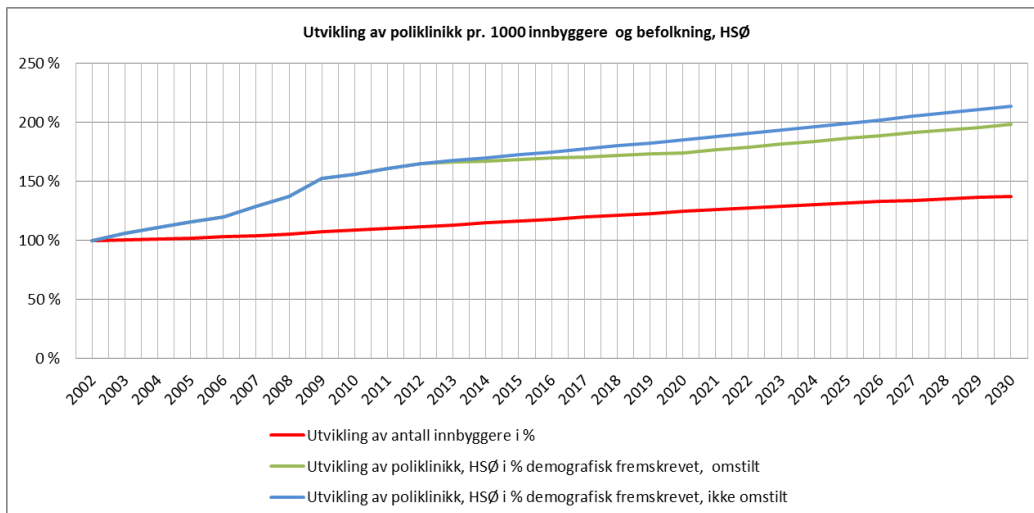
I tillegg er det korrigert for utviklingsscenarier som tar opp effektene av generell teknologisk utvikling og hvordan dette påvirker pasientrollen og publikums forventninger. Det er også vurdert konsekvenser av alternativ befolkningsfremskriving (Høy faktor for innvandring) og endringer i forbruksrater, uten at dette har fått tallmessige konsekvenser i analysene. Det samme gjelder pasientstrømmer og mulige tilpassinger mellom opptaksområder og kapasitet.

En viktig endringsfaktor i pasientforløpsanalysene er overføring av aktivitet til kommunehelsetjenesten. Det skjer en utvikling av modeller for samhandlingstiltak i alle HF, og det forutsetter at HF-ene medvirker til en vesentlig styrking av kompetanse og kapasitet i kommunehelsetjenesten. Slike løsninger forutsetter også gode administrative rutiner og godt tilrettelagte kommunikasjonssystemer. Det anbefales at HSØ RHF og HF-ene engasjerer seg i utvikling av løsningsmodeller for ulike typer medisinske senter som kan etableres i samarbeid mellom kommuner, HF og andre leverandører av helsetjenester. Dette vil være viktige innspill i diskusjonen om de enhetene som vil komme i tillegg til, og i noen tilfeller erstatte dagens lokalsykehus.

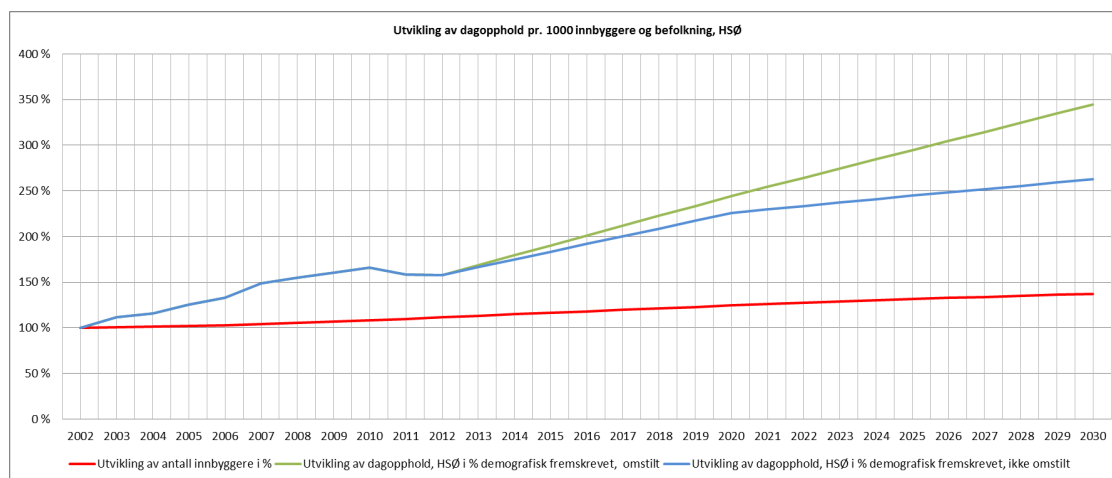
Det er beregnet fremskriving med to alternative forutsetninger for endring. Figurene nedenfor bygger på tall for hovedalternativet og viser utvikling i liggedager. Den første figuren viser en knekk i den nedadgående kurven for liggedager fra 2002 til 2012 (blå kurve), som i hovedsak skyldes demografisk utvikling. Økning i antall eldre er en sterk komponent i denne endringen. Grønn kurve viser at økningen fra 2012 dempes, som en effekt de omstillingstiltakene som er foreslått. Endringene er en konsekvens av at det forutsettes økt overføring av aktivitet til kommunehelsetjenesten, omstilling til dagopphold, bruk av observasjonsplasser, effektiv drift av akutmottakene samt effektive pasientforløp uten vesentlige ventetider i sykehusene.



Figuren under viser utviklingen for den polikliniske aktiviteten. De omstillingene som er gjennomgått i pasientforløpsanalysene gir en lavere vekst frem til 2030 enn man har hatt frem til 2012 som også er lavere enn den demografiske fremskrevne aktiviteten. Endringene omfatter økt bruk av polikliniske konsultasjoner uten oppmøte, og at antall kontroller reduseres og/eller overføres til fastlegen. Det er også forutsatt at en større andel skjer ved samarbeidsløsninger med kommunene og ved ambulering.



Figuren under viser utviklingstrenden for dagopphold fra 2002 til 2012 og en prognose frem mot 2030. De omstillingene som forutsettes gjennomført øker veksten i dagbehandlinger (grønn kurve) ut over effekten av den demografiske endringen (blå kurve). Dette understøtter og forsterker den trenden man har hatt de siste 10 årene med omstilling fra døgn- til dagopphold, men også en generell økning i dagbehandling ligger til grunn.



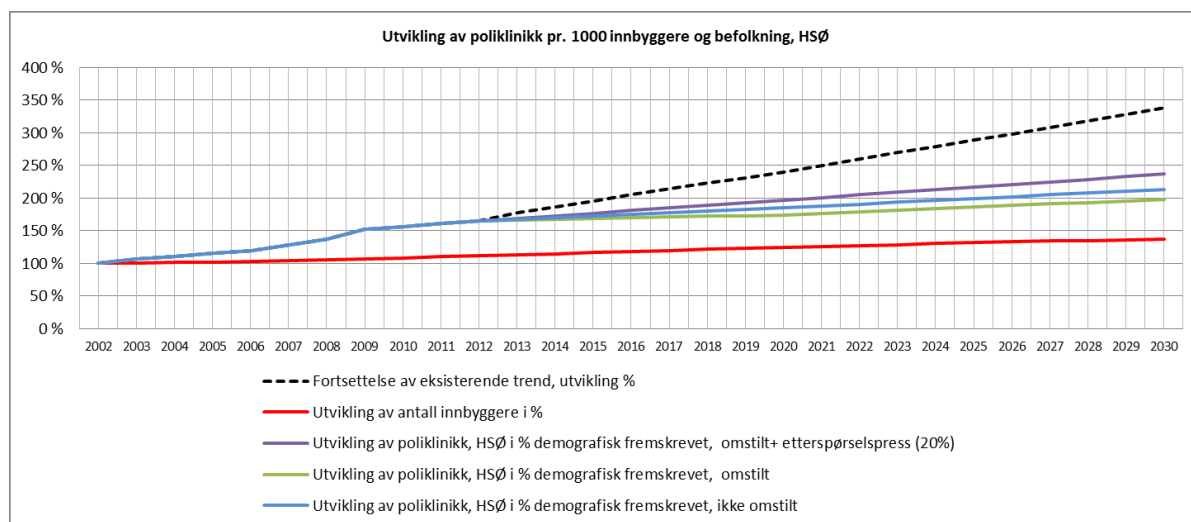
Befolkningens etterspørsel og forventninger til tilgang på spesialisthelsetjenester påvirker aktivitetsnivået. På grunnlag av tall for utviklingen for diagnosegruppene R og Z, og forhold som er listet opp i tabellen nedenfor, er det estimert et påslag på 20 % økning for polikliniske konsultasjoner og dagopphold, samt liggedager for opphold i observasjonsenheter. Dette går ut over beregningen fra pasientforløpsanalysene. Dette bringer våre prognoser til et høyere nivå enn det befolkningsfremskrivingen viser og som er i tråd med trenden fra 2002 til 2012.

Ny teknologi kan også påvirke publikums forventninger og atferd og føre til høyere etterspørsel og mer aktivitet. Nedenfor er det listet noen faktorer som kan påvirke forbruket i begge retninger.

Kan gi redusert forbruk	Kan gi økt forbruk
Kunnskap om risikofaktorer reduserer risikoatferd og styrker forebygging, den informerte pasienten har er redusert forbruk	Fritt behandlingsvalg og politisk støtte styrker pasientrollen
Lett kontakt med fagpersoner reduserer behovet for oppmøte	Faglig, individualisert behandling øker muligheter og krav
Målrettet behandling på individnivå reduserer risiko og behandlingsbehov	Ny teknologi gir tilgang til informasjon om sykdom som skaper utrygghet
Ny teknologi styrker samhandlingen	Økt fokus på individet og på individuelle løsninger øker behovet

Hovedstadsområdet har en stor andel innvandrere, og det er usikkert hvordan dette påvirker behovet for spesialisthelsetjenester. Aktivitetsdata gir ingen informasjon om pasientenes etnisitet og det er dermed vanskelig å gjøre kvantitative beregninger. Det antas at for hovedstadsområdet, som har et relativt høyt antall innvandrere, er det usikkerhet knyttet til fremtidig kapasitetsbehov.

I figuren nedenfor er det lagt inn en kurve som viser fremtidig aktivitetsutvikling som en statistisk videreføring av aktivitetsendringene fra 2002 til 2012 og videre til 2030 for poliklinisk aktivitet. Figuren viser at med de omstillingstiltak som inngår i analysene dempes veksten som ligger i trenden men den blir fortsatt liggende høyere enn den demografiske utvikling (grønn kurve). Det blir viktig å følge opp analysene med oppdatert informasjon om endring over tid slik at prognosene i fremskrivingen kan korrigeres.



Fremskriving av aktiviteten til 2030, med de forutsetninger som er lagt til grunn for hovedalternativet, gir en samlet aktivitet for HSØ som vist i tabellen nedenfor.

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/endring 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus															
HF	2012				Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene				Økning 20 % pga teknologi, forventninger			Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + økning 20 % pga teknologi, forventninger			
	Døgn opphold 2012	Ligge dager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgnopphold øhj i obs enhet, 1 liggedag	Polikliniske konsultasjoner 2030	Dag opphold 2030	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Ahus HF	59 121	233 896	20 870	264 314	76 931	270 819	35 031	333 193	3 702	66 639	7 006	80 633	274 521	42 037	399 832
OUS HF	97 427	452 890	67 658	817 064	118 269	487 517	102 832	1 026 360	4 028	205 272	20 566	122 298	491 546	123 398	1 231 633
Diakonhjemmet	10 975	43 696	1 031	66 665	14 178	47 531	2 486	80 893	670	16 179	497	14 849	48 201	2 984	97 071
Lovisenberg	10 908	42 488	6 232	53 738	14 044	47 927	9 471	67 537	633	13 507	1 894	14 677	48 561	11 366	81 045
Sykehuset i Vestfold HF	34 566	132 179	29 142	210 129	40 521	133 754	38 613	249 246	1 671	49 849	7 723	42 192	135 424	46 336	299 095
Sykehuset Innlandet HF	61 419	241 592	33 465	334 898	68 674	233 638	46 553	369 364	2 933	73 873	9 311	71 607	236 571	55 864	443 237
Sykehuset Telemark HF	31 940	122 633	11 709	178 223	35 022	118 579	16 897	194 430	1 521	38 886	3 379	36 543	120 099	20 277	233 317
Sykehuset Østfold HF	40 811	138 971	24 226	204 956	48 387	145 515	34 435	240 850	2 135	48 170	6 887	50 522	147 650	41 322	289 020
Sørlandet sykehus HF	43 502	158 434	45 944	271 636	52 902	169 783	66 380	330 895	2 054	66 179	13 276	54 956	171 837	79 656	397 074
Vestre Viken HF	60 156	235 643	41 780	299 332	72 979	249 836	61 961	358 937	3 410	71 787	12 392	76 390	253 247	74 353	430 724
Sum inst.sørge for-ansvar	450 824	1 802 421	282 057	2 700 954	541 908	1 904 899	414 661	3 251 706	22 758	650 341	82 932	564 666	1 927 657	497 593	3 902 048
HF	2012				Demografisk fremskriving MMMM				Økning 20 % pga teknologi, forventninger			Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + økning 20 % pga teknologi, forventninger			
HF	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgnopphold øhj i obs enhet, 1 liggedag	Polikliniske konsultasjoner 2030	Dag opphold 2030	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Sunnaas sykehus HF	2 788	43 190	10	3 290	3 453	53 493	17	4 097							
Oslo kommunale legevakt	7 907	4 820	0	2 814	9 680	6 003	0	3 659							
Martina Hansens hospital	2 970	14 317	2 860	29 372	4 163	20 101	3 707	39 391							
Revmatismehuset Lillehammer	1 412	10 044	656	13 264	1 650	11 738	736	15 214							
Betanien hospital, Telemark	1 936	7 482	340	22 018	2 437	9 457	444	28 331							
Sum spesialinstitusjoner	17 012	79 852	3 866	70 759	21 382	100 791	4 904	90 691	0	0	0	0	0	0	0
Totalt Helse Sør-Øst	467 836	1 882 273	285 923	2 771 713	563 290	2 005 689	419 565	3 342 397	22 758	650 341	82 932	564 666	1 927 657	497 593	3 902 048

Tabellen viser aktivitet 2012 for alle HF og fordelt på døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. I tillegg vises fremskrevet aktivitet 2030 etter demografisk fremskriving og omstilling i henhold til resultatene fra pasientforløpsanalysene. Deretter vises effektene av scenario for endringer i bruk av ny teknologi, pasientrolle og publikums forventninger, og til slutt oppsummert aktivitet 2030.

I tabellen er HF-ene med sørge for-ansvar skilt ut fra institusjoner med spesialoppgaver. Sørge for-ansvar er brukt for å avgrense HF-ene med som eier sykehus som dekker i hovedsak alle og de samme pasientgruppene, fra spesialinstitusjoner som har et spesielt ansvar (som Sunnaas sykehus HF) og institusjoner som behandler utvalgte pasientgrupper på oppdrag fra HF-ene. Grunnen er at fremskriving basert på pasientforløp gir avvikende resultater fordi pasientsammensetning er avvikende og oppgavene er

begrenset og spesialiserte. For disse institusjonene er det kun vist effekten av demografisk fremskriving. En mer presis vurdering av fremtidig aktivitet krever en gjennomgang basert på lokale forutsetninger.

Samlet for HF-ene i HSØ som har et sørge for-ansvar gir fremskrivingen en økning på 25 % for døgnopphold, 7 % for liggedager, 76 % for dagopphold og 44 % for polikliniske konsultasjoner.

I analyser og drøftinger av tiltak i rapporten er et hovedalternativ lagt til grunn. Det er i tillegg beskrevet et alternativ 2 hvor det forutsettes at effekten av overføring av pasienter til kommunene reduseres til halvparten for liggedager og effekten av omstilling til dagbehandling reduseres med 30 %. Tilsvarende er den forventede reduksjonen i antall polikliniske konsultasjoner (overføring til primærleger og reduksjon i antall kontroller), satt til halvparten av effekten i hovedalternativet. I rapporten er hovedalternativet lagt til grunn for drøftinger og vurderinger. Resultatet er vist i tabellen nedenfor.

Aktivitet 2030 fordelt på HF fremskrevet etter hovedalternativet og alternativ 2												
HF	Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene, alternativ 2 + økning 20 % pga teknologi, forvetninger				Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + økning 20 % pga teknologi, forvetninger-hovedalternativ				Aktivitets differanse mellom hovedscenario og alternativ 2, hvor effekten av endringsfaktorer er redusert i alternativ 2			
	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Ahus HF	82732	290405	39938	387154	80633	274521	42037	399832	2099	15884	-2099	-12678
OUS HF	125596	521045	120099	1191064	122298	491546	123398	1231633	3299	29499	-3299	-40569
Diakonhjemmet	15299	50471	2534	93268	14849	48201	2984	97071	450	2269	-450	-3803
Lovisenberg	15127	51965	10916	78509	14677	48561	11366	81045	450	3404	-450	-2536
Sykehuset i Vestfold HF	43241	143367	45286	288953	42192	135424	46336	299095	1050	7942	-1050	-10142
Sykehuset Innlandet HF	73556	250186	53914	429291	71607	236571	55864	443237	1949	13615	-1949	-13946
Sykehuset Telemark HF	37442	126907	19377	225710	36543	120099	20277	233317	900	6808	-900	-7607
Sykehuset Østfold HF	51872	156727	39973	280145	50522	147650	41322	289020	1350	9077	-1350	-8874
Sørlandet sykehus HF	56456	182048	78157	384396	54956	171837	79656	397074	1500	10211	-1500	-12678
Vestre Viken HF	78339	267996	72404	416779	76390	253247	74353	430724	1949	14750	-1949	-13946
Sum inst.sørge for-ansvar	579 661	2 041 116	482 598	3 775 270	564 666	1 927 657	497 593	3 902 048	14 995	113 459	-14 995	-126 778

Kapasitetsbehov 2030

Et beregnet, fremskrevet kapasitetsbehov er en konsekvens både av fremskrevne aktiviteten og forutsetninger om valg av utnyttelsesgrader. For å opprettholde en fleksibilitet for videre planlegging har SINTEF foreslått å legge utnyttelsesgrader og effektiv driftstider på et moderat nivå (basis utnyttelsesgrad). Dette begrunnes med både organisatoriske og bygningsmessige forhold. For noen sykehus er pasientgrunnlag og tilgang på personell en begrensning. De bygningsmessige tilpasningene som har skjedd i sykehusene fram til i dag har stort sett foregått i gamle bygninger. Når nye bygg planlegges må det legges til rette for en fleksibilitet som kan fange opp endringer i fremtiden. Flexibilitet kan gi økte investeringskostnader, men kan samtidig gi handlingsrom for uforutsette endringsbehov i fremtiden.

Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, demografi MMMM, inkl omstilling og inkl økning 20 % for økt etterspørsel, forbruk				Ant dager/år	230	230
HF	Utnyttelsesgrad døgnplasser			Ant timer/dag	8	7
	85 %	75 %	75 %	Tid per konsult	4	0,75
	Kapasitetsbehov normalseng	Kapasitetsbehov observasjon	Kapasitetsbehov pasient-hotell	Kapasitetsbehov senger totalt	Kapasitetsbehov dagplasser	Kapasitetsbehov poliklinikkrom
Akershus universitetssykehus HF	737	86	82	905	107	171
Oslo universitetssykehus HF	1350	96	170	1616	316	526
Diakonhjemmet	134	15	9	158	10	41
Lovisenberg	136	14	8	159	28	35
Sykehuset i Vestfold HF	368	39	39	446	112	128
Sykehuset Innlandet HF	638	68	73	779	139	189
Sykehuset Telemark HF	322	37	38	396	53	100
Sykehuset Østfold HF	391	52	44	487	101	123
Sørlandet sykehus HF	461	48	57	566	189	170
Vestre Viken HF	680	79	76	834	178	184
Sum institusjoner sørge for-ansvar	5217	533	596	6346	1233	1666

Kapasitetsutnyttelse har stor betydning for kapasitetsbehovet og valg av utnyttelsesgrad kan styres av eier. Eier kan også påvirke den faktiske utnyttelsen av kapasiteten ved å tilrettelegge bygg, bemanning og drift på en hensiktsmessig måte. Tabellen viser kapasitetsbehov ved basis utnyttelsesgrad. Valg av en høy utnyttelse vil gi et kapasitetsbehov på 6 029 døgnplasser, 987 dagplasser og 1 133 poliklinikkrom. Kapasitet i operasjonsrom er beregnet med utgangspunkt i dagens aktivitet og en demografisk fremskriving. Med en basis utnyttelsesgrad gir det et behov for ca 350 operasjonsrom i HSØ.

Vår erfaring tilsier at en høy kapasitetsutnyttelse er vanskelig å oppnå både fordi det gir vanskelige driftsforhold (overbelegg på sengeenheter) og fordi lange åpningstider på poliklinikkene er vanskelig å organisere. En stram kapasitetsutnyttelse kan dessuten redusere mulighetene for å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak.

Hvis alternativ 2 (reduert effekt av omstilling) legges til grunn øker sengebehovet med ca 360 døgnplasser mens behovet for poliklinikkrom reduseres med ca 60 poliklinikkrom. Behovet for dagplasser reduseres med ca 35 plasser for HSØ samlet. Det er forutsatt basis kapasitetsutnyttelse.

1.1.4 Konsekvenser for hovedstadsområdet av fremtidig kapasitetsbehov

I dette avsnittet beskrives pasientstrømmer for hovedstadsområdet og fremtidig kapasitetsbehov, og alternative muligheter drøftes i forhold til dagens kapasitet.

De fleste sykehusområdene i HSØ får dekket storparten av befolkningens behov for sykehustjenester i eget helseforetak. Tabellen nedenfor viser at, med unntak av Ahus HF og Vestre Viken HF, så skjer inntil 10 % av behandling ved OUS HF, hvorav døgnbehandling ligger høyest. HF med lengst avstand har færrest pasienter ved OUS HF. Det indikerer at andelen regionsykehuspasienter ligger på ca. 8 % målt i liggedager.

Oversikt over SO i HSØs bruk av OUS HF 2012								
Sykehusområde	Døgnopphold	Andel i % av døgnopphold	Liggedager	Andel i % av liggedager	Dagopphold	Andel i % av dagopphold	Polikliniske konsultasjoner	Andel i % av polikliniske konsultasjoner
Akershus SO	11085	15,4 %	47881	16,0 %	9847	27,6 %	144317	34,4 %
Innlandet SO	7276	9,7 %	32583	9,0 %	3590	7,1 %	40949	8,0 %
Sørlandet SO	3340	7,2 %	17737	8,9 %	1725	3,6 %	10598	2,6 %
Telemark/Vestfold SO	7012	9,2 %	32128	9,5 %	3638	8,2 %	38499	6,8 %
Vestre Viken SO	9943	13,0 %	41347	11,3 %	7240	13,0 %	91977	14,7 %
Østfold	5433	11,0 %	24482	11,4 %	2499	8,1 %	38308	9,9 %

Egendekningen for HF-ene er 80 % eller høyere for alle aktivitetsområder. I hovedstadsområdet er det imidlertid omfattende pasientstrømmer på tvers av sykehusområdene og helseforetakene, og Ahus HF og

Vestre Viken HF har egendeckning for liggedager på ca 70 %. Her er også en stor del av aktiviteten knyttet til private ideelle sykehus og private avtalespesialister. Slike pasientstrømmer kan ha ulike årsaker som oppgavedeling, pasientenes valg, henvisende leges preferanser, avstand og tilgjengelig kapasitet.

OUS HF mottar regionpasienter fra alle SO, men spesielt mange pasienter fra Akershus SO og Vestre Viken SO. Tabellen viser de SO-ene i HSØ som er de største brukerne av OUS HF. Den viser blant annet at 34 % av polikliniske konsultasjoner som utføres for befolkningen i Ahus SO skjer ved OUS HF.

Spørsmålet om disse pasientstrømmene skal opprettholdes eller om det skal endringer, er en viktig forutsetning for planleggingen av de nye prosjektene i Vestre Viken SO og Oslo SO sykehusområde.

Dersom dagens pasientstrømmer opprettholdes og beregningene fra fremskrivingen tas inn, vil kapasitetsbalansen i 2030 bli som vist i tabellen nedenfor:

Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, demografi MMMM, basis utnyttelsesgrad, inkl omstilling og inkl økning 20 % for økt etterspørsel, forbruk												
Helseforetak	Kapasitet 2014				Kapasitet 2030				Diff. Kapasitetsbehov 2014-2030			
	Døgnplasser totalt*	Dagplasser	Poliklinikkrom	Operasjon	Døgnplasser totalt	Dagplasser	Poliklinikkrom	Operasjon	Døgnplasser totalt	Dagplasser	Poliklinikkrom	Operasjon
Akershus universitets sykehus HF	677	123	160	26	905	107	171	32	-228	16	-11	-6
Oslo universitets sykehus HF	1680	57	444	104	1616	316	526	112	64	-259	-82	-8
Diakonhjemmet	212	16	46	7	158	10	41	7	54	6	5	0
Lovisenberg	151	0	42	14	159	28	35	9	-8	-28	7	5
Sykehuset i Vestfold HF	439	2	177	23	446	112	128	23	-7	-110	49	0
Sykehuset Innlandet HF	861	26	287	41	779	139	189	42	82	-113	98	-1
Sykehuset Telemark HF	513	5	82	17	396	53	100	18	117	-48	-18	-1
Sykehuset Østfold HF	455	103	132	20	487	101	123	25	-32	2	9	-5
Sørlandet sykehus HF	744	171	277	42	566	189	170	33	178	-18	107	9
Vestre Viken HF	906	8	255	48	834	178	184	39	72	-170	71	9
Sum søрге for-ansvar	6638	511	1902	342	6346	1233	1667	340	292	-722	235	2

* oppvåkingsplasser etter operasjoner er ikke med i tall

Kommentar til poliklinikk rom: Der inngår undersøkelsesrom, kontor/konsultasjonsrom, behandlingsrom dvs. de rom som kan ikke brukes fleksibelt. Kommenter til operasjonsrom 2030: inkl. 1 sectiostue pr hvert HF, ekskl. OUS HF hvor det er lagt 2 sectiostuer.

Benyttes en forhøyet utnyttelsesgrad (se kapittel 5) reduseres kapasitetsbehov for senger ca. 18 døgnplasser, avhengig av fordeling av sengetyper. Tilsvarende for poliklinikkrom er en økning i overkapasitet på ca. 32 % og for operasjonsrom ca. 20 %.

For hovedstadsområdet er det et underskudd på sengekapasitet på ca 40 senger når Diakonhjemmet og Lovisenberg tas med. For poliklinikk er det tilnærmet balanse mens det for operasjonsrom er balanse. Tall for dagplasser er svært usikre. For døgnplasser er det Ahus HF som bidrar til underdekning mens for poliklinikkrom er det OUS HF som har det største underskuddet.

1.1.5 Hovedstadsområdet – endringer på kort og mellomlang sikt

Ahus HF har et kapasitetsunderskudd på døgnplasser i dag (2012) som vil øke til et underskudd på 228 døgnplasser, 11 poliklinikkrom og 6 operasjonsrom i 2030. Tas det hensyn til pasientstrømmen til OUS HF (ut over regionpasienter og tilfeldig pasientlekkasje) er det en ytterligere underdekning i Akershus SO. En slik endring er lite realistisk på kort sikt.

Lovisenberg Diakonale sykehus har skissert planer for kapasitetsøkning som raskt vil kunne ha effekt og bidra til å dekke kapasitetsunderskuddet på senger for hovedstadsområdet frem mot 2030. Det er presentert skissert til planer som innebærer betydelig utbygging av kapasiteten i løpet av noen år. Konkrete tall for arealøkning har ikke vært tilgjengelig. En økning for dag og poliklinikkareal blir også viktig. Diakonhjemmet har frigjort sengekapasitet for å avhjelpe kapasitetsbehovet på kort sikt.

I dag dekker Diakonhjemmet og Lovisenberg en begrenset del av behovet til befolkningen i de opptaksområdene (bydelene) de betjener. Det bør avklares hvordan den fremskrevne aktivitetsøkningen fra

2012 til 2030 i disse bydelene skal dekket. Diakonhjemmet vil ha en overkapasitet også i 2030 forutsatt samme oppgaver og opptaksområde, mens Lovisenberg vil ha underkapasitet i på senger i 2030.

I scenariodiskusjonen er ikke utviklingen av private, kommersielle sykehus tilbud vurdert. Det planlegges nå et privat sykehus ved Gardermoen med 140 senger som vil inngå i den samlede kapasiteten i hovedstadsområdet. Sykehuset skal i hovedsak overta kapasitet fra LHL-klinikkene Glittre og Feiring men har trolig en planlagt kapasitet som går ut over dette behovet. En større utbygging av kapasitet og overføring av aktivitet til private, kommersielle sykehus vil kunne avlaste kapasitetsbehovet i området og er i utgangspunktet positivt. Samtidig vil et nytt sykehus kunne være attraktivt for pasienter og fagpersonell og representere en konkurranse om kompetanse og faglig utvikling i fremtida.

Den forventede økningen i den polikliniske aktiviteten kan på kort sikt møtes med en bedre utnyttelse av kapasiteten. Forutsatt basis kapasitetsutnyttelse er det ingen av HF-en som utnytter dagens kapasitet i poliklinikken fullt ut. Det kan ligge begrensninger i bruken av kapasitet på rom og utstyr til diagnostikk og behandling som vi ikke har kartlagt, men ut fra den registrerte aktiviteten innenfor dagbehandling og poliklinikk, vil det i 2030 være en tilnærmet balanse i kapasiteten på poliklinikkrom i området sett under ett.

Hvilken rolle de privatpraktiserende avtalespesialister skal spille i fremtiden er viktig. Det bør utredes alternative modeller for organisering av tilbudet fra de private avtalespesialistene for å oppnå best mulig tilpassing av det samlede tilbudet, både når det gjelder fag og kapasitet. En alternativ løsning kan være etablering av diagnostiske senter uten døgnplasser slik man finner i flere land i Europa, bl.a. England og Holland. Slike senter kan også etableres nærmere store befolkningssentra som de østlige bydelene i Oslo eller nær kommunikasjonsknutepunkter. Hvis man velger å leie seg inn i kontorbygg kan etablering skje raskt, kapasiteten kan tilpasses og det er ikke behov for store investeringer. Hvilke tjenester som bør inngå i slikt senter må avklares.

1.1.6 Hovedstadsområdet – endringer på lang sikt

Pasientstrømmer og kapasitetsmessig ubalanse er en hovedutfordring for hovedstadsområdet i dag som vil forsterke seg i tiden frem mot 2030. Fremskrivningen viser at kapasiteten for døgnplasser ved det nye sykehuset i Østfold kan være for liten i 2030. I en eventuell gjennomgang av det samlede kapasitetsbehovet i hovedstadsområdet i 2030 bør også dette tas med.

OUS HF mottar en stor del av aktiviteten i hovedstadsområdet også ut over region- og landsfunksjoner. OUS HF har i dag 1 695 senger inklusiv Oslo kommunale legevakt, og iht idefasedokumentet planlegges Campus Oslo med 1 883 senger totalt, inkludert sykehotellsenger. Våre beregninger viser et kapasitetsbehov på 1 632 senger forutsatt samme oppgavefordeling og pasientstrømmer som i 2012. Hvis vi korrigerer for sykehotellsenger som ikke inngår i våre beregninger, reduseres forskjellen til ca 50 senger. Det betyr at pasientstrømmene til OUS HF kan opprettholdes på samme nivå i 2030 men hvor lang tid det tar å etablere denne kapasiteten er ikke klarlagt.

1.1.7 Drøftingsmodeller for utvikling i hovedstadsområdet

Det bør etableres en gjennomgående modell og plan for hele hovedstadsområdet hvor bl.a. avhengigheter mellom tiltak, utbyggingsfaser og det fremtidige målet blir avklart.

Analysene og beregningene i dette prosjektet gir grunnlag for å drøfte flere modeller eller skisser for styring av virksomheten og etablering av tiltak i tiden frem mot 2030. For sykehusområdene utenfor hovedstadsområdet dreier det seg i hovedsak om å videreutvikle tilbudet innenfor rammene av de utviklings- og byggeplanene som foreligger eller er under utarbeidelse.

Det bør legges regionale føringer for utviklingen i hovedstadsområdet og avklare innvirkningen disse kan ha på den fremtidige utviklingen. Dette må avstemmes med prosjektene i OUS HF og Vestre Viken HF og som utgangspunkt for diskusjoner om hvilke føringer som skal gjelde, presenteres her noen utviklingsmodeller:

1. Forutsatt videreføring av dagens struktur når det gjelder sykehusområder og oppgaver og med dagens pasientstrømmer, er det behov for fordeling av aktiviteter og tilpassing av kapasitet for løpende å kunne møte utfordringene. Planene for nye sykehus i OUS HF og Vestre Viken HF endres ikke.
2. En konkretisering og presisering av modell 1 kan føre frem til en mer formell "nettverksmodell" for organisering og fordeling av opptaksområder, oppgaver og kapasitet. Planene for nye sykehus i OUS HF og Vestre Viken HF må da vurderes og tilpasses.
3. Utbygging av kapasitet for døgnplasser, poliklinikk og støttefunksjoner ved Ahus HF for å møte et fremtidig kapasitetsunderskudd for Akershus SO. Utbyggingen kan skje ved anlegget i Nordbyhagen eller som et nytt lokalsykehus. Dette forutsetter at planene for nye sykehus i OUS HF og eventuelt Vestre Viken HF vurderes og tilpasses.

I alle modellene inngår Diakonhjemmet og Lovisenberg som en del av den samlede kapasiteten i hovedstadsområdet. Øvrige forutsetninger for beregningene er beskrevet i kapittel 8.

Modell 1: En videreføring av dagens struktur

Med utgangspunkt i forutsetningene for etablering av sykehusområdene har Ahus HF ikke kapasitet til å ta imot alle pasienter som kommer fra Akershus SO. Ahus HF har i dag en underkapasitet på ca 80 døgnplasser, og forutsatt dagens opptaksområde vil kapasitetsunderskuddet på døgnplasser frem mot 2030 øke til nærmere 230. Dette kan løses med en økning i pasientstrømmene til OUS HF, Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus.

I planene for Campus Oslo er aktiviteten fra Akershus SO tatt med som grunnlag for fremskriving av kapasitetsbehovet, også den andelen som går ut over regionpasientbehovet. Den planlagte kapasiteten i Campus Oslo er trolig romslig, men det er en utfordring om kapasitetsproblemet kan løses før Campus Oslo er klart, og om bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg i en mellomperiode er tilstrekkelig og hensiktsmessig.

En fremtidig underkapasitet på poliklinikkrom kan løses ved f.eks. utvidet bruk av private avtalespesialister, f.eks. gjennom å bli trukket inn i etablering av diagnostiske senter.

Modell 2: Ny modell for organisering av oppgaver, tilbud og kapasitet i et nettverk med flere HF og institusjoner. Planene for nye sykehus i OUS og Vestre Viken tilpasses tilsvarende.

Denne modellen kan sees som en videreføring og formalisering av dagens situasjon og modell 1 og forutsetter at det ikke skjer vesentlige kapasitetsutvidelser ved Ahus HF. Utgangspunktet er behovet for å planlegge, fordele og styre aktivitetsveksten og det økende kapasitetsbehovet frem mot 2030, mellom HF-ene, de private ideelle sykehusene, private avtalespesialister og andre institusjoner. Målet vil være en best mulig oppgave- og arbeidsdeling mellom og helseforetakene og de andre aktørene.

En tilpassing av den fremtidige aktiviteten i Ahus HF i 2030 til dagens kapasitet, kan skje ved endring av opptaksområdet eller endring i oppgaver, og at deler av Akershus SO tilbakeføres til OUS HF. Endring i oppgaver kan omfatte å forsterke og utvikle Ahus HF som akuttisykehus innenfor rammen av dagens kapasitet og i samarbeid med andre HF. Det vil kreve at deler av den elektive virksomheten overføres til andre sykehus både når det gjelder døgnopphold, dagbehandling og poliklinikk. Det må skje en parallell tilpassing av akuttmottak og diagnostikk og støttetjenester.

Det er også mulig å kombinere endring i oppgavefordeling med endringer i opptaksområdene mellom OUS HF og Ahus HF. Målet med fordelingen må være en god balanse mellom fremtidig aktivitet, tilgjengelig

kapasitet og forutsigbarhet for primærhelsetjenestene og publikum. Det er også nødvendig å komme frem til ordninger som ivaretar behovet for kompetanseutvikling, forskning og utdanning ved Ahus HF som ved de andre HF-ene.

Endringene vil ha betydning for planene for Campus Oslo og kan også påvirke planene for det nye sykehuset i Vestre Viken HF, og kan inkludere etablering av diagnostiske senter som er uavhengig av sykehusene. Utvikling av rene, elektive sykehusenheter er også et alternativ og det finnes eksempler på en slik samling av elektiv virksomhet i offentlig regi bl.a. i Finland.

En nettverksmodell mellom selvstendige HF vil kreve tilpassing av driftsmodell, organisasjon, bemanning og kompetanse og det vil også påvirke samarbeidet med andre interessenter som kommuner, utdanningsinstitusjoner og private aktører. Deling av elektiv og akutt virksomhet vil kreve tett samarbeid om vaktssystemer, utdanning og forskning. Systemer for administrasjon, kommunikasjon og finansiering må utvikles og tilpasses. Hvordan en slik løsning påvirker sørge for-ansvaret må avklares. Effektive, integrerte kommunikasjonsløsninger er en utfordring i dag som vil kunne øke når organiseringen av virksomheten blir mer kompleks og krever tetter kommunikasjon mellom flere, selvstendige enheter.

Modell 3: Utbygging av kapasitet for døgnplasser, poliklinikk og støttefunksjoner ved Ahus HF

Ubalansen i kapasitet i hovedstadsområdet er knyttet til Akershus SO og løsningen kan ligge i en utvidelse av kapasiteten ved Ahus HF forutsatt Ahus HF skal dekke det fremskrevne kapasitetsbehov i Akershus SO (med unntak av regionpasienter til OUS HF og annen naturlig "nabolekkasje"). Vi har forutsatt at bruken av andre HF og institusjoner fortsetter på samme nivå som i 2012.

En slik avgrensning innebærer at Ahus HF må øke sin kapasitet med ca 280 døgnplasser og 85 poliklinikkrom ut over dagens kapasitet for å møte den samlede aktivitetsveksten som kommer, inkludert det som "hentes hjem" fra OUS HF. Denne kapasitetsøkningen kan skje ved utbygging ved Ahus HF på Nordbyhagen eller ved bygging av et lokalsykehus som kan lokaliseres mot sør-øst. Også denne løsningen kan kombineres med bruk av diagnostiske senter med deltakelse fra private avtalespesialister og andre tjenesteytere.

En eventuell økning i pasientaktiviteten ved anlegget på Nordbyhagen vil trolig utløse behov for også å bygge ut kapasitet på intensiv, behandling, diagnostikk og servicefunksjoner. En stor del av pasientstrømmen som snus gjelder elektiv kirurgisk behandling som vil påvirke behovet for operasjonsrom og postoperativ overvåking.

Bygging av et nytt lokalsykehus reduserer presset på dagens bygg men det gir samlet en større kapasitet og større arealbruk på grunn av fordeling på to anlegg. Den største ulempen med en delt løsning vil være økte driftskostnader på grunn av doubling av vaktssystemer og enkelte støttefunksjoner.

Den voksende underkapasiteten på døgnplasser i Ahus HF SO krever tiltak raskt. En løsning som krever omfattende investeringer i nye bygg vil ta lang tid å realisere, og planlegging, bygging og idriftsetting av et nytt lokalsykehus vil ta vesentlig lengre tid enn utvidelse av eksisterende anlegg på Nordbyhagen. Å realisere en slik løsning krever at det parallelt gjennomføres tiltak som kan fange opp behov for endringer i kapasitetsbehovet på kort og mellomlang sikt.

I en samlet vurdering vil det også være aktuelt å se på behovet for senger i 2030 i det nye Sykehuset Østfold HF, som kan overstige den kapasiteten som nå bygges. En eventuell oppbygging av kapasitet under Ahus HF bør ta hensyn til dette i sine planer.

1.1.8 Andre utfordringer og anbefalinger

I dette punktet sumeres de viktigste utfordringene og våre anbefalinger for mulige løsninger og videre arbeid

Hovedutfordringen er at forbruk av spesialisthelsetjenester øker, spesielt for noen store pasientgrupper som påvirkes av aldersutviklingen. Det er i tillegg registrert en relativt sterk økning for alle aldersgrupper, spesielt i forbruket av dagbehandling og poliklinikk.

Det er relativt god kapasitetsmessig balanse i 2030 i forhold til registrert kapasitet i 2014. Beregningene viser imidlertid kapasitetsmessige utfordringer på for følgende HF:

- Ahus HF får et økt kapasitetsunderskudd på døgnplasser, poliklinikkrom og operasjonsrom
- Det nye Sykehuset Østfold HF får underskudd på døgnplasser og operasjonsrom.
- OUS HF får underskudd på poliklinikkrom og operasjonsrom
- Sykehuset i Vestfold HF får et mindre underskudd på døgnplasser

I hovedalternativet og forutsatt basis kapasitetsutnyttelse er det samlet i HSØ en kapasitetsreserve på heldøgns plasser i 2030, men fordelingen er ujevn. Ahus HF har en underkapasitet på 228 senger og det er også en usikker kapasitetssituasjon for det nye sykehuset i Østfold.

Hvis man legger alternativ 2 til grunn øker antall liggedager og antall polikliniske konsultasjoner øker med ca. 3 %. Det gir et behov for ca 238 flere senger, ref tabell 24. For HF-ene som er presset på sengekapasitet øker behovet med ca 30 senger ved Ahus HF til en underdekning på ca 260, Sykehuset i Vestfold HF får en økning på 16 senger og en underdekning på 16, mens Sykehuset Østfold HF får en økning i underkapasitet fra 23 til 38 senger.

Erfaringene fra daglig drift i sykehusene viser en vanskelig kapasitetssituasjon ved mange sykehus og avdelinger. Dette kan skyldes bygningsmessige og organisatoriske forhold som gjør det utfordrende å utnytte poliklinikkrom, dagplasser, operasjonsstuer og senger på tvers av avdelinger og fagområder. Stor andel flersengsrom reduserer fleksibiliteten og utnyttelsesgraden. Dette er forhold som vi ikke har kunnet belyse i denne studien.

Det er registrert en relativt sterk økning i forbruket av dagbehandling og poliklinikk for alle aldersgrupper. En del av denne økningen skyldes at strålebehandling ble registrert som poliklinisk behandling fra 2006. Dette påvirker ikke behovet for kapasitet i poliklinikkene generelt. Det er ledig romkapasitet ved poliklinikkene for dagens virksomhet forutsatt en effektiv driftstid på 230 dager og 7 timer per dag og en gjennomsnittlig besøkstid på 45 min per pasient. Ut fra den registrerte aktiviteten innenfor dagbehandling og poliklinikk, er det en uutnyttet kapasitetsreserve samlet på mer enn 300 poliklinikkrom i hovedstadsområdet. Utfordringen er en fragmentert bygningsmasse for noen sykehus med små og spredte poliklinikker der det er antatt mindre mulighet til sambruk av rommene.

Datagrunnlaget for dagplasser er usikkert men det er registrert stor underkapasitet på dagplasser i de fleste HF-ene. Dagbehandling forventes å øke og en god tilrettelegging av diagnostikk og behandling krever ofte en dagplass selv om aktiviteten er registrert som poliklinisk konsultasjon. Også det store antallet døgnopphold med kort liggetid indikerer et potensiale for utvikling av dagtilbud som reduserer behovet for innleggelse. Bruk av pasienthotell kan i noen tilfelle bidra til dette. Nye sykehus planlegges med tilfredsstillende kapasitet på dagplasser og gode løsninger for organisering av dagheter. I eldre bygg vil det være behov for både bygningsmessig og organisatorisk tilpassing for å tilrettelegge for utvikling av dagtilbud i effektive dagheter.

Det er registrert et stort antall øhj innleggelser med kort liggetid (0-1 dager) som trolig kan endres til poliklinikk eller dagbehandling ved en bedre tilrettelegging av akuttfunksjoner og i tillegg bruk av pasienthotell. Hvordan økonomiske incentiver påvirker pasientstrømmen bør vurderes, bl.a. i lys av den sterke nedgangen i dagbehandling man har sett siden 2009.

Ahus HF og OUS HF vil få en beregnet underkapasitet på operasjonsrom i 2030. For Ahus HF utgjør det 7 operasjonsrom som er 28 % av dagens kapasitet. Tilsvarende tall for OUS HF er 3 rom og 3 % av dagens kapasitet. De øvrige HF-ene er i balanse eller har overkapasitet. Økt spesialisering i fremtiden kan gi behov for spesialisering av utstyr som reduserer fleksibiliteten. Det er også behov for større operasjonsrom for å møte krav fra ny teknologi, utstyr og behandlingsmetoder.

Gjennom utviklingsplaner og andre strategiske dokumenter som HF-ene utvikler bør slike forhold avklares og det bør legges vekt på at det benyttes sammenlignbare metoder for kartlegging og registrering av både kapasitet og egnethet.

Kapasitetsbehov for intensivplasser, senger til tung overvåking og observasjonssenger knyttet til akuttmottak må vurderes separat. Et tiltak for å kunne gjennomføre de omstillinger som det er vist til i pasientforløpsanalysene gjelder effektivisering av forløpet for akuttpasienter ved økt bruk av observasjonsplasser. Analyser gjort ved bruk av Walesmodellen viser at det er behov for en betydelig styrking av kapasitet for intensiv og tung overvåking i alle HF i Helse Sør-Øst.

Det er ikke analysert aktivitet og kapasitetsbehov for diagnostiske enheter som radiologisk avdeling. Det nye kodeverket for radiologiske undersøkelser (NRCP) har vært i drift i kort tid. Data er ikke lett tilgjengelig og det er ikke erfaring med å bruke slike aktivitetsdata til kapasitetsanalyser. Dette bør avklares og det bør etableres en felles norm for hvordan slik aktivitet og kapasitetsanalyser kan gjennomføres.

Virksomhet og bygg

En analyse av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov gir grunnlag for å vurdere sammenhengene mellom bygg og virksomhet. Dette er ofte et bakteppe for å forstå ulikheter mellom HF og sykehusenheter når det gjelder oppfatninger om driftssituasjonen og behovet for endringer.

Byggenes kvalitet når det gjelder fleksibilitet (generalitet, fleksibilitet og elastisitet) er viktig fordi det er stor usikkerhet omkring de fremtidige kapasitetsbehovene. Det foreslås derfor lavere utnyttelsesgrader i planene enn det som var forutsetningene for utbyggingprosjektene for Ahus og nytt østfoldsykehus.

I dette prosjektet gjennomføres det ikke analyser av krav til virksomhet og bygg for å kunne oppnå de endringer som forutsettes. Som en oppfølging av prosjektet bør det vurderes mulige konsekvenser for driften i tillegg til endrede behov for rom og arealer. Mange av de relativt gamle sykehusanleggene man har i dag vil også være i drift frem mot 2030. I eldre sykehusanlegg kan det være behov for å gjøre omfattende endringer og ombygginger i eksisterende bygningsmasse. Tilrettelegging av bygget for nye løsninger krever også omorganisering av driften for at effekten skal kunne tas ut.

Sykehusene i HSØ har i utgangspunktet en lav andel ensengsrom, også når antall isolater regnes med. I nye prosjekter planlegges det med ensengsrom, og det bygges også om fra flersengs- til ensengsrom i eksisterende bygg. Mulighetene for effektiv utnyttelse av sengekapasiteten i gamle bygg reduseres når andelen ensengsrom øker fordi resultatet ofte blir sengeområder med få pasienter per enhet. Dette gir usikkerhet om fremtidig kapasitetsutnyttelse.

Omstillingen og effektivisering i denne analysen er bl.a. knyttet til mottak, diagnostikk og behandling av øyeblikkelig hjelp-pasienter. For å kunne tilby rask diagnostikk og behandling kreves det tilrettelegging av byggene og riktig kompetanse i akuttmottak. En viktig del av omstillingen som foreslås gjennomført er knyttet til mottak, diagnostikk og behandling av øyeblikkelig hjelp-pasienter. Alle HF-ene har et stort antall 0-dagsliggere og median liggetid for øhj pasienter i 2012 var på en dag. Data fra 2002 til 2012 viser at en økende andel av disse ble skrevet ut etter kort tid uten at diagnose var registret.

For å kunne tilby rask diagnostikk og behandling kreves det tilrettelegging av byggene og riktig kompetanse og kapasitet i akuttmottak. I tillegg til tilstrekkelig antall observasjonsplasser, er nærhet til bildediagnostikk og rom for undersøkelse og behandling i en akuttpoliklinikk viktig.

I nytt østfoldsykehus er ca 70 senger planlagt som observasjons- eller korttidsplasser. Ahus HF har en begrenset kapasitet i forhold til behovet, og i planene for et nytt sykehus i Vestre Viken HF er det beregnet 54 observasjonsplasser. Foreløpige tall for OUS HF viser 42 senger knyttet til akuttmottak. Det bør vurderes om denne kapasiteten bør økes.

Omstilling fra behandling ved innleggelse til dagbehandling vil kreve tilrettelegging av bygg, kompetanse og bemanning for bruk av observasjonsenheter i akuttmottakene. Endelig er det viktig å ha insentiver og føringer for økt bruk av dagbehandling. I fremskrivingen ligger det en forventet økning i andelen dagkirurgi til 70 % av den samlede, elektive operasjonsvirksomheten. Når andelen dagkirurgi øker vil skillet som enkelte sykehus har mellom enheter for dagkirurgi og operasjon av innlagte viskes ut, og det blir behov for samordning av operasjonsstuekapasiteten inklusiv postoperative overvåking. Dette vil kreve investeringer og organisatoriske tilpassinger.

Dagbehandling krever som regel en plass (seng eller stol) for behandling for en begrenset tidsperiode. En fysisk og organisatorisk nærhet til poliklinikker kan øke ressursutnyttelsen og pasientflyt i slike enheter. Dagopphold og poliklinikk bør sees samlet både når det gjelder organisering, aktivitet, kapasitetsbehov og planlegging av tiltak. I praksis er det i dag mange døgnplasser som brukes til dagopphold. I lys av den sterke økningen som fremskrivingen viser bør organisering og kapasitetsutvikling for dagplasser og poliklinikk gjennomgå spesielt.

Det har over lang tid foregått en omdisponering av ledige sengerom til andre funksjoner som dagplasser, poliklinikk og kontorer i de fleste sykehusanlegg som har i drift over mange år. Det bør avklares om dette har hatt negativ innvirkning på arealeffektivitet, organisering og driftskostnader. I den sammenhengen er det viktig med oppdaterte tall som viser hvordan rom og arealer i sykehusene faktisk brukes.

Organisering/struktur

De forutsetningene som ligger til grunn for fremskrivingene vil føre til omstillinger i oppgavedeling innad i spesialisthelsetjenesten, mellom sykehus og kommuner, intern organisering av sykehusene med vekt på poliklinikk og dagbehandling. Dette vil påvirke organisering, kompetanse og bemanning.

Planlegging og gjennomføring av endret oppgavedeling mellom sykehus og kommuner skaper behov for endringer i organisering og kompetanse. HSØ RHF anbefales å bidra offensivt til å utvikle samhandlingstiltak. Dette bør skje i samarbeide med kommunene og HF-ene for å utvikle modeller for organisering, drift og finansiering av medisinske senter og andre tjenestetilbud i kommunene. Også oppfølging av henvisningspraksis samt utvikling av nye rutiner og verktøy for informasjon og forvaltning/styring. I denne sammenhengen er samarbeid, roller og rolleforståelse et sentralt poeng. Også de økonomiske forutsetningene og konsekvensene bør avklares. Det bør utvikles modeller som viser hvilke tjenester som det faglig eller kostnadmessig er mulig å legge til medisinske senter i kommunene.

Private avtalespesialister dekker store deler av kapasitetsbehovet i dag og forventes å ha en stor andel poliklinikk og dagbehandling også i fremtiden. I områder hvor det er kapasitetsgrunnlag for det, bør det vurderes å etablere diagnostiske senter som kan avlaste sykehusene og øke nærhet og tilgjengelighet for pasientene. Med god tilrettelegging kan slike senter drives i et samarbeid mellom HF-ene, private avtalespesialister og eventuelt kommunene hvor man kan planlegge både faglig tilbud og kapasitet etter behov. Det bør vurderes om slike enheter kan etableres i vanlige kontorbygg. Det åpner for lokalisering i byområder nært kommunikasjonsknutepunkter. Dette øker fleksibilitet når det gjelder kapasitet og gir muligheter for rask etablering. Med de raskt voksende kapasitetsproblemene ved Ahus HF og byggeplanene

ved OUS HF vil det være økende behov for fleksible løsninger som kan realiseres raskt uten store investeringsbehov.

Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus har skissert planer for kapasitetsøkning som raskt vil kunne ha effekt og bidra til å dekke kapasitetsunderskuddet på senger spesielt ved Ahus HF. Tallene viser at disse sykehusene i dag dekker en begrenset del av aktiviteten som genereres innenfor eget opptaksområde. I det videre arbeidet bør det avklares hvordan overkapasitetene ved Diakonhjemmet skal brukes frem mot 2030 og om dette vil omfatte pasienter utenfor eget opptaksområde. Lovisenberg vil få en underkapasitet i 2030 når dagens aktivitet fremskrives og det bør avklares hvilket kapasitetsmessig tilskudd som kan utvikles. Dersom disse sykehusene øker sin egendeckning for sine bydeler, vil dette få innvirkning på aktivitetsgrunnlaget for OUS.

Prosjektene i hovedstadsområdet og i nærliggende SO som Innlandet SO og Østfold SO sees i sammenheng. Det er mulig å påvirke pasientstrømmer for å endre forutsetningene for kapasiteten i prosjektene, men det er også risiko for at pasientstrømmene og aktiviteten endres på en måte som ikke ligger inne i prosjektene. Forutsetningene som ligger til grunn for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov er ulik og tallene er ikke direkte sammenlignbare. Det er trolig behov for å avklare om det ligger potensielle skjevheter i kapasitet i forhold til fremtidig kapasitetsbehov i prosjektene. Vi vil anbefale en klar koordinering og oppdatering av plangrunnlaget slik at man får en tidlig avklaring av behovet for eventuelle justeringer.

1.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

1.2.1 Status aktivitet og kapasitet

Datagrunnlaget for behandlingsaktivitet i 2013 viser at det psykiske helsevern for voksne hadde ca. 30 000 døgnopphold og ca. 620 000 oppholdsdøgn. Sykehusfunksjonene utgjorde 68 % av alle døgnopphold, mens opphold i Distriktpsykiatriske senter (DPS) utgjorde 32 %. Det ble registrert ca. 930 000 polikliniske konsultasjoner med personer bosatt i HSØ, hvorav ca. 270 000 ble utført i sykehus (29 %) og 660 000 i DPS (71 %). Vel 80 % av aktiviteten ble utført av foretaksgruppen, mens ca. 19 % ble utført av private.

Antall døgnopphold i det psykiske helsevernet for barn og unge utgjorde 1 189 fordelt på 47 095 oppholdsdøgn.

Innenfor tjenesteområdet Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble det i 2013 registrert vel 9 000 opphold og 345 000 oppholdsdøgn. Tallene viser store variasjoner med hensyn til gjennomsnittlig oppholdstid. Private ideelle institusjoner med avtale sto for ca. 70 % av det samlede regionale døgnbehandlingstilbudet innenfor TSB i HSØ, mens den polikliniske andelen var om lag 17 %.

Den store andelen private behandlingstilbud innenfor TSB er historisk betinget. De private institusjonene tilbyr i større grad langtidsbehandling, noe som synliggjøres gjennom en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 70 døgn, sammenlignet med helseforetakene som har en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 10 døgn. En annen årsak til forskjellene er at kun én av 20 avtaleparter har avrusningstilbud. Mange av avtalepartene har også korttids behandlingstilbud.

Det er registrert en kapasitet på totalt 2 379 døgnplasser i bruk, fordelt på 1 071 i Psykisk helsevern (PHV) i sykehus (45 %), 750 i PHV DPS (31 %) 121 i Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) (ca. 5 %) og 43 døgnplasser i TSB (18 %) innenfor foretaksgruppen og Diakonhjemmet sykehus (DS) og Lovisenberg diakonale sykehus (LDS). I tillegg er aktivitet tilknyttet andre private tjenesteleverandører omregnet til å utgjøre 962 døgnplasser, forutsatt 85 pst. utnyttelse. De 962 døgnplassene er fordelt på 213 i PHV sykehus, 18 i PHV DPS, 42 i PHBU og 689 i TSB. Totalt er det beregnet en kapasitet tilsvarende 3 341 døgnplasser innenfor det psykiske helsevern og TSB. Kapasitetstallene sammenstilles i denne analysen med beregnet kapasitetsbehov i 2030.

Mange helseforetak har virksomhet i gamle institusjoner og bygg som er lite funksjonelle i forhold til dagens krav til diagnostikk og behandling. De funksjonelle svakhetene gir redusert pasienttilfredshet og -sikkerhet, hindrer effektive behandlingsforløp og gir vanskelige arbeidsforhold. Det betyr at man kan ha tilstrekkelig kapasitet, men kapasiteten kan være uegnet driftsmessig og med en kvalitet som er lavere enn det man bør kunne forvente i forhold til dagens krav til helsebygg.

Det er relativt store variasjoner i forbruk av tjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB mellom sykehusområder. Dette kan uttrykkes i forbruk per 1 000 innbyggere. Det varierer med ca. 68 oppholdsdøgn pr 1 000 innbygger fra det sykehusområdet som har høyest forbruk til det sykehusområdet som har det laveste.⁷ Pasienter i sykehusområdene Sørlandet, Østfold og Telemark og Vestfold har et høyere forbruk enn gjennomsnittlig forbruk i HSØ, mens sykehusområdene Akershus og Vestre Viken har et lavere forbruk enn gjennomsnittet.

1.2.2 Status og trender og for behandlingstilbudene

HSØ RHF gjennomførte i 2014 en kartlegging og analyse av hvordan det regionale helseforetaket fyller sørge for-ansvaret med bakgrunn i de kravene som ligger i styringsdokumenter innen fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Bakgrunnsmateriale for

⁷ Gjelder samlet for psykiske helsevern og TSB

gjennomgangen var Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (1999 – 2008) og opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012). Rapporten viser at helseforetakene har fulgt opp nasjonale og regionale føringene om å vektlegge en styrking av lokalsykehusrollen og de desentraliserte behandlingstilbudene. Det er imidlertid store forskjeller helseforetakene i mellom både når det gjelder struktur på behandlingstilbudene, samlet kapasitet, ressursfordeling nivåene i mellom og profil på behandlingstilbudene.

Analysen fra HSØ RHF viser at det har skjedd en omstilling av behandlingstilbudene innen psykisk helsevern for voksne med større vekt på poliklinisk behandling og ambulant virksomhet. Antallet behandlede pasienter er økt totalt sett, noe som er oppnådd gjennom reduserte oppholdstider. Ventetiden for rettighetspasientene er under styringskravet og antallet fristbrudd er betydelig redusert. Det er ikke etablert tilstrekkelig faglig robuste distriktpsikiatriske sentre (DPS) ved alle helseforetak.

Nasjonale og regionale strategier peker i retning av:

- Flere polikliniske konsultasjoner
- Tilgjengelige tjenester og økt ambulant virksomhet
- Mer samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Felles strategi for bruk av private leverandører

SINTEF har foretatt trendanalyser basert på etterspurte data fra NPR. Disse viser reduksjon i antall oppholdsdøgn og flere polikliniske konsultasjoner. Det er forbundet usikkerhet med hvordan utviklingen vil fortsette, men det er likevel holdepunkter for å tro at man vil se en fortsatt reduksjon i antall døgnopphold, blant annet som følge av en sterkere samhandling med kommunehelsetjenesten.

Befolkningsfremskrivninger fra 2014-2030 viser en befolkningsvekst i overskuelig fremtid. Folketallet i Norge fortsetter å vokse hele dette hundreåret, ifølge mellomalternativet i befolkningsfremskrivningene. Veksten blir særlig stor i og rundt de store byene, og vi blir stadig flere eldre.

Fremskrivning av pasientvolum viser at endringer i oppholdsdøgn innenfor sykehusfunksjonen som følge av demografi skiller helseforetakene i tre kategorier: "Ekstra høy vekst" (Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus)⁸, "Høy vekst" (Sørlandet sykehus HF, Oslo universitetssykehus HF), "Middels vekst" (Sykehuset Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Lovisenberg Diakonale sykehus), og "Lav vekst" (Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF)

Alternative utviklingsretninger innenfor psykisk helsevern og TSB

I rapporten beskrives alternative utviklingsretninger for det psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i HSØ fram mot 2030. De ulike scenarioene drøftes med et særskilt fokus på konsekvenser for dimensjonering og et framtidig kapasitetsbehov. Grunnlaget for de alternative utviklingsretningene er basert på en faglig (kvalitativ) vurdering av et framtidig behov for helsetjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB, samfunnsutvikling i et folkehelseperspektiv, historiske trender, framtidig økonomisk bærekraft, samt politiske og finansielle signaler og virkemidler.

Endring i forventninger og forbruk

Tilbudet av helsetjenester påvirkes av etterspørselen etter helsetjenester, og et forbruk kan bli bestemt av nivået på tilbudet.⁹ Gjennom forebygging vil det psykiske helsevesenet og TSB bidra til å redusere behov, men godt utbygde tjenester med utvikling av diagnostikk og behandlingsmetoder kan bidra til å avdekke behov og skape nye behov (evt. ny etterspørsel).

⁸⁸ Høy andel oppholdsdøgn innenfor alderspsykiatri bidrar til høy vekst ettersom pasientaktivitet kobles mot SSB befolkningsprognoser.

⁹ NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

Flere forhold kan i følge Folkehelseinstituttet ¹⁰ gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner som er tildelt for en psykisk lidelse, har økt de siste 15 år. Det har også vært en sterk økning i antall personer behandlet for psykiske lidelser. Studier fra USA og Europa ¹¹ gir imidlertid ingen støtte for en forverring i folkehelsen med økt forekomst av psykiske lidelser, men viser til omtrent samme utbredelse av ulike lidelser i 1990 og 2003.

Det kan finnes ganske store geografiske variasjoner i forekomst av psykiske lidelse, dels korrelert med forskjeller i alderssammensetning og sosiale forhold, og dels som et resultat av flyttemønster. En finner blant annet en opphopning av alvorlig psykiske lidelser i storbyer uten at det er dokumentert noen økt risiko for å utvikle psykiske lidelser ved å bo i storby. Dette er forhold som er analysert i forbindelse med innføring av ny inntektsmodell for psykisk helsevern og TSB i HSØ RHF etter 2011. ¹²

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker mest skader i Norge. Det er lang tradisjon i Norge for å føre en restriktiv alkoholpolitikk. Denne politikken har bidratt til at Norge har et lavere alkoholkonsum og færre problemer, sykdommer og skader enn øvrige land i Europa. Denne restriktive linjen er imidlertid under økende press.

Bruken av illegale rusmidler økte gjennom 1990-tallet, men har siden gått noe tilbake. Det anslås at det er i overkant av 8 000 injiserende rusavhengige i Norge. Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med mange europeiske land. ^{13 14}

I løpet av de siste ti-årene har pasientrollen endret seg fra å være en mer eller mindre passiv mottaker til å bli en informert medvirker med større krav og sterkere forventninger til tjenestetilbudene. Den nye rollen er i hovedsak ønsket, og ny fordeling av makt, roller og ansvar mellom pasient og behandler, og mellom bruker og helsevesen stadfestes blant annet ved endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil fortsette og ytterligere forsterkes av at mange pasienter vil ha økte kunnskaper om sine sykdommer og om mulige behandlingsformer, noe som også vil kunne føre til økt etterspørsel etter behandlingstilbud.

Med hensyn til framtidig arealbehov vil den "nye brukerrollen" kunne ha konsekvenser for en generelt høyere kvalitet og funksjonalitet på oppholds- og behandlingsrom, samt nye rom og areal til opplæringsarenaer, videokonferanserom, pårønderom, kontor for erfaringskonsulenter, brukerrepresentanter og andre.

Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling

Det at psykisk helsevern og TSB er adskilt i to tjenesteområder er i all hovedsak historisk betinget, og kan i enkelte tilfeller stå i motsats til dagens faglige tenkning som legger vekt på samtidighet i behandlingen og et tett samarbeid med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Et alternativ utviklingstrekk vil være at de to tjeneste- områdene får en tettere integrasjon både med hensyn til virksomhet og bygg.

Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet

De strukturelle endringene innen psykisk helsevern for voksne med desentralisering av den allmennpsykiatriske delen av tilbudet gjennom etablering av DPS, parallelt med en avgrensning og spesialisering av de gjenværende sykehusavdelingene, har aktualisert et behov for samlokalisering av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene. Dette omfatter akuttpsykiatri, enheter for lengre tids tvungent psykisk

¹⁰ <http://www.fhi.no>, 19.02.2014

¹¹ Folkehelseinstituttet. Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk <http://www.fhi.no/>

¹² Folkehelseinstituttet

¹³ http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/RusmidleriNorge20123.pdf

¹⁴ Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Europeisk narkotika rapport – Trender og utviklinger 2014

helsevern for pasienter med psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser, sikkerhetspsykiatriske enheter på ”nivå 2”, døgntilrettelagt av spiseforstyrrelser og alderspsykiatriske døgnavdelinger.

Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder

Spiseforstyrrelser er den diagnosegruppen med størst dødelighet innen psykisk helsevern og det er solid kunnskap om at bredt innrettet tidlig intervensjon er viktig. Samtidig er man helt avhengig av mer spesialiserte sykehustjenester både i det enkelte sykehusområdet og på regionalt nivå. Valg av organisatoriske og faglige rammebetingelser i den desentraliserte delen av psykisk helsevern vil i noen grad påvirke behovet for etablering av spesialiserte enheter på sykehusnivå, samt omfanget av regionale funksjoner eller flerområdefunksjoner.

Psykisk helsevern for barn og unge

Det er tre viktige grenseflater mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder barne- og ungdomsmedisin (inklusive barnehabilitering), TSB (psykiatriske ungdomsteam) og psykisk helsevern for voksne. Barnemedisinske avdelinger har enkelte steder bygget opp egen barnepsykiatrisk kompetanse gjennom ansettelse av barnepsykiater og psykologspesialister. Det kan være aktuelt å etablere faste samarbeidsordninger i stedet for å bygge opp parallell kompetanse i det sykehusforankrede psykiske helsevern for barn og unge og barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.

Tilsvarende parallell kompetanse kan være tilfelle når det gjelder tilbud til rusmiddelmissbrukere, da ved poliklinikker. Mange steder har TSB, BUP og DPS samlokaliserte poliklinikker. Bygningsmessige forhold kan sammen med organisatoriske tiltak fasilitere samarbeid om behandlingsforløp.

Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling

Lov om psykisk helsevern kan i noen tilfeller gi hjemmel for at pasienter kan underlegges tvungent psykisk helsevern. Utviklingen av det sikkerhetspsykiatriske tilbudet har en særskilt historie og er fortsatt under utvikling. Det er først de siste 6 årene det er etablert sikkerhetsposter i alle sykehusområdene i HSØ. De ulike helseforetakene har valgt ulike modeller for hvordan disse enhetene er organisert i forhold til øvrige psykiatriske døgnenheter på sykehusnivå. Det er også store forskjeller når det gjelder grad av bygningsmessig tilpasning til denne funksjonen.

Ansvars- og oppgavedelingen mellom de to nivåene innen sikkerhetspsykiatri er ikke klart definert, og en kan se for seg en utvikling hvor områdesykehusene i fremtiden må legge forholdene til rette for å ta imot pasienter med større sikkerhetsmessige utfordringer enn i dag. Dette gjelder både bygningsmessig tilrettelegging og personelldekning. Dimensjonering og bygningsmessig utforming av sikkerhetsposter vil kunne endres vesentlig i forhold til dagens situasjon.

Godt egnet bygningsmasse er viktig og for både sikkerhetspsykiatri på lokalt nivå og regional sikkerhetspsykiatri (RSA) utfordres man i forhold til sykkelighet, farlighet og endringer i befolknings sammensetningen.

Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste

Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) har bidratt til å styrke infrastrukturen for det psykiske helsearbeidet i kommunene gjennom blant økning av antall helsetjenesteårsverk i kommunene og botilbud til mennesker med psykiske lidelser.¹⁵

En endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste vil kunne skje på flere ulike måter.

¹⁵ Evalueringsrapporten fra Norges forskningsråd

I sykehusområder med store geografiske avstander og spredt befolkning har det vist seg å være en utfordring å opprettholde DPS-strukturen. Lokale DPS har i enkelte sammenhenger vist seg å bli for små til å ha bredt nok tilbud og tilstrekkelig kompetanse, bl.a. på grunn av problemer med rekruttering av spesialister.

Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB

Det legges i strategiplanen til Helse Sør-Øst RHF vekt på at handlingskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivert døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

Den gjennomsnittlige behandlingstiden hos de private avtalepartene er i tråd med dette betydelig redusert de siste årene, både gjennom en reduksjon i gjennomsnittlig behandlingstid ved langtidsinstitusjonene, og gjennom en viss omstilling av tilbudene fra langtidsbehandling til korttidsbehandling.

1.2.3 Kapasitetsbehov 2030 – Psykisk helsevern og TSB

Fremskrivningen av behandlingsaktivitet tar utgangspunkt i analyser av:

- aktivitetsutviklingen de siste 6 år (trendanalyse 2008-2013)
- dagens aktivitet (2013)
- dagens kapasitet (2014)
- demografisk fremskrivning fra 2013 til 2030

På dette grunnlag gjøres det en kvalitativ vurdering av faktorer som vil påvirke tjenestetilbudet, samt hvilken effekt de ulike endringsfaktorene vil ha for fremtidig aktivitet og kapasitet. De kvalitative vurderingene benyttes til å korrigere dagens aktivitet fremskrevet demografisk, og bygger på trendanalyser, referanser og faglig skjønn.

Fremskrivning av aktivitet for å beregne kapasitetsbehov er krevende og forbundet med stor grad av usikkerhet. I psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er diagnostiske kategorier et problematisk utgangspunkt for å beregne aktivitet og kapasitetsbehov fordi funksjonsevne og oppfølgingsbehov kan være svært forskjellig for pasienter med samme psykiatriske diagnose.

De matematiske beregninger som vises i tabellform gir ingen presise svar på et fremtidig kapasitetsbehov, men anslår et kapasitetsbehov i spenn, ut fra hvilke forutsetninger som legges til grunn. Beregningene viser i tillegg hvilke potensialer som ligger i ulik grad av utnyttelse av tilgjengelig kapasitet.

Beregninger av fremtidig kapasitetsbehov viser at sykehusområdene har tilstrekkelig areal til å romme et fremtidig kapasitetsbehov i form av døgnplasser i 2030 for psykisk helsevern og TSB, men vil få knapphet på areal (30-40 %) til den polikliniske virksomheten, forutsatt at utnyttelsesgraden ikke økes vesentlig. Det er her ikke tatt hensyn til om dagens døgnplasser tilfredsstiller fremtidens krav til arealstandard, funksjonalitet og utforming.

I Hovedalternativet er det beregnet en økning i antall oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner tilsvarende henholdsvis 10 og 30 % som følge av endring i tilbud og forventninger til tjenestene. I tillegg er det beregnet en reduksjon i aktivitet som følge av overføring av oppholdsdøgn til kommunehelsetjenesten tilsvarende 15 % for antall oppholdsdøgn og 5 % for polikliniske konsultasjoner. Det er til sist lagt til grunn en reduksjon i antall oppholdsdøgn som følge av det vi har valgt å kalle for medisinsk teknologisk utvikling.

Det psykiske helsevern for voksne (PHV)

Et utviklingstrekk vil være at økt etterspørsel genererer et økt behov for polikliniske tjenester, dagbehandling og arenafleksible tjenester utover økning i befolkning. Ett scenario vil være at behovet for polikliniske

tjenester innenfor det psykiske helsevern for voksne øker med samme nivå som fra 2009 til 2013 (realvekst 2,8 %). Det vil i så fall bety en realvekst på 9,5 % fra 2013 til 2030. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner de senere årene har imidlertid sammenheng med en utbygging av kapasiteten delvis koblet til en styrt overføring av ressurser fra døgntilbud til poliklinikker. Strukturelle endringer i tilbudene vil påvirke den tilbudsbedingede etterspørselen. Terskelen for å søke hjelp for også lettere psykiske lidelser kan forventes å bli lavere ved et større innslag av befolkningsnære polikliniske tilbud.

Forutsatt hovedalternativet og en basis utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov i psykisk helsevern for voksne tilsvarende ca. 1 900 døgnplasser.

Det er pr 1.1.2014 registrert 2 050 døgnplasser i bruk (hvorav 1 821 døgnplasser innenfor foretaksgruppen, DS og LDS), noe som tilsier at dagens kapasitet vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030.¹⁶

Det vil samtidig være behov for antall poliklinikkrom i størrelsesorden ca. 1 460 rom. Dagens kapasitetsbehov er beregnet til ca. 1 000 rom. Det er da tatt utgangspunkt i antall konsultasjoner i 2013, og forutsatt en utnyttelsesgrad på 6 timer hver dag 230 dager, og med 90 minutter pr konsultasjon. Det betyr at det hvert rom har 4 konsultasjoner pr dag poliklinikken er åpen. Sannsynligvis er den reelle kapasiteten vesentlig høyere enn 1 000 rom, blant annet på grunn av at rom for polikliniske konsultasjoner ofte fungerer i kombinasjon med kontor for behandler. I gjennomsnitt vil derfor utnyttelsesgraden være lavere enn 4 konsultasjoner hver dag, som det er forutsatt i beregningene.

Dagens kapasitet for poliklinikkrom er ikke fullt ut kartlagt for hele regionen. Vestre Viken har fullført kartlegging, og har i dag 300 konsultasjonsrom i poliklinikkene. De har et beregnet behov på 133 konsultasjonsrom dersom man forutsetter basis utnyttelsesgrad. Det viser at kapasiteten er rikelig i forhold til en økning i aktivitet på ca. 40 %.

Det er i dette arbeidet påpekt at fleksibel og godt egnet bygningsmasse er særlig viktig for behandling innen sikkerhetspsykiatrien både på lokalt og regionalt nivå. For begge nivå utfordres man i forhold til sykelighet, farlighet og endringer i befolkningssammensetningen. Ny lovgiving kan også påvirke framtidig kapasitet, men egnet bygningsmasse er også særdeles viktig for å drive god behandling. Det bør i fremtidig planlegging tas hensyn til at:

- 1) Sikkerhetspsykiatri på lokalt nivå (Nivå 2) vil kreve tilstrekkelig kapasitet, riktig arealstandard og høy grad av funksjonalitet i bygg.¹⁷ Nærhet til øvrig akuttpsykiatrisk døgntilbud og spesialiserte psykoseenheter beskrives som faglig viktig og nyttig.
- 2) Regional sikkerhetspsykiatri (RSA) må ha fleksibel og god bygningsmasse spesialtilpasset tjenesten.

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Det er store forskjeller helseforetakene i mellom på hvor stor andel av ressursene som brukes til døgntilbud innen psykisk helsevern til barn og unge. Det psykiske helsevernet for barn og unge legger hovedvekt på ambulant virksomhet, polikliniske tjenester og samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet, eksterne aktører i tillegg til familie, skole og nærmiljø. Det er derfor grunnlag for å anta at forskjellene vil minske når det gjelder fordelingen av ressursinnsatsen mellom døgntilbud og poliklinisk/ambulant behandlingstilbud.

Analysen viser at kapasitetsbehovet i 2030 for døgnplasser innenfor det psykiske helsevern for barn og unge, forutsatt en utnyttelsesgrad 73 %¹⁸, vil være på ca. 165 døgnplasser. Det er i dag registrert 121 døgnplasser

¹⁶ Vi har i beregningene forutsatt at de private tjenesteleverandørene har en kapasitet tilsvarende en utnyttelsesgrad på 85 pst.

¹⁷ Funksjonalitet i bygg skal blant annet understøtte sikkerhet for pasienter og ansatte, f.eks. ved hjelp av fysiske løsninger som gir ro og oversikt.

innenfor foretaksgruppen. I tillegg har vi antatt ca. 42 døgnplasser hos private tjenesteleverandør. Samlet sett vil dette være tilstrekkelig sett i forhold til de forutsetninger som er lagt til grunn i beregningen.¹⁹

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB har aktivitetsøkningen i den polikliniske virksomheten vært enda kraftigere enn for psykisk helsevern (realvekst 15,4 % i samme periode), og en lineær utvikling vil bety en realvekst på 52 % fra 2013 til 2030. Det har imidlertid vært en nedgang i antallet førstegangs henvisninger de siste årene, noe som kan indikere at veksten vil bli noe svakere i fremtiden selv om det tidligere er nevnt faktorer som tilsier økt etterspørsel. Ved enkelte av helseforetakene i HSØ RHF har økningen i det polikliniske tilbudet de senere årene innen TSB skapt en tilnærmet balanse mellom tilbud og etterspørsel, men det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusområdene. Innen dette fagområdet har det ikke vært noen nedbygging av døgntilbud eller en planlagt strukturell endring med overføring av ressurser fra døgninstitusjoner til polikliniske tilbud.

TSB har en kort historie innen spesialisthelsetjenesten (ca. 10 år). Hovedutfordringen ligger i å få til en balansert kapasitetsutvidelse i de ulike elementene i behandlingsskjeden, dvs. poliklinikk, avgiftning, korttidsbehandling, langtidsbehandling og rehabilitering, samt organisere tjenestene, slik at det legges til rette for helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp. En eventuell omstrukturering av TSB i tråd med den omstilling som har foregått innen psykisk helsevern for voksne de senere årene, vil kreve en vesentlig styrking av det polikliniske og ambulante tilbudet.

Kapasitetsberegningene viser at behovet for døgnplasser innenfor TSB vil være i størrelsesorden 1 077 døgnplasser, hvorav 345 innenfor foretaksgruppen, forutsatt samme relative fordeling mellom privat og offentlig virksomhet som i dag. Det er her forutsatt en utnyttelsesgrad på 80 pst. Det er i dag registrert 449 plasser innenfor foretaksgruppen. I tillegg har vi beregnet en kapasitet tilsvarende 732 døgnplasser hos de private, dvs. til sammen 1 181 døgnplasser.²⁰

Den samlede kapasitet vil være tilstrekkelig til å kunne romme et fremtidig kapasitetsbehov. En usikkerhet er forbundet med hvor stor andel av behandlingstilbudene som skal utføres av private tjenestetilbydere. Innføring av fritt behandlingsvalg²¹ er foreslått innført først innenfor rusomsorgen. Det er stor usikkerhet omkring hvilken effekt dette vil få på pasientstrømmene.

¹⁸ Relativ lav utnyttelsesgrad må sees i sammenheng med små enheter. Utnyttelsesgrad er den samme som er benyttet i Idéfase OUS – Campus Oslo

¹⁹ Vi har i beregningene forutsatt at de private tjenesteleverandørene har en kapasitet tilsvarende en utnyttelsesgrad på 73 pst.

²⁰ Vi har i beregningene forutsatt at de private tjenesteleverandørene har en kapasitet tilsvarende en utnyttelsesgrad på 73 pst.

²¹ Høringsnotat Fritt behandlingsvalg, Helse- og omsorgsdepartementet 2014

2 Oppbygging av rapporten

I dette kapittelet gis det en kort oversikt over oppbygging av rapporten med vedlegg

Leveransen omfatter denne (hoved)rapporten med vedlegg. I juni 2014 ble det utarbeidet en "Delleveranse Aktivitet- og kapasitetsanalyse 2030 HSØ RHF"²² Den er integrert i og erstattes av denne rapporten. Ved eventuelle avvik mellom denne rapporten og delleveransen så er det rapporten som gjelder.

Rapporten er tredelt og omfatter:

Del 1:

- Kapittel 1 Sammendrag

Del 2:

- Kapittel 2 Oppbygging av rapporten
- Kapittel 3 Bakgrunn, mål og rammer
- Kapittel 4 Organisering
- Kapittel 5 Metode og datagrunnlag

Del 3:

- Kapittel 6 Aktivitet og kapasitet somatikk 2012 og 2030
- Kapittel 7 Aktivitet og kapasitet 2012 og 2030 PHV og TSB
- Kapittel 8 Drøftinger og anbefalinger somatikk
- Kapittel 9 Drøftinger og anbefalinger PHV, PHBU og TSB

Følgende vedlegg følger rapporten:

- Vedlegg 1: Delrapport 1 Kartlegging og analyser av helseforetak og sykehusområder, somatikk, Helse Sør-Øst, august 2014
- Vedlegg 2: Pasientforløpsanalysene somatikk Helse Sør-Øst RHF, underlagsanalyser for Aktivitets- og kapasitetsanalyser fram mot 2030
- Vedlegg 3: Delrapport 2: Aktivitet- og kapasitetsanalyse psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Helse Sør-Øst RHF, august 2030
- Vedlegg 4: Notat om Begrepsavklaringer, datagrunnlag og metoder, august 2014

Følgende dokumenter er utrykte vedlegg til rapporten og kan lastes ned fra www.sykehusplan.no

- Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus²³
- Veileder for bruk av "Fremskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus"²⁴
- Klassifikasjonssystem for sykehusbygg²⁵

Denne rapporten gir den samlede og oppsummerte dokumentasjonen av gjennomføring av og resultater fra prosjektet. For å kunne vurdere grunnlaget for arbeidet og de metoder og arbeidsmåter som er anvendt er det nødvendig å gå inn i delrapportene og vedleggene. Usikkerhet og begrensninger i datagrunnlag og metoder og analyseverktøy er søkt kommentert og redegjort for i vedleggene og teksten der det har vært nødvendig.

Et delmål med prosjektet har vært å vurdere behovet for endring og utvikling av modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus og dokumentere eventuelle endringer. Dette er oppsummert i en egen rapport.

²² Delleveranse Aktivitet- og kapasitetsanalyse 2030 HSØ RHF

²³ Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, januar 2013

²⁴ Veileder for bruk av "Fremskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus", Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, desember 2013

²⁵ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, v 3.1.2 Helsedirektoratet september 2013

3 Mål og rammer

Dette kapitlet gir en kort beskrivelse av mål, rammer og avgrensinger for arbeidet med prosjektet.

Mål og rammer for prosjektet er utarbeidet i samarbeid med prosjekteier og inngår i prosjektplanen for prosjektet. I tillegg er det lagt vekt på føringer som er gitt i rapporten "Premissavklaringer hovedstadsområdet" som HSØ RHF utarbeidet i desember 2013.²⁶

Prosjektet er gjennomført i perioden fra juni 2013 til september 2014.

3.1 Målsetting

Det overordnede målet for prosjektet er å fremskaffe grunnlag for å klargjøre langsiktige planforutsetninger for oppfyllelse av "sørge for"-ansvaret for HSØ RHF. Prosjektet kan gi konkrete premisser for regional utvikling, planlegging og budsjettering. Prosjektet skal gi HSØ RHF et bedre grunnlag for å vurdere tiltak som utviklingen i aktivitet og kapasitetsbehov frem mot 2030 krever.

Det er formulert følgende effektmål:

- Dokumentere aktivitet 2012 og dagens kapasitet i alle helseforetakene i HSØ RHF, samt beregne kapasitetsbehovet.
- Dokumentere dagens aktivitet hos private tjenesteleverandører (ideelle og kommersielle) som tilbyr spesialisthelsetjenester, herunder også private rehabiliteringsinstitusjoner.
- Beregne aktivitet og kapasitetsbehov 2030 basert på Modell for fremskriving av aktivitet i sykehus som Helsedirektoratet og de regionale foretakene har utviklet.²⁷ I dette inngår å beregne konsekvenser av scenarier for alternativ utvikling.
- Gi grunnlag for å drøfte konsekvenser av endringer i opptaksområder og pasientstrømmer for HF-ene i HSØ RHF
- Gi grunnlag for å drøfte konsekvenser av endringer i fremtidig funksjons- og oppgavefordeling mellom HF i HSØ RHF, herunder simulere konsekvenser av endringer.
- Gi grunnlag for vurdering av helseforetakenes utviklingsplaner.
- Gi grunnlag for virksomhetsmessige endringer inn i den rullerende langtidsplanleggingen.
- Legge til rette for at virksomhetsdata kan anvendes i den strategiske kompetanseplanleggingen.
- Legge til rette for oppdatering av fremskrivingsmodell for aktivitet i sykehus, spesielt rettet mot bruk av modellen i strategisk planlegging

Presisering

Som målformuleringene viser er det prosjektet mål å gi grunnlag for videre planlegging og beslutninger om iverksetting av tiltak. Dette er avgrenset til problemstillinger knyttet til fremtidig aktivitet i HF-ene og de konsekvenser dette kan ha for den bygningsmessige kapasiteten. Det er ikke gjort beregninger av arealbehov som igjen kan gi grunnlag for å beregne investeringsbehov. Slike beregninger må bygge på informasjon om oppgaver, kompetanse, organisering og driftsforhold ved det enkelte HF samt bygningsmessige muligheter og begrensninger. Prosjektet har ikke hatt som mål å utvikle forslag til konkrete tiltak og å gjøre konsekvensberegninger av disse. I rapporten pekes det imidlertid på problemstillinger som krever videre analyse og utredning som grunnlag for å utvikle og besluttet tiltak.

3.2 Faglige referanser og strategiske føringer

I delrapportene omtales sentrale planer fra HF-ene som tar opp status for aktivitet og kapasitet og planer for investeringer og virksomhetsutvikling i de enkelte HF-ene. Som grunnlag for gjennomføring av pasientforløpsanalysene og scenariobeskrivelser er det vist til faglige, strategiske og politiske rapporter og

²⁶ Premissavklaringer Hovedstadsområdet, HSØ RHF, desember 2013

²⁷ Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov for sykehus, desember 2013

saksdokumenter som er relevante for utviklingen av helsetjenestene. Det vises til vedlagte referanselister, vedlegg 5

Fra rapporten om premissavklaringer hovedstadsområdet er det hentet føringer for dette arbeidet, spesielt rettet mot utviklingsbehov i hovedstadsområdet. Her vises det til behov for å:

- Dokumentere befolkningsutvikling, aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov på kort, mellomlang og lang sikt.
- Vurdere forliggende planer med fokus på:
 - Oslo sykehusområde: Bruk av private, ideelle sykehus, planer for OUS HF
 - Vestre Viken sykehusområde: Kapasitetsbehov hovedstadsområdet, pasientstrømmer mellom VV HF og OUS HF
 - Akershus sykehusområde: Utvikling i aktivitet og kapasitetsbehov, oppgavefordeling
- Vurder bruk av private avtalespesialister i hovedstadsområdet.

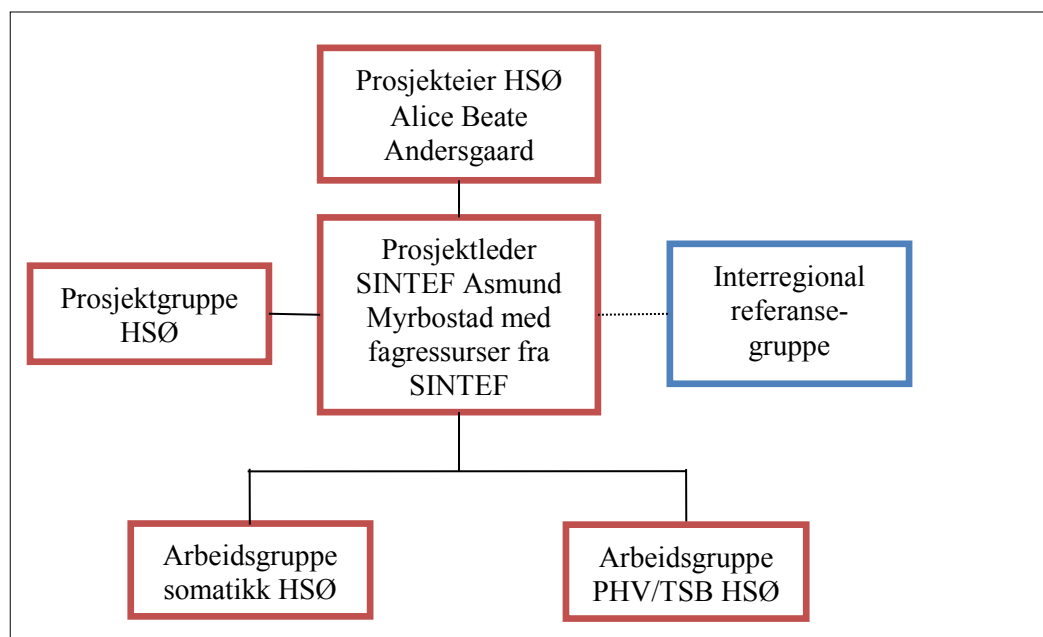
3.3 Videreutvikling av fremskrivingsmodellen

Et av effektmålene omfatter at det skal legges til rette for oppdatering av fremskrivingsmodell for aktivitet i sykehus, spesielt rettet mot bruk av modellen i strategisk planlegging. Arbeidet med aktivitet- og kapasitetsanalyser 2030 for det regionale helseforetaket har gitt viktig erfaringer som gir grunnlag for endring og utvikling av fremskrivingsmodellen som er benyttet. Dette er oppsummert i en egen rapport.

4 Organisering og arbeidsmåte

I dette kapittelet beskrives organisering, roller og arbeidsmåte i prosjektet.

Figur 1 viser organiseringen av prosjektet. Ansvar for dokumentasjon, analyser og konklusjoner i rapporten ligger hos SINTEF. Innhold i og omfang av arbeidet er presentert i en prosjektplan som bygger på bestilling fra oppdragsgiver og drøftinger og avklaringer i prosjektgruppa.



Figur 1 Organisering av arbeidet

4.1 Prosjekteier

Prosjekteier for HSØ er direktør for medisin og helsefag Alice Beate Andersgaard. Det er ikke opprettet egen styringsgruppe, og saker som krever avklaring ut over prosjektleders mandat legges frem for prosjekteier.

4.2 Prosjektleder

SINTEF har prosjektledelsen og ansvaret for gjennomføring av prosjektet i nært samarbeid med prosjekteier hos HSØ RHF. Prosjektledelsen rapporterer administrativt til prosjekteier.

Sammen med prosjektleder har SINTEF hatt et team av medarbeidere som har bearbeidet og tilrettelagt data, gjennomført analyser og beregninger, utarbeidet delrapporter, deltatt i gruppeprosesser og bidratt i utarbeidelse av sluttrapporten. Dette omfatter:

- Marte Lauvsnes, Forskningsleder
- Rune Reinaas, Senior rådgiver
- Rita Konstante, Rådgiver
- Pål Ingdal, innleid rådgiver fra Helsebygg Midt-Norge

4.3 Prosjektgruppe

Prosjektgruppen har representanter for RHF-ledelsen, fagdirektør, økonomi/analyse, informasjon og eiendomsforvaltning. Prosjektgruppen er prosjektleders faglige og administrative samarbeidspartner og referansemiljø for faglige diskusjoner og avklaringer.

Foruten representanter fra SINTEF består prosjektgruppen av:

- Alice Beathe Andersgaard, Direktør Medisin og helsefag
- Folke Sundelin, Medisin og helsefag
- Glenn Flandorfer, Medisin og helsefag
- Lars Rønning, Økonomiavdelingen
- Hanne Gaaserød, Økonomiavdelingen
- Birger Stamsø, Bygg og eiendom
- Frank Roar Byenstuen, Kommunikasjonsavdelingen
- Torstein Pålsrud, Styre- og eieroppfølging
- Tobias Bøggild-Povlsen, HR-avdelingen
- Gunvor Ånestad, Medisin og helsefag

Det er gjennomført 12 møter i prosjektgruppen hvor innholdet i og gjennomføring av prosjektet er drøftet.

4.4 Faglige arbeidsgrupper aktivitetsfremskrivning

For gjennomføring av analysene er det etablert arbeidsgrupper for tjenesteområdene somatikk og PHV/TSB. Gruppene har hatt 20-25 medlemmer utpekt av HF-ene og var sammensatt av fagpersonell fra alle HF-ene i HSØ RHF, brukerrepresentanter og representanter fra kommuner. I tillegg til en workshop over 1 ½ dag er det gjennomført fire gruppemøter.

For arbeidet med pasientforløpsanalysene har SINTEF utarbeidet et analysegrunnlag som har vært gjennomgått i møtene. Gruppene har bidratt i diskusjoner om effekter av endringsfaktorene, men avgrensinger, beregninger og konklusjoner er gjort av SINTEF. Gruppene har bidratt med grunnlagsinformasjon og faglig erfaring i diskusjoner om datagrunnlag, pasientforløpene, endringsfaktorer og scenarier og de har gitt verdifulle innspill som har påvirket analyser, drøftinger og konklusjoner i rapporten.

Arbeidsgruppenes rolle og mandat har vært:

- Deltakerne skal, med bakgrunn i sin kliniske og administrative erfaring, bidra med drøfting av grunnlagsdata og med faglige innspill for å beskrive dagens og fremtidige pasientforløp.
- Deltakerne skal bistå med råd for det samlede helseforetaket, slik at det oppnås en helhetlig, og effektiv spesialisthelsetjeneste med høy kvalitativ for befolkning i HSØ.
- Innspill skal ha fokus på forhold som har en overordnet betydning for aktivitet, kapasitetsbehov og organisering av tjenestene.
- Forutsetninger lagt i nasjonale, regional og lokale strategier og handlingsplaner skal legges til grunn for vurderingene.

4.5 Innspill fra HF

Alle HF har vært representert i arbeidsgruppene og har gitt sine innspill til endringsfaktorer, pasientforløpsanalysene og scenariodiskusjoner. De har også bidratt med faglige synspunkter og referanser som har blitt brukt i analyser og beregninger.

Delleveransen ²⁸ har i tillegg vært sendt til alle HF for kommentarer og korrigeringer. Disse tilbakemeldingene har vært viktig og er hensyntatt i arbeidet med denne sluttrapporten.

²⁸ Delleveranse Aktivitet- og kapasitetsanalyse 2030 HSØ RHF

4.6 Interregional faglig referansegruppe

Det er opprettet en interregional referansegruppe som har bidratt til faglige innspill fra utvalgte fagmiljøer, interessenter og samarbeidspartnere. Referansegruppen er sammensatt på bakgrunn av kompetanse, organisasjon og faglig rolle. Det er gjennomført to møter i denne gruppen.

4.7 Kapasitetskartlegging

Parallelt med gjennomføringen av prosjektet har HF/sykehus sammen med Multiconsult gjennomført kartlegging og registrering av faktiske kapasitet i sykehusene. SINTEF har bistått med rådgiving, kvalitetssikring og tilrettelegging av kapasitetsdata i rapporten. For Ahus HF og Sørlandet har SINTEF innhentet data direkte fra HF-ene. Kartlegging følger reglene i Klassifikasjonssystem for sykehusbygg²⁹ og utføres av HSØ RHF med Sigmund Stikbakke som er prosjektleder.

²⁹ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, v 3.1.2 Helsedirektoratet september 2013

5 Metode og datagrunnlag

I dette kapittelet gis en kort presentasjon av datagrunnlag, metoder og verktøy som inngår i arbeidet med kartlegging, analyser og beregninger. I vedlegg 4 finnes en grundig gjennomgang bruken av data og metoder i prosjektet.

5.1 Usikkerhet og begrensinger

Det er usikkerhet knyttet til bruk av fremskrivingsmodellen på flere punkter. Kvaliteten på datagrunnlaget for aktivitetsdata varierer på grunn av registreringspraksis og for somatikk gjelder dette spesielt registrering av dagbehandling/dagopphold.

For psykisk helsevern og TSB er det utfordringer og begrensninger forbundet med bruk av diagnoser og pasientstrømmer innenfor spesialisthelsetjenesten, som grunnlag for å estimere fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov i psykisk helsevern. Vi har derfor valgt å fremskrive aktivitet knyttet til de ulike tjenesteområdene psykiske helsevern for voksne (PHV), psykiske helsevern for barn og unge (PHBU), og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

De matematiske beregninger som vises i tabellform gir ingen presise svar på et fremtidig kapasitetsbehov, men anslår et kapasitetsbehov i spenn, ut fra hvilke forutsetninger som legges til grunn. Beregningene viser i tillegg hvilke potensialer som ligger i ulik grad av utnyttelse av tilgjengelig kapasitet.

Aktivitetstall beskriver virksomheten slik den er gjennomført og belyser ikke til forhold som påvirker aktiviteten, som f.eks. ventelister og ulikheter i forbruksrater. Begrenset kapasitet kan skyldes både manglende ressurser innenfor bygg, utstyr, bemanning og økonomi, foruten organisering og arbeidsopplegg.

I prosjektet vurderes ikke aktivitet og kapasitetsbehov for viktige diagnostiske funksjoner som bildediagnostikk og laboratorievirksomhet. Dette er en svakhet i analysene men skyldes mangel på slik informasjon i grunnlagsdata fra NPR, og det har ikke vært anledning til å samle inn slike data direkte fra alle HF-ene.

Analyser og beregninger aggregeres til regionalt nivå basert på deskriptiv informasjon/data på HF-nivå, hovedsakelig NPR-data utlevert av HSØ RHF. Endringsfaktorer og forutsetninger for beregning av kapasitetsbehov blir dermed felles og likestilt mellom HF-en med sørge for-ansvar. Analyse av spesielle forhold ved ett HF som påvirker kapasitetsbehovet, som f.eks. OUS HF sine region- og landsfunksjoner, begrenses dermed til det som kan leses ut av datagrunnlaget. Det samme gjelder data om befolkningens sammensetning og den betydningen det kan ha på aktivitet og kapasitetsbehov. Noen av er drøftet i scenariobeskrivelsene.

Det vil være betydelig usikkerhet knyttet til de kvalitative vurderingene av fremtidig aktivitet, de endringsfaktorene disse bygger på, og det faglige skjønn som ligger til grunn for valg av variable. Trender for utvikling de siste 10 årene viser en utviklingsretning. Fremskrivingsmodellen gir anslag på fremtidig aktivitet. Dette gir en "prognose" for videre utvikling, og en forlengelse av den trenden som historiske aktivitetsdata viser, basert på gjennomgang av pasientforløp og analyser av effekter av faglig utvikling og strategiske endringer.

Tidspunktet for når endringsfaktorene slår inn er viktig. Modellen viser en lineær utvikling fra basistidspunktet som i dette prosjektet er 2012 til et fremskrivingstidspunkt, hovedsakelig 2030. Dette basistidspunktet er sluttunktet for trendbeskrivelsen, men det er usikkert når effektene av endringsfaktorene slår inn. Med en sterkt økende trend for bruk polikliniske konsultasjoner vil det f.eks. ha stor betydning hvilket tidspunkt bruk av teknologi som kan dempe denne veksten blir implementert og får effekt.

I prosjektet presenteres Hovedalternativet for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov. Det er i tillegg gjort beregninger og drøftet konsekvenser av endringer i forutsetninger for noen viktigste endringsfaktorer som påvirker aktivitet og kapasitetsbehov. Dette omfatter:

- Demografisk fremskriving med alternative forutsetninger for innvandring (Middels og Høy). Alternativet Høy innvandring drøftet men beregningene er basert på alternativet Middels ligger til grunn for alle beregningene.
- Alternative forutsetninger for effekt av samhandlingsreformen på liggedager og poliklinikk.
- Alternative utnyttelsesgrader for dimensjonerende rom/plasser. Konsekvenser av høy utnyttelsesgrad er vist men i oppsummering og anbefaling er basis utnyttelsesgrad lagt til grunn.
- Effekt av forlengelse av utviklingstrender uten omstilling er vist for å illustrere konsekvenser men dette er ikke trukket inn i analyser og beregninger
- Endringer i forbruksrater er drøftet men det er ikke beregnet konsekvenser av slike endringer

Det presenteres et alternativ 2 som viser kapasitetsbehov for døgnplasser og poliklinikkrom forutsatt en lavere effekt av overføring av aktivitet til kommunehelsetjenesten og omstilling fra døgnbehandling til dagbehandling.

Det vises ellers til notatet i vedlegg 4 om begrepsavklaringer, datagrunnlag og metoder.

5.2 Begreper og definisjoner

De viktigste begrepene som brukes i rapporten er definert i vedlegg 4.

5.3 Modeller og verktøy

Modeller, analyseverktøy og arbeidsmetoder som benyttes i dette prosjektet er beskrevet i følgende dokumenter som er uttrykte vedlegg til rapporten.

- Beskrivelse av "Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus" V1.0, januar 2013
- Veileder for bruk av "Fremskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus", desember 2013
- Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, V3.2.1, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging desember 2013

En nærmere redegjørelse for hvordan disse metodene og verktøyene er benyttet er oppsummert i vedlegg 4.³⁰ Når det ansees viktig for tolking av analyseresultater er det tatt inn kommentarer om metoden og eventuelle usikkerhet for resultatene i den løpende teksten.

5.4 Datagrunnlag

De metodene og verktøyene som er brukt forutsetter tilgang til følgende datagrunnlag som er innhentet fra de aktuelle kildene:

- Aktivitetsdata 2012 for somatikk og 2013 for PHV/TSB fra NPR eller fra HF og på et format tilsvarende NPR-meldingen. Avvik fra dette er redegjort for i vedleggene. Dataene disponeres av HSØ RHF som har hatt ansvaret for tilrettelegging av data i tabellformat basert på spesifikasjoner fra SINTEF. For PHV/TSB har HSØ RHF hatt tilgang til et begrenset datasett som er supplert med data i tabellformat fra HF.
- Befolkningsprognoser fra SSB. Det er benyttet to alternative fremskrivninger basert på midlere verdier for alle faktorer (MMMM) og høy verdi for innvandring (MMM^H). Det er valgt prognoser for utvikling til 2020, 2025 og 2030.
- Data om operasjonsaktivitet fra HF-enes operasjonsregister i tillegg til NPR-data.

³⁰ Notat om datagrunnlag, metoder, analyseverktøy og metoder, SINTEF datert 15. august 2014

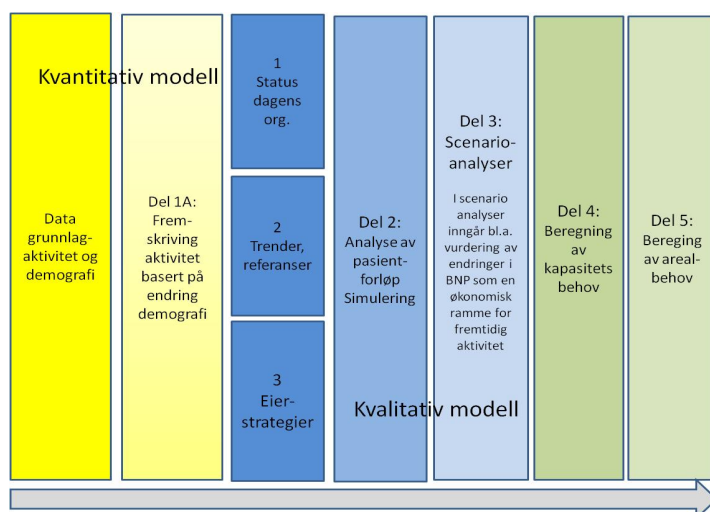
- Data om dagens kapasitet i dagens sykehus iht Klassifikasjonssystem for sykehusbygg.³¹ Data er registrert av HF-ene i samarbeid med Multiconsult. SINTEF har bidratt kvalitetssikring av data.
- Aktivitetsdata fra NPR for perioden 2002 til 2012 i tabellformat på grunnlag av spesifikasjoner fra SINTEF. Befolkningsdata fra SSB for samme periode. Det har gitt grunnlag for beskrivelse av trender. For PHV/TSB bygger trendene på data fra 2008 til 2013.
- Prognose for utvikling av BNP fra 2013 til 2030 fra SSB.

Det vises ellers til vedlegg 4.

5.5 Fremskrivingsmodell

Beregning av forventet aktivitet følger 3 trinn som er beskrevet nedenfor.

Fremskrivingsmodellen.



2

Figur 2Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus

5.5.1 Demografiske fremskriving – kvantitativ modell

Kvalitativ fremskriving bygger på fremskrivingsmodellen for aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus som eies av de regionale helseforetakene. Modellen er beskrevet i veilederen for bruk av modellen^{32,33}. Arbeidet med videreutvikling modellen som er gjort på grunnlag er erfaringene fra dette prosjektet beskrives i egen rapport.

På grunn av ulik kvalitet på datagrunnlaget er det benyttet forskjellig metodikk for fremskriving av den somatiske aktiviteten og aktiviteten innenfor PHV/TSB. Dette er omtalt i vedlegg 4. Fremskrivingen er utført av HSØ RHF under veiledning av SINTEF. Det kan ligge usikkerhet i resultatet pga. begrenset informasjon i datasett og detaljnivå.

³¹ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, v 3.1.2 Helsedirektoratet september 2013

³² Veileder for bruk av "Fremskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus", Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, desember 2013

³³ Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, januar 2013

5.5.2 Fremskrivning kvalitativ modell

Den kvantitative fremskrivningen viser konsekvenser av den demografiske utviklingen for fremtidig aktivitet i sykehusene på fremskrivningstidspunktet. Resultatet legges til grunn for beregning av effektene av endringsfaktorene som gjennomgås i pasientforløpsanalysene og scenarioberegningene. Hvilke endringsfaktorer som er brukt og effekten av dem er beskrevet i vedlegg 4.

Pasientforløpsanalyser

Gjennomføring av pasientforløpsanalyser for somatikk er beskrevet i vedlegg 2 Pasientforløpsanalysene somatikk Helse Sør-Øst RHF, underlagsanalyser for Aktivitets- og kapasitetsanalyser fram mot 2030 og i vedlegg 3 Delrapport for PHV/TSB.

Scenarier

Dette gjelder faktorer som ikke kan knyttes direkte til endringer for en pasientgruppe eller en tjeneste, men som antas å ha betydning for det samlede, fremtidige forbruket og hvordan tjenestene organiseres og kan også omfatte forhold som eier kan styre. I modellen omtales dette som "scenariobeskrivelser" eller "scenarioberegninger".

Det er gjort scenarioberegninger for:

- Alternativ befolkningsutvikling, beregninger av konsekvenser av høy faktor for innvandring.
- Forhold som påvirker tilbud og/eller etterspørsel av spesialisthelsetjenester. Forutsetninger om endringer i teknologi og andre endringer som påvirker pasientrollen, befolkningens forventninger oa.

Forskjeller i forbruksrater er påvist og ulikhetene er drøftet men det har ikke vært grunnlag for å legge inn ulike forutsetninger om forbruksrater og beregne konsekvenser av dette. Oppgavefordeling og pasientstrømmer mellom SO/HF er dokumentert og inngår i av drøftinger og anbefalinger.

5.5.3 Bruk av trendanalyser

For å beskrive utviklingstrender innen somatisk virksomhet er det hentet inn aktivitetsdata fra NPR for perioden 2002-2012 for Norge og for Helse Sør-Øst. Avhengig av problemstilling kan det brukes forskjellige tidslinjer for å beskrive eller analysere utviklingstrender. Det legges til grunn at data fra de siste 10 år gir et tilstrekkelig grunnlag for å vise en reell utvikling³⁴. For PHV/TSB har det ikke vært pålitelige aktivitetsdata tilgjengelig fra før 2008. Utviklingen innenfor disse tjenesteområdene er derfor mer usikre.

Utviklingstrender er fremstilt som figurer. For å fange opp forskjeller knyttet til befolkningsvekst og alderssammensetning, er utviklingen i aktivitetsdata beregnet både totalt og pr 1 000 innbyggere. Analysene viser relative endringer fra år 2002 (100 %) for somatikk. PHV/TSB er år 2008 100 %. Utviklingen illustreres som prosentvise endringer i forhold til dette utgangspunktet.

Ved bruk av regresjonsanalyse er trendene forlenget fra 2012 til 2030. Dette illustrerer en tenkt utvikling forutsatt at de faktorer som ligger til grunn for den reelle utviklingen fra 2002 til 2012, er aktive på samme nivå fra 2013 til 2030.

5.6 Beregning av kapasitetsbehov

Vedlegg 4 beskriver modellen for beregning av kapasitetsbehov og hvordan begrepet kapasitet er avgrenset. For beregning av kapasitetsbehov er det tatt utgangspunkt i to alternative modeller for utnyttelsesgrader vist i

³⁴ Palacios-Ceña, D., V. Hernández-Barrera, et al. (2013). "Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001–2009) in elderly people? A Spanish population-based survey." *Maturitas* 76(4): 326-333.

Vegda, K., J. X. Nie, et al. (2009). "Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice." *BMC Health Services Research* 9(1): 217.

Wong, A., B. Wouterse, et al. (2012). "Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: Findings and implications." *Social Science & Medicine* 74(2): 263-272.

tabell 1. Utnyttelsesgradene er de samme som er benyttet i flere utbyggings- og utviklingsplaner. Det kan benyttes alternative utnyttelsesgrader (scenarier) som gir alternative krav til kapasitet og dermed arealer og bygg.

Utnyttelsesgrader i sykehusprosjekter fastsettes av prosjekteier. Ved fastsettelsen må det tas hensyn til driftsmodellen for enheten og byggenes egnethet. Det bør derfor brukes differensierte utnyttelsesgrader for fagområder og enheter ved vurdering av kapasitetsbehov i konkrete prosjekter.

Tabell 1 Oversikt over utnyttelsesgrader benyttet i prosjektet, basis utnyttelsesgrad og høy utnyttelsesgrad

Basis kapasitetsutnyttelse					
Kapasitetsbærende rom	%-vis utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Tid per aktivitet minutter	%-vis andel dagtid
Døgnplass					
Normalseng	85 %				
Observasjonsplass	75 %				
Pasienthotellseng					
Dagplass		230	8	240	100 %
Poiklinikkrom		230	7	45	95 %
Operasjonsrom		230	8	90-180	80-100 %
Høy kapasitetutnyttelse					
Døgnplass					
Normalseng	90 %				
Observasjonsplass	80 %				
Pasienthotellseng	75 %				
Dagplass		240	10	240	100 %
Poiklinikkrom		240	10	45	95 %
Operasjonsrom		240	10	90-180	90 %

Tabell 2 gir en oversikt over hvilke utnyttelsesgrader som er brukt i noen prosjekter. "Basis utnyttelsesgrad" er brukt i St. Olavs Hospital fase 1, Nordlandssykehuset Bodø og Vesterålen, Universitetssykehuset i Nord Norge og Utviklingsplan for Sørlandet sykehus HF. I idéfasen for OUS HF brukes det 83 % utnyttelse for normalseng og 240 dager og 10 timer effektiv driftstid for operasjon. "Høy utnyttelsesgrad" er brukt i beregning av kapasitet ved Ahus HF, nytt østfoldsykehus og 2. byggetrinn for St. Olavs hospital, og det planlegges med det samme for det nye sykehuset i Vestre Viken HF. Det opplyses at HSØ RHF legger til grunn høy utnyttelsesgrad for sine prosjekter. I de beregninger som er gjort i denne delleveransen har SINTEF foreslått at basis utnyttelsesgrad lagt til grunn for beregning av fremtidig kapasitetsbehov, men effekter av høy utnyttelsesgrad er vist.

Tabell 2 Oversikt overs utnyttelsesgrader som har vært brukt i sykehusprosjekter

Bruk av utnyttelsesgrader i prosjekter og planer		
Prosjekt/HF	Basis utnyttelsesgrader	Høyere utnyttelsesgrader
St. Olavs hospital, 1. byggefase	X	
St. Olavs hospital, 2. byggefase		X
Ahus		X
Nytt østfoldsykehus		X
Nordlandssykehuset Bodø	X	
Nordlandssykehuset Vesterålen	X	
UNN	X	
OUS*	X	
Vestre Viken		X
Utviklingsplan Sykehuset Sørlandet	X	

* OUS har noe avvikende utnyttelsesgrader

5.7 Beregning av arealbehov

Beregning av arealbehov er en del av fremskrivingsmodellen. Slike beregninger benyttes i konkret planlegging og forutsetter at det foreligger arealstandarder og kartlagt areal i dagens bygg for sammenligning. Slike beregninger inngår ikke i dette prosjektet.

6 Aktivitet og kapasitet/kapasitetsbehov somatikk 2012 og 2030

I dette kapittelet gjennomgås aktivitet (2012) og kapasitet (2014) og fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for det somatiske virksomhetsområdet. Tabeller og drøftinger er på HSØ-nivå men det knyttet kommentarer til de enkelte HF/SO der det er naturlig. Til slutt i kapittelet omtales alle SO/HF basert på Delrapport 1 Kartlegging og analyser av helseforetak og sykehusområder, somatikk, Helse Sør-Øst, august 2014 og vedlegg 2 Pasientforløpsanalysene somatikk Helse Sør-Øst, underlagsanalyser for Aktivitets- og kapasitetsanalyser fram mot 2030. Det vises også til vedlegg 4 som beskriver datagrunnlag, analyser og beregninger og avgrensinger som er gjort samt usikkerheter.

6.1 Aktivitet 2012

Aktivitet 2012 for hele HSØ er grunnlag for vurdering av dagens virksomhet og kapasitet og beregning av fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov. I hovedstadsområdet hvor det er store pasientstrømmer mellom SO og HF er dette behandlet spesielt.

6.1.1 Døgnopphold

Tabell 3 viser fordeling av døgnopphold på øyeblikkelig hjelp (øhj) og elektiv behandling, og om behandlingen omfatter kirurgiske prosedyrer som krever operasjonsstue (kirurgisk DRG). Det angis om en poliklinisk konsultasjon er en førstegangskonsultasjon eller en kontroll. Denne detaljeringen er valgt for å kunne bruke fremskrevne aktivitetsdata som grunnlag for å vurdere potensialet for aktivitetsendringer. Det opplyses fra HF at tall som viser fordeling mellom polikliniske førstegangskonsultasjoner og kontroller er usikre på grunn av registreringspraksis.

Tabell 3 Registrert aktivitet 2012 for alle SO i HSØ RHF fordelt på HF/organisasjoner hvor pasientene behandles.

Aktivitet 2012 i alle HF Helse Sør-Øst									
Helseforetak	Døgnopphold	Øhj døgnopphold	% andel døgnopphold øhj	Kir DRG døgnopphold	% andel døgnopphold Kir DGR	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Poliklinisk konsult.
Oslo universitetssykehus HF	95 829	46 844	49 %	34 519	36 %	451 292	4,7	67 658	808 010
Akershus universitetssykehus HF	58 107	42 441	73 %	10 579	18 %	232 882	4,0	20 870	258 566
Diakonhjemmet	10 853	8 127	75 %	2 858	26 %	43 574	4,0	1 031	65 976
Lovisenberg	10 780	6 922	64 %	2 836	26 %	42 360	3,9	6 232	53 012
Sykehuset i Vestfold HF	34 065	22 853	67 %	7 742	23 %	131 678	3,9	29 142	207 292
Sørlandet sykehus HF	42 914	30 959	72 %	11 668	27 %	157 846	3,7	45 944	268 307
Sykehuset Innlandet HF	60 723	44 245	73 %	13 761	23 %	240 896	4,0	33 465	330 951
Sykehuset Østfold HF	39 818	33 136	83 %	7 853	20 %	137 978	3,5	24 226	199 328
Sykehuset Telemark HF	31 242	25 185	81 %	6 337	20 %	121 935	3,9	11 709	174 270
Vestre Viken HF	59 292	44 450	75 %	13 915	23 %	234 779	4,0	41 780	294 437
Sunnaas sykehus HF	2 787	0	0 %	0	0 %	43 189	15,5	10	3 285
Betanien hospital (Telemark)	1 900	318	17 %	340	18 %	7 446	3,9	340	21 815
Revmatismesykehuset Lillehammer	1 411	16	1 %	0	0 %	10 043	7,1	656	13 260
Martina Hansens hospital	2 951	71	2 %	2 027	69 %	14 298	4,8	2 860	29 265
Oslo kommunale legevakt	7 410	7 410	100 %	0	0 %	4 323	0,6	0	0
Sum	460 082	312 977				1 874 519		285 923	2 727 774

Andelen øhj døgnopphold i helseforetakene varierer. Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF har høyest andel med over 80 % øhj, mens OUS HF er lavest med 49 %. De fleste HF-ene ligger på 70-75 %. Andelen øhj har betydning for bl.a. utnyttelsesgraden for senger og for å forklare pasientstrømmer mellom SO og HF.

Andelen kirurgisk DRG gir en indikasjon på fordelingen mellom medisinske og kirurgiske pasienter, selv om det er mange kirurgiske pasienter som ikke blir operert. Ser man bort fra spesialsykehus som Martina Hansen hospital og de private, ideelle sykehusene, så har OUS HF en høy andel døgnopphold med kirurgiske DRG (36 %). Ahus HF ligger lavt med kun 18 % mens gjennomsnittet er på ca 25 %. Sammenholdt med andel øhj kan det indikere kapasitetsproblemer som reduserer mulighetene for inntak av elektive, kirurgiske pasienter. For OUS HF viser tallene at HF-et har stor aktivitet knyttet til elektiv virksomhet. Analyser av

pasientstrømmer viser at OUS HF mottar en stor andel elektive pasienter fra bl.a. Akershus SO. For å ha et bedre grunnlag for å beregne fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov er det innhentet lokale data fra HF-enes operasjonsregister.

Antall liggedager har gått ned med 340 000 fra 2002 til 2012 mens antall opphold har hatt en svak økning. Dette gir et fall i gjennomsnittlig liggetid for alle døgnpasienter i HSØ fra 5,5 dager i 2002 til 4,0 dager 2012 (eksklusiv private sykehus), som er litt lavere enn for Norge samlet (4,1). Dette er en reduksjon på 27 %. Innenfor HSØ har OUS HF den høyeste gjennomsnittlige liggetiden på 4,7 liggedager mens Sykehuset Østfold HF ligger lavest med 3,5 dager i snitt. Median liggetid var i 2012 2 dager for både øhj og elektive pasienter.

Forklaringer på ulikheter i gjennomsnittlig liggetid er sammensatt og tolkningen er usikker. Kort, gjennomsnittlig liggetid kan skyldes mange overføringer av pasienten mellom sykehus og effektiv samhandling med tidlig utskriving til kommunene. Effektiv organisering av akuttstrømmene med rask diagnostikk og bruk av akuttpoliklinikk, reduserer antallet korttidsliggere som fører til færre opphold med økt gjennomsnittlig liggetid. I Sykehuset Østfold HF er det registrert et høyt antall 0-dagsliggere.

Det er et stort antall øhj opphold innenfor diagnosegruppen R med median liggetid på 1 liggedag. Dette er pasienter som utskrives etter kort tid men uten at eventuelle sykdomstilstand er avklart. Antall pasienter innenfor disse gruppene har økt betydelig i de siste 10 årene. For aktivitet målt per 1 000 innbyggere er det en økning fra 2002-2012 for R-gruppen på 40 % for døgnopphold, 84 % for polikliniske konsultasjoner og 152 % for dagopphold. For Z-gruppen er det tilsvarende økning med 33 % for døgnopphold, 43 % for polikliniske konsultasjoner og 59 % for dagbehandling.

Tall for HSØ fra NPR 2012 viser at det i R-gruppen var 39 515 døgnopphold, 67 219 liggedager og 130 115 polikliniske konsultasjoner. Tilsvarende for Z-gruppen var det 484 142 polikliniske konsultasjoner. Til sammen utgjorde de 11,3 % av alle døgnopphold, 5,3 % av alle liggedager og 22,1 % av alle polikliniske konsultasjoner. Representanter fra HF-ene i arbeidsgruppen peker at det er usikker registreringspraksis for disse pasientgruppene.

6.1.2 Dagopphold og polikliniske konsultasjoner

Aktivitetsdata for dagopphold er usikre. Dette skyldes at registreringspraksis varierer mellom HF-ene og har endret seg over tid. For noen fagområder og prosedyrer (øye, hud, ØNH, lunge, abort) er koding endret fra dagbehandling til poliklinisk behandling. Dette har ført til et fall i dagopphold fra 2008/2009.

For sammenligning av aktivitet mellom SO/HF kan det være hensiktsmessig å slå sammen dagopphold og polikliniske konsultasjoner, men ved vurdering av kapasitetsbehov må man kunne beregne antall opphold/tjenester som krever en seng eller plass for pasienten under oppholdet, for hvile eller overvåking. Dette vil også gjelde for en del pasienter som er registrert som poliklinikk.

Andelen dagopphold i dag gir en indikasjon på hvor stort potensial et HF har for omstilling til dagbehandling i fremtid. Dette gjelder spesielt andelen dagkirurgi. Dette gjelder særlig for dagkirurgi hvor det er relevant å sette et mål for hvor stor andelen av behandlingen som kan gjennomføres uten innleggelse. Avhengig av fagområde kan 70 % av prosedyrene utføres som dagkirurgi. Medisinsk dagbehandling domineres av dialysebehandling og medikamentell behandling av infeksjoner, kreft, revmatologi og enkelte andre pasientgrupper. Kreftbehandling skjer i økende grad uten innleggelse. Endringer i behandlingstilbud har i praksis ført til økt bruk av dagbehandling ut over omstilling fra døgn til dag selv om dette ikke kan leses ut av tallene. En andel av den medisinske dagbehandlingen gis utenfor sykehuset (i kommunale institusjoner eller i hjemmet) og dette antas å øke i fremtiden.

Andelen av polikliniske konsultasjoner som er registrert som øhj varierer mellom HF-ene. Høyest ligger OUS HF og Sykehuset Telemark HF med henholdsvis 42 % og 30 %, mens de øvrige ligger rundt 10 %. Ulikheter kan skyldes ulik registreringspraksis men også organisering av poliklinikken knyttet til akuttmottak. Oslo SO har i tillegg en stor øhj-poliklinikk knyttet til den kommunale legevakten og private sykehus. Tallmaterialet gir ikke grunnlag for å gå nærmere inn på dette, men det er viktig tema for diskusjon om oppgavefordeling mellom HF og ander tjenestetilbydere, og ifm effektivisering av pasientstrømmen i akuttmottaket.

SO hvor de private har en omfattende rolle har hatt den sterkeste aktivitetsveksten innenfor poliklinisk virksomhet og dagbehandling. Dette kan skyldes økt tilgjengelighet. Hvis man legger til grunn en fortsatt økning i bruken av poliklinikk kan rollen til de private avtalespesialistene være en viktig faktor for planlegging av kapasiteten i sykehusene. Dette kan gjelde både omfang, fordeling på fag og lokalisering.

En poliklinisk konsultasjon registreres enten som førstegangskonsultasjon eller kontroll. Andelen kontroller varierer mellom HF-ene. Samlet for alle sykehusområdene er andelen kontroller på ca 47 %. Høyest ligger Sykehuset Telemark HF med 62 %, Sykehuset Innlandet HF og Akershus HF med 51 %. Høy andel kontroller kan indikere et potensiale for at deler av den polikliniske aktiviteten kan reduseres og/eller overføres til kommunehelsetjenesten. Kontroller kan forenkles ved at informasjon til (noen av) pasientene kan gis telefonisk eller med SMS eller e-post i stedet for oppmøte, og tilrettelegging for nye rutiner på dette område kan være et viktig tiltak for å dempe veksten i av får gjennomført sine kontroller på sykehuset når det ikke er faglig påkrevet.

6.1.3 Operasjoner

Aktivitetsdata fra HSØ RHF for opphold og polikliniske konsultasjoner med kirurgisk DRG viser at det 2012 ble gjennomført ca. 214 000 operasjonsstuekrevene prosedyrer i helseforetakene og de private ideelle sykehusene i HSØ. Da er friske nyfødte (DRG 390, 391), samt prosedyrekodene 112x for PCI og 115x for pacemakere og defibrillatorer ikke medregnet.

Tabell 4 Aktivitet operasjon, sortert på Kirurgisk DRG, HSØ i 2012, fordelt på HF

Aktivitet opphold og polikliniske konsultasjoner med Kir DRG, eks friske nyfødte og prosedyrekoder 112xx og 115xx, HSØ 2012				
Helseforetak	Døgnopphold 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Totalt 2012
Akershus universitetssykehus HF	10 579	188	8 870	19 637
Betanien hospital (Telemark)	340	239	2 101	2 680
Diakonhjemmet	2 858	638	1 111	4 607
Lovisenberg	2 836	3100	77	6 013
Martina Hansens hospital	2 027	2495	102	4 624
Oslo universitetssykehus HF	34 519	13468	6 402	54 389
Sykehuset i Vestfold HF	7 742	6575	692	15 009
Sykehuset Innlandet HF	13 761	12473	4 150	30 384
Sykehuset Telemark HF	6 337	4106	2 274	12 717
Sykehuset Østfold HF	7 853	7189	1 324	16 366
Sørlandet sykehus HF	11 668	8647	1 332	21 647
Vestre Viken HF	13 915	9775	2 240	25 930
Total	114 435	68893	30 685	214 003

6.1.4 Intensiv

Aktivitetsdata for intensiv er ikke registrert separat men inngår som en del av totalt antall liggedager for det enkelte HF og SO. Aktivitetsregistrering for intensivpasienter er usikker og norsk intensivregister har mangler når det gjelder registrering av pasienter som har behov for en intensivplass³⁵.

Fagutvalget for intensivmedisin i HSØ har nylig levert rapporten "Intensivkapasitet i Helse Sør-Øst", der dagens aktivitet og kapasitet er kartlagt. Det er tatt hensyn til de vurderinger som er gjort i denne rapporten ifm kapasitetsberegningene.

6.1.5 Diagnostikk

Som omtalt i pkt 5.1 og i vedlegg 4 så inngår ikke aktivitet innenfor diagnostiske enheter som bildediagnostikk og laboratorier i analysene. Aktivitetsdata for radiologi inngår ikke i datasettet fra NPR. På grunn av endringer i kodeverk fra NORACO til NCPR i 2010/2011 er det vanskelig å følge aktivitetsendringer tilbake i tid. Data er usikre og det er ingen erfaring når det gjelder bruk av de NCPR-kodene for aktivitet, som grunnlag for vurdering av kapasitetsbehov.

Laboratoriekapasitet er i like stor grad knyttet til teknologi og bemanning som til rom. Informasjon om dette må hentes fra det enkelte HF, noe det ikke har vært anledning. Dette bør følges opp med analyser av enkelte prosjekter eller HF. Det tas også opp som et punkt ifm utvikling av modellen og det bør gjennomføres egne studier på aktivitet og kapasitetsbehov for bildediagnostikk og laboratorievirksomhet.

6.1.6 Aktivitet hos private tjenesteytere

Aktiviteten hos private, kommersielle sykehus på landsbasis økte med 12 % samlet for døgnopphold, dagopphold og poliklinikk fra 2011 til 2012.³⁶ Aktiviteter er imidlertid svært begrenset og om veksten fortsetter i samme omfang vil det ha liten betydning for de offentlige sykehusene.

I 2012 kom ca 32 % av inntektene hos de private sykehusene (inkludert rehabiliteringsinstitusjoner) fra det offentlige. Det var en nedgang på ca 10 % fra 2008. Lokalt kan etablering av nye, kommersielle sykehus få betydning forutsatt at muligheter for fritt behandlingsvalg og endrede finansieringsordningene påvirker pasientstrømmene. Planene om et privat sykehus på Gardermoen kan ha betydning for utvikling av tjenestetilbudet i hovedstadsområdet.

6.2 Kapasitet (2014) og kapasitetsbehov (2012)

I HF-ene er det en rask utvikling i aktivitet og med en tilpassing av kapasitet. En sammenligning av kapasitetsbehov basert på aktivitet 2012 med registrert kapasitet i 2014 kan derfor gi et skjevt bilde av kapasitetssituasjonen i noen sykehus.

6.2.1 Registret kapasitet 2014

Tabell 5 viser registrert kapasitet 2014 fordelt på døgnplasser, dagplasser og poliklinikkrom. Kapasitetstallene er innhentet fra HF-ene og klassifisering av rom/plasser følger Klassifikasjonssystem for sykehusbygg.³⁷ Registreringen er gjort i perioden høst 2013 til august 2014. Tallene viser den fysiske kapasiteten man hadde på registreringstidspunktet. I praksis skal bare de rom og plasser som er i bruk til den aktuelle funksjonen telles med. Det er ikke korrigert for redusert utnyttelse som skyldes organisering, feriestengninger, bemanningsproblemer, byggets egnethet oa. Dette kan variere i stor grad mellom HF og sykehusenheter. Det er noe usikkerhet knyttet til tallene.

³⁵ Norsk intensivregister. Årsrapport for 2012 (innleggelser på intensiv i tidsrommet 01.01.12.-31.12.12.) plan for forbedringstiltak, 20.november 2013

³⁶ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012

³⁷ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg versjon, v 3.1.2 Helsedirektoratet september 2013

Det er begrensede opplysninger om hvordan dagens kapasiteter blir utnyttet i sykehusene, spesielt gjelder dette bruk av dagplasser og poliklinikkrom. Studier ved Sørlandet sykehus HF har vist at de har 4-5 timers effektiv driftstid i poliklinikkene. Registrering av kapasitet for HSØ som ble gjennomført i 2008 viste at mange sykehus hadde en kapasitetsutnyttelse på ca 50 % for poliklinikkrom.³⁸ Beregningene brukte utnyttelsesgrader tilsvarende det som benevnes basis kapasitetsutnyttelse.

Enkelte HF kan vise til at med deres driftsmodell (mange små og spesialisert enheter) og dagens bygningsmasse (liten andel ensengsrom, lange avstander mellom enheter, mange og spredt plasserte poliklinikker), er det vanskelig å oppnå god utnyttelse av kapasiteten. Små sykehus med liten aktivitet og bemanningsproblemer har problemer med å oppnå en høy utnyttelse av rommene. I eldre bygg vil det være registrert kapasitet i deler av bygget som ikke er egnet for den aktuelle virksomheten, men rommene er i bruk fordi man ikke har andre muligheter.

Tabell 5 Oversikt over registrert kapasitet 2014

Oversikt over registrert kapasitet 2014			
Helseforetak	Døgnplasser totalt	Dagplasser	Poliklinikkrom
Akershus universitetssykehus HF	677	123	160
Oslo universitetssykehus HF	1680	57	444
Diakonhjemmet	212	16	46
Lovisenberg	151	0	42
Sykehuset i Vestfold HF	439	2	177
Sykehuset Innlandet HF	861	26	287
Sykehuset Telemark HF	513	5	82
Sykehuset Østfold HF	455	103	132
Sørlandet sykehus HF	744	171	277
Vestre Viken HF	906	8	255
Sum institusjoner "sørge for-ansvar"	6638	511	1902
Sunnaas sykehus HF	159	0	11
Oslo kommunale legevakt	0	0	0
Martina Hansens hospital	92	0	12
Revmatismehuset Lillehammer	40	0	18
Betanien hospital, Telemark	35	0	31
Sum spesialinstitusjoner	326	0	72
Totalt HSØ	6964	511	1974

Tallene i tabellen inkluderer alle aktiviteter uavhengig av bosted. Kapasitetstall for Oslo kommunale legevakt er ikke kartlagt.

6.2.2 Beregnet kapasitetsbehov 2012

Tabell 6 viser aktivitet og beregnet kapasitetsbehov i HSØ RHF i 2012 per HF, for døgnplasser, dagplasser og polikliniske konsultasjonsrom. Basis kapasitetsutnyttelse ligger til grunn, men ved bruk av en høy kapasitetsutnyttelse reduseres kapasitetsbehovet med ca 5 % for døgnplasser, 20 % for dagplasser og 32 % for polikliniske konsultasjonsrom.

³⁸ Kartlegging av aktivitet, kapasitet og arealer ved sykehusene i Helse Sør-Øst RHF, SINTEF juni 2009

Tabell 6 Oversikt over aktivitet og beregnet kapasitetsbehov 2012 for alle HF i HSØ

Aktivitet og kapasitetsbehov 2012 i alle HF Helse Sør-Øst, basis utnyttelsesgrad						
Helseforetak	Liggedager 2012	Kapasitetsbehov døgnplasser	Dagopphold 2012	Kapasitetsbehov dagplasser	Poliklinisk konsult. 2012	Kapasitetsbehov poliklinikkrom
Oslo universitetssykehus HF	451 292	1 456	67658	147	808010	396
Akershus universitetssykehus HF	232 882	751	20870	45	258566	127
Diakonhjemmet	43 574	141	1031	2	65976	32
Lovisenberg	42 360	137	6232	14	53012	26
Sykehuset i Vestfold HF	131 678	425	29142	63	207292	102
Sørlandet sykehus HF	157 846	509	45944	100	268307	132
Sykehuset Innlandet HF	240 896	777	33465	73	330951	162
Sykehuset Østfold HF	137 978	445	24226	53	199328	98
Sykehuset Telemark HF	121 935	393	11709	25	174270	85
Vestre Viken HF	234 779	757	41780	91	294437	144
Sum inst. med sørge for-ansvar	1 795 220	5 791	282 057	613	2 660 149	1 305
Sunnaas sykehus HF	43 189	139	10	0	3285	2
Betanien hospital (Telemark)	7 446	24	340	1	21815	11
Revmatismesykehuset Lillehammer	10 043	32	656	1	13260	7
Martina Hansens hospital	14 298	46	2860	6	29265	14
Oslo kommunale legevakt	4 323	14	0	0	0	0
Sum spesialinstitusjoner	79 299	256	3 866	8	67 625	33
Sum totalt	1 874 519	6 047	285 923	622	2 727 774	1 338

En stor del (ca 30 %) av den polikliniske virksomheten i HSØ utføres av private avtalespesialister. Andelen varierer mellom SO-ene. Forutsatt en driftstid på 230 dager og 7 timer per dag ville denne aktiviteten i 2012 gi et kapasitetsbehov på over 500 poliklinikkrom i sykehusene.

Ved å sette dagens kapasitet (2014) opp mot det beregnede kapasitetsbehovet (2012) basert på dagens aktivitet, får man et bilde av hvordan kapasiteten og arealene i sykehuset blir utnyttet (kapasitetsbalanse, arealeffektivitet). Det har vært en økning i aktivitet for poliklinikk og dagbehandling og fall i antall liggedager fra 2012 til 2014. Det indikerer at kapasitetsbehovet for poliklinikkrom og dagplasser er høyere i 2014 enn i 2012 og at behovet for senger er noe lavere. Det er i utgangspunktet god kapasitet på poliklinikkrom, sengerom er tilnærmet i balanse men det er underkapasitet på dagplasser.

En analyse på et overordnet nivå gir et generelt bilde av balansen mellom faktisk kapasitet og beregnet kapasitetsbehov. Lokalt på det enkelte sykehuset må man ta hensyn til organisering av avdelinger og virksomheter, lokalisering av enheter og byggets kvalitet og egnethet. En kartlegging som ble gjort i 2009³⁹ viser at andelen ensengsrom var 30 % eller lavere for alle sykehusene, med unntak av Ringerike (82 %) og Ahus HF (42 %). Dette begrenser mulighetene for å ha en høy, gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse på senger. Ved vurdering av behov for utvikling av organisasjonen og investeringer i bygg er det viktig å ta hensyn til de lokale, virksomhets- og bygningsmessige forholdene.

6.2.3 Kapasitetsbehov intensiv

SINTEF har benyttet den såkalte Walesmodellen for å beregne kapasitetsbehov for intensivplasser. Denne modellen er beskrevet i underlaget til pasientforløpeanalysen (vedlegg 2). I Walesmodellen legges befolkningsdata til grunn for beregning av kapasitetsbehovet. I noen prosjekter/analyser beregnes behovet for intensivsenger som en andel av normalsenger. Andre planleggingsmetoder for intensivkapasiteter viser til at fra 4 % til 6 % av all sengekapasitet kan knyttes til intensivfunksjoner.⁴⁰

³⁹ Kartlegging av aktivitet, kapasitet og arealer ved sykehusene i Helse Sør-Øst RHF, SINTEF juni 2009

⁴⁰ Wild C, Narath M. Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand. Health Policy 2005; 71: 289-301.

I modellene tas det ikke hensyn til forskjeller i sykehusenes oppgaver og pasientsammensetning ved vurdering av behovet for intensivplasser. I tillegg til den generelle modellen for kapasitetsberegninger bør det gjøres analyser av kapasitetsbehov for det enkelte sykehuset. Som eksempel vil den relative andelen intensivsenger være høyere ved OUS HF med region- og landsfunksjoner enn et områdesykehus.

Tabell 7 Beregnet behov for intensivplasser og tunge overvåkingsplasser (intermediær) i HSØ i 2012 basert på Walesmodellen og sammenlignet med modeller med prosent av totalt ant senger

Sykehus område, 2012	Antall innbyggere	"Wales modell"						Beregning basert på % andel av alle normalsenger			
		Antall intensiv plasser			Antall intermediær senger			Antall effektive senger*	Antall intensiv senger, 6,1% andel av antall senger	Antall intensiv senger, 4,1% andel av antall senger	Differanse mellom Wales modellen og % andeler (6,1%)
		1 intensiv enhet	3 intensiv enheter	5 intensiv enheter	1 intensiv enhet	3 intensiv enheter	5 intensiv enheter				
Akershus SO	471661	37	45	48	65	76	82	650	40	27	-8
Innlandet SO	392917	31	38	40	54	64	68	814	50	33	10
Oslo SO	508168	40	49	52	70	82	88	1754	107	72	55
Sørlandet SO	285819	22	27	29	39	46	50	562	34	23	5
Telemark/Vestfold SO	391186	31	38	40	54	63	68	877	53	36	14
Vestre Viken SO	457844	36	44	47	63	74	80	748	46	31	-1
Østfold SO	277664	22	27	28	38	45	48	421	26	17	-3
SUM Helse Sør Øst	2785259	217	267	284	384	451	485	5826	355	239	71
*effektive senger, data hentet fra SAMDATA2012											

I beregningene i tabell 7 skiller det ikke mellom intensiv tunge overvåkingsplasser. Tabellen viser store variasjoner mellom SO-ene i beregnet behov ved bruk av de ulike modellene.

Det er gjennomført egne møter med representanter for fagutvalget for intensiv i HSØ RHF om kapasitet og metode. Det presiseres at god bemanning og kompetanse er den viktigste forutsetningen for denne funksjonen. Fysisk tilrettelegging med mulighet for fleksibel bruk gjennom samlokalisering av intensivplasser og tunge overvåkingsplasser, kan styrke elastisiteten ved aktivitetssvingninger som er vanlig i slike enheter.

Rapporten "Intensivkapasitet i Helse Sør-Øst" har i sin kartlegging av dagens kapasitet inndelt intensivsengene i nivå og om sengene er bemannet. Rapporten viser at det i dag er 150 bemannende intensivsenger i kategori III i HSØ Fagutvalget for intensivmedisin i HSØ har nylig levert", der dagens aktivitet og kapasitet er kartlagt. Når kapasitetsbehovet beregnes på grunnlag av befolkning (Walesmodellen) får man et kapasitetsbehov på mellom 217 og 248 intensivsenger.

6.3 Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030

Flere faktorer antas å føre til vekst i helsekostnader og de viktigste antas å være demografisk utviklingen, utvikling i medisinsk teknologi og utviklingen i BNP. På grunnlag av studier fra OECD og EU konkluderer Helsedirektoratet i en rapport med at helsekostnadenes andel av BNP i Norge vil øke i de kommende tiårene. Den medisinsk-tekniske utviklingen vil forklare 80-85 prosent av veksten i helsekostnader, mens den demografiske utviklingen vil stå bak 15-20 prosent^{41 42}. Vi legger derfor til grunn at den medisinsk-tekniske utviklingen⁴³ har større betydning for endringer i det fremtidige kapasitetsbehov, enn den demografiske utviklingen.

Det er usikkert hvordan veksten i helsekostnader vil fordele seg mellom psykiske helsevern/TSB, og somatisk virksomhet, mellom ulike tjenesteområder (døgn, dag, poliklinikk), og mellom ulike

⁴¹ OECD - ECO/WKP (2006) 5 PROJECTING OECD HEALTH AND LONG-TERM CARE EXPENDITURES: WHAT ARE THE MAIN DRIVERS? ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS No. 477

⁴² Helsedirektoratet IS 2142 - Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader En gjennomgang av aktuell kunnskap

⁴³ I SINTEF sine beregninger og analyser innbefatter begrepet og endringsfaktoren "Medisinsk og teknologisk utvikling" også begrepene "Endring i tilbud og forventninger", "Omstilling fra døgnbehandling til ambulant, poliklinikk og dagbehandling", "Effektivisering av pasientforløp" og "IKT og eHelse".

kostnadselementer (bemanning, utstyr, bygg etc.). Det er derfor komplisert å anvende veksten i helsekostnader direkte som grunnlag for å beregne et fremtidig kapasitetsbehov knyttet til bygg.

Modellen for aktivitetsfremskrivning er beskrevet i vedlegg 4 og følger reglene i modell for fremskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus.⁴⁴ Aktivitetsfremskrivningen gjennomføres i 3 trinn:

1. Trinn 1 er en demografisk fremskrivning basert på aktivitet og befolkningsstatistikk i basisåret og prognoser for befolkningsutvikling til året for den aktuelle planhorisonten.
2. Deretter gjennomføres en pasientforløpsanalysene som korrigerer den demografisk fremskrevne aktiviteten. Utgangspunktet for korrigeringen er endringsfaktorer som påvirker pasientforløpene for utvalgte pasientgrupper.
3. Til slutt analyseres scenarier for endringer som ikke inngår i pasientforløpsanalysene. Disse scenarioanalysene gjør det mulig å vurdere hvordan resultatet fra demografisk fremskrivning og omstilling kan korrigeres.

6.3.1 Trender

Prognosene for fremskrevet aktivitet må sees i sammenheng med, og som en videreføring og korrigerer av den utviklingen man har hatt i de seneste årene. I tillegg til basisåret 2012, som gir kunnskap om status og potensiale for endring, så viser trendbeskrivelsene utvikling frem til dette tidspunktet. I dette prosjektet benyttes NPR-data fra 2002 til 2012 som grunnlag for å beskrive trenden for somatikk. For PHV/TSB benyttes tall fra 2008-2013. Det er ikke gjennomført analyser av underliggende endringene som har ført til denne utviklingen, men sammen med analyse av endringsfaktorer knyttet til konkrete pasientforløp, styrker trendbeskrivelsen grunnlaget for framskrivningene. Det er påvist endringer i koding i perioden som har påvirket aktivitetstallene for noen pasientgrupper. Det antas at dette ikke gir et uriktig bilde av trendutviklingen på et aggregert nivå.

På grunnlag av data for somatikk for trendperioden er det beregnet en ekstrapolering av trenden fra 2012 til 2030. Dette viser utvikling i aktivitet fra 2012 til 2030 forutsatt at de samme endringsfaktorer som har påvirket utvikling fra 2002 til 2012 også er aktive på samme nivå frem mot 2030.

Utvikling for aktivitetsområder

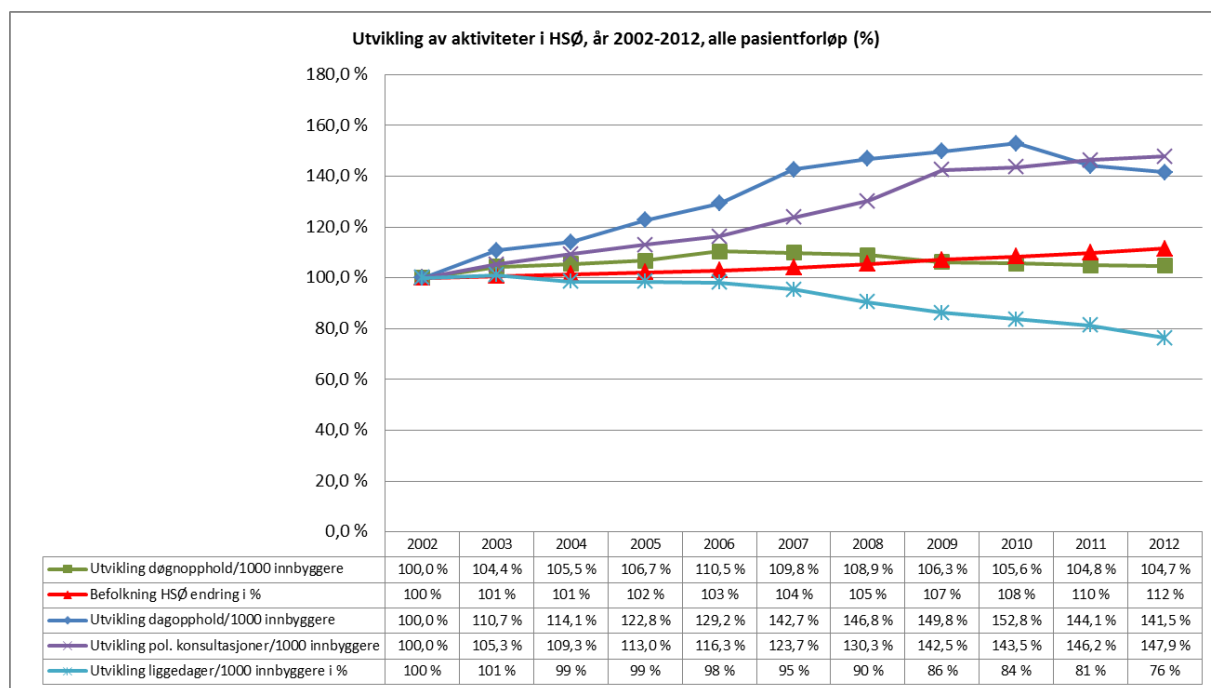
Figur 3 viser befolkningsutviklingen og utvikling i aktivitetsområdene i sykehusene i perioden 2002 til 2012.

Befolkningsøkningen i Norge er på ca 10 % i perioden mens den samlede aktiviteten har økt med 53 %. I HSØ var befolkningsøkningen på 12 % mens den samlede aktiviteten økte med 56 %.

En oppdeling av aktiviteter i de enkelte aktivitetsområdene samt liggedager (figur 3) viser at mens poliklinikk og dagbehandling har en sterk økning i hele perioden, så har det vært en langvarig og markant nedgang i liggedager. For døgnopphold har det vært en svak økning gjennom perioden sett under ett, men det var en nedgang fra 2005 til 2012. Den sterke veksten for alle kontakter i sykehusene skyldes dermed vekst i forbruk av dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Tall som viser utvikling i dagopphold er usikre og skillet mellom dagopphold og poliklinisk behandlingen er i praksis uklare. Det kan derfor være hensiktsmessig å se dagbehandling og poliklinikk under ett.

⁴⁴ Modell for fremskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, januar 2013



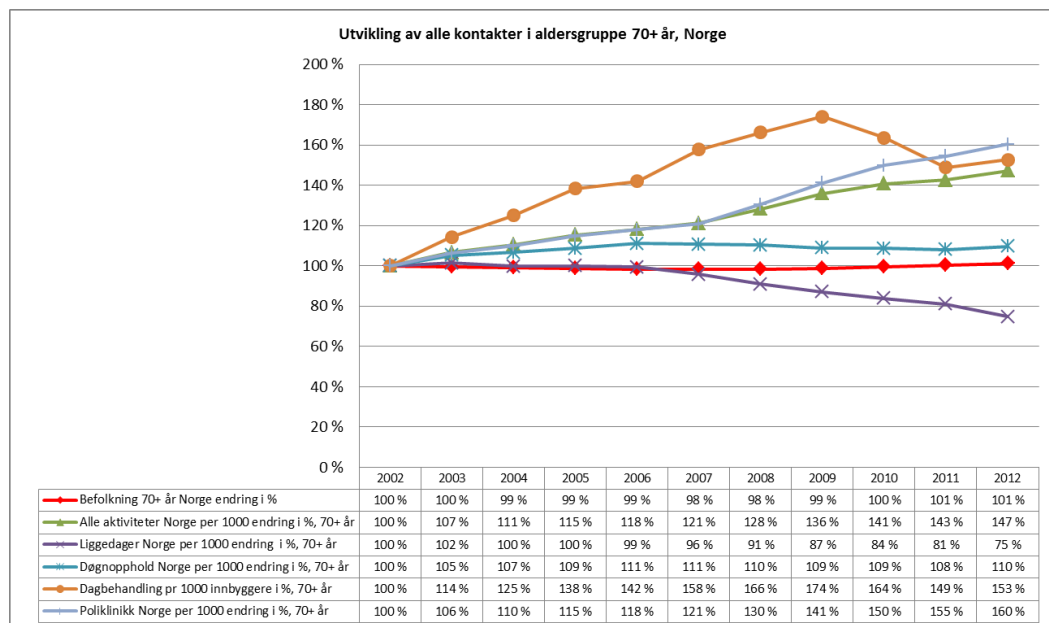
Figur 3 Utvikling for døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2002-2012 for HSØ, somatikk

Nedgangen i liggedager som har vært jevn fra 2005, kan forklares både med nedgang i antall opphold samt at hvert opphold har kortere liggetid (reduisert gjennomsnittlig liggetid). Forklaringen på reduksjon i antall døgnopphold (og dermed antall liggedager) kan være overføring til dagbehandling og/eller at aktivitet er overført til kommunehelsetjenesten som er målet med samhandlingsreformen. Reduksjon i liggetid for innlagte pasienter kan forklares ved at pasientforløpet effektiviseres (f.eks. kort pre-operativ liggetid, effektiv informasjonsflyt oa), eller ved tidligere utskrivning til kommunen eller hjemmet. Fra 2011 har det vært en markant nedgang i liggedager for utskrivningsklare pasienter. Det har over flere år pågått en overføring av døgntil dagbehandling noe som både faglig og ressursmessig er en god løsning. Det er derfor en sammenheng mellom nedgangen i døgnopphold/liggedager og økning i dagopphold/poliklinikk.

Utvikling for aldersgrupper

Den relativt sterke økningen i dagopphold og polikliniske konsultasjoner fra 2002 til 2012 gjelder for alle aldersgrupper, og det har vært en betydelig økning også i de yngste gruppene. For gruppen 0-18 år har det vært en svak nedgang i døgnopphold men en betydelig nedgang på 22 % for liggedager per 1 000 innbyggere. Dette gir en reduksjon i den gjennomsnittlige liggetiden.

Fra 2002 til 2012 har det i praksis ikke vært noen endring av betydning i antall eldre over 70 år, men det har vært en markant forbruksvekst på 53 % for dagopphold og 60 % for poliklinikk. Forbruksmønsteret er det samme for denne gruppen som for hele befolkningen: Liggedager og døgnopphold går ned og dagbehandling og poliklinikk øker.



Figur 4 Utvikling for døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2002-2012 for Norge, aldersgruppe 70 +, somatikk

Oppsummert ser vi at aktivitetsveksten for poliklinikk og dagopphold har vært vesentlig større enn det som kan forklares med endringer i befolkningen (antall og aldersfordeling). Døgnopphold hadde en svak økning på samme nivå som befolkningsutviklingen frem til 2006 for deretter å synke. Antall opphold i 2012 var bare 4 % høyere enn i 2002. Antall liggedager går kraftig ned, særlig fra 2006/2007. Økning i den polikliniske aktiviteten har vært sterk i hele perioden men med en markant økning fra 2007.

Fra 2009 har det vært et fall i antall registrerte dagopphold. Dette skyldes endring i registreringspraksis for bl.a. fagområdene øyepasienter, hudpasienter og kjemoterapi. Fallet var sterkest for gruppen 70 + som er overrepresentert i noen av disse pasientgruppene.

Tallene som ligger til grunn for trendbeskrivelsen omfatter ikke poliklinisk aktivitet hos privatpraktiserende spesialister. I 2012 ble det gjennomført ca 1,2 millioner konsultasjoner hos privatpraktiserende avtalespesialister i HSØ. Dette gir et høyere totalt forbruk av poliklinikk og dagbehandling per 1 000 innbyggere men har trolig mindre betydning for utviklingen fra år til år.

Utvikling for pasientgrupper

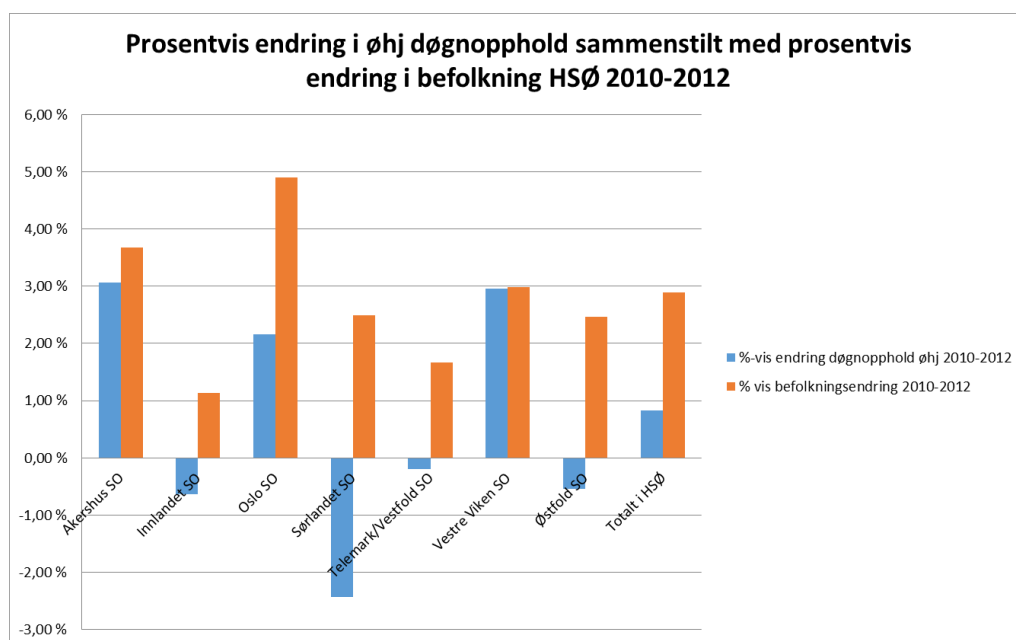
Det har vært en markert nedgang i døgnopphold og liggedager for de store pasientgruppene kreft og iskemiske hjertesykdommer. Den største økningen finner man innfor gruppene endokrine sykdommer og pasienter med R og Z⁴⁵ – diagnoser. De to siste omfatter pasienter som blir skrevet ut uten at sykdomstilstand er endelig avklart. Døgnopphold innenfor diagnosegruppe R omfatter øhj pasienter med en median liggetid på 1 liggedag og at hovedtyngden av disse pasientene har 0-1 liggedager. Det antas at en stor andel av disse døgnoppholdene kan konverteres til akuttpoliklinikk og opphold i observasjonsenhet.

Når det gjelder dagbehandling og poliklinikk har det vært en økning for alle gruppene med unntak av iskemiske hjertesykdommer som har hatt en nedgang både for døgnopphold/liggedager og dagopphold/poliklinikk. For R og Z gruppene har det vært en økning både for innleggelser og dagopphold/poliklinikk..

⁴⁵ Rest gruppe Z er eksklusiv rehabilitering, stråleterapi, kjemoterapi og dialyse

Det har vært en økning av øhj-aktiviteten i perioden 2009-2012 både i hele landet og HSØ. Øhj-aktiviteten økte med 2 % på landsbasis, mens HSØ hadde en økning på 6 %. Elektiv virksomhet økte med 4 % på landsbasis og med 1 % i HSØ i tidsperiode 2009-2012.

Akutte innleggelser utgjør for de fleste områdesykehusene 75-80 % av døgnopphold og liggedager, men OUS HF er et unntak med 49 % andel øhj. Øhj aktivitet i poliklinikk og dagbehandling er usikker og registreringspraksis varierer, ref figur 5. Hovedtyngden av øhj innleggelser gjelder indremedisinske pasienter og det antas at økningen er uttrykk for et reelt behandlingsbehov. Sammenhengene mellom utvikling i befolkning og øhj aktivitet er usikker og det er store ulikheter mellom sykehusområdene. Mens Vestre Viken SO, som har en parallell økning i befolkningsutvikling og registrert øhj aktivitet, har Sørlandet SO et fall i registrert antall øhj pasienter samtidig som befolkningen øker. Mye av ulikheten skyldes trolig ulik registreringspraksis, men den generelle økningen i en periode uten økning i andelen eldre, indikerer andre årsaker som vi har kunnet gå inn på dette i prosjektet. Det samme gjelder hvordan endringer i øhj henvisninger påvirkes av ulik praksis hos fastleger oa.



Figur 5 Utvikling i antall øyeblikkelig hjelp døgnopphold i HSØ i perioden 2010 til 2012. Fordeling på SO

6.3.2 Pasientstrømmer 2012 HSØ

Ved å sette sammen tall for aktivitet i befolkningen (knyttet til sykehusområder) med tall for hvor aktiviteten utføres (knyttet til helseforetak), får man et bilde av pasientstrømmene i HSØ. Tabell 8 og 9 gir en samlet oversikt over pasientstrømmer for henholdsvis døgnopphold og dagopphold/poliklinikk.

Tabell 8 Oversikt over pasientstrømmer døgnopphold Helse Sør-Øst 2012, absolutte og relative tall

Pasientstrømmer døgnopphold 2012 fra SO fordelt på HF																
1	2		3		4		5		6		7		8		9	
	Oslo SO		Vestre Viken SO		Telemark/Vestfold SO		Akershus SO		Innlandet SO		Østfold SO		Sørlandet SO		Øvrige SO	
Helseforetak	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%
Oslo universitetssykehus HF	44854	60,8%	9943	13,8%	7012	9,4%	11085	15,4%	7276	10,1%	5433	11,4%	3340	7,3%	6886	1,8%
Sykehuset Innlandet HF	518	,7%	414	,6%	176	,2%	923	1,3%	56655	79,0%	211	,4%	80	,2%	1746	,5%
Vestre Viken HF	787	1,1%	55756	77,5%	656	,9%	393	,5%	577	,8%	218	,5%	80	,2%	825	,2%
Akershus universitetssykehus HF	1984	2,7%	395	,5%	176	,2%	51987	72,4%	2068	2,9%	468	1,0%	106	,2%	923	,2%
Sørlandet sykehus HF	203	,3%	131	,2%	1163	1,6%	76	,1%	62	,1%	49	,1%	39918	87,7%	1312	,4%
Sykehuset Østfold HF	230	,3%	96	,1%	100	,1%	483	,7%	69	,1%	38280	80,2%	30	,1%	530	,1%
Sykehuset i Vestfold HF	285	,4%	1257	1,7%	31658	42,4%	168	,2%	98	,1%	88	,2%	131	,3%	380	,1%
Sykehuset Telemark HF	162	,2%	297	,4%	29589	39,7%	147	,2%	94	,1%	285	,6%	293	,6%	375	,1%
Diakonhjemmet	9166	12,4%	204	,3%	220	,3%	542	,8%	145	,2%	145	,3%	73	,2%	358	,1%
Lovisenberg	8264	11,2%	363	,5%	262	,4%	816	1,1%	293	,4%	265	,6%	108	,2%	409	,1%
Oslo kommunale legevakt	5543	7,5%	135	,2%	73	,1%	1265	1,8%	102	,1%	63	,1%	33	,1%	196	,1%
Martina Hansens hospital	148	,2%	1096	1,5%	118	,2%	1255	1,7%	143	,2%	96	,2%	24	,1%	71	,0%
Sunnaas sykehus HF	492	,7%	344	,5%	206	,3%	539	,8%	248	,3%	631	1,3%	68	,1%	259	,1%
Betanien hospital (Telemark)	4	,0%	24	,0%	1839	2,5%	2	,0%	1	,0%	2	,0%	16	,0%	12	,0%
Revmatismesykehuset Lillehammer	13	,0%	49	,1%	55	,1%	29	,0%	1043	1,5%	12	,0%	21	,0%	189	,1%
Andre HF utenfor HSØ	1169	1,6%	1484	2,1%	1303	1,7%	2138	3,0%	2874	4,0%	1459	3,1%	1177	2,6%	359604	96,1%

Tabell 9 Oversikt over pasientstrømmer dagopphold og poliklinikk Helse Sør-Øst 2012, absolutte og relative tall

Pasientstrømmer dagopphold og poliklinikk HSØ 2012 fra SO fordelt på HF																
1	2		3		4		5		6		7		8		9	
	Oslo SO		Vestre Viken SO		Telemark/Vestfold SO		Akershus SO		Innlandet SO		Østfold SO		Sørlandet SO		Øvrige SO	
Helseforetak	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%	Alle kontakter	%
Oslo universitetssykehus HF	455949	79,1%	99217	21,0%	42137	8,8%	154164	33,9%	44539	10,2%	40807	15,0%	12323	3,8%	26532	1,1%
Sykehuset Innlandet HF	1658	,3%	2102	,4%	437	,1%	3684	,8%	351500	80,4%	455	,2%	219	,1%	4361	,2%
Vestre Viken HF	4408	,8%	319858	67,6%	3136	,7%	2353	,5%	3514	,8%	1314	,5%	268	,1%	1366	,1%
Sørlandet sykehus HF	696	,1%	522	,1%	4413	,9%	277	,1%	158	,0%	183	,1%	303403	92,3%	4599	,2%
Akershus universitetssykehus HF	9996	1,7%	1952	,4%	524	,1%	252466	55,5%	10430	2,4%	2187	,8%	261	,1%	1620	,1%
Sykehuset i Vestfold HF	1237	,2%	8696	1,8%	222606	46,5%	718	,2%	557	,1%	390	,1%	1319	,4%	911	,0%
Sykehuset Østfold HF	709	,1%	270	,1%	291	,1%	2426	,5%	223	,1%	218412	80,3%	75	,0%	1148	,0%
Sykehuset Telemark HF	947	,2%	1917	,4%	176613	36,9%	689	,2%	285	,1%	854	,3%	3716	1,1%	978	,0%
Diakonhjemmet	50798	8,8%	2809	,6%	1227	,3%	8505	1,9%	930	,2%	1190	4%	305	,1%	1243	,0%
Lovisenberg	39088	6,8%	3138	,7%	1132	,2%	9228	2,0%	3517	,8%	1644	,6%	318	,1%	1179	,0%
Martina Hansens hospital	1921	,3%	14497	3,1%	615	,1%	12941	2,8%	1012	,2%	719	,3%	137	,0%	283	,0%
Betanien hospital (Telemark)	44	,0%	164	,0%	21788	4,6%	16	,0%	7	,0%	10	,0%	68	,0%	58	,0%
Revmatismesykehuset Lillehammer	24	,0%	193	,0%	23	,0%	63	,0%	13563	3,1%	6	,0%	9	,0%	35	,0%
Sunnaas sykehus HF	810	,1%	288	,1%	81	,0%	1086	,2%	94	,0%	857	,3%	19	,0%	60	,0%
Andre HF utenfor HSØ	7904	1,4%	17679	3,7%	3640	,8%	6256	1,4%	6851	1,6%	2930	1,1%	6146	1,9%	2472427	98,2%

Kolonnene 2-8 viser aktivitet som er generert av befolkningen i alle SO-ene i HSØ fordelt på sykehusområder. Radene viser hvordan aktivitet som tilhører et SO er fordelt mellom enhetene (HF, ideelle private sykehus) som utførte behandlingen i 2012. Dette vises både i absolutte tall og i prosentvis andel. Kolonne 9 summerer opp pasienter som kommer fra andre SO utenfor HSØ.

Sørlandet SO skiller seg ut med den høyeste egendekningsgraden på 92 % når alle aktivitetsområder tas med. Kun 7 % av døgnopphold og 4 % av dagopphold/poliklinikk gikk til OUS HF. Sykehuset utfører flere spesialiserte funksjoner som PCI, ICD og stråleterapi i eget HF. Forhold knyttet til det enkelte SO/HF er nærmere belyst i vedlegg 1.

Sykehusene i hovedstadsområdet skiller seg også ut med relativt store pasientstrømmer til OUS HF fra Akershus SO og Vestre Viken SO. Pasientstrømmene er størst fra Akershus SO (15 % døgn og 34 % dag/poliklinikk) mens Vestre Viken SO hadde 14 % døgnopphold og 21 % dag/poliklinikk ved OUS HF.

Innlandet SO, Telemark og Vestfold SO og Østfold SO hadde ca 80 % egendekning og 8-10 % av døgnoppholdene ved OUS HF. Innenfor Telemark og Vestfold SO dekker Sykehuset Telemark HF 40 % av døgnoppholdene og 37 % av dag/poliklinikk, og Sykehuset Vestfold HF henholdsvis 42 og 45 %.

6.4 Demografisk fremskriving 2030

Som første ledd i fremskrivingen gjøres en demografisk fremskriving basert på aktivitet i basisåret og prognoser for befolkningsutvikling.

6.4.1 Befolkningsutvikling sykehusområder

Tabell 10 Befolkningsutvikling HSØ 2012-2030 fordelt på sykehusområder

Befolkningsprognoser per SO for HSØ						
Sykehusområde	Inndeling i aldersgrupper	2012	2020	2025	2030	%-vis endring 2012-2030
Akershus SO	Sum	491123	567143	609534	645481	31,4 %
	0-18	124263	138784	149727	157688	26,9 %
	19-49	211172	236459	244827	254571	20,6 %
	50-69	112211	130439	144362	152457	35,9 %
	70+	43477	61461	70618	80765	85,8 %
Innlandet SO	Sum	373455	395455	409634	422215	13,1 %
	0-18	81733	82761	86429	89085	9,0 %
	19-49	143032	147433	147070	149826	4,7 %
	50-69	99238	105083	108907	108624	9,5 %
	70+	49452	60178	67228	74680	51,0 %
Oslo SO	Sum	508168	590158	625452	650352	28,0 %
	0-18	101653	118814	127650	132679	30,5 %
	19-49	270327	310576	319633	324654	20,1 %
	50-69	96396	110590	120475	126635	31,4 %
	70+	39792	50178	57694	66384	66,8 %
Sørlandet SO	Sum	285819	320096	340829	358822	25,5 %
	0-18	71525	78259	84516	88178	23,3 %
	19-49	118269	129459	132821	137829	16,5 %
	50-69	66555	74665	79840	83006	24,7 %
	70+	29470	37713	43652	49809	69,0 %
Telemark og Vestfold SO	Sum	391186	421452	440100	456100	16,6 %
	0-18	89655	93046	97789	100845	12,5 %
	19-49	156012	162475	163157	166379	6,6 %
	50-69	99470	108181	113178	114386	15,0 %
	70+	46049	57750	65976	74490	61,8 %
Vestre Viken SO	Sum	457844	506708	534195	557481	21,8 %
	0-18	111543	119260	125188	129280	15,9 %
	19-49	187316	201744	205625	210669	12,5 %
	50-69	110165	123554	132607	137125	24,5 %
	70+	48820	62150	70775	80407	64,7 %
Østfold SO	Sum	277664	305457	321945	336390	21,2 %
	0-18	64563	68384	72432	75341	16,7 %
	19-49	111877	119344	121119	124722	11,5 %
	50-69	69591	77009	82212	84390	21,3 %
	70+	31633	40720	46182	51937	64,2 %
Sum HSØ	Sum	2785259	3106469	3281689	3426841	23,0 %
	0-18	644935	699308	743731	773096	19,9 %
	19-49	1198005	1307490	1334252	1368650	14,2 %
	50-69	653626	729521	781581	806623	23,4 %
	70+	288693	370150	422125	478472	65,7 %

Den samlede befolkningen i HSØ forventes å vokse med 23 % fra 2012 til 2030 (alternativ MMMM). Samlet vekst for hele landet er på 21 % for samme perioden. Sterkest vekst får vi i Akershus SO med 31,4 % og Oslo SO med 28 %. Lavest vekst har Innlandet SO med 13,1 % og Telemark og Vestfold SO med 16,6 %.

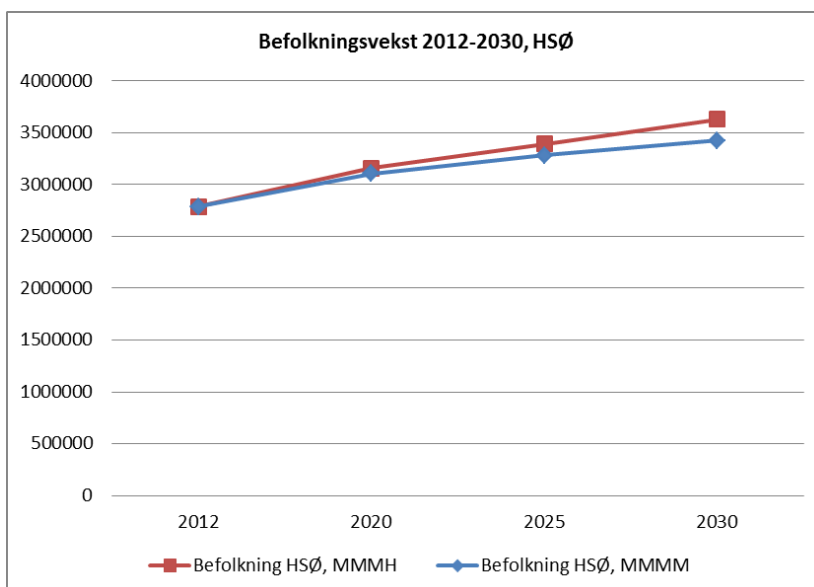
Gruppen 70 + er den som vokser sterkest med 66 % for HSØ samlet, mens gruppen 20-49 år har lavest vekst med 14 %. Akershus SO har den høyeste veksten i gruppen 70 + med hele 85,8 % mens Innlandet SO ligger lavest med 51 %.

6.4.2 Fremskrivning med alternativ befolkningsutvikling

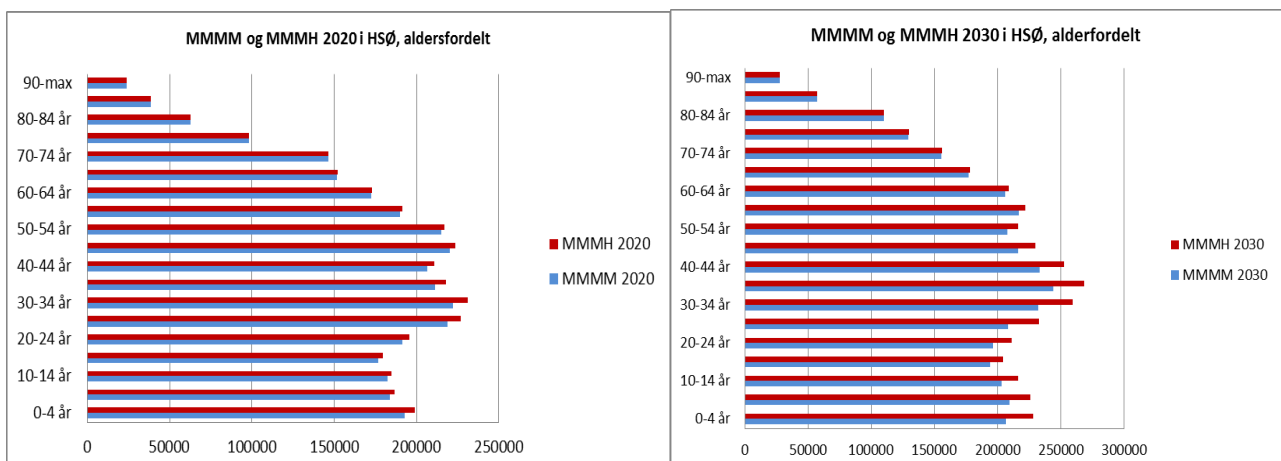
SSBs prognose MMMM (midlere verdier for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring) skal vise den mest sannsynlige utvikling i befolkningen og legges derfor til grunn for vår beregning av demografisk fremskrivning av aktivitetsendringer i sykehus. Flytting og innvandring kan ha avvikende utvikling i enkelte deler av landet. Når det gjelder innenlands flytting vil det påvirkes av lokale faktorer som arbeidsmarked og tilgang til bolig som gir usikkerhet på lenger sikt.

Det antas at høy innvandring vil ha særlig betydning for bydeler i Oslo og for enkelte kommuner i hovedstadsområdet. Dette er områder som har en vesentlig høyere andel innvandrere enn landet for øvrig, og nedenfor er det vist konsekvenser for befolkningsutviklingen til 2030 for alternativet Høy verdi for faktoren innvandring (MMM_H).

Figur 6 viser endringer i befolkningen fra 2012 til 2030 ved Midlere vekst og ved Høy vekst for innvandring. Forskjellene mellom alternativene er 6 %.



Figur 6 Utvikling i antall innbyggere i HSØ 2002 til 2012



Figur 7 Alternativ befolkningsfremskrivning 2020 og 2030 HSØ, aldersfordelt

Forskjellen mellom alternativene MMMM og MMMH for demografisk fremskriving utgjør ca. 4 % for aktiviteten i HSØ i 2030. Forutsatt relativt samme forbruk per 1 000 innbyggere som i dag betyr det ca. 95 000 flere liggedager eller et økt kapasitetsbehov på i underkant av 307 senger. For poliklinikken utgjør alternativet MMMH 157 000 flere konsultasjoner eller et kapasitetsbehov på ca. 73 rom for hele HSØ. Dette er relativt små avvik tatt i betraktning usikkerheten som ligger i grunnlagstallene, men bidrar til usikkerhet om kapasitetsbehovet i fremtiden.

Figur 7 viser at den økningen ved alternativ MMMH er størst i de yngste og midterste befolkningsgruppene som har det laveste forbruket av sykehustjenester.

Tabell 11 Demografisk fremskriving av aktivitet i HSØ, alternativene MMMM, 2012-2030, fordelt på HF og private ideelle sykehus⁴⁶

Fremskriving demografisk, alt MMMM og MMMH 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus												
HF	2012				Demografisk fremskriving MMMM				Demografisk fremskriving MMMH			
	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Akershus universitetssykehus HF	59 121	233 896	20 870	264 314	85 670	340 606	31 507	363 618	88 953	353 762	32 346	380 838
Oslo universitetssykehus HF	97 427	452 890	67 658	817 064	128 042	595 291	93 476	1 075 940	134 343	624 963	97 277	1 131 956
Diakonhjemmet	10 975	43 696	1 031	66 665	15 779	63 022	1 336	91 160	16 144	64 486	1 400	94 547
Lovisenberg	10 908	42 488	6 232	53 738	15 600	60 966	8 061	74 863	16 152	63 135	8 412	78 116
Sykehuset i Vestfold HF	34 566	132 179	29 142	210 129	45 522	174 678	35 455	272 206	47 093	180 751	37 201	282 178
Sykehuset Innlandet HF	61 419	241 592	33 465	334 898	76 999	303 609	42 147	402 846	79 233	312 473	43 147	417 103
Sykehuset Telemark HF	31 940	122 633	11 709	178 223	39 381	151 886	14 757	213 811	40 613	156 691	15 184	222 176
Sykehuset Østfold HF	40 811	138 971	24 226	204 956	54 158	185 519	31 445	263 720	55 778	191 133	32 393	272 807
Sørlandet sykehus HF	43 502	158 434	45 944	271 636	59 000	215 613	62 469	361 616	61 150	223 522	64 575	376 100
Vestre Viken HF	60 156	235 643	41 780	299 332	80 971	318 323	57 364	389 042	83 915	329 982	59 145	407 086
Sum inst. sørge for-ansvar	450 824	1 802 421	282 057	2 700 954	601 121	2 409 512	378 017	3 508 823	623 373	2 500 897	391 080	3 662 908
Martina Hansens hospital	2 970	14 317	2 860	29 372	4 163	20 101	3 707	39 391	4 264	20 593	3 837	40 692
Revmatismehuset Lillehammer	1 412	10 044	656	13 264	1 650	11 738	736	15 214	1 697	12 076	765	15 723
Sunnaas sykehus HF	2 788	43 190	10	3 290	3 453	53 493	17	4 097	3 631	56 251	17	4 333
Betanien hospital, Telemark	1 936	7 482	340	22 018	2 437	9 457	444	28 331	2 494	9 682	451	28 884
Oslo kommunale legevakt	7 907	4 820	0	2 814	9 680	6 003	0	3 659	10 113	6 256	0	3 659
Sum spesialinstitusjoner	17 012	79 852	3 866	70 759	21 382	100 791	4 904	90 691	22 198	104 857	5 070	93 290
Totalt Helse Sør-Øst	467 836	1 882 273	285 923	2 771 713	622 504	2 510 303	382 921	3 599 514	645 572	2 605 754	396 150	3 756 198

6.5 Kvalitative fremskriving – pasientforløpsanalyser og endringsfaktorer

Som trinn 2 i fremskrivingen gjennomføres en pasientforløpsanalyse for å korrigere den demografisk fremskrevne aktiviteten. Utgangspunktet for korrigeringen er endringsfaktorer som påvirker pasientforløpene for utvalgte pasientgrupper. Dette gir demografisk fremskrevet og omstilt aktivitet 2030.

Pasientforløpsanalysen er nærmere beskrevet i vedlegg 2. Analysen tar for seg 31 diagnosegrupper der 10 av disse (som omfatter 60-70 % av aktiviteten) er detaljert beskrevet.

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren, forutsetninger
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Sykdomsutvikling ut over endring i befolkning (demografi), effekt av nye diagnostiseringsmåter og behandlingsmetoder, effekt av forebygging primær- og sekundær). Omfatter også effekt av at flere lever lengre med kroniske sykdommer og oppfølgingsbehov/konsekvenser av å overleve alvorlig sykdom/skade.
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak	Effekt av endring i pasientstrømmer der flere pasienter får tilbud i kommunene i stedet for eller som en del av forløpet som i dag er i sykehus. Denne endringsfaktoren forutsetter at kommunehelsetjenesten har tilgjengelig kompetanse, utstyr og kapasiteter og at samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste er organisert slik at kvalitet opprettholdes eller blir bedre og at det er god flyt og kommunikasjon mellom nivåene. I denne endringsfaktoren ligger også en omstilling der en andel av polikliniske konsultasjoner skjer hjemme (ved e-konsultasjon, mobil

⁴⁶ Tallgrunnlaget i denne tabellen avviker fra tabell 3 og 6 fordi pasienter med 0-liggedager inngår i denne tabellen.

	mm), hos fastlege eller i samhandlingsarenaer sammen med spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette forutsetter god kommunikasjonssystemer og riktig finansiering av virksomheten både for kommuner og spesialisthelsetjeneste.
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Endring av pasientforløpene fra døgnopphold til dagopphold. Det legges til en generell faktor der 50 % av dagoppholdene som omstilles fra døgn får 1 døgn i pasienthotell som tillegg. Mange sykehus har hatt vesentlige omstillinger, og det vil være usikkerhet knyttet til omstillingspotensialet. Dersom finansiering støtter omstilling til dagbehandling og man videreutvikler og tar i bruk nye behandlingsmåter, kan flere pasienter få dagopphold, evt. i kombinasjon med pasienthotell eller extended recovery ⁴⁷ .
Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Fordeling av døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet (clinical desicion unit) og/eller pasienthotell. For liggedager som overføres til observasjonsenhet forutsettes det at man reduserer antall liggedager for disse med 25 %. Det forutsetter god tilgang på kompetanse og diagnostikkutstyr. Det forutsettes her ett døgnns gjennomsnittlig liggetid for observasjonspasienter. I praksis har mange pasienter kortere oppholdstid i nye observasjonsenheter. Bruk av pasienthotell forutsetter nærhet og varm tilgang til sykehusets kliniske funksjonsområder samt tilgang på helsepersonell (sykepleiere/barnepleiere/jordmødre) i pasienthotellet.
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Endring i liggetid som konsekvens av kortere ventetider internt. Reduksjon i preoperativ ventetid, ventetid for diagnostikk og behandling og for utskriving. Denne faktoren har noe usikkerhet fordi det er forskjell på hvor mye omstilling som har skjedd i de enkelte sykehus/HF

Endringsfaktorene er i utgangspunktet generelle men vil kunne gi ulik endringseffekt for helseforetakene. Det kan skyldes ulikt utgangspunkt eller potensiale for endring, og ulike muligheter til å gjennomføre tiltak rette mot organisasjon/kompetanse/bemanning. HF-ene har også ulike muligheter til å utvikle bygg og ta i bruk utstyr og teknologiske hjelpemidler som er nødvendig for å oppnå endringene. SINTEF har hatt begrensede muligheter til å dokumentere og analysere ulikheter i forutsetninger for omstilling i de enkelte HF/sykehus. Vi har derfor valgt å behandle endringsfaktorene likt for alle HF/sykehus som har et selvstendig sørge for-ansvar. For spesialsykehus med begrensede oppgaver og tjenester har vi kun vist effektene av den demografiske fremskrivingen. Disse bør følges opp med egne analyser når man skal se på den videre utvikling av hvert SO.

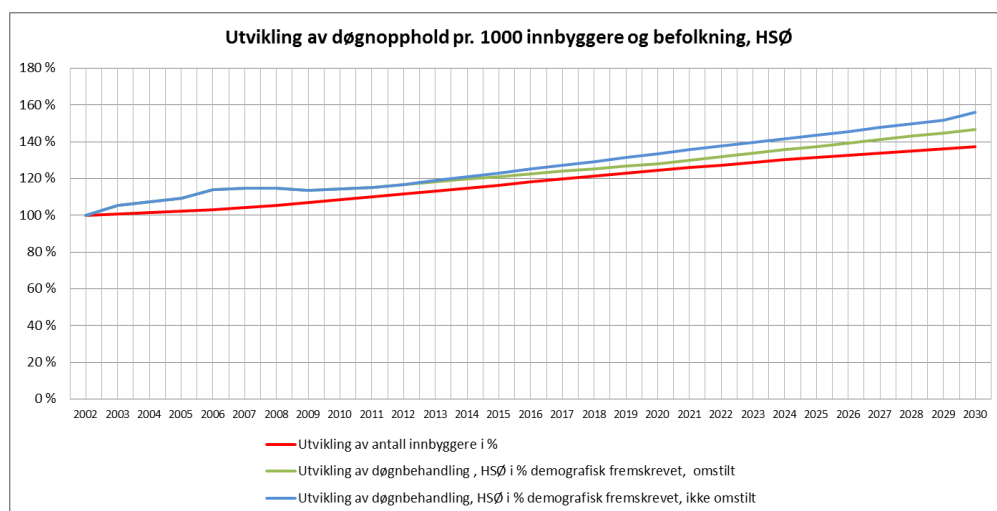
Pasientforløpsanalysen omfatter både en analyse av dagens aktivitet, en demografisk fremskriving for hver diagnosegruppe og endring av aktivitet gitt endringsfaktorene vist i tabell 12. Alle de utvalgte pasientforløpene er omtalt i vedlegg 2 hvor det også er beskrevet effekter av endringsfaktorene etter gjennomgang av pasientforløpene.

I dette prosjektet gjennomføres det ikke analyser av hvilke krav til virksomhet og bygg som må oppfylles for å kunne oppnå de endringer som ligger til grunn for analysene. Som en oppfølging av prosjektet bør det vurderes mulige konsekvenser for driften i tillegg til oppgradering av bygg og endrede behov for rom og arealer. Dette er spesielt viktig for de funksjoner og områder som er utgangspunktet for endring, som f.eks. samling av poliklinikker, bruk av senger på tvers av avdelinger, økning i antall dagplasser, organisering av mottaksenheter med observasjonsplasser, kapasitet i pasienthotell oa.

6.5.1 Trender og fremskriving

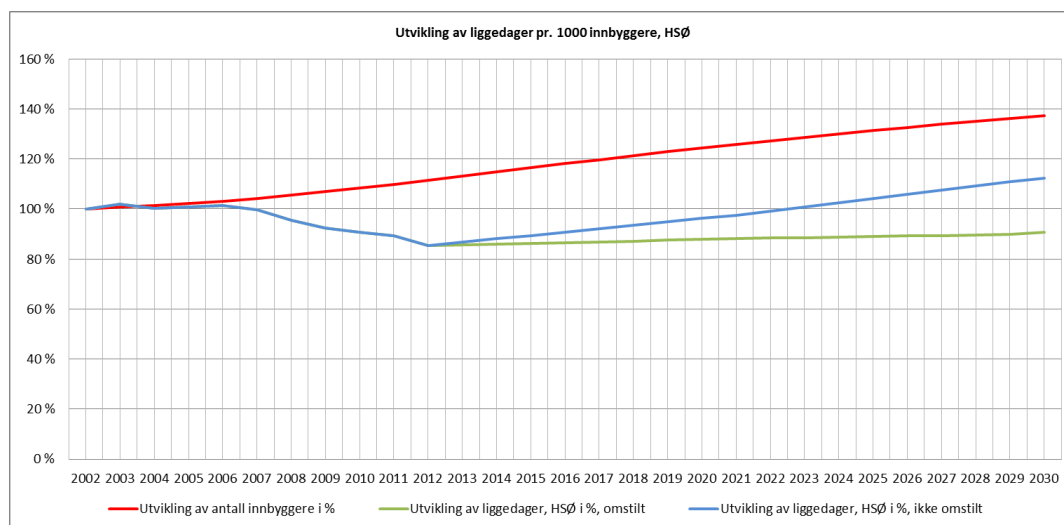
Historisk utvikling er et viktig grunnlag for å vurdere fremtidige endringer. Figur 8 og 9 illustrerer hvordan den faktiske utviklingen (trender 2002-2012) kan knyttes sammen med prognoser for utvikling frem mot 2030.

⁴⁷ Extended recovery er innført i sykehus i Australia for å kunne gi dagkirurgiske pasienter med komplekse sykdomsbilder eller avanserte inngrep overvåking over natten



Figur 8 Utvikling i døgnopphold, trend fra 2002 til 2013 og prognose fra 2012 til 2030

Figur 8 viser utvikling i døgnopphold. Gitt den demografiske fremskrivingen får man en svak økning i antall døgnopphold men på grunn av omstillingstiltakene blir økningen ikke så sterk. Utvikling i døgnopphold følger den demografiske fremskrivingen og økningen i gruppen 70 + får slår sterkere inn fra 2013. De omstillingstiltak som er beskrevet i pasientforløpsanalysene (vedlegg 2) bidrar til å redusere økningen.



Figur 9 Utvikling liggedager, trender fra 2002 til 2012 og prognoser fra 2012 til 2030

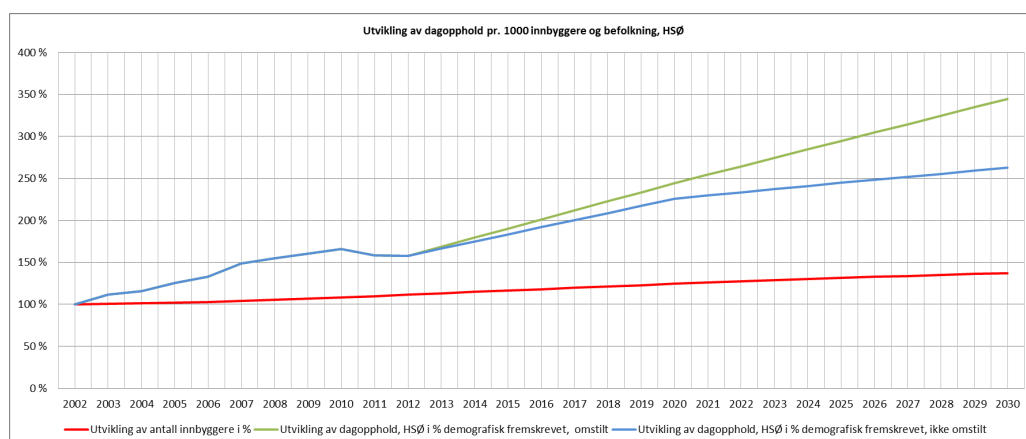
Figur 9 viser at den nedadgående trenden for liggedager brytes og man får en stigning på ca 20 % fra 2012 til 2030 (blå kurve). Med de omstillingstiltak som er forutsatt i pasientforløpsanalysene svekkes økningen i liggedager fra 2012 til 2030. Beregningene som er gjort med de forutsetningene som ligger til grunn, gir reduksjon i gjennomsnittlig liggetid fra 4.1 dager i 2012 til 3.4 dager i 2030 for hele HSØ.

Figur 9 forutsetter en relativt stor nedgang i liggedager i forhold den demografiske fremskrivingen. Omstilling fra døgnopphold til dagbehandling og overføring av pasienter til kommunene antas å ha den sterkeste effekten. Den kan redusere både antall korte døgnopphold med fra 0-1 liggedager og forkorte liggetiden for pasienter med lang liggetid. Samtidige gir det en økning i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner,

Økt bruk av observasjonsplasser vil redusere både antall opphold ved overføring fra innleggelse til poliklinikk, og antall liggedager ved at en andel av pasienter som i dag legges inn kan skrives ut fra observasjonsplass etter kort tid. En del av pasientene vil også bli behandlet i akuttpoliklinikken uten innleggelse. Dette gir en reduksjon i antall korte opphold med 0-1 liggedager.

Overføring av pasienter til kommunene fører til reduksjon i antall opphold ved at kommunale akutt plasser og økt kompetanse hindrer innleggelse. Det gir også en redusert liggetid for innlagte pasienter fordi pasienter skrives ut tidligere og får en avsluttende del eller hele sin behandling i kommunal institusjon eller i hjemmet. Den samlede effekten er både en reduksjon i antall døgnopphold og en reduksjon i antall liggedager for pasienter med relativt lang liggetid.

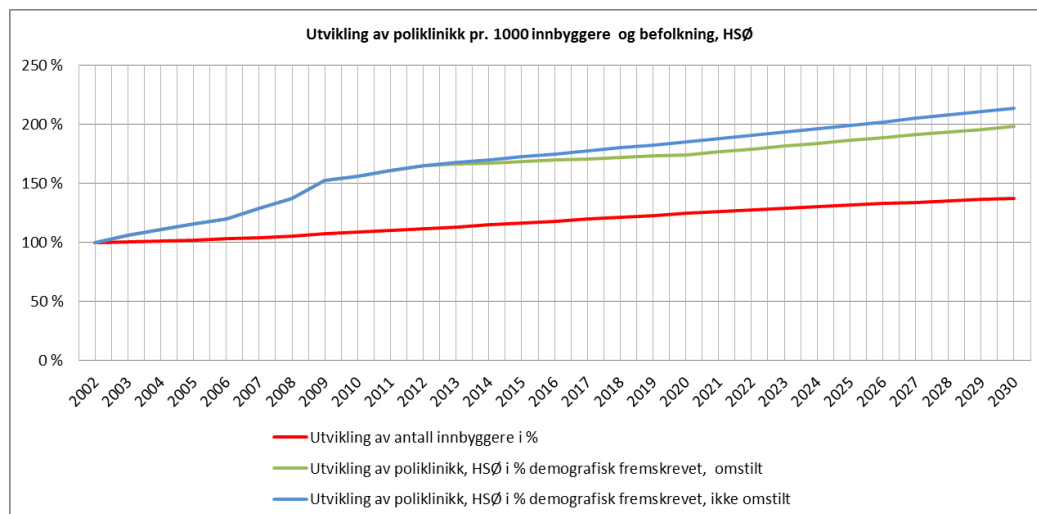
I pasientforløpsanalysene er det forutsatt en kraftig omstilling fra døgnbehandling til dagopphold og poliklinikk, se figur 10 og 11. Dette gir en nedgang både i døgnopphold og liggedager og økning i dagopphold som er vesentlig sterkere enn befolkningsutviklingen. Nedgangen i antall dagopphold man hadde fra 2010 til 2012 skyldes endringer i takstbruk. For kapasitetsplanleggingen er det viktig å få kartlagt hvor mange som må ha en dagplass. Vi legger til grunn at den faktiske bruken av dagplasser ikke har gått ned fra 2010 til 2012.



Figur 10 Utvikling dagopphold, trender fra 2002 til 2012 og prognoser fra 2012 til 2030

I diskusjonen om scenarier tas det opp hva som påvirker forbruket av poliklinikk og dagbehandling, og om den sterke økningen vil fortsette.

Omstillingstiltakene i pasientforløpsanalysene gir en reduksjon i den polikliniske aktiviteten, bl.a. på grunn av overføring av aktivitet til kommunene og reduksjon i antall kontroller.



Figur 11 Utvikling polikliniske konsultasjoner, trender fra 2002 til 2012 og prognoser fra 2012 til 2030

6.5.2 Aktivitet HSØ RHF 2030 døgnopphold, dagopphold og poliklinikk – demografisk fremskrevet og omstilt

Tabell 12 viser fremskrevet aktivitet 2030 i HSØ fordelt på døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Tabell 12 Aktivitet i HSØ 2012 fordelt på HF og private ideelle sykehus, fremskrevet demografisk med alt MMMM og omstilt til 2030

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus												
HF	2012				Demografisk fremskriving MMMM				Demografisk fremskriving + omstilling			
	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Akershus universitetssykehus HF	59 121	233 896	20 870	264 314	85 670	340 606	31 507	363 618	76 931	270 819	35 031	333 193
Oslo universitetssykehus HF	97 427	452 890	67 658	817 064	128 042	595 291	93 476	1 075 940	118 269	487 517	102 832	1 026 360
Diakonhjemmet	10 975	43 696	1 031	66 665	15 779	63 022	1 336	91 160	14 178	47 531	2 486	80 893
Lovisenberg	10 908	42 488	6 232	53 738	15 600	60 966	8 061	74 863	14 044	47 927	9 471	67 537
Sykehuset i Vestfold HF	34 566	132 179	29 142	210 129	45 522	174 678	35 455	272 206	40 521	133 754	38 613	249 246
Sykehuset Innlandet HF	61 419	241 592	33 465	334 898	76 999	303 609	42 147	402 846	68 674	233 638	46 553	369 364
Sykehuset Telemark HF	31 940	122 633	11 709	178 223	39 381	151 886	14 757	213 811	35 022	118 579	16 897	194 430
Sykehuset Østfold HF	40 811	138 971	24 226	204 956	54 158	185 519	31 445	263 720	48 387	145 515	34 435	240 850
Sørlandet sykehus HF	43 502	158 434	45 944	271 636	59 000	215 613	62 469	361 616	52 902	169 783	66 380	330 895
Vestre Viken HF	60 156	235 643	41 780	299 332	80 971	318 323	57 364	389 042	72 979	249 836	61 961	358 937
Sum inst. sørge for-ansvar	450 824	1 802 421	282 057	2 700 954	601 121	2 409 512	378 017	3 508 823	541 908	1 904 899	414 661	3 251 706
Martina Hansens hospital	2 970	14 317	2 860	29 372	4 163	20 101	3 707	39 391				
Revmatismehuset Lillehammer	1 412	10 044	656	13 264	1 650	11 738	736	15 214				
Sunnaas sykehus HF	2 788	43 190	10	3 290	3 453	53 493	17	4 097				
Betanien hospital, Telemark	1 936	7 482	340	22 018	2 437	9 457	444	28 331				
Oslo kommunale legevakt	7 907	4 820	0	2 814	9 680	100 791	4 904	90 691	0	0	0	0
Sum spesialinstitusjoner	17 012	79 852	3 866	70 759	21 382	100 791	4 904	90 691	0	0	0	0
Totalt Helse Sør-Øst	467 836	1 882 273	285 923	2 771 713	622 504	2 510 303	382 921	3 599 514	541 908	1 904 899	414 661	3 251 706

Størrelsen på omstillingsfaktorene er lik for HF-ene men effekten er relativ til aktiviteten i 2012. Når effekten av omstillingsfaktorene beregnes differensieres det ikke mellom ulike HF. For HF-ene som har et generelt sørge-for ansvar for et SO har dette liten betydning. Pasientsammensetningen og tjenestetilbudet er i hovedsak likt og effektene av f.eks. samhandlingsreformen forutsettes å skulle gjelde likt for alle. Noen mindre og spesialiserte sykehus har en begrenset oppgave og utvalgte pasientgrupper. I tabellen har vi valgt å

trekke Sunnaas sykehus, Oslo legevakt, Martina Hansens sykehus, Betanien hospital Telemark og Revmatismesykehuset i Lillehammer ut slik at vi bare viser effekten av demografisk fremskriving. Det bør utarbeides særskilte prognoser for aktiviteten ved disse sykehusene og institusjonene.

For liggedager gir den demografiske fremskrivingen en økning på over 30 % for de fleste HF-ene og 33 % samlet for HSØ. I pasientforløpsanalysene er det beregnet at effekten av aktuelle omstillingstiltak kan redusere veksten i liggedager med fra 33 % til 5 % for hele HSØ. Det tilsvarer en økning på ca. 100 000 liggedager eller ca. 320 senger fra 2012 til 2030.

For dagopphold og poliklinikk vil demografisk fremskriving og omstilling samlet bety en økning på ca 130 000 dagopphold og ca 550 000 konsultasjoner. Når det tas hensyn til både demografisk fremskriving og effektene av omstilling blir det samlet en økning i antall dagopphold på 45 % fra 2012 til 2030, og for polikliniske konsultasjoner ca 17 %. Dette omfatter kun HF med sørge for-ansvar.

I pasientforløpsanalysene er det ikke lagt inn en generell effekt av forventningspress/etterspørsel men dette drøftes som er en del av scenarioene. Utviklingen for noen av pasientgruppene viser er dette kan være driver for endring i aktivitet i spesialisthelsetjenesten, spesielt for dagopphold og poliklinikk. Dette drøftes i scenariobeskrivelsene i kapittel 6.10.

6.5.3 Operasjon – fremskrevet aktivitet 2030

På grunnlag av opphold i 2012 som er kodet med kirurgisk DRG (eksklusiv intensivprosedyrer), kan man få et anslag på den operative virksomheten, se pkt 6.1.3. Dette forutsetter at registrering av kirurgisk DRG er den samme i 2030 som i 2012. Denne økes med en faktor for demografisk endring for det enkelte HF. Dette gir et anslag for effekten av den demografisk fremskrevne aktiviteten i 2030. Operasjonsvirksomheten er ikke behandlet spesielt i pasientforløpsanalysene og den demografiske fremskrivingen legges derfor til grunn for en prognose for aktivitet i 2030, se tabell 13. Dette gir en økning på 32 % frem til 2030 for HSØ samlet. Endringer i medisinske behandlingsmetoder er ikke vurdert man kan antas å ha stor betydning for utviklingen. Dette gir usikkerhet i bruken av dataene.

Tabell 13 Fremskrevet aktivitet med Kirurgisk DRG i HSØ 2012-2030, fordelt på HF og private ideelle sykehus

Beregnet aktivitet i operasjon 2012-2030, Helse Sør-Øst			
Helseforetak	Totalt antall operasjoner 2012	Demografisk endring 2012-2030	Antall operasjoner totalt 2030
Akershus Universitetssykehus HF	19 637	43 %	28081
Betanien hospital	2 680	25 %	3350
Diakonhjemmet	4 607	38 %	6339
Lovisenberg Diakonale sykehus	6 013	35 %	8106
Martina Hansens hospital	4 624	40 %	6478
Oslo Univesitetssykehus HF, inkl legevakt	54 389	32 %	71902
Sykehuset i Vestfold HF	15 009	32 %	19767
Sykehuset Innlandet	30 384	24 %	37646
Sykehuset Telemark	12 717	23 %	15642
Sykehuset Østfold HF	16 366	32 %	21554
Sørlandet sykehus HF	21 647	36 %	29462
Vestre Viken HF	25 930	34 %	34772
Totalt HSØ	214 003		283098

6.6 Scenarier

Som siste ledd i fremskrivingen analyseres scenarier for endringer som ikke blir behandlet i pasientforløpsanalysene. Disse scenarioanalysene viser hvordan resultatet fra demografisk fremskriving og omstilling kan bli påvirket av tunge utviklingstrender.

Følgende tema er drøftet under overskriften scenarier.

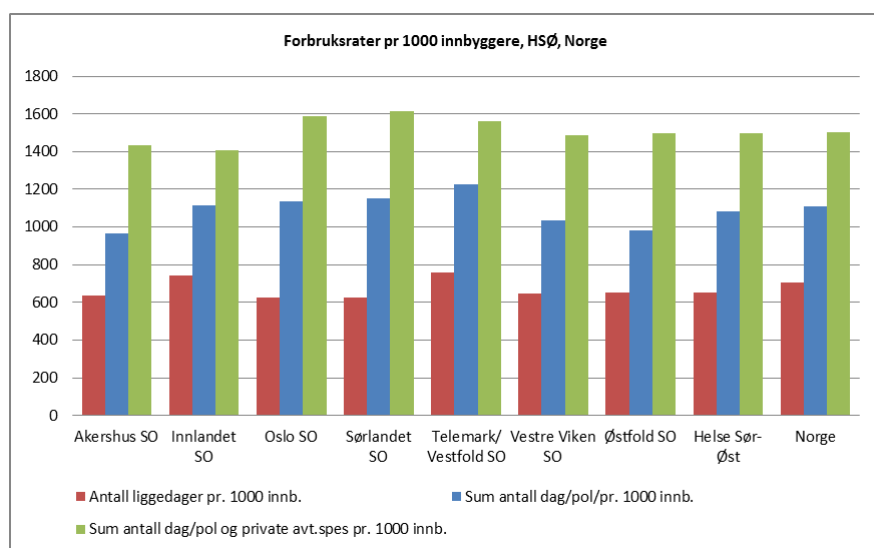
1. Alternative befolkningsfremskriving
2. Forbruksrater
3. Forventninger/etterspørsel

6.6.1 Alternativ befolkningsfremskriving

For å avklare mulige konsekvenser for aktivitets- og kapasitetsbehov av høyere innvandring, er det gjort demografisk fremskriving for alternativene middels (M) og høy (H) for faktoren innvandring. Resultatene for begge er lagt til grunn for beregning av effektene av omstilling, som er gjennomført i pasientforløpsanalysene. Det vises ellers til pkt 6.4.2.

6.6.2 Behov vs forbruk, forbruksrater

Det er variasjoner i forbruk av sykehustjenester mellom sykehusområder. Dette kan uttrykkes i forbruk per 1 000 innbyggere eller forbruksrater slik det er vist i figur 12. I et langsiktig perspektiv er det ønskelig å utvikle tilbudet slik at det fremstår som likeverdig for befolkningen, og at grunnlaget for ressursfordeling og styring av kapasitet bygger på dette.



Figur 12 Forbruksrater per 1000 innbyggere 2012 fordelt på sykehusområder og aktiviteter

Figur 12 og tabell 14 viser fordeling av aktivitet per 1 000 innbyggere (inkludert private avtalespesialister) for alle sykehusområdene i HSØ RHF. I tabellen er det avmerket hvilke SO som har høyt forbruk innenfor hvert aktivitetsområde. Tallene er ikke justert for ulikheter i kjønn, alder og behov.

Telemark og Vestfold SO har det høyest forbruket per 1 000 innbyggere for både døgnopphold/liggedager og summen av dagopphold/poliklinikk, og de ligger godt over gjennomsnittet for Norge. Også Sykehuset Innlandet har et noe høyere forbruk av døgnopphold og liggedager enn gjennomsnittet. Noen av sykehusområdene har et høyt forbruk av polikliniske tjenester hos private avtalespesialister. Østfold SO ligger høyest med 52,7 % av det totale forbruket hos private, men også Akershus SO, Vestre Viken SO og Oslo SO ligger høyt. Sørlandet SO har det høyeste samlede forbruket av dagopphold/poliklinikk sammen med Oslo SO og Telemark og Vestfold SO når aktivitet hos private avtalespesialister tas med. Det er viktig å

se et høyt forbruk i poliklinikk/dagbehandling i sammenheng med et lavt forbruk i døgnopphold/liggedager på grunn av overgang fra behandling ved innleggelse til dagbehandling.

Tabell 14 Forbruksrater HSØ 2012 fordelt på sykehusområder og aktiviteter, med og uten private avtalespesialister

Sykehus område 2012	Forbruksrater HSØ i 2012, uten private			Forbruksrater HSØ i 2012, med private		
	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall liggedager pr. 1000 innb.	Sum antall dag/pol/pr. 1000 innb.	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall liggedager pr. 1000 in.	Sum antall dag/pol og private avt.spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	152	636	964	152	636	1433
Innlandet SO	183	742	1113	183	742	1409
Oslo SO	145	628	1134	145	628	1588
Sørlandet SO	159	623	1150	159	623	1616
Telemark/ Vestfold SO	191	759	1224	191	759	1560
Vestre Viken SO	157	647	1034	157	647	1484
Østfold SO	172	653	979	172	653	1496
Helse Sør-Øst	164	653	1085	164	653	1496
Norge	167	703	1111	167	703	1500

Årsakene til ulikhetene er sammensatte, men forhold som påvirker forbruket av spesialisthelsetjenester vil være:

- Tilgjengeligheten til tjenestene, som omfatter tilbud, kapasitet, avstand
- Tilbud i kommunene, som omfatter kompetanse og kapasitet
- Henvisningspraksis fra primærlegene
- Befolkningens sammensetning, som omfatter aldre, kjønn og andre (sosioøkonomiske) faktorer som påvirker helsetilstand og behov for helsetjenester
- Omstilling fra døgn- til dagopphold/polikliniske konsultasjoner.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet kan forstås som avstand og transportmuligheter men også som kapasitet og ventetid i sykehuset. Det kan argumenteres med at lange avstander øker forbruket av senger fordi pasienter legges inn hyppigere og ligger lengre av hensyn til sikkerhet. Det finnes også eksempler på det motsatte og at lange avstander kan altså føre til et lavt forbruk på grunn av de løsninger man utvikler og tilbyr lokalt og befolkningens forventninger.

Små lokalsykehus som ligger i mindre byer har ofte et merforbruk av sykehustjenester både på innleggelser og poliklinikk/dagbehandling.⁴⁸ Nærhet, høy kapasitet og en oppfatning av at sykehuset er lett tilgjengelig, kan gi et høyt forbruk. Oslo er det sykehusområdet i landet med den beste tilgjengeligheten til allsidige spesialisthelsetjenester og det er høy kapasitet hos bl.a. private avtalespesialister. Befolkningen i Oslo har også et høyt forbruk av dagbehandling og polikliniske tjenester og det er grunn til å anta at god tilgjengelighet til spesialister påvirker dette.

Hensvisningspraksis, samarbeid med leger i primærhelsetjenesten

Hensvisningspraksis er avhengig av mange forhold blant annet kompetanse og ressurser i kommuner. Vi har ikke hatt tilgang til data som gir grunnlag for å vurdere hensvisningspraksis.

⁴⁸ Utviklingsplan 2030 Helse Nord-Trøndelag, Helse Nord-Trøndelag 2013

Befolkningens forbruk og behov

Ulikheter i aktivitet kan skyldes ulikheter i behov. For å justere for dette er det utviklet en nasjonal behovsindeks som bl.a. brukes ifm inntektsfordeling. Den er sammensatt av følgende enkeltindikatorer:⁴⁹

Alderssammensetning

- Dødelighet (20 år og eldre)
- Andel sykemeldte
- Andel uføretrygdede (20-66 år)
- Andel med rehabiliteringsytelser (20-66 år)
- Andel uten utdanning utover grunnskole (20-59 år)
- Levekårsindeks (0-19 år)
- Levekårsindeks (67 år og eldre)

HSØ RHF har i forbindelse med sin inntektsfordeling utviklet egne behovsindeks. ⁵⁰ Forskjellene mellom den nasjonal og HSØ RHF sin indeks er små, se tabell 15 som viser begge indeksene anvendt på sykehusområdene i HSØ RHF. HSØ RHF's indeks gir gjennomgående et lavere forventet forbruk.

Tabell 15 Oversikt over behovsindeks for SO i Helse Sør-Ost 2012

Behovsindeks, 2012		
Sykehusområde	Nasjonal indeks	HSØ indeks
Akershus SO	0,923	0,911
Innlandet SO	1,131	1,133
Oslo SO	0,864	0,885
Sørlandet SO	1,028	1,021
Telemark og Vestfold SO	1,091	1,087
Vestre Viken SO	0,964	0,968
Østfold SO	1,090	1,076

Befolkningens sammensetning - Storbyfaktor og innvandring

Befolkningens antall og alderssammensetning blir reflektert i den demografiske fremskrivingen som er grunnlaget for pasientforløpsanalysene. Epidemiologiske endringer er en endringsfaktor knyttet til de pasientgruppene hvor man finner grunnlag for å bergene endringer i befolkningens helsetilstand ut over aldersendringene. Dette er hensyntatt i pasientforløpsanalysene.

Største andelen innvandrere til Norge er arbeidsinnvandring fra Polen, Sverige og andre Nordeuropeiske land. Hovedtyngden av disse antas å tilhøre aldersgruppen 20-40 år, som er grupper med et relativt lavt forbruk av helsetjenester. Den skjeve aldersfordelingen vil endre seg og økt helserisiko som man finner hos noen innvandrergupper (fra Asia og Afrika), vil kunne slå ut i økt behandlingsbehov over tid.

Noen innvandrergupper har helseproblemer og behandlingsbehov som er høyere enn for gjennomsnittsbefolkningen. Status som innvandrer og personers etnisitet fremgår ikke av NPR-data og inngår ikke som en faktor i behovsindeksen. Det er derfor ikke grunnlag for å identifisere den andelen av aktiviteten som kan knyttes til grupper av innvandrere. Det finnes imidlertid indikasjoner på at innvandrere spesielt fra Asia og Afrika har et høyere forbruk av helsetjenester og en ulik fordeling av disse i sykehusområdene vil gi ulik fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, som det ikke er tatt hensyn til i pasientforløpsanalysene eller i behovsindeksen.

⁴⁹ NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak, vedlegg 6, side 130

⁵⁰ "Inntektsmodell for Helse Sør Øst", sluttrapport, HSØ RHF 24.april i 2009.

Oslo som storby og hovedstad har en annen befolknings sammensetning enn andre byer og kommuner. Oslo SO har den høyeste andelen innvandrere ⁵¹ i sin befolkning (30 % i forhold til 14 % for landet som helhet). Oslo har også den høyeste andelen innvandrere fra Afrika og Asia sammenlignet med resten av landet. Følgende forhold bør inngå i vurderingen av fremtidig aktivitet i Oslo sykehusområde:

- Innvandrere fra Asia og Afrika har dårligere helse enn gjennomsnittet ⁵², med økt risiko for diabetes 2 og hjerte- karsykdommer. ⁵³ Folkehelseinstituttet fant i 2012 at 90 % av pakistanske kvinner har forhøyet risiko for type 2 diabetes. ⁵⁴
- Denne innvandrerguppen har også høyere forekomster av behandlingskrevende infeksjoner som tuberkulose og HIV og studier viser overdødelighet av alvorlige sykdommer hos noen innvandrergupper. ⁵⁵
- I en undersøkelse av helseprofilen til innvandrere, ⁵⁶ rapporteres det fra 40-50 % av innvandrere fra asiatiske og afrikanske land, at de opplever å ha en god helse. Tilsvarende tall for etniske nordmenn er 85 %.
- Andelen som bruker fastlege er tre ganger så høyt for innvandrerbefolkningen sammenlignet med de norske som deltok i undersøkelsen, ref kulepunktet over. Tilsvarende og høyere tall ser man for oppmøte i akuttmottaket.
- I innvandrersfamilier, spesielt fra Asia og Afrika fødes det flere barn enn i gjennomsnittsfamilien, ref kulepunktet over. Det gir et høyere forbruk for disse pasientgruppene.
- Man har erfaring for at større byer og spesielt Oslo tiltrekker seg rusmisbrukere som har et større behov for tjenester fra helsevesenet enn gjennomsnittet, og de har også en risikoatferd som gir økte helseproblemer senere i livet.

Ulikheter i språk, kultur og forventninger fører til økte kostnader ved behandling på grunn av økt tidsbruk og behov for tolking for disse pasientgruppene gir. Det kan i noen grad påvirke effektiviteten i behandlingen uten at vi har grunnlag for å kvantifisere dette. Ved planlegging av nye sykehusanlegg bør det tas hensyn til kulturelle og praktiske ulikheter mellom pasientgruppene, og som kan være grunnlag for å tilpasse bygget. Også den voksende gruppen av eldre (70+) har spesielle behov som krever tilrettelegging av plass, orienteringsmuligheter, informasjonssystemer, osv.

Kartlegging og analyser av aktivitet og kapasitetsbehov på avdeling eller enhetsnivå i sykehus gjennomføres ikke. Vi har derfor ikke grunnlag for å vurdere om behandling av spesielle pasientgrupper påvirker kapasitet i spesialavdelinger. Ulikheter i behov for enkelte innvandrergupper gir en usikkerhet i forhold til kapasitet og ressursbruk som det bør tas hensyn til i planlegging av virksomheter og bygg.

6.6.3 Teknologi, forventninger og etterspørsel

Trendene fra 2002 til 2012 viser en sterk økning i poliklinikk og dagbehandling som ikke kan forklares med endringer i befolkningen. I Helsedirektoratets kunnskapsoppdatering på sammenhenger mellom medisinsk-teknisk utvikling og utvikling av kostnader til spesialisthelsetjenesten, ⁵⁷ vises det til at forventet behovsvekst (kostnadsvekst) for spesialisthelsetjenester vil være 1,6 % per år (2014-2015) på grunn av demografisk fremskriving. Overført på perioden fra 2012 til 2030 gir det en samlet vekst på ca 29 %.

I Helsedirektoratets oppdatering pekes det på teknologi og teknologisk utvikling som den viktigste årsaken til veksten i forbruk (målt som andel av BNP) ut over befolkningsendringene. Teknologisk utvikling omfatter i denne sammenhengen alle endringsfaktorer ut over befolkningsendring. Våre beregninger skal vise hvordan

⁵¹ Innvandrere definert som direkte innvandrere og barn av to direkte innvandrere

⁵² Sosial Helse, rapport fra, mars 2014

⁵³ Cardiovascular disease, diabetes and ethnicity. Quality of diabetes care in a multiethnic general practice population in Oslo, Anh Thi Tran, University of Oslo, 15. Nov 2013

⁵⁴ Bernadette N. Kumar, Foredrag på Fagdirektørmøte mars 2013

⁵⁵ Folkehelseinstituttet, Camilla Stoltenberg, Petter Strømme Oslo universitetssykehus

⁵⁶ The Oslo Immigrant Health Profile, Bernadette Kumar Folkehelseinstituttet, juli 2007

⁵⁷ Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader. En gjennomgang av aktuell kunnskap, Helsedirektoratet desember 2013

endringsfaktorer påvirker forbruket målt som aktiviteter i sykehusene, hvordan dette fordeler seg mellom aktivitetsområdene og hvilke krav til kapasitet i byggene disse aktivitetene krever.

Trendene fra 2002 til 2012 viser at hele aktivitetsøkningen kommer som økt dagbehandling og poliklinikk. En andel av denne økningen erstatter bruk av liggedager og senger. Dette vil gi reduserte kostnader, alt annet likt. Når det kan dokumenteres en sterk kostnadsøkning i samme periode kan dette skyldes økte kostnader per aktivitet (diagnostikk, behandling, pleie) på grunn økte kostnader til medisiner, utstyr og bemanning uten at dette leses ut av aktivitetsdata. Det kan også skyldes økninger i aktiviteter og tjenester som ikke inngår i registrerte aktivitetsdata som f.eks. administrasjon, pasienttransport og ambulansetjenester, drift av bygg og utstyr oa. Prognoser for økte kostnader til helsetjenester kan derfor ikke direkte legges til grunn for et fremskrevet behov for kapasitet i sykehusene.

Økte tilbud eller ny pasientrolle?

I løpet av de siste ti-årene har pasientrollen endret seg og fremtidens pasient vil i økende grad være en informert medvirker med større krav og sterkere forventninger til tjenestetilbudene. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil forsterkes når folk flest får økte kunnskaper om sykdommer og om mulige behandlingsformer. Det vises også til at den informerte pasienten kan velge bort et behandlingstilbud hvis det er klart at effekten er begrenset.

Det er kjent at deler av helsetjenesteforbruket i rike land kan ha preg av "sosialt konsum" i den forstand at forbruket ikke nødvendigvis er medisinsk begrunnet men representerer ulike varianter av "for sikkerhets skyld-medisin".⁵⁸

Sykehusene og fagmiljøene har felles faglige interesser og ambisjoner som innebærer at man ønsker å ta i bruk nye teknologier og metoder og tilby dette til befolkningen. Publikums kunnskap om behandlingsmulighetene sammen med medias (offentlige og sosiale) fokus på behov og muligheter, øker forventninger og krav til tilbudet. Politisk legges det vekt på å styrke pasientens roll og øke valgmulighetene. Innføring av fritt behandlingsvalg innen rus og psykiatri er et slikt politisk tiltak som, når det gjøres gjeldende også for somatisk behandling, vil føre til økt aktivitet.

Økningen i poliklinikk og dagbehandling som er registrert de siste årene kan være et uttrykk for en kombinasjon av økt tilbud og endret pasientrolle og pasientatferd. Samlet kan det ha bidratt til en forbruksøkning, som overstiger befolkningsutviklingen og i den sammenhengen, endringer i behovet. Det vises bl.a. til økningen i antall øhj pasienter som skrives ut uten at årsaken til fremmøte (diagnose) foreligger.

Den "nye pasientrollen" vil også kunne ha konsekvenser for bygget med krav om økt kvalitet og funksjonalitet på oppholds- og behandlingsrom samt nye rom og areal til opplæring, videokonferanserom, pårønderom, kontor for erfaringskonsulenter, brukerrepresentanter og andre.

Nye tilbud, effektiv kommunikasjon og informasjonsdeling

Nedenfor er det viset en oversikt over noen forhold som kan bidra til å gi både økt og redusert forbruk. Dette er avhengig bl.a. av hvordan ny teknologi påvirker publikums atferd og helsevesenets evne til å innføre og ta i bruk teknologien på en god måte.

Kan gi redusert forbruk	Kan gi økt forbruk
Kunnskap om risikofaktorer reduserer risikoatferd og styrker forebygging, den informerte pasienten har er redusert forbruk	Fritt behandlingsvalg og politisk støtte styrker pasientrollen

⁵⁸ Magnussen-utvalget, 2002

Lett kontakt med fagpersoner reduserer behovet for oppmøte	Faglig, individualisert behandling øker muligheter og krav
Målrettet behandling på individnivå reduserer risiko og behandlingsbehov	Ny teknologi gir tilgang til informasjon om sykdom som skaper utrygghet
Ny teknologi styrker samhandlingen	Økt fokus på individet og på individuelle løsninger øker behovet

I en rapport fra Policy Innovation Research Unit, PIRU, omtales en scenarioanalyse som beskriver hvordan innføringstakten for ny informasjonsteknologi (gadgets) kan komme til å påvirke forbruket av helsetjenester.⁵⁹ Scenarioanalysene konkluderte med følgende sannsynlige utviklingsretninger:

- Den velstående delen av befolkningen vil øke sitt forbruk og de vil søke å løse sine helseproblemer der tilbudet er best.⁶⁰
- Det vil fortsatt være en sentralisering av akutttilbudet
- Behovet for hjemmetjenester og sykehjem vil ikke falle selv om det innføres selvhjelps-utstyr.
- Økte problemer med informasjonssikkerhet og integrasjonsmuligheter mellom systemer. Regulering av informasjonssikkerhet vil i økende grad komplisere bruken av systemene.
- Systemer som gir muligheter til å teste og måle kliniske forhold kan bidra til å erstatte eller komplementere klinisk aktivitet.
- DNA-basert individuell behandling kan øke effekten av behandlingen. Hvordan dette endrer pasientrolle og – atferd er usikkert.
- Integrering av informasjon vil gi muligheter for bedre integrert behandling. På den andre siden kan dette føre til at tilbyderne vil ha problemer med å gi samordnede løsninger og anbefalinger på tvers av fag og tjenestetilbydere.
- Psykiatri vil i økende grad bli integrert med somatikk og økt samarbeid mellom profesjoner og skoler.

Endringer i teknologi og organisering reduserer behovet for å oppholde seg på sykehuset, ref samhandlingsreformen. Den engelske scenarioanalysen peker på at manglende integrering mellom ulike systemløsninger vil kunne redusere fremdriften i innføringer av slike løsninger. Dette er kjent problemstilling også fra Norge.

I 2012 var mellom 40 og 60 % av de polikliniske konsultasjonene kontrollert. Desentrale, tekniske løsninger som i økende grad gjør det mulig å gi diagnostikk og behandling som en del av de prehospitale tjenestene, i kommunen eller i pasientens hjem, vil redusere avhengighetene og antallet som møter på sykehuset.

Det kan også hevdes at bruk av personlig teknologi som åpner for at man selv tar tester og prøver, nødvendigvis vil gi økt antall falske, positive svar. Disse vil i neste omgang utløse henvendelser til sykehuset eller fastlegen. Samlet er det mulig at slike teknologiske muligheter vil vedlikeholde og kanskje forsterke den økningen man har sett innenfor dagbehandling og poliklinikk de siste årene.

Trendbeskrivelsen og aktivitetsfremskrivningen viser en økning i øhj opphold som ikke resulterer i en klar diagnose. Antallet med R og Z diagnoser øker og samtidig ser vi at døgnopphold med en liggedag er det som forekommer oftest i HSØ i 2012. En stor andel av disse burde i fremtiden kunne behandles polikliniske eller i en dagenhet. Vi har ikke tilgang til data som gir grunnlag for å forklare slike økninger i forbruk, men økt bruk av sykehus som følge av usikkerhet hos publikum og manglede avklaringer hos legevaktsentraler kan være en forklaring.

⁵⁹ Twenty-Thirty. Health Care Scenarios – exploring potential changes in health care in England over the next 20 years, Chris Evennett James Barlow, PIRU March 2013.

⁶⁰ Scenariet beskriver engelske forhold men man ser også i Norge økt bruk av forsikringsordninger som sikrer at deler av befolkningen kan kjøpe tjenester i private sykehus

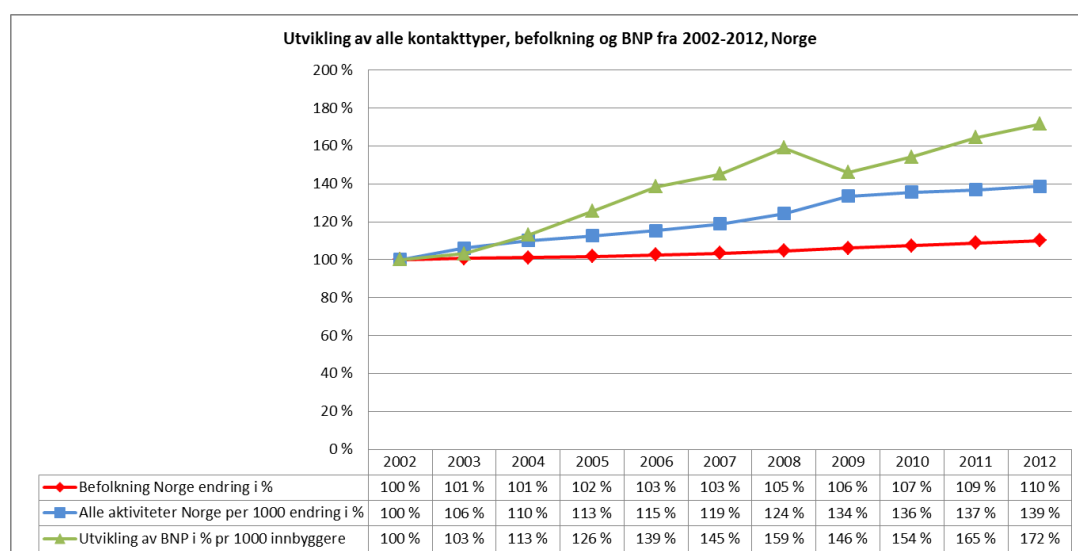
Mulighetene for reduksjon i forbruket som ligger i innføring av ny teknologi er hensyntatt i pasientforløpsanalysene. Dette omfatter overgang fra døgnbehandling til dagbehandling, effektive samhandlingsløsninger, reduksjon i polikliniske kontroller og effektivisering av interne pasientforløp.

Med utgangspunkt i trendbeskrivelsen og scenariodiskusjonen legger vi til grunn at endringer i medisinsk teknologi og publikums forventninger også vil bidra til at forbruksveksten innenfor dagbehandling og poliklinikk vil fortsett.

Vi har ikke grunnlag for å beregne aktivitetsveksten som er et resultat økte forventninger og endret pasientrolle, men tabell 18 viser konsekvensene av en aktivitetsøkning på 20 % på toppen av fremskrevet og omstilt aktivitet i pasientforløpsanalysene. Tabell 20 viser tilsvarende konsekvensene for kapasitetsbehovet.

6.7 Økonomiske rammer

Flere studier viser at med økning i nivået for BNP øker også andelen av BNP som går til helse⁶¹ og dermed en sammenheng mellom utvikling i BNP og et lands helsekostnader. Figuren viser en stigning i BNP og aktivitet fra 2002-2012.



Figur 13 Utvikling av befolkning, aktivitet og BNP fra 2002 til 2012

Av figur 13 fremgår at aktivitetsøkningen har vært noe svakere enn økningen i BNP i perioden 2002 til 2012. Prognoser viser at BNP øker i årene framover og det er grunn til å anta at helsekostnadene vil øke sin andel av BNP. Beregningene for OECD-landene og EU samlet viser at helsekostnadene i Norge vil øke sin andel av BNP i størrelsesorden 1,4-1,9 prosentpoeng fra 5,1 prosent i 2010 til 6,5-6,9 prosent i 2030, avhengig av hvilke forutsetningene som legges til grunn⁶².

Hvor sterk sammenheng det er mellom aktivitet og kapasitetsbehov i sykehuset og BNP er bl.a. avhengig av fordelingen mellom ulike aktører i helsetjenesten (primærhelsetjenester, sykehus, prehospitaltjenester, osv.). En studie fra Nederland viser også at det har vært endringer i fordelinger av økonomiske ressurser

⁶¹ Keegan, C., S. Thomas, et al. (2013). "Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure." *International Journal of Health Care Finance and Economics* 13(2): 139-155.

Farag, M., A. K. NandaKumar, et al. (2012). "The income elasticity of health care spending in developing and developed countries." *International Journal of Health Care Finance and Economics* 12(2): 145-162.

⁶² Helsedirektoratet (2013) Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader. En gjennomgang av aktuell kunnskap, rapport IS-2142

innenfor helsesektoren med variasjoner i fordeling av budsjetter mellom f.eks. medisiner og nye behandlingsmåter⁶³.

6.8 Utvikling og styring

Aktiviteten i fremtid påvirkes av flere faktorer som er beskrevet ovenfor. Noen faktorer kan vanskelig påvirkes med eier kan i noen grad styre hvilke forutsetninger som skal gjelde eller hvilke scenarier som skal legges til grunn. I tillegg kan eier beslutte å endre opptaksområde og oppgaver og dermed pasientstrømmene mellom foretakene. Eier kan også legge opp en strategi for å påvirke oppgavefordeling mellom offentlige og private leverandører.

Virksomheten må styres innenfor økonomiske rammer. Det er ikke lagt inn forutsetninger om endringer i disse rammene som påvirker utvikling av kapasiteten. Vi ser også at aktiviteten og fordelingen av den påvirkes av økonomiske incentiver. For at forutsetningene om overføring av pasienter til kommunene og fra døgnbehandling til dagbehandling skal oppfylles, må de økonomiske incentivene understøtte dette. Det har vært et betydelig fall i antall dagopphold fra 2009 som trolig skyldes endringer i takstbruk. Diskusjonene om reduksjon i den kommunale med-finansieringen kan redusere effekten av samhandlingsreformen.

Beregning av fremskrevet og omstilt aktivitet 2030 bygger på følgende grunnlag:

- Midlere verdier (MMMM) for faktorer som påvirker befolkningsutviklingen
- Endringsfaktorer som vist i pasientforløpsanalysene
- Økning i antall liggedager i observasjonsplasser og polikliniske konsultasjoner og dagopphold som en effekt av ny teknologi, publikums forventninger og økt etterspørsel

⁶³ e Meijer, C., O. O'Donnell, et al. (2013). "Health expenditure growth: Looking beyond the average through decomposition of the full distribution." *Journal of Health Economics* 32(1): 88-105.

Tabell 16 Aktivitet 2030 HSØ 2012, demografisk fremskrevet og omstilt samt tillegg for scenarioendringer

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus															
HF	2012				Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene				Økning 20 % pga teknologi, forvetninger			Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + økning 20 % pga teknologi, forvetninger			
	Døgn opphold 2012	Ligge dager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgnopphold øhj i obs enhet, 1 liggedag	Polikliniske konsultasjoner 2030	Dag opphold 2030	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Ahus HF	59 121	233 896	20 870	264 314	76 931	270 819	35 031	333 193	3 702	66 639	7 006	80 633	274 521	42 037	399 832
OUS HF	97 427	452 890	67 658	817 064	118 269	487 517	102 832	1 026 360	4 028	205 272	20 566	122 298	491 546	123 398	1 231 633
Diakonhjemmet	10 975	43 696	1 031	66 665	14 178	47 531	2 486	80 893	670	16 179	497	14 849	48 201	2 984	97 071
Lovisenberg	10 908	42 488	6 232	53 738	14 044	47 927	9 471	67 537	633	13 507	1 894	14 677	48 561	11 366	81 045
Sykehuset i Vestfold HF	34 566	132 179	29 142	210 129	40 521	133 754	38 613	249 246	1 671	49 849	7 723	42 192	135 424	46 336	299 095
Sykehuset Innlandet HF	61 419	241 592	33 465	334 898	68 674	233 638	46 553	369 364	2 933	73 873	9 311	71 607	236 571	55 864	443 237
Sykehuset Telemark HF	31 940	122 633	11 709	178 223	35 022	118 579	16 897	194 430	1 521	38 886	3 379	36 543	120 099	20 277	233 317
Sykehuset Østfold HF	40 811	138 971	24 226	204 956	48 387	145 515	34 435	240 850	2 135	48 170	6 887	50 522	147 650	41 322	289 020
Sørlandet sykehus HF	43 502	158 434	45 944	271 636	52 902	169 783	66 380	330 895	2 054	66 179	13 276	54 956	171 837	79 656	397 074
Vestre Viken HF	60 156	235 643	41 780	299 332	72 979	249 836	61 961	358 937	3 410	71 787	12 392	76 390	253 247	74 353	430 724
Sum inst.sørge for-ansvar	450 824	1 802 421	282 057	2 700 954	541 908	1 904 899	414 661	3 251 706	22 758	650 341	82 932	564 666	1 927 657	497 593	3 902 048
Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + økning 20 % pga teknologi, forvetninger															
HF	2012				Demografisk fremskriving MMMM				Økning 20 % pga teknologi, forvetninger			Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + økning 20 % pga teknologi, forvetninger			
	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgnopphold øhj i obs enhet, 1 liggedag	Polikliniske konsultasjoner 2030	Dag opphold 2030	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Sunnaas sykehus HF	2 788	43 190	10	3 290	3 453	53 493	17	4 097							
Oslo kommunale legevakt	7 907	4 820	0	2 814	9 680	6 003	0	3 659							
Martina Hansens hospital	2 970	14 317	2 860	29 372	4 163	20 101	3 707	39 391							
Revmatismehuset Lillehammer	1 412	10 044	656	13 264	1 650	11 738	736	15 214							
Betanien hospital, Telemark	1 936	7 482	340	22 018	2 437	9 457	444	28 331							
Sum spesialinstitusjoner	17 012	79 852	3 866	70 759	21 382	100 791	4 904	90 691	0	0	0	0	0	0	0
Totalt Helse Sør-Øst	467 836	1 882 273	285 923	2 771 713	563 290	2 005 689	419 565	3 342 397	22 758	650 341	82 932	564 666	1 927 657	497 593	3 902 048

For institusjoner uten sørge for-ansvar (den nederste delen av tabellen) vises kun demografisk fremskrevet aktivitet. Omstilling iht pasientforløpsanalyser gir et feilaktig bilde av fremtidig aktivitet for disse institusjonene.

6.8.1 Aktivitet 2030 - Alternative forutsetninger for fremskrivingen

Som omtalt er slike beregninger beheftet med usikkerhet og det gjelder spesielt de kvalitative fremskrivingene. Effektene av endringsfaktorene er gitt ved at demografiske fremskrevet aktivitet korrigeres med en prosentvis økning eller reduksjon i forventet aktivitet i fremtiden (omstilling). Ved å velge alternative verdier for noen av endringsfaktorene kan vi simulere alternative konsekvenser av fremskrivingen. Dette er vist i et alternativ 2 til hovedalternativet som ligger til grunn for analyser og beregninger i dette prosjektet.

Alternativ 2: Redusert effekt av endringsfaktorene ift hovedalternativet

Ved å endre verdien på de variable som inngår i beregningene kan vi vise beregninger av kapasitetsbehov som konsekvens av noen endringer i forutsetningene. I arbeidsgruppa og i innspill fra HF-ene er det reist tvil om overføring av aktivitet til kommunen kan gjennomføres i det omfanget som er forutsatt og en stor del av omstillingen fra døgn- til dagbehandling er gjennomført. Nedenfor er det viste konsekvenser av et alternativ 2 som forutsetter:

- 50 % færre liggedager kan overføres til kommunene
- 30 % færre døgnopphold kan omstilles til dagopphold
- 50 % lavere omstilling i poliklinisk aktivitet (reduksjon i kontroller, overføring til kommunen)

I tabell 17 er effektene av de alternative verdiene vist og hvordan dette påvirker aktiviteten i 2030. Redusert effekt av overføring av behandling til kommunene og redusert effekt av omstilling fra døgn til dagbehandling gir økning i antall liggedager og dagopphold. Lavere omstilling for poliklinisk virksomhet gir en forventet reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner.

Tabell 17 Forskjeller i aktivitet 2030 ved alternativ verdi for effekt av endringsfaktorer

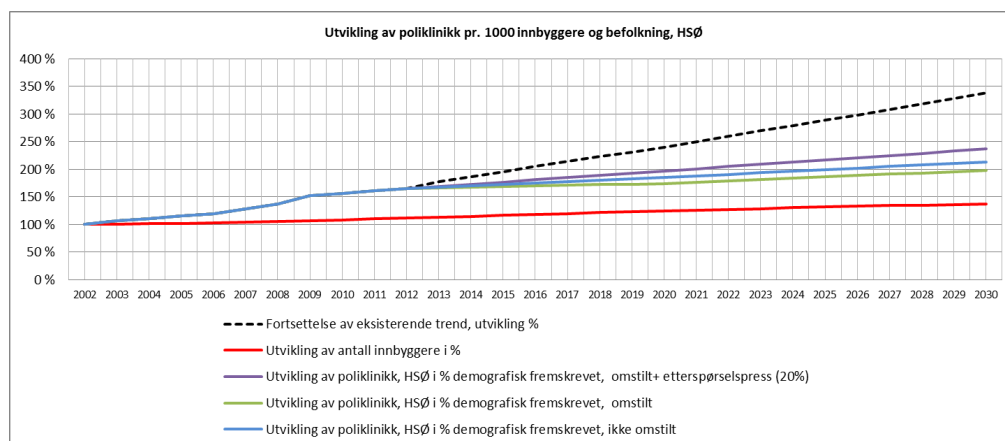
Aktivitet 2030 fordelt på HF fremskrevet etter hovedalternativet og alternativ 2												
HF	Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene, alternativ 2 + Økning 20 % pga teknologi, forvetninger				Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + Økning 20 % pga teknologi, forvetninger-hovedalternativet				Aktivitets differanse mellom hovedscenario og alternativ 2, hvor effekten av endringsfaktorer er redusert i alternativ 2			
	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Ahus HF	82732	290405	39938	387154	80633	274521	42037	399832	2099	15884	-2099	-12678
OUS HF	125596	521045	120099	1191064	122298	491546	123398	1231633	3299	29499	-3299	-40569
Diakonhjemmet	15299	50471	2534	93268	14849	48201	2984	97071	450	2269	-450	-3803
Lovisenberg	15127	51965	10916	78509	14677	48561	11366	81045	450	3404	-450	-2536
Sykehuset i Vestfold HF	43241	143367	45286	288953	42192	135424	46336	299095	1050	7942	-1050	-10142
Sykehuset Innlandet HF	73556	250186	53914	429291	71607	236571	55864	443237	1949	13615	-1949	-13946
Sykehuset Telemark HF	37442	126907	19377	225710	36543	120099	20277	233317	900	6808	-900	-7607
Sykehuset Østfold HF	51872	156727	39973	280145	50522	147650	41322	289020	1350	9077	-1350	-8874
Sørlandet sykehus HF	56456	182048	78157	384396	54956	171837	79656	397074	1500	10211	-1500	-12678
Vestre Viken HF	78339	267996	72404	416779	76390	253247	74353	430724	1949	14750	-1949	-13946
Sum inst.sørge for-ansvar	579 661	2 041 116	482 598	3 775 270	564 666	1 927 657	497 593	3 902 048	14 995	113 459	-14 995	-126 778

Som tabell 17 viser, er den samlede effektene på aktivitetsendringene begrensede. Alternativ 2 gir 3 % flere døgnopphold og liggedager og en reduksjon i dagopphold og poliklinikk på 3 %. Antallet liggedager er i utgangspunktet høyt og f.eks. Ahus HF som vil få en økt underkapasitet på senger i 2030, ref tabell 21.

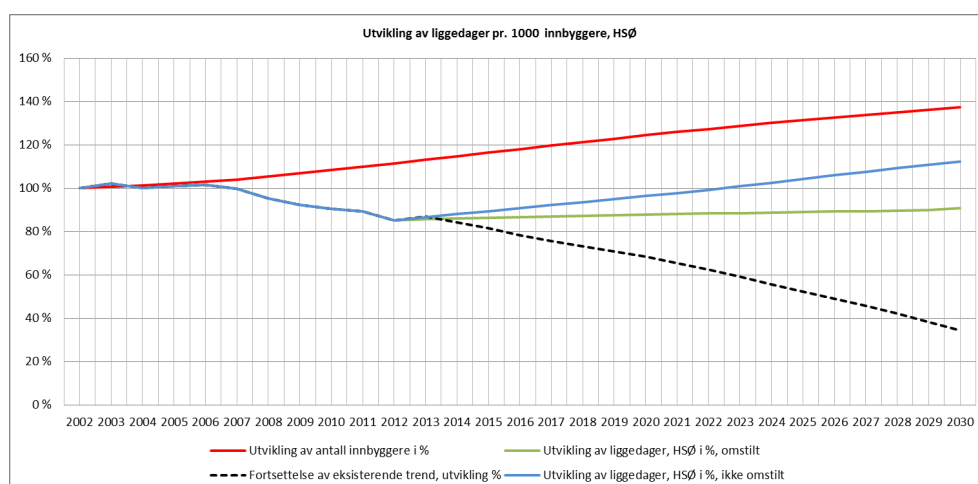
Forlengelse av trendkurven, ekstrapolering av trenden

Hvis det ikke opptrer konkrete endringer som gir brudd er det størst sannsynlighet for at utviklingen videreføres på samme nivå som trenden viser. De underliggende faktorene som har gitt den utviklingen som er observert vil fortsette å virke, men de vil endres når forutsetningene endres. Den demografiske fremskrivingen bygger på relativt sikre forutsetninger og "vi vet" at endringene i befolkningen påvirker behovet for sykehustjenester. Det er større usikkerhet knyttet til kvalitative endringsfaktorene.

En statistisk videreføring av trenden (ekstrapolering) gir et bilde av hvordan status blir hvis trenden videreføres med de samme underliggende endringsfaktorene. Dette er illustrert i figurene 14 og 15. I beregningene legges det til grunn at de endringsfaktorene som vil påvirke utviklingen fra 2012 til 2030 er de samme som har vært aktive i perioden 2002 til 2012. Dette kan være en rimelig forutsetning for endringer som skyldes omstilling fra døgnbehandling til dagbehandling, overføring av pasienter til kommunene og vekst som skyldes nye tilbud, samt endringer innenfor teknologi og økonomiske rammer. Et unntak er befolkningsutviklingen som vil være vesentlig forskjellig i perioden frem mot 2030. Den sterke økningen i antall eldre vil forsterke veksten i aktivitet for døgnopphold, poliklinikk og dagbehandling og svekke reduksjonen i liggedager eller snu den til en vekst.



Figur 14 Sammenheng mellom trendbeskrivelse 2002 – 2012 og fremskrevet og omstilt aktivitet 2012 – 2030 poliklinikk



Figur 15 Sammenheng mellom trendbeskrivelse 2002 – 2012 og fremskrevet og omstilt aktivitet 2012 – 2030 liggedager

Figurene viser at når trenden forlenes fortsetter fallet i liggedager mens antall polikliniske konsultasjoner fortsetter å øke. Oppdaterte aktivitetstall for HSØ frem til 1. halvår 2014 viser et fortsatt fall i antall liggedager. Den kvalitative fremskrivingen beskriver ikke hvilken aktivitet vi vil ha i 2030 men hvor mye den har endret seg fra basisåret som er 2012. Hvis forutsetningene for øvrig er riktig betyr det at antall liggedager kommer ut på et lavere nivå i 2030 om man velger 2014 som basisår i stedet for 2012.

Den forlengede trendkurven er vist med stiplet linje. Hvis det ikke gjøres forutsetninger om endrede eller nye faktorer som påvirker utviklingen får man etter hvert en sterk økning i den polikliniske aktiviteten.

Den demografiske fremskrivingen (blå linje) fører til en økning i antall konsultasjoner, men endringsfaktorene som er lagt til grunn for pasientforløpsanalysene reduserer denne økning (grønn linje) Når det i scenarioene forutsettes en økning på 20 % økning (lilla linje) blir resultatet en økning, som ligger mellom den demografiske fremskrivingen og den ekstrapolerte trendkurven. Dette illustrerer hvordan innføring av nye forutsetninger påvirker utvikling som ligger i trenden.

For liggedager viser videreføring av trenden et tilsvarende bilde men med motsatt fortegn. Det sterke fallet i liggedager frem til 2012 fortsetter til et urealistisk lavt nivå. Den demografiske fremskrivingen (blå linje), som viser økning pga en sterk økning i antall eldre, snur den nedadgående trenden til en økning. I grunnlaget for utviklingen fra 2002 til 2012 er det i praksis ingen endring i gruppen 70+. Omstillingstiltakene i den kvalitative analysen (grønn linje) forutsettes å redusere denne økningen. Figuren illustrer at det kan forventes en relativt sterk økning i antall liggedager knyttet til den demografiske utviklingen og at man får en moderat økning som en effekt av forutsetningene om overføringer til kommunen og økning i dagbehandling som alternativ til innleggelse. Den fallende tendensen som ligger i forlengelse av trenden brytes dermed.

6.9 Kapasitetsbehov 2030 HSØ

6.9.1 Utnyttelsesgrader

Gjennomgang av prosjekter viser at eier har valgt ulike krav til kapasitetsutnyttelse. I beregning av aktivitet og kapasitetsbehov for 2030 i dette prosjektet er det lagt til grunn krav til basis utnyttelsesgrad. Konsekvensene av dette drøftet i dette kapitlet.

Utnyttelsesgrader som en planleggingsforutsetning uttrykker en ambisjon om hvor effektivt et nybygg skal brukes. Det kan også benyttes til vurdering av arealeffektiviteten i et sykehus og kan gi viktig informasjon som grunnlag for styring av rom- og arealbruk. Det er i praksis liten kunnskap og hvordan man i dag utnytter viktig rom og utstyrsenheter og kartlegginger som er utført indikerer utnyttelsesgrad på f.eks. poliklinikkrom er lav.⁶⁴

Argumenter for å velge en høy utnyttelsesgrad kan være:

- Oppgaver og driftsmodell. Høy andel øhj gir et jevnt, høyt belegg som kan forsvare høy utnyttelsesgrad på senger
- Mindre kapasitetsbehov og arealbruk gir lavere investeringskostnader (også for utstyr) og lavere driftskostnader for bygg.
- Høy kapasitetsutnyttelse gir færre driftsenheter og muligheter for og redusert bemanning
- Store sykehus med ensengsrom, høyt volum og god bemanning kan organisere driften slik at man oppnår høy utnyttelse
- Lengre effektiv driftstid øker tilgjengeligheten og servicen til publikum

Valg av en lavere utnyttelsesgrad (basis utnyttelsesgrad) kan begrunnes med:

- Høyt belegg kan ikke oppnås fordi oppgaver og driftsmodell med en høy andel elektive pasienter gir variasjon i utnyttelse gjennom uka og året og lavere belegg i helger og ferier.
- Mindre sykehus med lavt volum og begrenset bemanning har større problemer med å holde et jevnt, høyt produksjonsnivå.
- Akuttsykehus har behov for en buffer mot svingninger i aktiviteten over døgnet, uka og året. Det kan gjelde for spesielle pasientgrupper (barn, fødende) og for spesielle tilbud som er sårbare for overbelegg/press (intensiv, observasjonsplasser, operasjonsrom mv.).
- Redusere risikoen for overbelegg og korridorpasienter. Av hensyn til kvaliteten i behandlingen og arbeidsbelastning for personalet er det viktig å unngå hyppig flytting av pasienter mellom sengeenheter. Overbelegg og korridorpasienter påvirker arbeidsforholdene negativt og kan gi økt sykefravær.
- Uhensiktsmessige bygninger, ikke plass til fleksibel utnyttelse av bygget over tid uten vesentlig ombygging.

Hvilken utnyttelsesgrad for senger som benyttes (85 eller 90 % for normalsenger) har i utgangspunktet liten betydning for det beregnede kapasitetsbehovet. Prognosen for utvikling av behovet er usikker men det antas

⁶⁴ Aktivitet, kapasitets- og arealanalyse for sykehusene i Helse Sør-Øst, SINTEF 2009

at nedgangen i liggedager vil fortsette. Det er dermed begrenset risiko knyttet til valg av beleggsprosent for normalsenger, men vi anbefaler at basis beleggsprosent legges til grunn for å sikre bufferkapasitet og fleksibilitet for endringer.

Kapasitetsbehov for intensivplasser, senger til tung overvåking og observasjonssenger knyttet til akuttmottak vurderes separat. Et tiltak for å kunne gjennomføre de omstillinger som det er vist til i pasientforløpsanalysene gjelder effektivisering av forløpet for akuttpasienter ved økt bruk av observasjonsplasser.

En høy utnyttelse krever fleksibel bruk av rom på tvers av fagområder og en rasjonell samordning av bemanning, rom og støttefunksjoner. Mange sykehus bruker også poliklinikker til undersøkelser for innlagte pasienter og for samtaler/undersøkelser som er utført av flere forskjellige fagpersoner, men som kun registreres som én konsultasjon i poliklinikken. I planlegging av reelt kapasitetsbehov må det differensieres mellom fagområder og ulikheter i oppgaver og pasientgrupper.

Aktiviteten innenfor dagbehandling og poliklinikk øker raskt og dette gjelder også diagnostikk og behandling. Det må tas hensyn til at en økning i antall eldre vil kunne føre til lenger tid per pasient og økende andel innvandrere har samme effekt. En omstilling til dagbehandling og poliklinikk er ønskelig og trendene viser at det er en pågående, sterk økning. Det er derfor høy risiko forbundet med å presse ned kapasitet ved valg av høy kapasitetsutnyttelse. En andel av de pasientene som er registrert som poliklinisk konsultasjon har også behov for en dagplass. I en konkret plan må derfor kapasitetsbehovet for dagplasser korrigeres.

I de eldre sykehusanleggene har tomme sengerom blitt konvertert til dagplasser, poliklinikkrom og kontorer. Overkapasiteten på sengerom har gitt fleksibilitet i bygget. Denne fleksibiliteten vil falle bort hvis det fremtidige behovet for senger planlegges "riktig" og med en høy kapasitetsutnyttelse. Det er viktig å bygge sengeenheter og rom slik at konvertering til annen bruk kan gjennomføres på en rasjonell måte. Dette stiller krav til byggets fotavtrykk, romstørrelser, nærhet mellom funksjoner, kapasitet i heiser oa. Omstillinger krever også organisatoriske endringer med sammenslåing av sengeenheter for å unngå at det oppstår små, ineffektive driftsenheter.

SINTEF vil anbefale at man holder utnyttelsesgraden på det nivået som er brukt gjennomgående i disse analysene (basis utnyttelsesgrad). Det foreligger ikke systematisk evaluering av effekter av ulike krav til utnyttelsesgrader men erfaringer fra sykehusprosjekter og dagens drift av sykehus viser at den høye utnyttelsen er vanskelig å oppnå.

6.9.2 Kapasitetsbehov døgnplasser, dagplasser og poliklinikkrom 2030

Beregningene i tabell 18 gir et anslag for fremtidig behov for senger, dagplasser og poliklinikkrom. I kapasitetsberegningen for senger er det differensiert mellom normalseng, observasjonsplasser og pasienthotell.

Tabell 18 Beregnet kapasitetsbehov 2030 på grunnlag av demografisk fremskrevet og omstilt aktivitet

Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, demografi MMMM, inkl omstilling og inkl økning 20 % for økt etterspørsel, forbruk				Ant dager/år	230	230
HF	Utnyttelsesgrad døgnplasser			Ant timer/dag	8	7
	85 %	75 %	75 %	Tid per konsult	4	0,75
	Kapasitetsbehov normalseng	Kapasitetsbehov observasjon	Kapasitetsbehov pasient-hotell	Kapasitetsbehov senger totalt	Kapasitetsbehov dagplasser	Kapasitetsbehov poliklinikkrom
Akershus universitetssykehus HF	737	86	82	905	107	171
Oslo universitetssykehus HF	1350	96	170	1616	316	526
Diakonhjemmet	134	15	9	158	10	41
Lovisenberg	136	14	8	159	28	35
Sykehuset i Vestfold HF	368	39	39	446	112	128
Sykehuset Innlandet HF	638	68	73	779	139	189
Sykehuset Telemark HF	322	37	38	396	53	100
Sykehuset Østfold HF	391	52	44	487	101	123
Sørlandet sykehus HF	461	48	57	566	189	170
Vestre Viken HF	680	79	76	834	178	184
Sum institusjoner sørge for-ansvar	5217	533	596	6346	1233	1666

Kapasitetsbehov i 2030 er beregnet på grunnlag av den fremskrevne aktiviteten i 2030 og basismodell for utnyttelsesgrad. Tabellen viser kapasitetsbehov ved basis utnyttelsesgrad og valg av en høy utnyttelse vil gi et kapasitetsbehov på 6 029 døgnplasser, 987 dagplasser og 1 133 poliklinikkrom. Kapasitet operasjonsrom er beregnet med utgangspunkt i dagens aktivitet og en demografisk fremskriving. Med en basis utnyttelsesgrad gir det et behov for ca 350 operasjonsrom i HSØ.

6.10 Kapasitetsbehov intensiv og tung overvåking 2030

Det er behov for å se kapasitetsbehov for intensivplasser samlet for HSØ. Fagutvalg for intensiv HSØ RHF har i 2014 utarbeidet "*Rapport intensivkapasitet i Helse Sør-Øst*". I dette arbeidet er dagens intensivkapasiteter kartlagt, både fysisk tilgjengelige senger og bemannede. For intensiv er tilgang på og bruk av bemanningsressursen avgjørende. Når det gjelder fremtidig behov sier rapporten "at man trenger å tilføre et stort antall nye, bemannede intensivsenger, sannsynligvis opp mot 50 % økning. Dersom man bibeholder dagens organisering i sykehusstruktur og funksjon, vil dette behovet øke ytterligere".

I tabell 19 viser kartlagte, bemannede senger 2014 og med et tillegg på 50 % for fremtidig behov. Dette er satt opp imot beregnet behov ved bruk av Walesmodellen. Walesmodellen er utviklet for 14 år siden, og befolknings sammensetningen da nok var en annen enn det vi forventer å få i 2030. Dette kan øke behovet ytterligere. For hvert sykehusområde er det store forskjeller, men dette skyldes i hovedsak at Walesmodellen kun ser på befolkningsgrunnlag og ikke oppgavedeling mellom HF-ene.

På sumnivå viser bruk av Walesmodellen et høyere behov enn det som er vist i rapporten fra HSØ RHF. For begge beregningsmåter er det laget en forutsetning om samling av intensivfunksjonen men lokalisering på flere enheter vil øke behovet for intensivplasser.

Tabell 19 Fremtidig kapasitetsbehov intensiv fordeling per sykehusområde, sammenligning behov fra rapport fra HSØ RHF og beregnet behov ved bruk av Walesmodellen

Intensivkapasitet Helse Sør-Øst				
	Kartlagt ant plasser i dagens HF/sykehus		Beregnet behov ut fra befolkningstall	
	Dagens kapasitet kategori III senger, bemannede senger	Tillegg fremtidig behov 50 %	Beregnet behov Walesmodellen, intensivsenger, 2030	Beregnet behov Walesmodellen, tunge overvåkingsenger, 2030
Akershus SO	10	15	48	86
Oslo SO	76	114	51	90
Dikaonhjemmet sykehus	3	4,5		
Lovisenberg D. sykehus	2	3		
Innlandet SO	15	22,5	35	62
Telemark/Vestfold SO	10	15	36	63
Østfold SO	10	15	26	46
Sørlandet SO	11	16,5	28	50
Vestre Viken SO	13	19,5	43	77
Totalt HSØ	150	225	267	474

Tabell 20 viser fremskrevet behov for både intensiv og tunge overvåkingsplasser. Disse plassene er en viktig buffer mellom ordinære senger og intensiv. Lokalisering har stor betydning både for drift, fleksibel bruk og bemanning.

Hvis Walesmodellen skal brukes til å beregne behov for intensivplasser og tunge overvåkingsplasser for hvert HF må det gjøres en omfordeling av kapasiteten mellom OUS HF og de øvrige HF-ene. Tabell 20 viser et regneeksempel der Walesmodellen er brukt til å beregne kapasitet for intensiv og tung overvåking. I beregningene er det forutsatt at 30 % av intensivplassene og 10 % av tunge overvåkingsplasser overføres til OUS HF fra de øvrige HF-ene. Denne fordelingen må i det videre arbeidet gjennomgås og kapasiteten tilpasses den reelle oppgavefordelingen. Også pasienter som kommer fra andre sykehusområder må tas med i vurderingene.

Tabell 20 Beregnet behov for intensivkapasitet og kapasitet for tung overvåking i 2030 fordelt per HF og for Diakonhjemmet og Lovisenberg, gitt en omfordeling på hhv 20 % og 10 % til OUS HF

Intensivkapasitet Helse Sør-Øst				
	Beregnet behov ut fra befolkningstall		Omfordelt kapasitetsbehov	
	Beregnet behov Walesmodellen, intensivsenger, 2030	Beregnet behov Walesmodellen, tunge overvåkingsenger, 2030	Kapasitetsbehov ved omfordeling 20 % av intensivplasser til OUS HF	Kapasitetsbehov ved omfordeling 10 % av tunge overvåkingsplasser til OUS HF
Ahus HF	48	86	38	77
OUS HF	51	90	87	118
Dikaonhjemmet sykehus			4	5
Lovisenberg D. sykehus			3	5
Sykehuset Innlandet HF	35	62	28	56
Telemark/Vestfold HF	36	63	29	57
Sykehuset Østfold HF	26	46	21	41
Sørlandet sykehus HF	28	50	22	45
Vestre Viken HF	43	77	34	69
Totalt HSØ	267	474	267	474

Bruk av Walesmodellen gir et behov på 267 intensivplasser og 474 plasser for tung overvåking i HSØ i 2030. Sammenlignet med dagens kapasitet (bemannede intensivplasser) er det en økning på 117 intensivplasser. Plasser for tung overvåking i 2014 er ikke registrert.

Antall intensivplasser og tunge overvåkingsplasser vil som en hovedregel inngå som en del av den totale sengekapasiteten i HF-ene og kommer i tillegg til "normalseng". Hvis oppholdet på intensivheten er kort f.eks. i forbindelse med operasjon, vil ha sin vanlige sengeplass disponibel under oppholdet på intensivheten.

Det er stor usikkerhet forbundet med kapasitetsberegning for intensiv så de fysiske løsningene som etableres i HF-ene må ha en stor grad av fleksibilitet for å fange opp variasjoner i behov.

6.10.1 Kapasitetsbehov operasjon 2030

Beregnet kapasitetsbehov 2030 for operasjon og postoperativ overvåking er vist i tabell 21. For å få oversikt over tid per operasjon og organisering av driften har SINTEF innhentet operasjonsstuedata fra helseforetakene. Disse viser at det er stor variasjon gjennom året på antall operasjoner som utføres, med lavaktivitetsperioder ifm sommerferie, påske og jul. Dette påvirker den gjennomsnittlige utnyttelsesgraden for rommene.

I beregningen over er det forutsatt fleksibel bruk av operasjonsstuer på tvers av fagområder innenfor en sykehusenhet. Dette vil passer for noen HF, mens andre HF må ha dedikerte stuer. Det er ikke brukt differensiert tid per fagområde.

Utnyttelsesgraden settes 230 dager/år og 8 timer per dag. En andel av operasjonene utføres utenfor arbeidstid 365 dager per år. Det gir lavere aktivitet som skal utføres innenfor den planlagte driftstiden. Det vil være behov for å gjøre med detaljerte analyser ved planlegging av operasjonsenheter

For beregning av behov for postoperative overvåkingsplasser har flere sykehusprosjekter benyttet en gjennomsnittsfaktor på 1,5 postoperativ plasser per operasjonsstue. Dette kommer i tillegg til øvrige døgnplasser, intensiv- og tunge overvåkingsplasser. For kirurgiske dagplasser beregnes det 2 plasser per dagkirurgisk operasjonsstue.

Tabell 21 Beregnet kapasitetsbehov, operasjon.

Aktivitet og beregnet kapasitetsbehov 2030 operasjon Helse Sør-Øst									
	Antall operasjoner totalt 2030	Andel dagkirurgi, %	Antall dagkirurgi 2030	Antall dager/år	Antall timer/dag	Timer per operasjon (snitt dag og innlagt), inkl klargjøring 30 min	Andel operasjoner innenfor dagtid	Beregnet kapasitetsbehov 2030	Forhøyning per HF 2030 + 1 scetiostue
Akershus universitetssykehus HF	28081	60 %	16849	230	8	2,5	80 %	30,5	32
Betanien hospital	3350	70 %	2345	230	8	2	100 %	3,6	4
Diakonhjemmet	6339	70 %	4437	230	8	2	100 %	6,9	7
Lovisenberg	8106	70 %	5674	230	8	2	100 %	8,8	9
Martina Hansens hospital	6478	70 %	4535	230	8	2	100 %	7,0	7
Oslo universitetssykehus HF	71902	50 %	35951	230	8	3,5	80 %	109,4	112
Sykehuset i Vestfold HF	19767	60 %	11860	230	8	2,5	80 %	21,5	23
Sykehuset Innlandet HF	37646	60 %	22587	230	8	2,5	80 %	40,9	42
Sykehuset Telemark HF	15642	60 %	9385	230	8	2,5	80 %	17,0	18
Sykehuset Østfold HF	21554	60 %	12932	230	8	2,5	80 %	23,4	25
Sørlandet sykehus HF	29462	60 %	17677	230	8	2,5	80 %	32,0	33
Vestre Viken HF	34772	60 %	20863	230	8	2,5	80 %	37,8	39
Totalt Helse Sør-Øst	283098		165096					339	351

Grunnlaget for beregning av aktivitetstall 2030 er opphold 2012 med kirurgisk DRG

Tabell 22 Beregnet kapasitetsbehov for operasjon og postoperativ overvåking i 2030, fordelt på HF og private ideelle sykehus

Kapasitetsbehov 2030 operasjon Helse Sør-Øst		
Helseforetak	Beregnet kapasitetsbehov operasjon	Postoperativ ov.plass
Akershus universitetssykehus HF	32	48
Betanien hospital	4	6
Diakonhjemmet	7	11
Lovisenberg	9	14
Martina Hansens hospital	7	11
Oslo universitetssykehus HF	112	168
Sykehuset i Vestfold HF	23	35
Sykehuset Innlandet HF	42	63
Sykehuset Telemark HF	18	27
Sykehuset Østfold HF	25	38
Sørlandet sykehus HF	33	50
Vestre Viken HF	39	59
Totalt Helse Sør-Øst	351	527

6.11 Kapasitet 2012 vs kapasitetsbehov 2030 HSØ

I tabell 23 er registret kapasitet 2014 sammenstilt med beregnet kapasitetsbehov 2030, hovedalternativet. Som drøftet i kapittel 5 er det varierende kapasitetsutnyttelse i sykehusene, noe som kan forklares med virksomhets- og bygningsmessige forhold. En oversikt over kapasitetsbalanse kan imidlertid brukes til å illustrere krav til tilpassing av kapasiteten eller aktiviteten til en fremtidig situasjon. For noen sykehus og funksjoner kan det bety nedbygging kapasitet og omfordeling av rom og arealer til nye funksjoner. For andre kan det bety behov for investeringer i nybygg eller endringer i oppgaver.

Tabell 23 Beregnet kapasitetsbehov 2030 sammenholdt med registrert kapasitet 2014 HSØ

Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, demografi MMMM, basis utnyttelsesgrad, inkl omstilling og inkl økning 20 % for økt etterspørsel, forbruk												
Helseforetak	Kapasitet 2014				Kapasitet 2030				Diff. Kapasitetsbehov 2014-2030			
	Døgnplasser totalt*	Dagplasser	Poliklinisk-rom	Operasjon	Døgnplasser totalt	Dagplasser	Poliklinisk-rom	Operasjon	Døgnplasser totalt	Dagplasser	Poliklinisk-rom	Operasjon
Akershus universitetssykehus HF	677	123	160	26	905	107	171	32	-228	16	-11	-6
Oslo universitetssykehus HF	1680	57	444	104	1616	316	526	112	64	-259	-82	-8
Diakonhjemmet	212	16	46	7	158	10	41	7	54	6	5	0
Lovisenberg	151	0	42	14	159	28	35	9	-8	-28	7	5
Sykehuset i Vestfold HF	439	2	177	23	446	112	128	23	-7	-110	49	0
Sykehuset Innlandet HF	861	26	287	41	779	139	189	42	82	-113	98	-1
Sykehuset Telemark HF	513	5	82	17	396	53	100	18	117	-48	-18	-1
Sykehuset Østfold HF	455	103	132	20	487	101	123	25	-32	2	9	-5
Sørlandet sykehus HF	744	171	277	42	566	189	170	33	178	-18	107	9
Vestre Viken HF	906	8	255	48	834	178	184	39	72	-170	71	9
Sum sørge for-ansvar	6638	511	1902	342	6346	1233	1667	340	292	-722	235	2

*Postoperative plasser er ikke med

I beregning av kapasitetsbehov for HSØ er kapasitetstall fra Martina Hansens hospital, Betanien hospital Telemark, Oslo kommunale legevakt, Revmatismehuset Lillehammer og Sykehuset Telemark HF holdt utenfor. Dette er institusjoner med et begrenset pasientgrunnlag som ikke er tilpasset valg av pasientgrupper i de kvalitative fremskrivninger.

Med de forbehold om usikkerhet som er nevnt ser vi at alle HF har overskudd eller balanse i sengekapasiteten i 2030, med unntak av Ahus HF og Sykehuset Østfold HF. Tallene for Sykehuset Østfold er hentet fra romprogrammet for det nye sykehuset. Begge disse sykehusene er planlagt med en utnyttelsesgrad på 90 % for normalsenger.

Det er betydelig overkapasitet på senger ved Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet Sykehus HF og Vestre Viken HF. Dette er HF som har virksomheter spredt på flere sykehusenheter og i til dels gamle bygg. Dette kan gi ulike muligheter til kapasitetsutnyttelse i de enkelte enhetene og byggen. I de fremskrevne kapasitetsberegningene er det ikke tatt hensyn til usikkerhet knyttet til bruken av dagens kapasitet (organisering, kvalitet bygg, driftsmodell) og heller ikke endringer i kvalitetskrav i fremtid som vi reduserer den fremtidige kapasitetsutnyttelse for de samme byggene (krav til ensengsrom, effektive driftsenheter oa). Dette er problemstillinger som krever egne analyser basert på informasjon fra HF-ene.

Usikkerhet i tallgrunnlaget både for fremskrevet aktivitet og registrert kapasitet gir usikkerhet når resultatet tallene skal brukes til å vurdere behovet for antall dagplasser. For å få et bedre grunnlag for å vurdere kapasitetsbehov må man se aktivitet for dagopphold og poliklinikk samlet, og vurdere hvor stor andel av poliklinikkpasientene som har behov for en dagplass. Tilsvarende må bruken av sengerom og til dagplass/dagopphold kontrolleres.

Med unntak for Ahus HF og OUS HF, har alle tilfredsstillende kapasiteter på poliklinikkrom ved basis kapasitetsutnyttelse, og noen har en betydelig overkapasitet. Erfaringstall viser at det i praksis er lav driftstid for poliklinikkrom ved mange sykehus. Med unntak for Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF er det underkapasitet eller balanse for operasjonsrom ved de andre HF-ene.

6.11.1 Kapasitetsbehov i alternativ 2

Et alternativ 2 for fremskriving av aktivitet er omtalt i punkt 6.8.1. Som tabell 24 viser, vil en redusert effekt av omstillingstiltakene i alternativ 2 føre til at antall liggedager øker med 3 % og antall polikliniske konsultasjoner faller med 3 %. Overført på kapasitetstallene betyr det at for HSØ totalt er det behov for ca 238 flere senger. For HF-ene som er presset på sengekapasitet øker behovet med ca 30 senger ved Ahus HF til en underdekning på ca 255, Sykehuset i Vestfold HF får en økning på 14 senger og en underdekning på 17, mens Sykehuset Østfold HF får en økning i underkapasitet fra 23 til 38 senger.

For poliklinikkrom vil alternativ 2 gi et redusert press på romkapasiteten. Dette har betydning for Ahus HF får en redusert underdekning fra 11 til 6 rom og OUS HF reduseres underdekningen fra 81 til 66 rom.

Tabell 24 Oversikt over kapasitetsbalanse HSØ RHF 2030 fordelt på HF med sørge for-ansvar, hovedalternativet og alternativ 2.

Kapasitetsbehov HSØ 2030 fordelt på HF. Alternativ 2 redusert effekt av omstillinger									
Helseforetak	Kapasitet hovedscenarior, 2030			Kapasitet alternativ 2, 2030			Differanse mellom scenarier, kapasiteter		
	Døgnplasser totalt	Dagplasser	Poliklinikkrom	Døgnplasser totalt	Dagplasser*	Poliklinikkrom**	Døgnplasser totalt	Dagplasser	Poliklinikkrom
Akershus universitetssykehus HF	905	107	171	937	87	180	32	-20	9
Oslo universitetssykehus HF	1616	316	526	1681	261	555	65	-55	29
Diakonhjemmet	158	10	41	163	6	43	5	-4	2
Lovisenberg	159	28	35	168	24	37	9	-4	2
Sykehuset i Vestfold HF	446	112	128	462	98	135	16	-14	7
Sykehuset Innlandet HF	779	139	189	807	117	200	28	-22	11
Sykehuset Telemark HF	396	53	100	409	42	105	13	-11	5
Sykehuset Østfold HF	487	101	123	506	87	131	19	-14	8
Sørlandet sykehus HF	566	189	170	587	170	179	21	-19	9
Vestre Viken HF	834	178	184	865	157	194	31	-21	10
Sum inst. med sørge for-ansvar	6346	1233	1666	6584	1049	1759	238	-184	92

* 230 dager per år, 8 timer per dag, 4 timer per pasient

** 230 dager per år, 7 timer per dag, 0,75 timer per konsultasjon

6.12 Oppsummering sykehusområder og helseforetak

I dette punktet gjennomgås kort sykehusområder og helseforetak i HSØ RHF. Mer detaljert informasjon finnes i Delrapport 1, vedlegg 1. Når det gjelder usikkerhet og begrensninger knyttet til beregning av aktivitet, kapasitetsbehov og registrert kapasitet, vises det til vedlegg 4 og kommentarer under flere punkter foran.

6.12.1 Akershus sykehusområde

Akershus SO er det største SO i HSØ RHF med en befolkning på over 470 000 personer (2012). Det utgjør 17 % av befolkningen i HSØ. Akershus SO er også det området som har den største veksten i folketall fra 2012 til 2030 på over 32 %. Veksten i antall eldre (70+) er på hele 85 % som er vesentlig høyere enn for de andre SO-ene i HSØ. Befolkningen i Akershus SO hadde, nest etter Oslo SO, de laveste forbruksratene på alle aktivitetsområder.

Akershus SO har en aktivitet tilsvarende ca 280 senger utenfor egne HF (inkludert regionpasienter men eksklusiv rehabiliteringspasienter). Dette dekkes i hovedsak ved OUS HF. Forutsatt basis utnyttelsesgrad, hadde Ahus HF en kapasitetsreserve i 2014 på 80 dagplasser og 37 poliklinikkrom.

Det er vurdert å flytte Nes kommune fra Innlandet SO til Akershus SO. Nes kommune har 20 000 innbyggere og ca 40 % av tjenestene som befolkningen brukte i 2012 ble levert av Ahus HF. Hvis man forutsetter at andelen som går til OUS HF vil bli opprettholdt, vil en overføring av Nes kommune til Akershus SO gi økt kapasitetsbehov ved Ahus HF på 5 senger og 3 poliklinikkrom. Det er også sett på muligheten for å flytte Vestby kommune med 15 000 innbyggere fra Akershus SO Østfold SO. Ca 60 % av aktiviteten som befolkningen i Vestby genererer blir i dag levert av Ahus HF. Hvis begge disse endringene i opptaksområde gjøres parallelt antas det at nettoendringen for Ahus HF blir liten.

I 2012 gikk ca 72 % av liggedagene, 55 % av dagopphold og 56 % av poliklinikken for Akershus SO til Ahus HF. OUS HF var mottaker av de fleste av pasientene som ikke ble behandlet ved Ahus HF. 90 % av aktiviteten ved Ahus HF kommer fra eget SO. Pasientlekkasjene skyldes bl.a. underkapasitet på døgnplasser.

På grunn av den sterke befolkningsveksten vil Ahus HF ha den sterkeste veksten i aktivitet og kapasitetsbehov i HSØ fra 2012 til 2030. Forutsatt basis kapasitetsutnyttelse, relativt sett samme pasientstrømmer som i 2012 og hovedalternativet for fremskriving av aktiviteten, gir dette en underkapasitet på 228 senger i 2030 sammenlignet kapasiteten i 2014. Det vil også være for liten kapasitet på poliklinikkrom (-11 rom) og operasjonsrom (-6 rom). En andel av døgnplassene som er registrert gjelder ombygde senger fra pasienthotell til ordinære sengerom. Disse sengene drives på disposisjon fra arbeidstilsynet. Hvis dispensasjonen ikke opprettholdes kan kapasiteten bli redusert med 17 senger til 660.

Ahus Nordbyhagen er et nytt sykehusanlegg og ut over "Ahus mulighetsstudie" som er utført av Akershus universitetssykehus HF⁶⁵, foreligger det ikke konkrete planer for utbygging som kan dekke opp for den økende underkapasiteten på senger og etter hvert på poliklinikk- og operasjonsrom. Det er iverksatt driftsmessige endringer som på kort sikt vil dempe kapasitetsproblemet. I tillegg arbeider HSØ RHF med økt kapasitet ved Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus som kan bidra til å dempe presset. Det vil kunne omfatte både utnyttelse av ledig kapasitet og planer for utbygging. I planene for Innlandet vurderes mulighetene for å legge Kongsvinger sykehus med sitt befolkningsgrunnlag til Akershus SO. Konsekvenser for aktiviteten ved Ahus HF er i den sammenhengen ikke berørt.

Med endringer i oppgavefordeling eller opptaksområder mellom sykehus kan man styre pasientstrømmene og dermed avlaste Ahus HF. Ahus HF peker på behovet for å styrke kapasiteten og sikre et helhetlig tilbud

⁶⁵ Epost fra Lars Åge Møgster, september 2014

for befolkningen i Akershus SO. Dette er nødvendig for å sikre det faglige tilbudet ved universitetssykehuset og økonomiske grunnlaget for driften.

Det vises til Vedlegg 1 og til pkt 6.13 nedenfor om Hovedstadsområdet.

6.12.2 Innlandet sykehusområde

Innlandet sykehusområde har en befolkning på 393 000 (2012) som øker med 13 % frem til 2030. Gruppen 70 + øker med 52 %. Aktiviteten er fordelt på 6 sykehus i tillegg til desentrale tjenester ved de lokalmedisinske senterne i Otta og Fagernes. Innlandet SO bruker Revmatismesykehuset i Lillehammer til revmatologiske pasienter til rehabilitering. Innlandet SO er det området med lavest befolkningsvekst (ca 13 %) fra 2012 til 2030 og veksten i gruppen 70 + er på 51 %. Området har svært lav vekst i aldersgruppen 19-49 år (4,7 %). Dette kan påvirke mulighetene for rekruttering og bemanning i sykehus og i helsesektoren generelt.

Innlandet SO har nest etter Telemark og Vestfold SO, de høyeste forbruksratene for døgnopphold og liggedager. Årsaken kan være lange reiseavstander, fordeling på mange lokale sykehusenheter, samhandling med kommunene oa. Det samlede forbruket av poliklinikk/dagopphold/avtalespesialister ligger lavest i HSØ. En korrigering av forbruket av liggedager ned mot et gjennomsnitt for HSØ vil gi et betydelig redusert behov for senger.

Med utgangspunkt i aktivitetstall for 2012 og basis kapasitetsutnyttelse, hadde Sykehuset Innlandet HF kapasitetsreserve på døgnplasser og poliklinikkrom, men underkapasitet på dagplasser. Det var balanse i antall operasjonsrom.

Operasjonskapasiteten tilsvarer kapasitetsbehovet. Kapasitetene er fordelt på 6 sykehusenheter og vi har ikke tallgrunnlag eller annen informasjon til å vise fordelingen og kapasitetssituasjonen på sykehusenheter. Flere av anleggene er eldre og krever fornying noe som gjør det vanskelig å opprettholde en god, samlet kapasitetsutnyttelse. De høye forbruksratene tyder på en viss overkapasitet som bl.a. kan forklares med at oppgavene er fordelt på mange små enheter. Dette kan begrense mulighetene til god utnyttelse av ressursene.

Sykehusene i Innlandet HF behandler i hovedsak pasienter fra eget HF med en begrenset strøm av pasienter fra Akershus SO. Med unntak av pasientstrømmene til OUS HF (ca 10 %) og Ahus HF (ca 3 %) ble døgnpasienter innlagt ved sykehusene i Innlandet HF. Ca 23 % av polikliniske konsultasjoner gikk til private avtalespesialister mens ca 8 % gikk til OUS HF.

Gitt hovedalternativet og forutsatt basis kapasitetsutnyttelse vil Sykehuset Innlandet HF ha en overkapasitet på nærmere 100 døgnplasser i 2030. Det vil være overkapasitet på poliklinikkrom men underkapasitet på dagplasser og operasjonsrom.

Sykehuset Innlandet HF har i mange år arbeidet med planer for et nytt sykehus. I mai 2014 vedtok HF-styret den nye utviklingsplanen hvor den ene scenariet er ett akuttsykehus i Mjøsregionen som erstatter 4 av dagens sykehus (Lillehammer, Gjøvik, Hamar og Elverum). I tillegg vil det være sykehus i Kongsvinger. Sykehuset på Tynset dekker fjellregionen i samarbeid med St. Olavs Hospital. Utviklingsplanen inneholder ikke konkrete tall for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov som kan sammenstilles med de beregninger som er gjort i denne analysen. Idefasen for ny sykehusløsning for Innlandet SO skal være ferdig i 2015. Innhold, struktur og lokaliseringen for et nytt sykehus for Innlandet kan påvirke pasientstrømmene til OUS HF og Ahus HF, og bør sees i sammenheng med planene for hovedstadsområdet.

6.12.3 Oslo sykehusområde

Oslo SO sammen med Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus dekker områdesykehusfunksjoner for en befolkning på ca 508 000 innbygger (2012). For lokalsykehusfunksjoner er

befolkningen fordelt mellom OUS HF (251 000), Diakonhjemmet (128 000) og Lovisenberg (129 000). Frem mot 2030 forventes en befolkningsøkning på 28 % og for aldersgruppen 70 + en økning på 67 %. Oslo SO har flere virksomhet ved sykehusenhetene Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet, Sinsen (tidligere Aker) og avdeling for kompleks epilepsi i Sandvika. I tillegg til å dekke tjenesten til egnen befolkning har OUS HF regionfunksjoner for HSØ RHF og flere landsfunksjoner.

Den samlede kapasiteten var i 2014 på 1 680 døgnplasser som ga en reserve på ca 200 i forhold til et beregnet kapasitetsbehov (2012). I tillegg hadde Diakonhjemmet og Lovisenberg en overkapasitet på ca 85 døgnplasser. Oslo kommunale legevakt tilbyr spesialisthelsetjenester og er en viktig avlastning for OUS HF når det gjelder øhj-pasienter. OUS HF har underkapasitet på dagplasser og en overkapasitet på over 100 poliklinikkrom

Forbruket av døgnplasser ligger litt under gjennomsnittet for HSØ, mens dagopphold og polikliniske konsultasjoner ligger noe over gjennomsnittet når de private avtalespesialistene regnes med. Under pkt 6.6.2 Behov vs forbruk, forbruksrater har vi drøftet konsekvenser av høy andel innvandring for forbruket av sykehustjenester i Oslo SO.

Oslo SO har en begrenset pasientstrøm (2-3 %) til Ahus HF men dekket i hovedsak alle tjenester til sin befolkning i egne sykehusenheter, inkludert de private, ideelle sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg. Diakonhjemmet fikk 84 % av sine døgnopphold fra Oslo SO mens Lovisenberg fikk 77 %.

Basert på hovedalternativet for fremskriving og basis utnyttelsesgrad vil det i OUS HF 2030 være et begrenset overskudd på døgnplasser. Det vil være et betydelig underskudd på dagplasser og poliklinikkrom og også underskudd på operasjonsrom. Også Diakonhjemmet og Lovisenberg samlet vil ha overskudd på 46 senger, og samlet vil alle enhetene ha et overskudd på 110 senger.

Campus Oslo, det nye sykehuset i Oslo SO, er under planlegging. Arbeide med idefaserapporten pågår men er ikke ferdigbehandlet. En sammenligning av beregnet kapasitetsbehov i denne analysen med tall fra idefasen for nytt sykehus i OUS HF viser følgende:

- Idefase OUS HF har 209 flere pasienthotellplasser som skyldes at i idefasen er det inkludert senger i sykehotell som ikke inngår i aktivitetsgrunnlaget i denne rapporten.
- Ulike forutsetninger for effekt av endringsfaktorer, bl.a. for samhandling og IKT- og eHelse-løsninger.
- Ulike utnyttelsesgrader
- Ulikt datagrunnlag for poliklinisk aktivitet (intern poliklinikk, skadelegevakt, strålebehandling oa).

6.12.4 Telemark og Vestfold sykehusområde

Telemark og Vestfold SO betjener en befolkning på i underkant av 390 000 innbyggere som er fordelt med 170 000 (43 %) på Telemark HF og 220 000 (56 %) på Sykehuset i Vestfold HF. Befolkningen øker med ca 17 % frem mot 2030. Med unntak av den polikliniske aktiviteten var forbruket av sykehustjenester fra Telemark og Vestfold SO det høyeste i HSØ og godt over gjennomsnittet for landet. Behovsindeksen er høyere i dette området enn i de øvrige SO-ene, men det ikke nok til å forklare hele forskjellen.

Oversikten nedenfor viser forbruksrater fordelt på SO og HF. For sykehusområdet er også forbruk i andre HF og institusjoner som Betanien regnet med. Forbruksraten blir dermed høyere enn for HF-ene innenfor sykehusområdet.

Aktivitet 2012	Forbruk/1000 Sykehuset Telemark HF	Forbruk/1000 Sykehuset i Vestfold HF	Forbruk/1000 Telemark og Vestfold SO
Døgnopphold	184	154	191
Liggedager	717	595	786
Dagopphold	69	132	113
Polikliniske konsultasjoner	1025	937	1111

Sykehuset Telemark HF har høyere forbruk enn Sykehuset i Vestfold HF på alle områder med unntak av dagopphold. Vi har ikke beregnet egedekningen for de to HF-ene separat og kan ikke sammenligne forbruksrater på HF nivå med øvrige SO i HSØ RHF, men grovt sett ligger Sykehuset i Telemark HF høyt og Sykehuset i Vestfold på middels verdier. De høye forbruksratene på liggedager og døgnopphold for Telemark og Vestfold SO samlet, kan forklares med det særlig høye forbruket ved Sykehuset Telemark HF.

En del av aktiviteten utføres ved Betanien sykehus, spesielt innenfor poliklinikk og dagkirurgi. 50 % av operasjonsvirksomheten ble utført dagkirurgisk eller poliklinisk ved de to helseforetakene. For Betanien var andelen ca. 88 % av operasjonsvirksomheten. Sykehuset Telemark har 80 % øhj mens for Sykehuset i Vestfold HF er andelen 67 %. Betanien sykehus hadde i hovedsak elektiv virksomhet.

HF-ene i Telemark Vestfold SO betjener i hovedsak egen befolkning og det er begrensede pasientstrømmer til/fra sykehusene når man ser bort fra regionpasienter til OUS HF. Det er også begrensede pasientstrømmer mellom HF-ene og hvert HF betjener stort sett befolkningen i sitt opptaksområde.

Sykehuset Telemark HF

Det foreligger en utviklingsplan for 2014 til 2016 hvor det anbefaler en sykehusstruktur som innebærer reduksjon i antall akuttmottak, sykehusenheter med senger og sykehusenheter med kirurgisk aktivitet. Foreløpig forslag innebærer endringer for Sykehuset Telemark HF med flytting av dagkirurgi og poliklinikk fra Porsgrunn til Skien, fødsler kun i Skien, somatisk akuttmottak i Notodden og Skien, men kun traumemottak i Skien.

Virksomhetsmessig betyr det at all akutt operasjonsvirksomhet blir i Skien, og at elektiv kirurgi blir fordelt mellom Skien og Notodden. Det gir en reduksjon i kapasitetsbehovet totalt i forhold til dagens organisering og kapasitetsbehov.

I 2014 hadde Sykehuset i Telemark HF et kapasitetsbehov på 393 døgnplasser, 25 dagplasser og 85 poliklinikkrom. Kapasitetstall for 2014 viser at Sykehuset i Telemark har 513 døgnplasser, 5 dagplasser 82 poliklinikk rom og 17 operasjonsrom. I økonomisk langtidsplan (2015-2018) inngår ny sengefløy i Skien, samt forslag om midler for oppfølging av utviklingsplanen.

Fra 2012 til 2030 er det i praksis ingen endring i antall liggedager mens det er sterk økning i dagopphold (+44 %) og operasjoner (+ 23 %). Poliklinisk aktivitet øker med 9 %.

Sykehuset i Vestfold HF

Sykehuset i Vestfold HF har hatt ut- og ombyggingsprosjekter over mange år. Det er nå gjennomført konseptfase for byggetrinn 7 (somatikk og psykiatri). Utbyggingen omfatter erstatning av sengeområder som i dag er plassert i A- og B- blokka i Tønsberg. Fremskrevet kapasitetsbehov i 2020 iht hovedfunksjonsprogram for tønsbergprosjektet 2020 viser et totalt 470 døgnplasser mot fremskrevet behov i aktivitet og kapasitetsanalysen viser 435 plasser i 2030, inkludert 10 plasser for nyfødtmedisin.

Registrert kapasitet 2014 var 443 døgnplasser mot et beregnet kapasitetsbehov 2012 på 425 plasser. Tilsvarende var det registrert 117 poliklinikkrom mot et beregnet kapasitetsbehov på 102 rom. Det var et kapasitetsbehov på 63 dagplasser men det er registrert kun 2. Dette skyldes unøyaktigheter i registreringen. I 2030 vil sykehuset være i balanse når det gjelder døgnplasser og operasjonsrom og det vil være et overskudd på 49 poliklinikkrom, forutsatt basis kapasitetsutnyttelse

Fra 2012 til 2030 er det i praksis ingen endring i antall liggedager mens det er sterk økning i dagopphold (+32 %) og operasjoner (+ 19 %). Poliklinisk aktivitet øker med 32 %.

6.12.5 Sørlandet sykehusområde

Sørlandet SO dekker Agder-fylkene og har et befolkningsgrunnlag på ca 286 000 innbyggere. Dette øker med 25 % til 2030. For gruppen 70 + er det en økning på nesten 70 %. Med unntak for regionpasienter som går til OUS HF, dekker Sørlandet HF over 90 % av tjenestene til egen befolkning i de tre sykehusenhetene (Flekkefjord, Kristiansand og Arendal).

Den samlede kapasiteten var i 2014 på 754 døgnplasser som gir en overkapasitet på **over 200** senger forutsatt hovedalternativet og basis utnyttelsesgrad. Det er også betydelig overkapasitet på dagplasser og poliklinikkrom. Kapasiteten er fordelt på tre sykehusenheter som i dag har ulike kapasitetsutnyttelser og forbruksrater.

Sørlandet SO hadde det laveste forbruket på liggedager i HSØ og de høyeste forbruksratene for polikliniske konsultasjoner når private avtalespesialister regnes med. For de øvrige aktivitetsområdene la de under gjennomsnittet.

Med fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov i 2030, basis kapasitetsutnyttelse, har Sørlandet sykehus HF fremdeles romslig kapasitet både for døgnplasser (566) og poliklinikkrom (170), med det vil være underkapasitet på dagplasser.

Sørlandet sykehus HF arbeider med en utviklingsplan mot 2030 som tar opp både sykehusstruktur, fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov i 2030. I utviklingsplanen for SSHF er det beregnet et kapasitetsbehov i 2030 som er høyere enn beregnet i denne aktivitets- og kapasitetsanalysen for HSØ. Årsaken ligger i at grunnlaget for fremskrivingen i Utviklingsplanen var høyere (2011 tall) enn aktivitetsdata som er innhentet fra HSØ for 2012. Det er også noe forskjell i effekt av demografisk fremskriving og en lavere omstilling i HSØ prosjektet for polikliniske konsultasjoner.

6.12.6 Vestre Viken sykehusområde

Vestre Viken SO betjener i alt ca. 391 000 innbyggere i 2012. Frem mot 2030 vil det være en økning på 22 % totalt. Den somatiske virksomheten er fordelt på fire sykehusenheter (Drammen, Kongsberg, Ringerike og Bærum). Det private, ideelle sykehuset Martina Hansens Hospital er lokalisert i Vestre Viken SO og har en stor andel av sine pasienter herfra. Det er også desentrale tjenester, blant annet i Ål sjukestuggu (Hallingdal).

Basert på aktivitet 2012 hadde Vestre Viken HF et kapasitetsbehov på 760 døgnplasser, 91, dagplasser og 139 poliklinikkrom, mens man hadde en registrert kapasitet i 2014 på 911 døgnplasser, 8 dagplasser og 255 poliklinikkrom. Tallene for dagplasser er mangelfulle. Dette gir en betydelig overkapasitet på både døgnplasser (151) og poliklinikkrom (116). Martina Hansen hadde en kapasitetsreserve på 46 døgnplasser. Samlet operasjonskapasitet inklusiv Martina Hansens hospital var 35 rom. Operasjonsvirksomheten var i 2012 fordelt mellom sykehusene i Vestre Viken HF og Martina Hansens hospital hhv 46 % og 56 %. Vestre Viken HF har en høy andel øyeblikkelig hjelp, 75 % av alle døgnopphold, mens Martina Hansens hospital er et elektivt sykehus.

Forbruksrate for Vestre Viken SO ligger noe under gjennomsnittet for HSØ for alle aktivitetstyper, inklusiv bruken av private avtalespesialister.

Vestre Viken HF hadde en egendekning for døgnopphold på 62 % i 2012 mens for alle sykehuskontakter samlet var dekning på ca 50 %. 14 % av døgnoppholdene og 21 % av dagopphold og poliklinikk fra Vestre Viken SO ble behandlet ved OUS HF. En andel gikk til Martina Hansens hospital (1,5 % av døgnopphold og 3,1 % av dagopphold/poliklinikk) og en mindre andel til Sykehuset i Vestfold HF. Vestre Viken HF behandlet stort sett pasienter fra eget SO.

Fremskrevet aktivitet 2030 forutsatt basis utnyttelsesgrad gir en økning på 26 % for døgnopphold, 7 % for liggedager, 78 % for dagopphold og 43 % for polikliniske konsultasjoner. Dette gir fortsatt en overkapasitets på 76 døgnplasser 71 poliklinikkrom. Tallene for dagplasser 2014 er usikker. Også Martina Hansens hospital har overkapasitet på 40 døgnplasser i 2030.

Det arbeides med konseptfase for nytt sykehus i Vestre Viken HF vi har sammenlignet plantall som er hentet fra Utviklingsplan Vestre Viken HF⁶⁶ og Idefaserapport for nytt sykehus i Vestre Viken HF.⁶⁷ I tillegg har vi hatt tilgang til rapporten delutredning til Utviklingsplanen 2025 om virksomhetsbilder.⁶⁸

Vestre Viken HF har brukt en noe annen fremskrivingsmetodikk enn i dette prosjektet men datagrunnlaget er i hovedsak det samme. Ulikheter i beregning av aktivitet og kapasitetsbehov for dagplasser kan skyldes ulik gruppering av aktivitet som poliklinikk eller dagopphold. Summen av begge aktivitetsområder er relativt like (ca 320 000 i SINTEFs grunnlag fra 2012 og ca 325 000 i idefaserapporten fra 2011). I utviklingsplanen er det ellers opplyst at Vestre Viken HF har en høyere andel dagkirurgi (63 %) enn resten av landet (60 %). Det forutsettes en dekningsgrad på 75 % mens den i 2012 var under 70 %.

Når det gjelder fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov for Vestre Viken HF blir en sammenligningen lite presis fordi fremskrivingshorisont og forutsetninger for aktivitetsendringer og kapasitetsutnyttelse er forskjellige. I begge beregningene kommer man ut med en underbalanse på både døgnplasser, dagplasser og poliklinikkrom.

6.12.7 Østfold sykehusområde

Det er i alt ca. 278 000 innbyggere i Østfold SO som øker med 21 % frem mot 2030. Somatiske sykehustjenester tilbys ved Sykehuset Østfold HF som har virksomhet lokalisert i Fredrikstad, Sarpsborg og Moss. Et nytt østfoldsykehus er under bygging på Kalnes og ferdigstilles i november 2015. Da vil virksomheten i Fredrikstad og Sarpsborg stort sett legges ned men Moss opprettholdes med både sengekapasitet og dagopphold/poliklinikk.

Planene for det nye sykehus på Kalnes (inkludert Moss) er i god balanse med et beregnet kapasitetsbehov i 2012. I planene er det brukt høy kapasitetsutnyttelse men i beregningen av kapasitetsbehov er det brukt basis kapasitetsutnyttelse.

Befolkningen i Østfold SO ligger likt med eller litt over gjennomsnittet i HSØ i forbruk av alle typer sykehustjenester. Private avtalespesialister er inkludert. Østfold SO har høy egendekning (ca 80 %) for både døgnopphold og dagopphold/poliklinikk. Det er en mindre pasientlekkasje til OUS HF som ligger noe over den forventede strømmen av regionpasienter. Dette kan skyldes kort avstand til Oslo fra noen av kommunene i Østfold.

⁶⁶ Utviklingsplan Vestre Viken HF, Vestre Viken HF, 5. desember 2012

⁶⁷ Idefaserapport, Vestre Viken HF, 20. november 2013

⁶⁸ Vestre Viken HF Utviklingsplan 2025 delutredning Virksomhetsbilde, Hospitalitet november 2012

Tallene i denne analysen indikerer at den kan bli en presset kapasitetssituasjon i det nye sykehuset i 2030 gitt en basis kapasitetsutnyttelse. Det er stort sett balanse for dagplasser og poliklinikkrom men underkapasitet for døgnplasser (-23) og operasjonsrom (-5). Nytt østfoldsykehuset er planlagt med en høy kapasitetsutnyttelse og hvis det samme benyttes i våre analyser vil det redusere kapasitetsbehovet for døgnplasser til ca 460 som tilsvarer kapasiteten i de foreliggende planene. Kapasitetsbehovet for poliklinikkrom være på ca 86 mot planlagt kapasitet i det nye anlegget på 132 gitt høy kapasitetsutnyttelse i begge beregningene.

6.12.8 Sunnaas sykehus HF

Sunnaas sykehus er et eget HF lokalisert i Akershus SO og tilbyr spesialisert rehabilitering også på regionnivå. De hadde i 2014 159 døgnplasser inkludert 30 plasser i Askim. Det er også noe poliklinisk aktivitet i Oslo (Aker). Sunnaas sykehus fikk over 90 % av sine pasienter fra HSØ. Disse var fordelt på alle SO-ene med den største andelen fra Oslo, Akershus og Østfold. Det høyeste forbruket er fra pasienter bosatt i Østfold SO.

Ved Sunnaas sykehus pågår det nå bygging av ny sykehusfløy. Planen er innflytting av pasienter i mai 2015. Kapasiteten på 159 døgnplasser blir opprettholdt.

6.12.9 Private, ideelle sykehus

Diakonhjemmet sykehus

Diakonhjemmet sykehus tilbyr tjenester til befolkningen i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker som til sammen utgjør ca 128 000 innbyggere. Det ble levert 43 696 liggedager som gir et forbruk per 1000 innbyggere på 341 liggedager. Tilsvarende tall for poliklinikken og dagopphold var henholdsvis 520 og 8. Dette er lave tall og viser at en stor andel av pasientene ble behandlet av OUS HF eller ved andre sykehus. For poliklinisk behandling antas det at mange benyttet private avtalespesialister.

Sykehuset hadde overkapasitet på alle tjenesteområder og aktiviteten kan økes ca 50 % for liggedager og over 60 % for poliklinikken, forutsatt basis utnyttelsesgrad. Dette er kapasitet som kan bidra til å redusere det samlede kapasitetsunderskuddet i hovedstadsområdet.

I 2030 forventes det en økning i aktiviteten til ca 48 000 liggedager som beslaglegger 158 døgnplasser, men sykehuset har fremdeles en overkapasitet tilsvarende 54 døgnplasser. Tilsvarende tall for poliklinikken 97 000 konsultasjoner og en restkapasitet på 5 poliklinikkrom. Sykehuset ligger i til dels gammel bygningsmasse.

Lovisenberg Diakonale sykehus

Lovisenberg tilbyr tjenester til befolkningen i bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen som til sammen utgjør 129 000 innbyggere. Det ble levert 42 488 liggedager som gir et forbruk per 1 000 innbyggere på 329 liggedager. Tilsvarende tall for poliklinikken og dagopphold var henholdsvis 516 og 48. Dette er sammenlignbart med Diakonhjemmet og viser at en stor andel av pasientene ble behandlet av OUS HF eller ved andre.

Sykehuset hadde overkapasitet på døgnplasser og poliklinikkrom og aktiviteten kan økes ca 10 % for liggedager og over 75 % for poliklinikken, forutsatt basis utnyttelsesgrad. Dette er kapasitet som kan bidra til å redusere det samlede kapasitetsunderskuddet i hovedstadsområdet.

I 2030 forventes det en økning i aktiviteten til ca 49 000 liggedager som beslaglegger 158 døgnplasser som gir en underkapasitet på 7 døgnplasser. Tilsvarende tall for poliklinikken 81 000 konsultasjoner og en restkapasitet på 9 poliklinikkrom. Sykehuset ligger i til dels gammel bygningsmasse.

6.13 Spesielt om hovedstadsområdet

Som vist i punkt 6.3.2 skiller hovedstadsområdet seg ut med omfattende pasientstrømmer til OUS HF fra de omkringliggende sykehusområdene. Disse pasientstrømmene har flere komponenter: En vesentlig del er pasienter med behov for behandling på regionsykehushnivå. Akershus HF har en samlet pasientlekkasje (15 % døgnoophold, 34 % poliklinikk) som i hovedsak skyldes underkapasitet ved Ahus HF. Alle SO-ene som grenser mot OUS HF har en "nabolekkasje" som er knytte til tradisjoner, nærhet/kommunikasjon, tilbud/faglige preferanser oa. Vestre Viken SO har en omfattende nabolekkasje til tross for overkapasitet i egne sykehus, med 14 % for døgnoophold og 21 % for poliklinikk, men også fra Innlandet SO og Østfold SO er det en 2-3 % pasientlekkasje fra nabokommunene til Oslo.

Akershus SO fikk i 2012 dekket 58 % av den samlede aktiviteten i eget HF mens 31 % ble dekket av OUS HF. Ca 3,5 % ble dekket av de private, ideelle sykehusene. Private avtalespesialister utgjør en stor del av poliklinikkapasiteten.

Vestre Viken SO fikk i 2012 dekket 69 % av den samlede aktiviteten i eget HF mens 20 % ble dekket av OUS HF. Kun 1-2 % ble dekket av de private, ideelle sykehusene.

Tabell 25 Oversikt over pasientstrømmer fra SO til HF i Helse Sør-Øst 2012, absolutte og relative tall

Pasientstrømmer 2012 SO i hovedstaden alle kontakttypene fra SO fordelt på HF						
Helseforetak	Oslo SO		Vestre Viken SO		Akershus SO	
	Fordeling faktiske tall	Fordeling i %	Fordeling faktiske tall	Fordeling i %	Fordeling faktiske tall	Fordeling i %
Sum alle	650011		545290	100%	526720	100%
Oslo universitetssykehus HF	500803	77,0%	109160	20,0%	165249	31,4%
Diakonhjemmet	59964	9,2%	3013	,6%	9047	1,7%
Lovisenberg	47352	7,3%	3501	,6%	10044	1,9%
<i>Sum OUS, inkl private ideelle</i>	<i>608 119</i>	<i>93,6 %</i>	<i>115 674</i>	<i>21,2 %</i>	<i>184 340</i>	<i>35,0 %</i>
Sykehuset Innlandet HF	2176	,3%	2516	,5%	4607	,9%
Vestre Viken HF	5195	,8%	375614	68,9%	2746	,5%
Sørlandet sykehus HF	899	,1%	653	,1%	353	,1%
Akershus universitetssykehus HF	11980	1,8%	2347	,4%	304453	57,8%
Sykehuset i Vestfold HF	1522	,2%	9953	1,8%	886	,2%
Sykehuset Telemark HF	1109	,2%	2214	,4%	836	,2%
<i>Sum Vestfold og Telemark HF</i>	<i>2 631</i>		<i>12 167</i>		<i>1 722</i>	
Sykehuset Østfold HF	939	,1%	366	,1%	2909	,6%
Sunnaas sykehus HF	1302	,2%	632	,1%	1625	,3%
Martina Hansens hospital	2069	,3%	15593	2,9%	14196	2,7%
Betanien hospital (Telemark)	48	,0%	188	,0%	18	,0%
Revmatismesykehuset Lillehammer	37	,0%	242	,0%	92	,0%
Oslo kommunale legevakt	5543	,9%	135	,0%	1265	,2%
Sum alle HF i HSØ	641 500	98,3%	538 294	93,6%	520 048	98,7%
Andre HF utenfor HSØ	9 073	1,4%	19 163	3,5%	8 394	1,6%

For Oslo SO er OUS HF og de private sykehusene summert for å få frem et samlet bilde av den aktiviteten som tas hånd om de samarbeidende sykehusene innenfor Oslo SO. Totalt dekkes 94 % av aktiviteten i Oslo SO av OUS HF og de private sykehusene.

6.13.1 Pasientstrømmer og arbeidsdeling

Tabell 26 viser hvor stor andel av pasientene fra hvert SO som går til OUS HF. Det gir grunnlag for å vurdere pasientstrømmene til OUS HF som regionsykehus. Pasientene er fordelt på aktivitetsområder og det vises absolutte og relativ andel av hele aktiviteten i det enkelte SO.

Tabell 26 Andel av aktivitet fra sykehusområder i HSØ som går til OUS HF

Oversikt over SO i HSØs bruk av OUS HF 2012								
Sykehusområde	Døgnopphold	Andel i % av døgnopphold	Liggedager	Andel i % av liggedager	Dagopphold	Andel i % av dagopphold	Polikliniske konsultasjoner	Andel i % av polikliniske konsultasjoner
Akershus SO	11085	15,4 %	47881	16,0 %	9847	27,6 %	144317	34,4 %
Innlandet SO	7276	9,7 %	32583	9,0 %	3590	7,1 %	40949	8,0 %
Sørlandet SO	3340	7,2 %	17737	8,9 %	1725	3,6 %	10598	2,6 %
Telemark/Vestfold SO	7012	9,2 %	32128	9,5 %	3638	8,2 %	38499	6,8 %
Vestre Viken SO	9943	13,0 %	41347	11,3 %	7240	13,0 %	91977	14,7 %
Østfold	5433	11,0 %	24482	11,4 %	2499	8,1 %	38308	9,9 %

Akershus SO har den største pasientstrømmen med 15 % av døgnoppholdene og 16 % av liggedagene ved OUS HF. Tilsvarende for dagopphold er 28 % og for poliklinikk 34 %. For Vestre Viken SO er tallene henholdsvis 13 % døgnopphold, 11 % liggedager, 13 % dagopphold og 15 % poliklinikk.

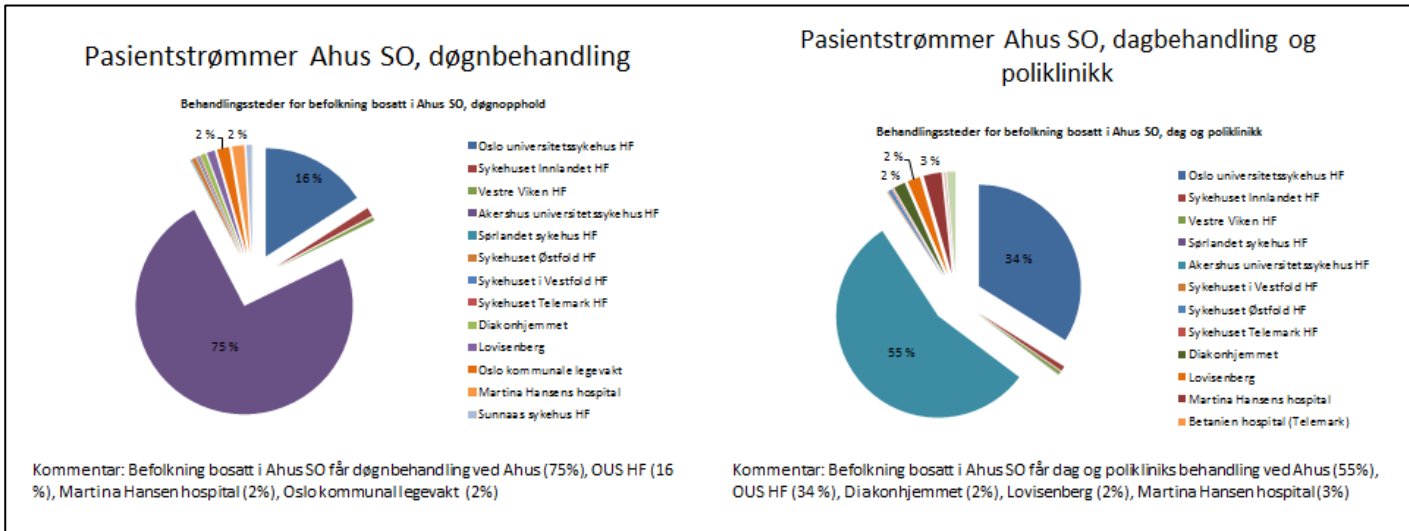
De andre SO-ene i HSØ ligger vesentlig lavere. Døgnopphold varierer mellom 7 og 9 %, liggedager ca 9 %, dagopphold 4-8 % og poliklinikk 2-8 %. De som ligger høyest er Innlandet og Østfold som grenser mot Oslo SO. Sørlandet og Telemark og Vestfold SO har lengst avstand og de laveste tallene for pasientstrømmer til OUS HF.

Sørlandet SO har en høy egendekning og bruker i liten grad OUS HF. Sørlandet har også høy andel elektiv virksomhet som er en konsekvens av at få pasienter sendes til et høyere nivå. Spesielt gjelder dette kreftkirurgi, men Sørlandet SO leverer også andre flerområdefunksjoner som PCI, ICD, stråleterapi/onklogi og avansert hodeskaderehabilitering. Sørlandet SO og Innlandet SO har stråleenhet for palliativ behandling som de eneste av sykehusområdene utenfor OUS HF som kan tilby slik behandling til egen befolkning.

Med utgangspunkt i tabell 26 antas det at andelen regionpasienter ligger mellom 3 og 10 % og i våre beregninger har vi lagt til grunn 8 % for alle aktivitetsområder. Det er da tatt hensyn til høy egendekning for Sørlandet SO, og at Akershus SO og Vestre Viken SO har et høyt forbruk i OUS HF av andre grunner. Målt i DRG utgjør regionpasienter ca. 15 % av forbruket og landsfunksjoner ca. 2,5 %. Fra OUS HF opplyses det at Telemark og Vestfold SO har det "reneste" regionsykehusforbruket. Sørlandet SO som ligger lavest utfører en del regionoppgaver i eget HF.

Med dette som forutsetning vil totalt ca. 100 000 eller 21 % av liggedagene som gikk til OUS HF i 2012 være regionpasienter. Hvor stor andel landsfunksjonene utgjør er ikke kartlagt spesielt. Dette er pasienter som ikke blir berørt av omstilling til dagbehandling eller effektive forløp via en obs-enhet. Det innebærer at omstillingseffekten i pasientforløpsanalysene blir tilsvarende mindre for OUS HF.

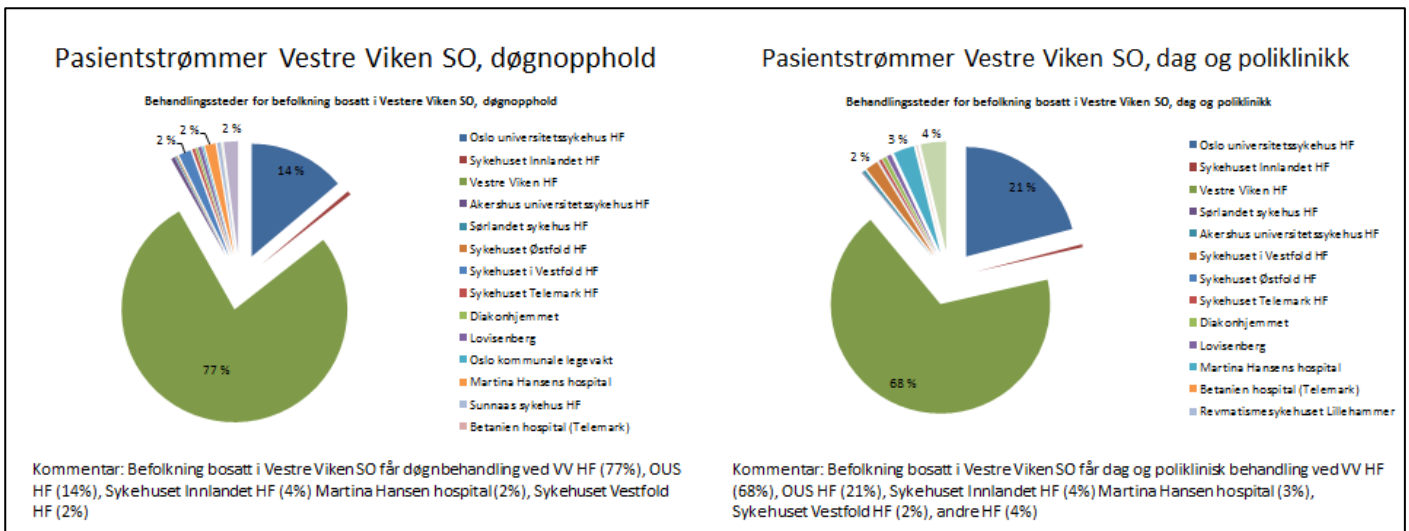
Figurene 16 og 17 nedenfor viser hvordan aktiviteten i SO-ene i hovedstadsområdet fordeler seg på HF-ene.



Figur 16 Pasientstrømmer fra Akershus SO til OUS HF og andre HF i og utenfor HSØ

Akershus SO har en lav egendeckning og hadde i 2012 ca. 75 % av sine døgnetopphold i Ahus HF. Av de resterende 25 % gikk 16 % til OUS HF og en mindre del til Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo kommunale legevakt. Av de 16 % som gikk til OUS HF legges det til grunn at 7 % var regionpasienter.

For dagbehandling og poliklinikk var andelen som ble behandlet i eget HF nede i 55 % og hele 34 % gikk til OUS HF. Her inngår også 8 % som antas å være regionpasienter. Andre mottakere var Martina Hansens hospital, Diakonhjemmet og Lovisenberg. Her inngår bl.a. noe elektiv ortopedi som går til Martina Hansens hospital.



Figur 17 Pasientstrømmer fra Vestre Viken SO til OUS HF og andre HF i og utenfor HSØ

Også Vestre Viken SO har lekkasje til OUS HF og den var relativt lik for døgnetopphold og dagopphold/poliklinikk med henholdsvis 77 % og 68 %. OUS HF mottok 14 % av døgnetoppholdene og 21 % av poliklinikken. I disse tallene ligger det 8 % som er regionpasienter. Andre HF med et mindre bidrag var Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF og Martina Hansens hospital.

6.13.2 Kapasitetsbalanse 2012/2014 Hovedstadsområdet

Målet for egendekning er knyttet til både finansieringsmodellen og behovet for å være "selvforsynt" innenfor et avgrenset, geografisk område med tjenester som ikke krever behandling på regionnivå. For å opprettholde et godt faglig nivå legges det til grunn at område sykehuset må et befolkningsgrunnlag på 300 0000 innbyggere. Pasientstrømmene mellom sykehusområdene i hovedstadsområdet viser lavere egendekning enn forutsatt for Akershus SO og Vestre Viken SO, og at OUS HF har større aktivitet enn befolkningsgrunnlaget og de regionale/nasjonale oppgavene skulle tilsi. Aktuelle fremtidige løsningsmodeller er drøftet nærmere i kapittel 8.

6.13.3 Fordeling av aktivitet og kapasitetsbehov 2012 i hovedstadsområdet

Tabell 27 viser hvordan aktiviteten fra sykehusområdene i hovedstadsområdet er fordelt på de ulike HF-ene og det kapasitetsbehovet dette beslaglegger.

Tabell 27 Fordeling av aktivitet og kapasitetsbehov i hovedstadsområdet 2012

Aktivitet og kapasitetsfordeling hovedstadsområdet 2012								
Sykehusområde/aktivitet	I eget HF		I OUS HF		I andre HF i HSØ (tall fra OUS er ikke med)		I andre HF utenfor HSØ og private	
	Aktivitet	Kapasitetsbehov	Aktivitet	Kapasitetsbehov	Aktivitet	Kapasitetsbehov	Aktivitet	Kapasitetsbehov
Akershus SO								
<i>Liggedager/døgnplasser</i>	214 335	691	47 881	154	28 466	92	10 924	35
<i>Dagopphold/dagplasser</i>	19 505	42	9 847	21	3 922	9	2 892	6
<i>Pol. Konsultasjoner/poliklinikkrom</i>	232 961	109	144 317	67	40 671	19	3 364	2
Vestre Viken SO								
<i>Liggedager/døgnplasser</i>	225 685	728	41 374	133	24 635	79	6 732	22
<i>Dagopphold/dagplasser</i>	39 377	86	7 240	16	4 959	11	2 624	6
<i>Pol. Konsultasjoner/poliklinikkrom</i>	280 481	131	91 977	43	35 263	16	15 055	7
Oslo SO					OUS HF produserer for andre HF og SO			
<i>Liggedager/døgnplasser</i>	216159	697	216159	697	99170	320	6030	19
<i>Dagopphold/dagplasser</i>	34746	76	34746	76	5411	12	2955	6
<i>Pol. Konsultasjoner/poliklinikkrom</i>	421203	196	421203	196	110922	52	4949	2

Kommentar til tabellen:

- Aktiviteten omfatter private, ideelle sykehus og andre private sykehus, private avtalespesialister, private rehabiliteringsinstitusjoner og andre helseforetak.
- Privatpraktiserende avtalespesialister utgjorde ca 80 % av aktiviteten i kolonnen "i andre HF utenfor HSØ og private" for alle SO
- Kapasitetsbehovet er beregnet med utgangspunkt i basis kapasitetsutnyttelse. Hvis en høyere kapasitetsutnyttelse legges til grunn vil behovet reduseres med henholdsvis 5 % for døgnplasser, 20 % for dagplasser og 33 % for poliklinikkrom. I idefasen for OUS HF planlegges det med til dels lavere kapasitetsutnyttelse (82 % belegg for senger), mens Vestre Viken HF planlegger med en høyere utnyttelsesgrad på linje planene Ahus HF. Det benyttes differensierte utnyttelsesgrader for sengeplasser avhengig av funksjon.

Akershus SO hadde 302 000 liggedager med et kapasitetsbehov på 972 døgnplasser i 2012. 71 % av aktiviteten med et kapasitetsbehov på 691 ble dekket innenfor Ahus HF (85 % belegg). Tilgjengelig kapasitet var 677 plasser som tilsvarer 98 % belegg. Det ble i 2012 brukt 154 plasser eller 16 % ved OUS HF og av dette utgjør ca. halvparten regionpasienter. 92 plasser eller 9 % dekkes av andre HF og ved private rehabiliteringsinstitusjoner og andre private institusjoner brukes 35 døgnplasser eller 4 %.

Tilsvarende fordeling av kapasitetsbehovet finner man for Vestre Viken SO som hadde 298 000 liggedager med et kapasitetsbehov på 962 døgnplasser i 2012. 76 % av aktiviteten med et kapasitetsbehov på 728 plasser ble dekket innenfor Vestre Viken HF (85 % belegg). Tilgjengelig kapasitet var 911 plasser som tilsvarer en overkapasitet på 183 plasser. Til tross for overkapasiteten brukes 133 plasser eller 14 % ved OUS HF. Av dette utgjør ca 60 % regionpasienter. Tilsvarende brukes det 79 plasser eller 8 % ved andre HF og ved private rehabiliteringsplasser og andre private institusjoner brukes 22 plasser eller 2 % av det samlede kapasitetsbehovet.

Også aktivitet tilhørende Oslo SO blir for en stor del dekket utenfor OUS HF. Ca. 320 plasser dekkes av andre HF/sykehus, hovedsakelig Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo Kommunale legevakt. Kapasitet tilsvarende 19 plasser dekkes av private institusjoner, inkludert rehabiliteringsinstitusjoner.

6.13.4 Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for hovedstadsområdet

Tabell 28 viser endringer i aktivitet fra 2012 til 2030 når det tas hensyn til den samlede effekten av fremskrivingen.

Tabell 28 Aktivitet 2012 vs fremskrevet aktivitet 2030 totalt og i prosent.

Fremskrivning demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus												
HF	2012				Demografisk fremskriving MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene + økning 20 % pga teknologi, forvetninger				Prosentvis endring 2012 til 2030			
	Døgn opphold 2012	Ligge dager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Ligge dager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Ahus HF	59 121	233 896	20 870	264 314	80 633	274 521	42 037	399 832	36,4 %	17,4 %	101,4 %	51,3 %
OUS HF	97 427	452 890	67 658	817 064	122 298	491 546	123 398	1 231 633	25,5 %	8,5 %	82,4 %	50,7 %
Diakonhjemmet	10 975	43 696	1 031	66 665	14 849	48 201	2 984	97 071	35,3 %	10,3 %	189,4 %	45,6 %
Lovisenberg	10 908	42 488	6 232	53 738	14 677	48 561	11 366	81 045	34,6 %	14,3 %	82,4 %	50,8 %
Vestre Viken HF	60 156	235 643	41 780	299 332	76 390	253 247	74 353	430 724	27,0 %	7,5 %	78,0 %	43,9 %
Hovedstadsområde	238 587	1 008 613	137 571	1 501 112	308 846	1 116 075	254 138	2 240 305	24,9 %	10,7 %	84,7 %	49,2 %

Det er en svak økning i liggedager i forhold til dagopphold. For små enheter med liten aktivitet kan endringer på et overordnet nivå gi urimelige utslag, som for Sunnås, Oslo kommunale legevakt og noen andre private ideelle institusjoner er derfor tatt ut.

Tabell 29 Fremskrevet kapasitetsbehov hovedstadsområdet, basis og høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, basis utnyttelsesgrad, demografi MMMM, inkl omstilling og inkl økning 20 % for økt etterspørsel, forbruk. Sammenhold med registrert kapasitet 2014												
Helseforetak	Kapasitetsbehov normalseng (85 % utnyttelse)	Kapasitetsbehov observasjons-seng (75 % utnyttelse)	Kapasitetsbehov pasienthotell (75 % utnyttelse)	Kapasitetsbehov senger totalt	Kapasitetsbehov dagplasser	Kapasitetsbehov poliklinikk rom	Registrert senge-kapasitet 2014	Registrert dag-plasser 2014	Registrert pol. rom kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 og kapsitetsbehov 2030 døgnplass	Diff kapasitet 2014 og kapsitetsbehov 2030 dagplassenger	Diff kapasitet 2014 og kapsitetsbehov 2030 pol.rom
Akershus universitetssykehus HF	737	86	82	905	107	171	677	123	160	-228	16	-11
Diakonhjemmet	134	15	9	158	10	41	212	16	46	54	6	5
Lovisenberg	136	14	8	159	28	35	151	0	44	-8	-28	9
Oslo universitetssykehus HF	1350	96	170	1616	316	526	1680	57	444	64	-259	-82
Vestre Viken HF	680	79	76	834	178	184	911	8	255	77	-170	71
Totalt hovedstadsområdet	3037	290	345	3672	639	957	3631	204	949	-41	-435	-8
Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, høy utnyttelsesgrad, demografi MMMM, inkl omstilling og inkl økning 20 % for økt etterspørsel, forbruk. Sammenhold med registrert kapasitet 2014												
Helseforetak	Kapasitetsbehov normalseng (90 % utnyttelse)	Kapasitetsbehov observasjons-seng (75 % utnyttelse)	Kapasitetsbehov pasienthotell (75 % utnyttelse)	Kapasitetsbehov senger totalt	Kapasitetsbehov dagplasser	Kapasitetsbehov poliklinikk rom	Registrert senge-kapasitet 2014	Registrert dag-plasser 2014	Registrert pol. rom kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 og kapsitetsbehov 2030 døgnplass	Diff kapasitet 2014 og kapsitetsbehov 2030 dagplassenger	Diff kapasitet 2014 og kapsitetsbehov 2030 pol.rom
Akershus universitetssykehus HF	699	82	78	859	89	121	677	123	160	-182	34	39
Diakonhjemmet	127	14	9	150	9	29	187	12	83	37	3	54
Lovisenberg	129	14	8	151	23	24	151	0	44	0	-23	20
Oslo universitetssykehus HF	1283	91	161	1535	262	371	1680	57	444	145	-205	73
Vestre Viken HF	646	75	72	793	148	130	911	8	255	118	-140	125
Totalt hovedstadsområdet	2884	276	328	3488	531	675	3606	200	986	118	-331	311

Kapasitetstall for Oslo kommunale legevakt og Martina Hansens hospital er ikke tatt med i beregningene.

I tabell 29 er aktivitetstallene omregnet til kapasitetsbehov med utgangspunkt i basis kapasitetsutnyttelse i den øverste delen av tabellen, og en høy kapasitetsutnyttelse i den nederste delen. Tabellen viser også tall for kapasitet 2014. Med disse forutsetningene har Ahus HF en underbalanse på 228 døgnplasser og 11 poliklinikkrom, mens det er overkapasitet på 16 dagplasser. Tilsvarende for Vestre Viken HF er det i 2030 overkapasitet på 77 senger og 71 poliklinikkrom, mens det er en underkapasitet på 170 dagplasser sammenlignet med registrert kapasitet 2014.

Fra 2012 til 2030 er det for poliklinikken en økning med over 130 000 konsultasjoner for både Vestre Viken HF og Ahus HF. Vi kjenner ikke til hvor effektivt rommene utnyttes i dag men disse tallene viser at det trolig er en bufferkapasitet i poliklinikkene. OUS HF og Vestre Viken HF benytter i dag til dels gamle bygg som begrenser mulighetene til en effektiv kapasitetsutnyttelse. Hvis dette ikke endres vil den faktiske kapasitetsbalanse problematisk i 2030.

6.14 Tilpassing på kort og mellomlang sikt

I sykehusene må det pågå en kontinuerlig tilpassing av faktisk kapasitet i forhold til endringer i kapasitetsbehov. Dette omfatter tilpassing av virksomhet, organisasjon og bygg. Det er derfor behov for å se på utvikling på kort og mellomlang sikt. Tabell 30 gir en oppsummering av aktivitetsutvikling for HF-ene i hovedstadsområdet for døgnopphold, liggedager, dagopphold og poliklinikk. Tall for 2020 og 2025 er basert på økning i aktivitet på grunnlag av kun demografisk fremskriving. For 2030 er det vist forventet økning fra 2012 når det også er tatt hensyn til både demografisk fremskriving og kvalitative endringer og omstilling, slik dette er beregnet i pasientforløpsanalysene og scenariobeskrivelsene.

Tabell 30 Demografisk fremskrevet utvikling i aktivitet for hovedstadsområdet fra 2012 til 2020, 2025 og 2030 i forhold til samlet fremskriving 2030

Fremskrevet aktivitet 2020, 2025 og 2030 demografisk med og uten omstilling					
HF	2012	2020 demo- grafisk fremskrevet	2025 demo- grafisk fremskrevet	2030 demo- grafisk fremskrevet	2030 demo- grafisk fremskrevet totalt
Oslo Universitetssykehus HF					
<i>døgnopphold</i>	95829	110393	118787	125962	122298
<i>liggedager</i>	451292	519107	558229	592045	491546
<i>%-vis endring liggedager</i>		15 %	24 %	31 %	9 %
<i>dagopphold</i>	67658	79166	86567	93487	123398
<i>poliklinikk</i>	808010	937540	1007834	1064082	1231633
Akershus universitetssykehus HF					
<i>døgnopphold</i>	58107	69838	77448	84659	80633
<i>liggedager</i>	232882	281899	314413	345787	274521
<i>%-vis endring liggedager</i>		21 %	35 %	48 %	18 %
<i>dagopphold</i>	20870	25503	28529	31509	42037
<i>poliklinikk</i>	258566	305967	333198	356126	399832
Vestre Viken HF					
<i>døgnopphold</i>	59292	67813	73922	80105	76390
<i>liggedager</i>	234779	269457	294824	320754	253247
<i>%-vis endring liggedager</i>		15 %	26 %	37 %	8 %
<i>dagopphold</i>	41780	48666	52882	57366	74353
<i>poliklinikk</i>	294437	335851	361178	382669	430724
Diakonhjemmet					
<i>døgnopphold</i>	10853	12508	13948	15655	14849
<i>liggedager</i>	43574	50253	56115	63119	48201
<i>%-vis endring liggedager</i>		15 %	29 %	45 %	11 %
<i>dagopphold</i>	1031	1194	1274	1337	2984
<i>poliklinikk</i>	65976	77308	84194	90264	97071
Lovisenberg					
<i>døgnopphold</i>	10780	12608	14019	15472	14677
<i>liggedager</i>	42360	49970	55864	61941	48561
<i>%-vis endring liggedager</i>		18 %	32 %	46 %	15 %
<i>dagopphold</i>	6232	7207	7729	8061	11366
<i>poliklinikk</i>	53012	63130	68869	73921	81045

Kommentarer til tabellen:

- Aktivitetstallene for 2020 og 2025 viser kun demografisk fremskriving.
- De prosentvise endringene viser økningen i antall liggedager fra 2012 til 2030
- Aktivitetsøkning i liggedager på grunn av demografisk økning er sterkest for Akershus SO og dermed for pasientene som skal til Ahus HF. Aktivitetsøkningen er 48 % fra 2012 til 2030 og hele 21 % av økningen vil komme innen 2020. Dette tilsvarer en økning på 2-3 % per år.
- For Oslo SO og Vestre Viken SO er den demografiske økningen 37 % fra 2012 til 2030, mens Diakonhjemmet og Lovisenberg ligger høyt med 45 og 46 %.
- Aktivitetsøkning på grunn av den samlede fremskrivingen er lavere enn kun den demografiske fremskrivingen. Det skyldes effekten av omstillingene som gir redusert aktivitet.

Figurene 14 og 15 under pkt 6.8.1 viser en forlengelse av trenden 2002-2012 fra 2012 til 2030. Dette er en lite sannsynlig utvikling, men den illustrerer hva som kan skje hvis de faktorene som har påvirket utviklingen fra 2002 til 2012 er aktiv i samme grad frem mot 2030. Tall for 2013 og foreløpige tall for 2014 antyder at økningen i polikliniske konsultasjoner fortsetter og at fallet i antall liggedager også fortsetter. Det innebærer

at økt kapasitetsbehov for poliklinikkrom kommer raskere enn antatt, men at det fremdeles vil være en nedgang i behovet for døgnplasser, noe som kan dempe behovet for kapasitetsøkning ved Ahus HF.

I perioden 2002 til 2012 var økning i de eldste aldersgruppene begrenset (4-5 % for gruppen 70 %). I perioden 2012-2020 vil den årlige veksten være på 3 % fra 2014 til 2015 og deretter fallende til 2,4 % fra 2019 til 2020. Det kan bety at den forventede effekten for liggedager som skyldes økning i de eldste gruppene er etablert. Når den ikke slår ut i økt antall liggedager kan det skyldes andre faktorer som begrenser bruken av liggedager. Dette er i tråd med, men sterkere enn den kvalitative fremskrivingen som er brukt.

7 Aktivitet og kapasitet/kapasitetsbehov PHV, PHBU og TSB 2013 og 2030

I dette kapittelet gjennomgås aktivitet (2013) og kapasitet (2014), og fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for det psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Tabeller og drøftinger er på HSØ-nivå, men det knyttets kommentarer til de enkelte HF/SO der det er naturlig. Det vises til vedlegg 3 som beskriver detaljert datagrunnlag, analyser og beregninger, samt avgrensinger og usikkerheter.

7.1 Aktivitet og pasientstrømmer 2013

Aktivitetstallene er fordelt på følgende tjenesteområder:

- Psykisk helsevern for voksne (PHV)
- Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Type tiltak er fordelt på:

- Døgnopphold, poliklinikk og dagbehandling

Nedenfor gis det kort oversikt over aktivitet 2013 i HSØ fordelt på tjenesteområder og helseforetak.

7.1.1 PHV

I tabell 31 vises den samlede behandlingsaktivitet for det psykiske helsevern for voksne (PHV), for alle HF i HSØ, målt i antall døgnopphold og oppholdsdøgn.

For flere av helseforetakene er det påvist avvik mellom NPR-data mottatt fra HSØ og lokale data mottatt fra de enkelte HF. For Oslo Universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF vurderes avvikene å være så store at SINTEF har valgt å korrigere grunnlaget. Begrunnelsen for de korrigeringer som er gjort beskrives i note under hver tabell.

Datagrunnlaget for behandlingsaktivitet i 2013 viser etter korrigerings ca. 30 000 opphold og ca. 620 000 oppholdsdøgn innenfor psykisk helsevern og for voksne. Sykehusfunksjonene utgjør 68 % av alle døgnopphold, mens DPS utgjør 32 %. Det er store forskjeller i gjennomsnittlig oppholdstid helseforetakene i mellom. Høy gjennomsnittlig oppholdstid for Oslo universitetssykehus HF skyldes delvis at aktivitet tilknyttet Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst - RSA, er inkludert i aktivitetstallene.

Tabell 31 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Voksne.

Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Voksne												
HF	Døgnopphold Sykehus	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsdøgn sykehus	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsdøgn etter korrigerings	Gjennomsnittlig oppholdstid	Døgnopphold DPS	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsdøgn DPS	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsdøgn etter korrigerings	Gjennomsnittlig oppholdstid
Akershus universitetssykehus HF	2 498		34 851		34 851	14,0	1 564		34 018		34 018	21,8
Oslo universitetssykehus HF	1 290	762	51 829	9 831	61 660	40,2	487		11 869	3 768	15 637	32,1
Sykehuset i Vestfold HF	1 785		18 519		18 519	10,4	545		10 927		10 927	20,0
Sykehuset Innlandet HF	2 013		45 950	4 479	50 429	22,8	1 507		27 562	5 242	32 804	21,8
Sykehuset Telemark HF	2 360		44 817	-22 408	22 409		-		-	22 408	22 408	
Sykehuset Østfold HF	1 809		34 643		34 643	19,2	1 565		29 819		29 819	19,1
Sørlandet sykehus HF	2 204		35 297		35 297	16,0	1 622		23 343		23 343	14,4
Vestre Viken HF	2 508		57 288		57 288	22,8	1 180		25 984		25 984	22,0
Diakonhjemmet sykehus	715		10 914		10 914	15,3					-	
Lovisenberg diakonale sykehus	1 077		24 923		24 923	23,1					-	
Andre private	2 093		68 741		68 741	32,8	287		5 538		5 538	19,3
	20 352		427 772	-8 098	419 674		8 757		169 060	31 418	200 478	

Note: Korrigerings av NPR-tall (datagrunnlag) for Oslo universitetssykehus: Avvik i ant. oppholdsdøgn 2013 mellom NPR-tall og LIS-tall OUS. Avvik tilsvarende 19 % for sykehus og 32 % for DPS. Aktivitetsgrunnlag for Idéfase OUS – Campus Oslo ligger nærmere LIS-tall enn NPR.

Korrigerings av NPR-tall (datagrunnlag) for Sykehuset Innlandet HF: Jamfør korrespondanse mellom Sykehuset Innlandet HF og Helsedirektoratet vedørende tallgrunnlag for 2013 (kopi av e-post mellom Skarbø, SIHF og Pedersen H.dir, datert 11.08.2014). Korrigerings av NPR-tall (datagrunnlag) for Sykehuset Telemark HF: I datafil med NPR-tall (datagrunnlaget) tilknyttet psykisk helsevern for voksne, mangler registrering for tjenesteområde (det fremkommer derfor ikke om aktivitet tilknyttet psykiske helsevern for voksne er registrert som sykehus eller DPS). Vi har derfor valgt å korrigere dette ved å anslå at 50 % er sykehus og 50 % DPS.

Tabell 32 viser behandlingsaktivitet generert av personer bosatt sykehusområdene i Helse Sør-Øst. Her ser man at for sykehusfunksjonene er det noen som har opphold utenfor helseforetakene i HSØ, mens for pasienter som har opphold i DPS skjer disse stort sett innenfor HSØ. Knappt 1 % av døgnoppholdene har foregått ved helseforetak utenfor HSØ RHF sitt opptaksområde, hvorav de fleste ved St. Olavs hospital HF (1 905), Helse Bergen HF (1 023), Helse Møre og Romsdal HF (489), Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (461) og Helse Stavanger HF (417). Totalt er det registrert 28 706 døgnopphold og 586 296 oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne etter bostedsregion. Foreløpige tall fra SAMDATA viser 596 475. I følge SAMDATA er det registrert en nedgang i antall oppholdsdøgn fra 2012 til 2013 på 9,9 %

Tabell 32 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Voksne for personer bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt på sykehusfunksjoner og private tjenesteleverandører og DPS

Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Voksne for personer bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt på sykehusfunksjoner og DPS								
HF	Sum PHV		Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus universitetssykehus HF	3 991	68 453	2 437	34 567		1 554	33 886	
Sørlandet sykehus HF	3 785	58 350	2 169	35 065		1 616	23 285	
Vestre Viken HF	3 632	82 437	2 457	56 666		1 175	25 771	
Sykehuset Innlandet HF	3 466	72 477	1 984	45 341		1 482	27 136	
Sykehuset Østfold HF	3 329	63 775	1 769	34 094		1 560	29 681	
Sykehuset Telemark HF	2 349	44 765	2 349	44 765		-	-	
Sykehuset i Vestfold HF	2 319	29 413	1 774	18 486		545	10 927	
Oslo universitetssykehus HF	1 724	62 443	1 238	50 582		486	11 861	
Lovisenberg diakonale sykehus	1 052	24 672	1 052	24 672				
Diakonhjemmet sykehus	695	10 755	695	10 755				
Privat Sør-Øst HF	1 865	63 057	1 580	57 591		285	5 466	
St. Olavs Hospital HF	195	1 905	187	1 749		8	156	
Helse Bergen HF	78	1 023	61	828		17	195	
Helse Stavanger HF	56	417	47	249		9	168	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	48	461	28	279		20	182	
Helse Møre og Romsdal HF	34	489	34	489		-	-	
Nordlandssykehuset HF	23	235	22	213		1	22	
Helse Førde HF	17	76	14	45		3	31	
Helse Nord Trøndelag HF	13	371	13	371		-	-	
Private sykehus	12	260	12	260		-	-	
Privat Vest HF; HR HP BH	12	100	-	-		12	100	
Helse Fonna HF	7	160	5	136		2	24	
Finnmarkssykehuset HF	3	91	-	-		3	91	
Helgelandssykehuset HF	1	111	-	-		1	111	
Sum	28 706	586 296	19 927	417 203	76,6	8 779	169 093	96,1

Tabell 33 viser aktiviteten i sykehusområdene og i hvor stor grad registrerte oppholdsdøgn i 2013 innenfor det psykiske helsevern for voksne har foregått ved helseforetakene som har ansvar for tjenestetilbudet i sykehusområdet. F. eks. viser tabellen at for personer bosatt i Akershus SO har 56,2 % av alle liggedøgn (oppholdsdøgn) foregått ved sykehusfunksjoner ved Ahus HF, mens 97,4 % av alle liggedøgn ved DPS har foregått ved Ahus HF. Som forventet viser tabellen at samtlige sykehusområder har en høy "egendekning" når det gjelder DPS. For sykehusfunksjonene varierer "egendekningen" fra 56,2 % ved Akershus SO til 91,5 % ved Sørlandet SO. Kjøp av plasser ved OUS HF er medvirkende til at Akershus SO har en relativt lav egendekning for sykehusfunksjonen.

Tabell 33 Egendekning Psykisk helsevern, voksne

NPR-tall 2013						
Sykehusområde	Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	2 586	55 483	56,2	1 499	32 078	97,4
Innlandet sykehusområde	2 306	52 368	80,1	1 516	28 743	92,4
Oslo sykehusområde	3 351	91 252	37,3 (95,6*)	826	18 347	61,4 (89,4*)
Sørlandet sykehusområde	2 302	37 965	91,5	1 621	23 468	97,3
Telemark/Vestfold sykehusområde	4 341	69 660	88,8	544	10 837	93,4
Østfold sykehusområde	1 921	38 333	86,5	1 565	29 480	99,1
Vestre Viken sykehusområde	3 120	72 142	77,0	1 208	26 140	96,0
Helse Sør-Øst RHF	19 927	417 203		8 779	169 093	

Note (*) = inkludert Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus

Tabell 34 viser at det i 2013 er registrert ca. 930 000 konsultasjoner tilhørende personer bosatt i HSØ, fordelt på ca. 270 000 konsultasjoner ved sykehus (29 %) og 660 000 ved DPS (71 %). Vel 80 % av aktiviteten er utført av foretaksgruppen, mens ca. 19 % er utført av private.

Tabell 34 Polikliniske konsultasjoner for personer bosatt i opptaksområde for Helse Sør-Øst, fordelt på foretaksgruppen, private og HF utenfor HSØ

Polikliniske konsultasjoner for personer bosatt i opptaksområde for HSØ, fordelt på foretaksgruppen, private og HF utenfor HSØ				
	Sykehus	DPS	Pst.vis	Pst.vis
Akershus universitetssykehus HF	10 283	119 025		
Oslo universitetssykehus HF	43 277	48 731		
Sykehuset i Vestfold HF	22 430	61 758		
Sykehuset Innlandet HF	10 836	95 251		
Sykehuset Telemark HF	64 877	-		
Sykehuset Østfold HF	4 521	57 758		
Sørlandet sykehus HF	11 727	95 866		
Vestre Viken HF	23 093	82 371		
Diakonhjemmet sykehus	51 838			
Lovisenberg diakonale sykehus	576			
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	27 104	91 489		
Finnmarkssykehuset HF	-	140		
Helgelandssykehuset HF	22	125		
Helse Bergen HF	434	988		
Helse Fonna HF	1	230		
Helse Førde HF	-	255		
Helse Møre og Romsdal HF	509	223		
Helse Nord Trøndelag HF	340	42		
Helse Stavanger HF	88	475		
Nordlandssykehuset HF	48	194		
Privat Vest HF; HR HP BH	6	150		
St. Olavs Hospital HF	539	2 382		
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	588		
Sum foretaksgruppen	191 044	560 760	86,8	85,2
Sum private HSØ	79 518	91 489	36,1	13,9
Andre	1 988	5 792	0,9	0,9
	220 136	658 041		

7.1.2 PHBU

Tabell 35 viser den samlede behandlingsaktivitet for det psykiske helsevern for barn og unge i alle HF i HSØ, målt i antall døgnopphold og oppholdsdøgn. For HSØ er det registrert 1 121 døgnopphold og 47 095 oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Det er store variasjoner når det gjelder gjennomsnittlig oppholdstid.

Tabell 35 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og gj.snitt. oppholdstid i 2013 for PH Barn og unge

Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og gj.snitt. oppholdstid i 2013 for PH Barn og unge			
HF	Døgnopphold PHBU	Oppholdsdøgn PHBU	Gj. snitt oppholdstid
Akershus universitetssykehus HF	198	6 725	34
Oslo universitetssykehus HF	96	4 968	52
Sykehuset i Vestfold HF	89	2 503	28
Sykehuset Innlandet HF	240	7 251	30
Sykehuset Telemark HF	35	2 233	64
Sykehuset Østfold HF	229	6 446	28
Sørlandet sykehus HF	107	1 571	15
Vestre Viken HF	127	3 740	29
Diakonhjemmet sykehus			
Lovisenberg diakonale sykehus			
Privat Sør-Øst HF	68	11 658	171
	1 189	47 095	40

Tabell 36 viser antall døgnopphold og oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge etter bostedsregion i 2013. Antall oppholdsdøgn utgjør 46 022, mens foreløpige tall fra SAMDATA viser 47 389 oppholdsdøgn og en økning fra 2012-2013 på 26 %.

Tabell 36 Antall døgnopphold og oppholdsdøgn i 2013 for PHBU bosatt i sykehusområder i HSØ

Antall døgnopphold og oppholdsdøgn i 2013 for PH Barn og unge bosatt i sykehusområder i HSØ		
Sykehusområde	Sum Opphold	Sum Liggedøgn
Akershus sykehusområde	213	11 552
Innlandet sykehusområde	243	9 907
Oslo sykehusområde	109	6 790
Sørlandet sykehusområde	77	1 281
Telemark/Vestfold sykehusområde	124	4 598
Vestre Viken sykehusområder	154	4 902
Østfold sykehusområde	226	6 992
Helse Sør-Øst RHF	1 146	46 022

Tabell 37 viser antall oppholdsdøgn og i hvilken grad de enkelte sykehusområdene genererer aktiviteten innenfor eget helseforetak. Akershus SO har en lav egendekning (41,6 %), mens Sørlandet SO og Telemark og Vestfold SO har en høy egendekning (henholdsvis 93 % og 97,7 %).

Tabell 37 Egendekning PHBU

Antall døgnopphold og oppholdsøgn i 2013 for PH Barn og unge bosatt i sykehusområder i HSØ		
Sykehusområde	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	11 552	41,6
Innlandet sykehusområde	9 907	70,9
Oslo sykehusområde	6 790	72,3
Sørlandet sykehusområde	1 281	93,0
Telemark/Vestfold sykehusområde	4 598	97,7
Vestre Viken sykehusområder	4 902	76,2
Østfold sykehusområde	6 992	81,6
Helse Sør-Øst RHF	46 022	

Tabell 38 viser antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013

Tabell 38 Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013 for PHBU bosatt i sykehusområder i HSØ RHF, fordelt HF

Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013 for PH Barn og unge bosatt i sykehusområder i HSØ RHF, fordelt på HF		
HF	Dagbehandling PHBU	Poliklinikk PHBU
Akershus universitetssykehus HF	16,0	105 237
Sykehuset Innlandet HF	37,0	87 327
Oslo universitetssykehus HF	1 334,0	75 790
Sykehuset i Vestfold HF	196,0	53 449
Sykehuset Telemark HF	62,0	36 390
Sykehuset Østfold HF	2 115,0	44 649
Sørlandet sykehus HF	48,0	71 558
Vestre Viken HF	578,0	73 229
Diakonhjemmet Sykehus	5,0	9 550
Lovisenberg Diakonale sykehus	2,0	18 898
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	42,0	5 526
Finnmarkssykehuset HF	-	49
Helgelandssykehuset HF	-	1
Helse Bergen HF	-	118
Helse Fonna HF	-	72
Helse Førde HF	-	14
Helse Møre og Romsdal HF	-	53
Helse Nord Trøndelag HF	-	14
Helse Stavanger HF	-	91
Nordlandssykehuset HF	-	13
St. Olavs Hospital HF	-	404
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	-	59
	4 435	582 491

7.1.3 TSB

Tabell 39 viser at det er registrert vel 9 000 opphold og 345 000 oppholdsøgn innenfor tjenesteområdet TSB. 68 % av oppholdsøgnene innenfor TSB var i 2013 i private institusjoner. Tabellen viser store

variasjoner med hensyn til gjennomsnittlig oppholdstid. Den gjennomsnittlige oppholdstiden var vesentlig lengre i de private institusjonene enn for institusjoner innenfor foretaksgruppen.

Tabell 39 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for TSB

Antall døgnopphold, oppholdsøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for TSB			
HF	Døgnopphold TSB	Oppholdsøgn TSB	Gjennomsnitt oppholdstid TSB
Akershus universitetssykehus HF	886	15 213	17,2
Oslo universitetssykehus HF	2 338	23 595	10,1
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	3 350	234 366	70,0
Sykehuset i Vestfold HF	492	9 027	18,3
Sykehuset Innlandet HF	452	13 486	29,8
Sykehuset Telemark HF	-	-	-
Sykehuset Østfold HF	317	10 196	32,2
Sørlandet sykehus HF	934	20 445	21,9
Vestre Viken HF	554	18 389	33,2
	9 323	344 717	

Note: Aktivitet for ruspoliklinikkene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus er registrert under Psykisk helsevern voksne.

Tabell 40 viser hvor stor grad registrerte liggedøgn i 2013 innenfor TSB skjer ved det enkelte helseforetak. Tabellen viser at egendekningen varierer fra 20 til 40 %. Telemark og Vestfold SO og Innlandet SO har lavest egendekning med henholdsvis 13,4 % og 19,6 %, mens Vestre Viken SO og Sørlandet SO har henholdsvis 38,4 % og 41,3 %.

Tabell 40 Egendekning, TSB

Egendekning TSB			
Sykehusområde	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	1 348	47 393	29,0
Innlandet sykehusområde	760	34 647	19,6
Oslo sykehusområde	2 636	65 554	31,7
Sørlandet sykehusområde	1 187	45 309	41,3
Telemark/Vestfold sykehusområde	1 499	58 928	13,4
Vestre Viken sykehusområde	1 031	41 337	38,4
Østfold sykehusområde	520	29 540	33,1
Helse Sør-Øst RHF	8 981	322 708	

Tabell 41 viser dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Tabell 41 Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013 for TSB bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt HF

Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013 for TSB bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt HF		
	Dagbehandling TSB	Poliklinikk TSB
Akershus universitetssykehus	-	24 740
Sykehuset Innlandet HF	5	20 159
Oslo universitetssykehus HF	698	15 676
Sykehuset i Vestfold HF	-	27 427
Sykehuset i Telemark HF	2	5 428
Sykehuset i Østfold HF	30	21 283
Sørlandet sykehus HF	1 275	30 110
Vestre Viken HF	144	18 317
Private Helse Sør-Øst	1 253	32 298
Helse Bergen HF	14	203
Helse Fonna HF	-	64
Helse Nord-Trøndelag HF	-	14
Helse Stavanger HF	-	205
Privat Vest HF	-	195
Andre private	-	42
Rusbehandling Midt-Norge	-	145
Universitetssykehuset i Nord-Norge	3	116
	3 424	196 422

Aktivitet for ruspoliklinikkene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er registrert under Psykisk helsevern voksne.

7.2 Kapasitet 2014

I Norge har det vært en reduksjon i antall døgnplasser innenfor psykisk helsevern for voksne totalt og pr. innbygger⁶⁹. Fra 1998 til 2012 er antall døgnplasser pr. 10 000 innbygger redusert fra 17,6 til 10,2. I den samme tidsperioden er antall døgnplasser pr. 10 000 innbyggere for barn og unge (0-tom 17 år) nesten ikke endret. I følge SAMDATA var det i HSØ fra 2011 til 2012 en reduksjon i antall døgnplasser på 138 døgnplasser totalt. Den prosentvis største reduksjonen var ved Sykehuset Innlandet HF med en reduksjon på 16,8 % og med Ahus HF og Sykehuset Telemark HF på 8-9 % reduksjon.

I Norge utgjorde private døgnplasser 56 % av den planlagte døgnplasskapasiteten innenfor TSB i 2012. Det var en reduksjon i antall døgnplasser i HSØ for TSB i perioden fra 2009 til 2012. Regionen hadde imidlertid en høyere enn de øvrige helseregionene i 2009, og en andel av døgnplassene ble benyttet til gjestepasienter fra andre regioner.

Tabell 42 viser at det er kartlagt totalt 2 379 døgnplasser i bruk, fordelt på 1 071 i PHV sykehus (45 %), 750 i PHV DPS (31 %) 121 i PHBU (ca. 5 %) og 43 døgnplasser i TSB (18 %) innenfor foretaksgruppen og Diakonhjemmet sykehus (DS) og Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS). I tillegg er aktivitet tilknyttet andre private tjenesteleverandører omregnet til å utgjøre 1 005 døgnplasser. De vel 1 000 døgnplassene er fordelt på 213 i PHV sykehus, 18 i PHV DPS, 42 i PHBU og 732 i TSB. Totalt er det registrert og beregnet en kapasitet tilsvarende 3 384 døgnplasser innenfor det psykiske helsevern og TSB.

⁶⁹ SAMDATA 2012, Helsedirektoratet

Tabell 42 Registrert kapasitet, antall døgnplasser PHV, PHBU og TSB

Antall døgnplasser PHV, PHBU og TSB - Kapasitet i eget sykehusområde og tilgjengelig kapasitet 2014 - foretaksgruppen												
	SUM Kapasitet i eget SO						Tilgjengelig kapasitet					
	PHV	Sykehus	DPS	PHBU	TSB	Sum	PHV	Sykehus	DPS	PHBU	TSB	Sum
Akershus sykehusområde	236	128	108	22	68	326	264	156	108	22	68	354
Sykehuset Innlandet HF	274	153	121	26	52	352	274	153	121	26	52	352
Oslo universitetssykehus HF	261	204	57	17	94	372	225	168	57	17	94	336
Diakonhjemmet sykehus	38	38	0			38	42	42	0			42
Lovisenberg Diakonale sykehus	76	76	0			76	80	80	0			80
Sum Oslo sykehusområde	375	318	57	17	94	486	347	290	57	17	94	458
Sørlandet sykehusområde	210	113	97	6	72	288	210	113	97	6	72	288
Sykehuset i Telemark HF	130	63	67	10	3	143	130	63	67	10	3	143
Sykehuset i Vestfold HF	111	60	51	6	49	166	111	60	51	6	49	166
Sum Telemark og Vestfold sykehusor	241	123	118	16	52	309	267	123	118	16	52	335
Østfold sykehusområde	195	98	97	16	36	247	195	98	97	16	36	247
Vestre Viken sykehusområde	290	138	152	18	63	371	290	138	152	18	63	371
Helse Sør-Øst RHF	1 821	1 071	750	121	437	2 379	1 821	1 071	750	121	437	2 379

7.2.1.1 Begrensninger i utnyttelse av kapasitet

Mange helseforetak har virksomhet innenfor sykehuspsykiatrien i gamle institusjoner og bygg som er uhensiktsmessige. Det betyr at man kan ha tilstrekkelig kapasitet, men driftsmessige uegnede bygg og med en kvalitet som er lavere enn det man bør kunne forvente i forhold til dagens krav til sykehus.⁷⁰

- Når antall døgnplasser reduseres og pasientene samtidig får ensengsrom i enheter som er bygget for flersengsrom, vil man få færre pasienter pr enhet, noe som kan gi driftsulemper og ekstra kostnader på kveld/natt/helg.
- Flere psykiatriske sykehusavdelinger er oppdelt i bygg og etasjer som gjør det utfordrende å samordne bemanning.
- Ikke alle pasienter har ensengsrom og tilgang til eget bad.
- Det er dårlig tilgang på grupperom og samtalerom i sengeområdene, slik at behandlingsopplegg som forutsetter slike rom vanskelig gjøres.
- Få enheter er tilrettelagt med tilgang til uterom der pasientene kan oppholde seg uavhengig av følge med personale.

De fleste DPS er i nye bygg og har mer funksjonelle løsninger.

Når tilgjengelig kapasitet settes opp imot dagens virksomhet og fremtidig kapasitetsbehov er det viktig, spesielt for sykehuspsykiatrien, å gjøre en vurdering av egnethet.

7.3 Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 psykisk helsevern og TSB

7.3.1 Psykisk helsevern

HSØ RHF legger med bakgrunn i styresak 061/2010 "Regionale utviklingsområder psykisk helsevern", følgende strategiske hovedfokus:

"Helse Sør-Øst skal ha et samhandlende psykisk helsevern preget av åpenhet, kvalitet, og tillit, tuftet på Opptrappingsplanens mål og verdier med integrert brukerkunnskap i alle ledd av tjenesten med hoved utviklingsområder i forhold til:

⁷⁰ Referanse: Område, og utviklingsplaner. Tilstandsrapporter for Psykisk helsevern ved Sørlandet sykehus (konseptfaseutredning) og Sykehuset i Vestfold HF (konseptfaseutredning).

- *Brukerperspektiv og brukerkunnskap (med åpenhet og økt frivillighet i all behandling i tråd med nasjonale føringer).*
- *Fag, forskning, kvalitet og likeverdige tjenester*
- *Tilgjengelighet og ressurser*
- *Behandling og organisering i sykehusområdene*
- *Samhandling og helhetlige pasientforløp*

I det følgende gjengis Styrets enstemmige vedtak.

1. *Psykisk helsevern er et prioritert satsingsområde i Helse Sør-Øst. Opptrappingsplanens intensjoner, verdier og føringer skal legges til grunn for utviklingen av behandlingstilbudene i Helse Sør-Øst, samt plan for strategisk utvikling og vedtak i styresak 108-2008.*
2. *Ressursene skal fordeles 50/50 % mellom sykehusene og de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS-ene), og psykisk helsevern for barn og unge skal sikres 20 % av de samlede ressursene til psykisk helsevern.*
3. *Sykehusområdene skal videreutvikle DPS-ene og de desentraliserte behandlingstilbudene til barn og unge, og sikre robuste tilbud med god faglig kvalitet og god tilgjengelighet.*
4. *Alle sykehusområder skal ha et faglig godt tilbud med tilstrekkelig kapasitet på sykehusfunksjoner i psykisk helsevern.*
5. *Det skal være regionale behandlingstilbud innen sikkerhetspsykiatri, spiseforstyrrelser, samt for pasienter med både psykisk lidelse og sterkt nedsatt hørsel/døve*
6. *Sykehusområdene skal sikre god samhandling med kommunal helse- og sosialtjeneste, avtalespesialistene og private tilbydere av helsetjenester. Økt samhandling skal legge til rette for god ressursutnyttelse, differensiering av tjenestetilbudet, økt brukermedvirkning og pasientens frie valg mellom behandlingstilbudene. Arbeidet med økt tilgjengelighet hos avtalespesialister i de enkelte sykehusområder skal realiseres basert på de vedtatte føringer i Helse Sør-Øst og samhandlingsmodellen skal videreutvikles*
7. *Det skal utarbeides områdeplaner innen psykisk helsevern basert på de regionale utviklingsområdene og som en del av sykehusområdets overordnede områdeplan. Som en del av en helhetlig områdeplan for sykehusområdet skal det:*
 - *Vurderes om en ytterligere spesialisering innen utredning og behandling av særskilte tilstander og en differensiering og fordeling av tilbud innenfor sykehusområdet, kan øke kvaliteten og tilgjengeligheten til tjenesten*
 - *Det skal også være fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet for pasienter med ulik kulturell og språklig bakgrunn*
 - *Brukerstyrte plasser utvikles og prøves ut i alle sykehusområder for pasientgrupper med langvarig og/eller tilbakevendende alvorlige sykdomsutbrudd*
 - *Datakvalitet, registrering og rapportering er et lederansvar på alle nivåer og skal forbedres. Kvaliteten på pasientdata for bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ha et særskilt fokus*
 - *Som et ledd i å sikre likeverdig behandling skal det innen alle sykehusområder utarbeides og implementeres kunnskapsbaserte behandlingsslinjer for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging for flere fagområder og særskilt sårbare pasientgrupper.*
 - *Myndighetstilsyn skal følges opp og erfaringer fra brukere skal tas særskilt hensyn til i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet*
 - *Det skal sikres særskilt fokus på oppfølging av:*

- pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester og behandling innen sikkerhetspsykiatrien
 - pasienter med selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, sammensatte lidelser og dobbeltdiagnoser
 - tidlig intervensjon av ny- syke med psykoseproblematikk, samt sikre gode tilbud for langtidsrettet schizofreni – behandling
 - pasientgrupper med behov for langvarig poliklinisk behandling
 - pasientgrupper med ekstra sårbarhet relatert til alder, lidelse eller bakgrunn
- Helse Sør- Østs 13 prinsipper for brukermedvirkning og styrke de pårørendes rolle legges til grunn

8. Videre utviklingsarbeid i Helse Sør-Øst

- Det gjennomføres et regionalt arbeid for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang
- Forskning og faglig utviklingsarbeid skal styrkes i hele fagfeltet

Alle føringer for det psykiske helsevern i Helse Sør-Øst skal bidra til at alle sykehusområder skal ha et faglig godt tilbud med tilstrekkelig kapasitet på sykehusfunksjoner i psykisk helsevern

7.3.2 TSB

I styresak 108-2008 legger HSØ RHF til grunn at tilbudet innen TSB skal styrkes i tråd med Opptappingsplanen for rusfeltet - desentraliserte tilbud og mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk sykehusområdene i mellom.

Som en del av lokalsykehusfunksjonen skal det utvikles helhetlige tilbud innen TSB, dvs. både ambulant virksomhet, poliklinikk samt dag- og døgnbehandling.

Sykehusområdene skal utforme områdevisse planer for hvordan tilbudet innen TSB i sykehusområdet skal utvikles og styrkes slik at enhetlige behandlingsforløp ivaretas.

I styresak 46/2010 vedtar HSØ at behandlingsskapiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten, og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivt døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

Det regionaliserte tilbudet bør i fremtiden være spesialisert døgnbehandling hovedsakelig etter bestemmelsene om tvungen tilbakeholdelse i sosialtjenesteloven, behandling av gravide pasienter samt familiebehandling. Det øvrige tilbudet innen TSB skal være en del av det lokalbaserte tilbudet i det enkelte sykehusområde.

Forankringen for spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor. Dette gir mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling representerer også den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.

Det såkalte "Tilordningsprosjektet" med bakgrunn i sak 108-2008 legger opp til at private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Private leverandører av spesialisthelsetjenester underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som helseforetakene.

Private leverandører både innen somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering bidrar, sammen med det offentlige tjenestetilbudet, til å dekke befolkningens behov innenfor det enkelte sykehusområde. Krav til leveranser utformes av HSØ RHF i samarbeid med helseforetakene. Avtalene inngås av HSØ RHF.

Samhandlingsreformen gir bud om en sterkere kommunerolle med spesialisthelsetjenesten i ryggen. Samhandlingsreformen skal sikre bedre helse- og sosialtjenester for å forebygge og følge opp rusproblemer. Gode boligløsninger og meningsfull aktivitet må prioriteres. Planlegging og etablering av lokalmedisinske sentre skal også omfatte ruspasienter og inkludere TSB.

Det er i følge HSØ RHF fortsatt behov for opptrapping innenfor TSB, samtidig som forholdet mellom behandlingsbehov og ressursbruk må analyseres nærmere.

Nasjonale og regionale strategier peker generelt i retning av:

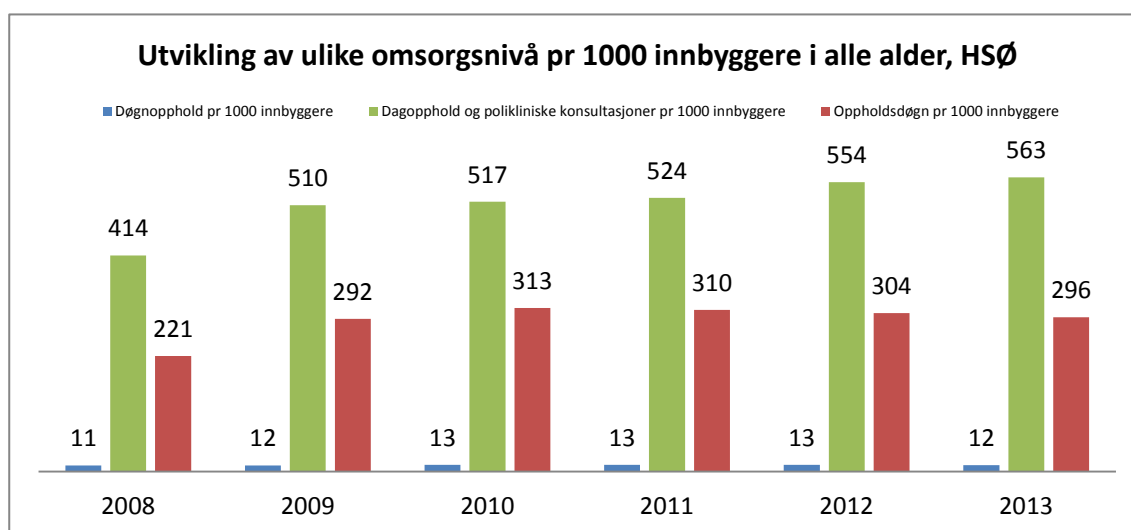
- Flere polikliniske konsultasjoner
- Tilgjengelige tjenester og økt ambulant virksomhet
- Mer samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Felles strategi for bruk av private leverandører

7.4 Færre oppholdsdøgn, flere polikliniske konsultasjoner

Innen PHV er det i følge foreløpige tall fra SAMDATA en svak tendens til reduksjon i raten for antall personer i kontakt med tjenestene (pasientraten) de siste par år, selv om det faktiske antall pasienter behandlet har økt litt. Det er liten forskjell i pasientraten mellom HSØ RHF og de andre regionene.

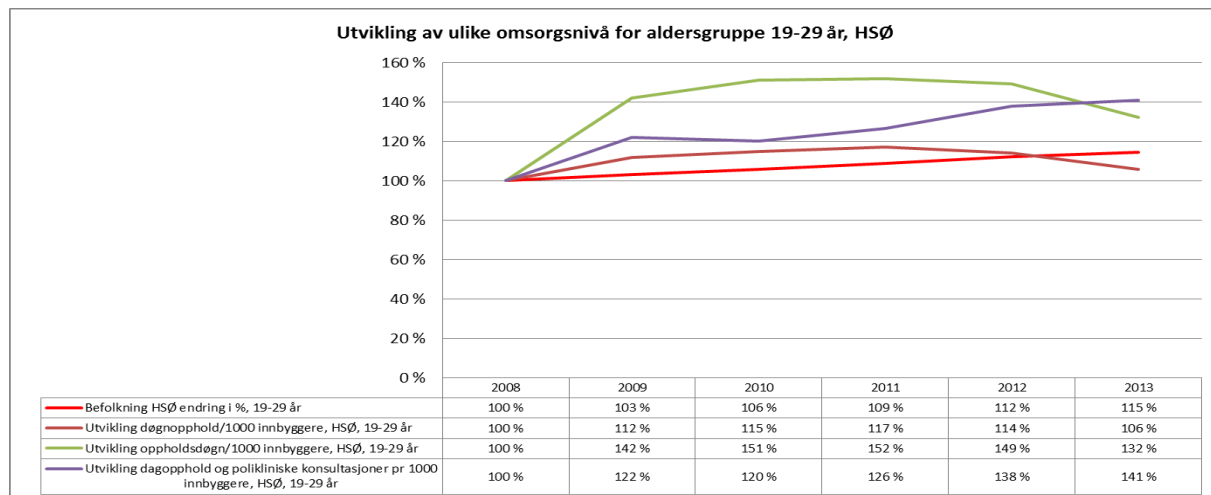
SAMDATA finner for HSØ-pasientene en tydelig reduksjon i utskrivinger av innlagte pasienter og oppholdsdøgn siste år. Fra 2012 til 2013 gikk antall oppholdsdøgn per innbygger ned med 11 % og reduksjonen var på hele 25 % sammenholdt med nivået i 2009. For innleggelser var nedgangen størst fra 2012 til 2013 (5 %). SAMDATA har behovsjustert ratene for PHV og ser da at utskrivinger per innbygger i 2013 er langt lavere i HSØ enn i de andre regionene (14 % under landsgjennomsnittet) og forskjellene har vært stabile i hele femårsperioden.

Trendanalysen basert på etterspurte data fra NPR for HSØ, viser en økning i antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold pr 1000 innbyggere i de siste årene. Det har også vært en nedgang i antall oppholdsdøgn.

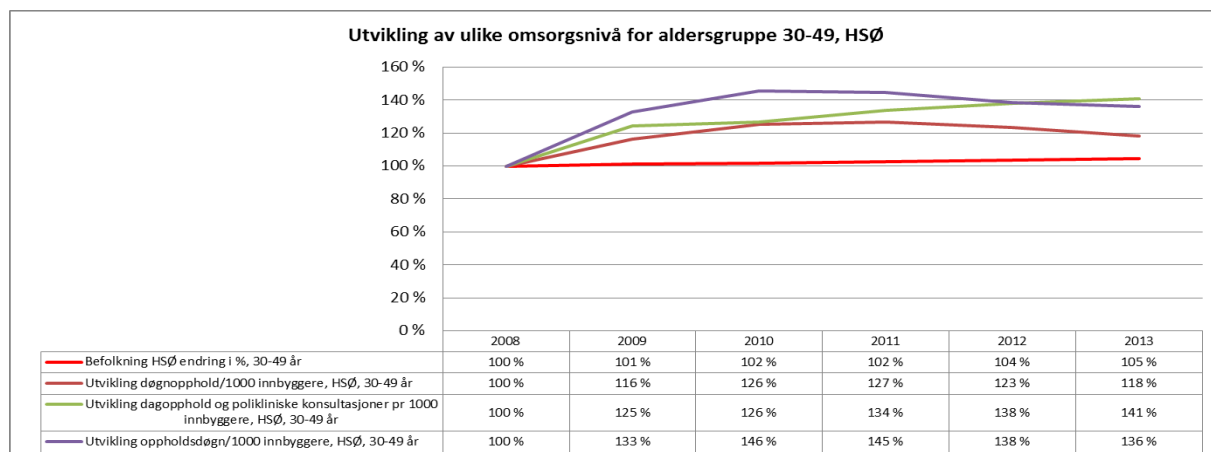


Figur 18 Utvikling av ulike omsorgsnivå pr 1000 innbyggere i alle aldrer i Helse Sør- Øst, 2008-2013

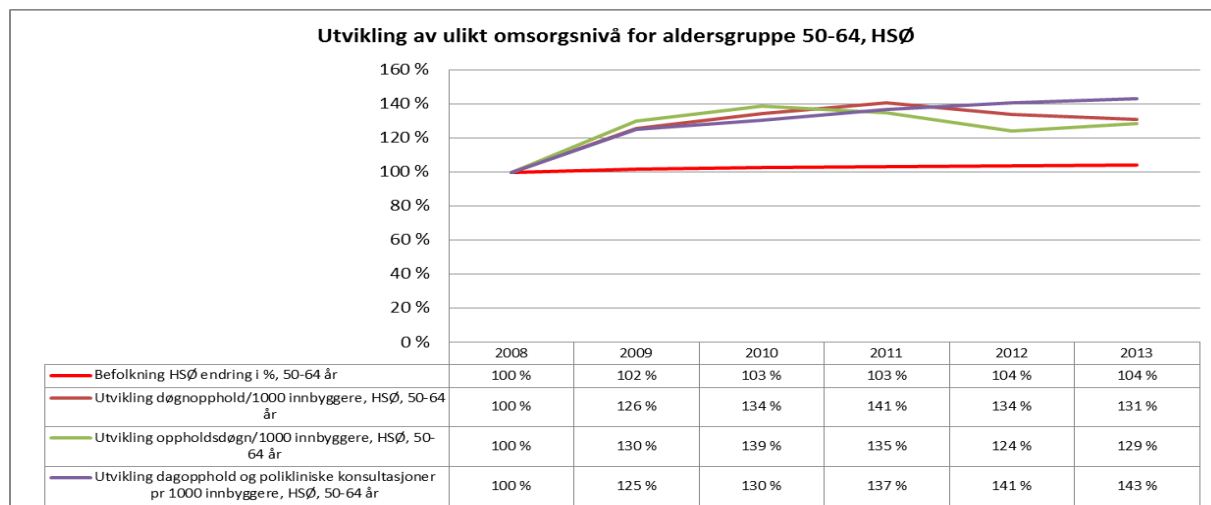
Befolkningsutviklingen i opptaksområdet for HSØ har i perioden 2008-2013 økt med 7 %, men det har vært variasjoner i befolkningsvekst i ulike aldersgrupper og omsorgsnivåer jamfør figurene 19 til 23.



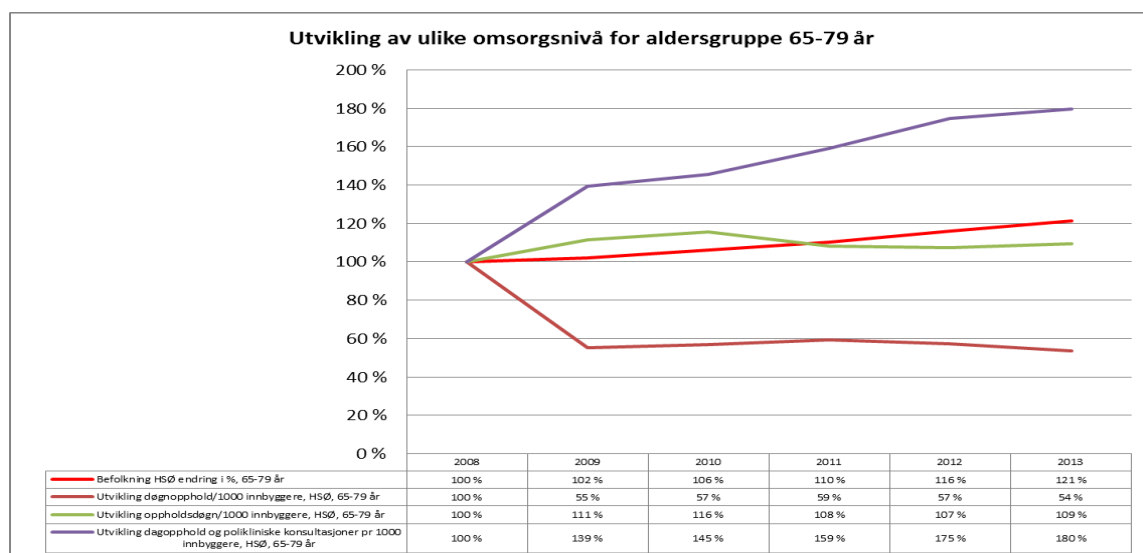
Figur 19 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 19-29 år, HSØ



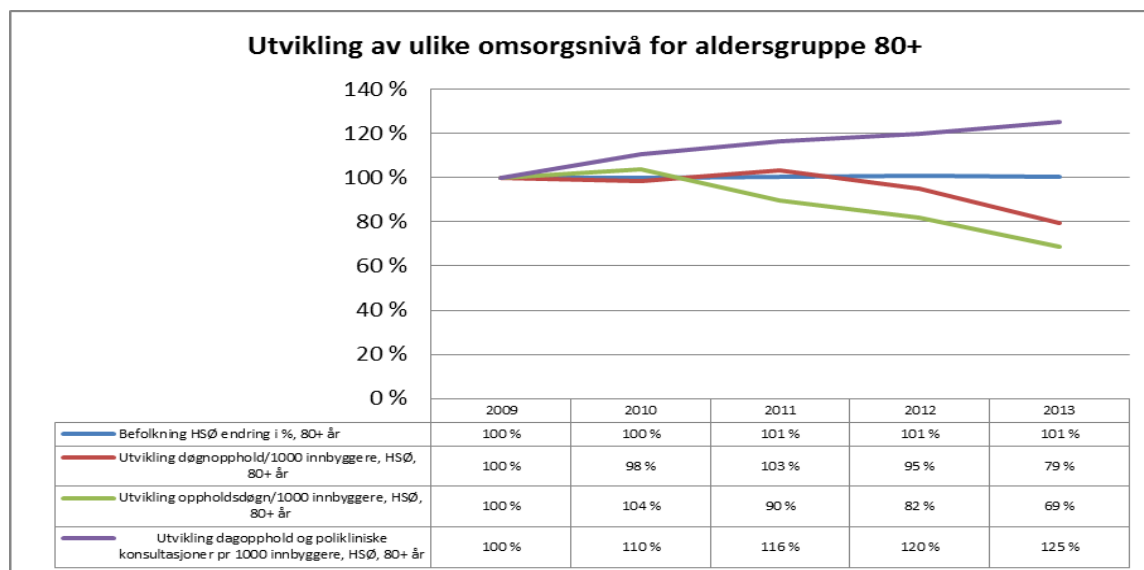
Figur 20 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 30-49 år, HSØ



Figur 21 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 50-64 år, HSØ



Figur 22 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 65-79 år, HSØ



Figur 23 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 80+ år, HSØ

Det har også vært variasjoner i utvikling av ulike omsorgsnivåer i valgte diagnosegrupper (se nærmere kapittel "analyse av pasientforløp").

Antall polikliniske konsultasjoner øker klart både siste år og siste fem år, også sett i forhold til befolkningsveksten.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) angir at DPS-ene skal være sentrale og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. De distriktpsikiatriske sentrene (DPS) behandler i følge SAMDATA ⁷¹ stadig flere pasienter, og har høyt utdannet personale, men de senere årene har ressuroverføringen til DPS-ene stoppet opp.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2013 er ett av hovedmålene at omstillingen innen psykisk helsevern skal fullføres. Tall som Helsedirektoratet har samlet inn og analysert viser noen utviklingstrekk i omstillingen:

- I perioden 1998-2012 har det vært en vesentlig heving av personellens utdanningsnivå, og økningen har vært kraftigere ved DPS-ene enn ved sykehusene.
- I tråd med politiske målsettinger, har det skjedd en forskyving i virksomheten fra sykehus til DPS, og fra døgnvirksomhet til poliklinisk og ambulant virksomhet.
- De siste fem årene har forskyvningen av ressursene fra sykehus til DPS stoppet opp.
- Det har vært en tydelig reduksjon av antall døgnplasser de siste 15 årene, sett i forhold til innbyggertallet.
- Det er fortsatt betydelige forskjeller i behandlingsvolum og tjenestetilbud både mellom og innen de ulike helseregionene. ⁷²

Foreløpige tall fra SAMDATA 2013 viser at antall unike pasienter behandlet i PHBU har holdt seg svært stabilt de siste fem år. Samtidig fortsetter økningen i polikliniske konsultasjoner. I femårsperioden har den

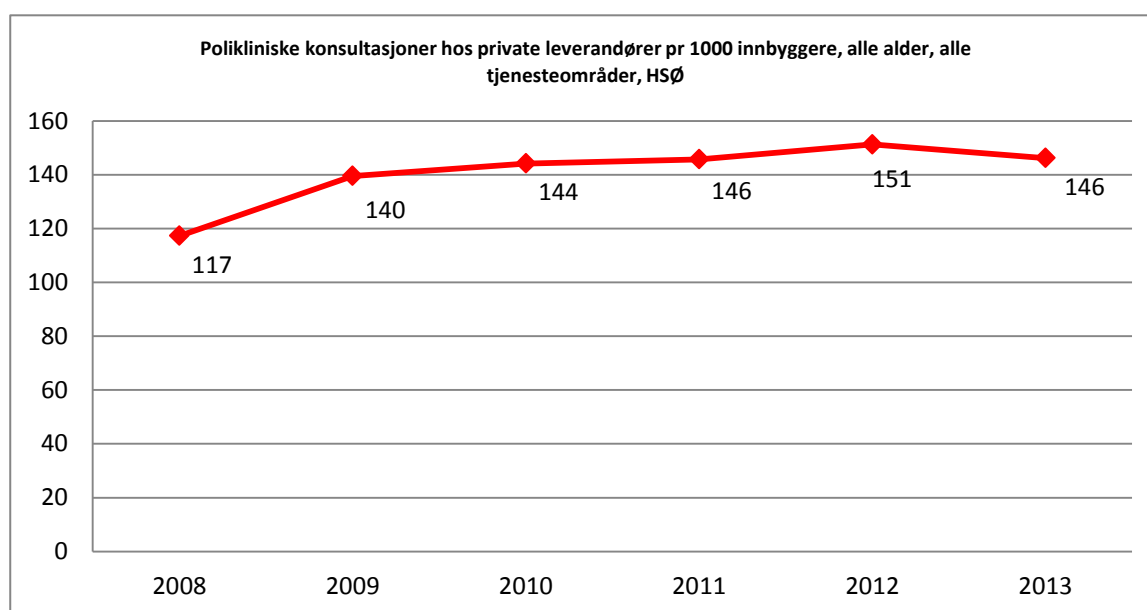
⁷¹ Distriktpsikiatriske tjenester 2012

⁷² SAMDATA, Distriktpsikiatriske tjenester 2012

faktiske veksten i konsultasjoner vært på 15 %, mens raten per innbygger øker med 13 %. Pasientraten i HSØ er på samme nivå som Helse Midt-Norge, noe over Helse Vest og noe under Helse Nord. Den behovsjusterte konsultasjonsraten er på nivå med Helse Midt-Norge og Helse Nord, som alle ligger godt over Helse Vest.

Innleggelses og oppholdsdøgn innen TSB har i følge foreløpige tall fra SAMDATA 2013 gått gradvis ned de siste fem år, med reduksjoner på henholdsvis 14,7 og 9,5 % fra 2009 til 2013. Det er derimot en klar vekst i polikliniske konsultasjoner over tid (22,4 %), men liten endring fra 2012 til 2013.

Det har vært en reduksjon i HSØ i bruk av private institusjoner i det siste året. Dette kan være forårsaket av at spesialisthelsetjenesten har hatt tilstrekkelig kapasitet selv.



Figur 24 Utvikling av antall polikliniske konsultasjoner hos private leverandører pr 1000 innbyggere, alle aldrer, PHV, PHBU og TSB, HSØ

Regjeringen har kommet med et initiativ der pasienter skal tilbys rett til fritt behandlingsvalg. Det medfører at de i tillegg til fritt sykehusvalg skal kunne velge behandlingssted innenfor HF. Dette gjelder også institusjoner som har avtale med HF-ene og private institusjoner som innfrir kravet til tjenestene.

For pasientene kan det være en utfordring med mange leverandører av offentlig og private tjenester. Det er behov for et godt samarbeid, koordinering og en veiledningstjeneste for pasienter der de er godt informert om hva tjenestetilbudene innebærer i de ulike institusjonene.

Pasientenes valgmuligheter utfordrer institusjonenes forutsigbarhet mht et fremtidig kapasitetsbehov. Fleksibilitet og gode avtaler som innebærer forutsigbarhet er viktig for alle parter. I fremskrivningen er dette derfor ett av de områdene der beregninger av fremtidig kapasitetsbehov innebærer stor usikkerhet.

7.5 Forbruksrater

Det er variasjoner i forbruk av tjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB mellom sykehusområder. Dette kan uttrykkes i forbruk per 1 000 innbyggere, her kalt forbruksrater.

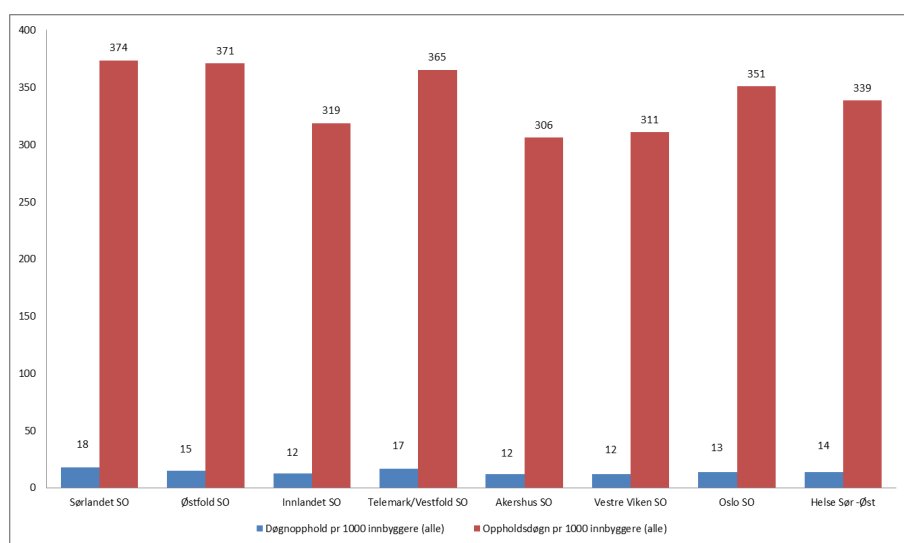
Flere studier har påvist store kommunevise forskjeller i bruk av sykehustjenester. Ved hjelp av pasientstrømmodeller og empiriske data prøver flere av studiene å belyse årsakssammenhenger. Undersøkelser viser at innleggelseskulturen til legene i førstelinjetjenesten (henvisningspraksis), og deres bruk av øyeblikkelig hjelpetjenester kan forklare noe av forskjellene. I tillegg bidrar ulik kapasitet og tilgjengelighet til tjenester i kommunehelsetjenesten til forskjellene i forbruk. I områder med større

geografiske avstander innenfor et opptaksområde vil reiseavstanden til sykehuset også være avgjørende for forbruket av sykehustjenestene.

HSØ RHF må blant annet gjennom dialog med kommunene understøtte tiltak som kan utjevne ulikheter som ikke kan forklares av forskjell i sykелighet eller alderssammensetning.

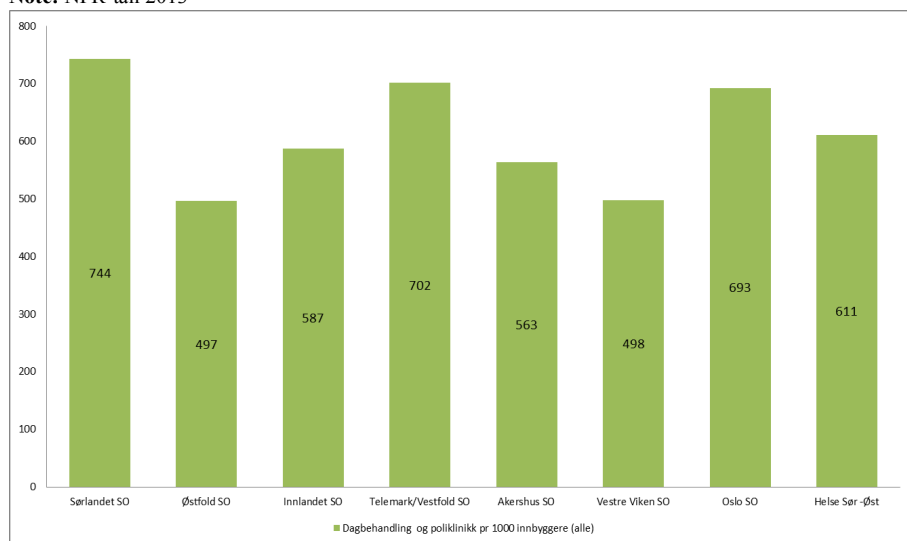
I et langsiktig perspektiv er det ønskelig å utvikle tilbudet slik at det fremstår som likeverdig for befolkningen, og at grunnlaget for ressursfordeling/kapasitet bygger på dette.

Figur 25 viser forbruksrater for alle tjenesteområder (PH, PBU og TSB) for alle sykehusområder i HSØ i 2013.



Figur 25 Forbruksrater for døgnoophold og oppholdsdøgn i HSØ fordelt på sykehusområder, år 2013

Note: NPR-tall 2013



Figur 26 Forbruksrater for dag og poliklinikk i HSØ fordelt på sykehusområder, år 2013

Note: NPR-tall 2013

Figur 26 viser at det varierer med ca. 68 oppholdsdøgn pr 1 000 innbygger fra det sykehusområdet som har høyest forbruk av døgnopphold til det sykehusområdet som har det laveste. Pasienter i sykehusområdene Sørlandet, Østfold og Telemark og Vestfold har et høyere forbruk enn gjennomsnittlig forbruk i HSØ, mens sykehusområdene Akershus og Vestre Viken har et lavere forbruk enn gjennomsnittet. Forbruk av dagbehandling og poliklinikk er høyere enn gjennomsnittet i HSØ for sykehusområdene Sørlandet, Telemark og Vestfold og Oslo, mens det er lavere enn gjennomsnittet for sykehusområdene Vestre Viken, Østfold, Akershus og Innlandet.

Tabell 43 viser at Sørlandet SO, Østfold SO, Telemark og Vestfold SO har et høyere forbruk av døgnopphold enn gjennomsnittet for HSØ. Tallene viser at Østfold SO, Sørlandet SO, Vestre Viken SO og Oslo SO har et høyere forbruk av oppholdsdøgn innenfor PHV (sykehus og DPS), enn gjennomsnittet for HSØ. Oslo SO, Telemark og Vestfold SO og Sørlandet SO har et høyt forbruk av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Tabell 43 Forbruksrater for PHV, sykehusfunksjon og DPS, år 2013

Forbruksrater for PHV sykehusfunksjon og DPS, år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall	Døgnopphold pr 1000 innbyggere PHV	Oppholdsdøgn pr 1000 innbyggere PHV	Dagbehandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere PHV
Sørlandet SO	289 125	13,6	212,5	384,2
Østfold SO	281 309	12,4	241,1	247,5
Innlandet SO	394 348	9,7	205,7	300,4
Telemark/Vestfold SO	394 245	12,4	204,2	385,8
Akershus SO	478 878	8,5	182,8	282,3
Vestre Viken SO	464 947	9,3	211,4	272,1
Oslo SO	518 265	8,1	211,5	432,4
Helse Sør -Øst	2 821 116	10,2	207,8	332,2

Note: NPR-tall 2013

Tabell 44 viser at sykehusområdene Innlandet, Østfold, Akershus og Oslo har et høyere forbruk av oppholdsdøgn innenfor PHBU, enn gjennomsnittet for HSØ. Østfold SO og Innlandet SO har et høyere forbruk av antall døgnopphold. Sykehusområdene Innlandet, Sørlandet, Telemark og Vestfold, og Oslo har et høyere forbruk av oppholdsdøgn innenfor PHBU, enn gjennomsnittet for HSØ.

Tabell 44 Forbruksrater for PHBU, beregnet basert på antall innbyggere 0-19 år, år 2013

Forbruksrater for PHBU, år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall (0-19 år)	Døgnopphold pr 1000 innbyggere PHBU	Oppholdsdøgn pr 1000 innbyggere PHBU	Dag-behandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere PHBU
Sørlandet SO	75 938	1,01	16,9	949,0
Østfold SO	68 348	3,31	102,3	709,8
Innlandet SO	86 046	2,82	115,1	1068,5
Telemark/Vestfold SO	94 746	1,31	48,5	926,9
Akershus SO	131 809	1,62	87,6	804,6
Vestre Viken SO	118 457	1,30	41,4	682,3
Oslo SO	108 585	1,00	62,5	918,3
Helse Sør -Øst	683 929	1,7	67,3	858,2

Tabell 45 viser at Sørlandet SO, Telemark og Vestfold SO, og Oslo SO har et høyere forbruk av oppholdsdøgn og døgnopphold innenfor TSB, enn gjennomsnittet for HSØ. Sykehusområdene Sørlandet, Telemark og Vestfold, og Østfold har et høyere forbruk av dagbehandling og poliklinikk enn gjennomsnittet i HSØ.

Tabell 45 Forbruksrater for TSB, år 2013

Forbruksrater for TSB, år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall	Døgnopphold pr 1000 innbyggere TSB	Oppholdsdøgn pr 1000 innbyggere TSB	Dag-behandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere TSB
Sørlandet SO	289 125	4,1	156,7	110,3
Østfold SO	281 309	1,8	105,0	76,9
Innlandet SO	394 348	1,9	87,9	53,8
Telemark/Vestfold SO	394 245	3,8	149,5	93,6
Akershus SO	478 878	2,8	99,0	59,7
Vestre Viken SO	464 947	2,2	88,9	52,1
Oslo SO	518 265	5,1	126,5	68,2
Helse Sør -Øst	2 821 116	3,2	114,4	70,8

Tabell 46 viser forbruk av tjenester innenfor samtlige tjenesteområder (PHV, PHBU og TSB). Tabellen viser at Sørlandet SO, Telemark og Vestfold SO og Østfold SO har et høyere forbruk av døgnopphold enn gjennomsnittet for HSØ. Tallene viser at Sørlandet SO, Telemark og Vestfold SO og Østfold SO har et høyere forbruk av oppholdsdøgn innenfor alle tjenesteområder, enn gjennomsnittet for HSØ. Sørlandet SO, Telemark og Vestfold SO og Oslo SO har et høyt forbruk av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Tabell 46 Forbruksrater for alle tjenesteområder (PHV, PHBU, TS), 2013

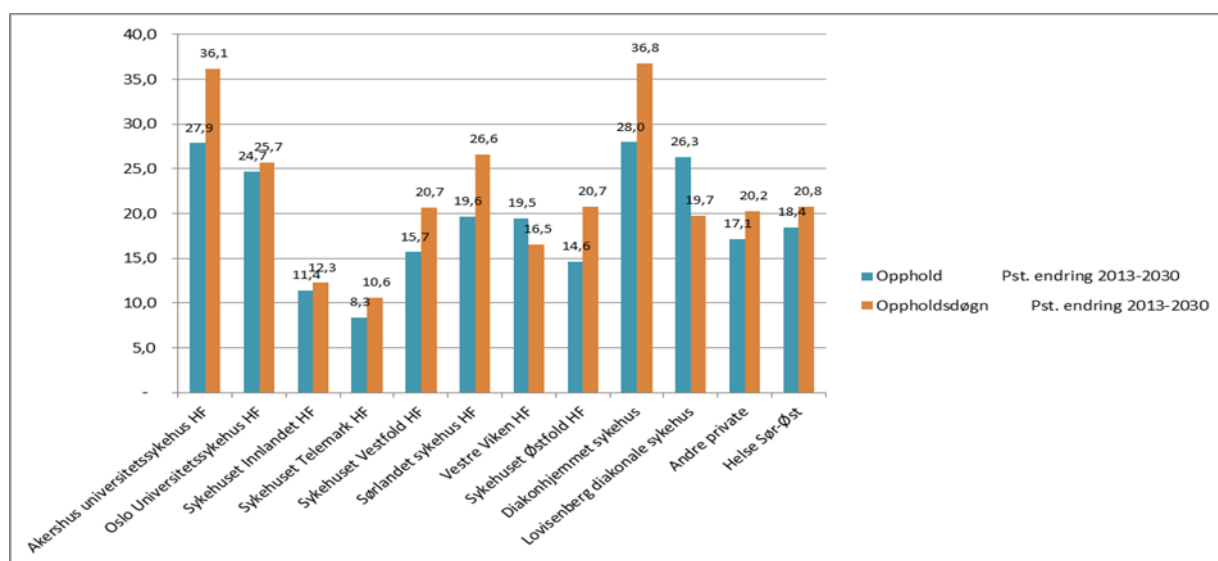
Forbruksrater for alle tjenesteområdet (PHV, PHBU og TSB), år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall	Døgnopphold pr 1000 innbyggere (alle)	Oppholdsdøgn pr 1000 innbyggere (alle)	Dagbehandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere (alle)
Sørlandet SO	289 125	17,9	374	744
Østfold SO	281 309	15,0	371	497
Innlandet SO	394 348	12,2	319	587
Telemark/Vestfold SO	394 245	16,5	365	702
Akershus SO	478 878	11,8	306	563
Vestre Viken SO	464 947	11,9	311	498
Oslo SO	518 265	13,4	351	693
Helse Sør -Øst	2 821 116	13,8	339	611

7.6 Demografisk fremskriving fra 2012 til 2030

Ved å analysere endringer i liggedøgn innenfor det psykiske helsevern i HSØ som følge av demografi skiller helseforetakene seg i tre kategorier:

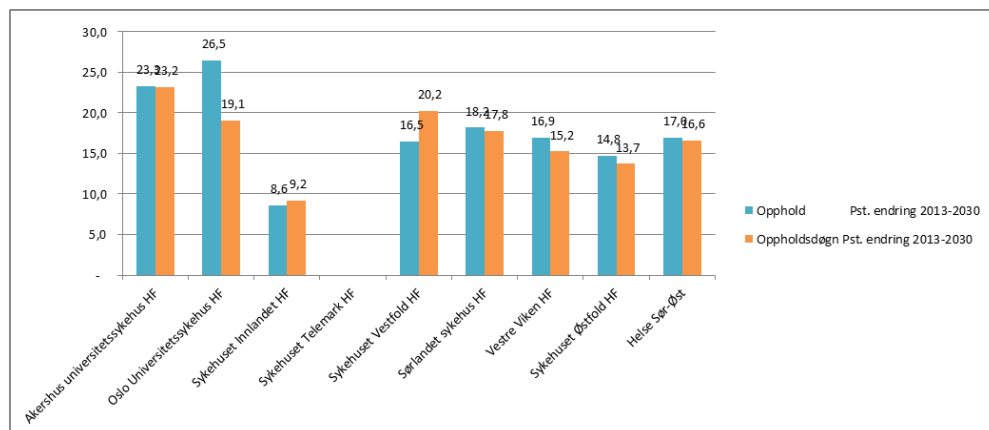
- Ekstra høy vekst
Akershus universitetssykehus HF
Diakonhjemmet sykehus
- Høy vekst
Sørlandet sykehus HF
Oslo universitetssykehus HF
- Middels vekst
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Østfold HF
Vestre Viken HF
Lovisenberg Diakonale sykehus
- Lav vekst
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF

Figur 27 og 28 viser hvordan pasientpopulasjonen i det psykiske helsevern for voksne øker fra 2013-2030 som følge av demografisk utvikling. Økningen må sees i forhold til den generelle befolkningsutviklingen i de ulike opptaksområdene.



Figur 27 Demografisk fremskriving, PHV Sykehusfunksjoner

Mønsteret er i hovedsak det samme om vi gjør samme fremskriving med utgangspunkt i aktivitet tilknyttet DPS.



Figur 28 Demografisk fremskrivning, DPS

7.7 Kvalitativ fremskriving 2030, korrigering av demografisk fremskriving

Fremskriving av aktivitet for å beregne kapasitetsbehov er krevende og forbundet med stor grad av usikkerhet. Metodisk har vi ikke kunnet foreta analyser av behandlingsaktiviteten basert på ICD10 koder ettersom NPR-dataene har vært avidentifisert med hensyn til diagnoser. I psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er dessuten diagnostiske kategorier et problematisk utgangspunkt for å beregne aktivitet og kapasitetsbehov fordi funksjonsevne og oppfølgingsbehov kan være svært forskjellig for pasienter med samme psykiatriske diagnose.

Som grunnlag for de kvalitative vurderinger som er gjort i samarbeid med arbeidsgruppe er utvikling for hovedgruppene iht ICD10 drøftet med utgangspunkt i trendanalyser. Det er gjort trendbeskrivelser basert på aktivitetsdata fra NPR for perioden 2008 til 2013 og ikke 10 år som for det somatiske tjenesteområdet. Dette skyldes at data fra det psykiske helsevern før 2008 har en annen oppbygging og var av dårligere kvalitet. Nedenfor er det gitt korte kommentarer til de viktigste diagnosene, hovedsakelig knyttet til utvikling av forekomsten av sykdommer. Mer utfyllende beskrivelse finnes i Delrapport 2, vedlegg 3.

Demenslidelser

Demenslidelser har endret seg lite i forekomst pr. 1 000 innbyggere de siste år (insidens), men er økende på grunn av økende antall eldre (prevalens)⁷³. Forekomsten vil trolig doble seg frem til 2040, forutsatt at forekomsten av nye tilfeller holder seg på dagens nivå i forhold til alder. De pasientene som henvises til alderspsykiatrien i dag trenger spesialisthelsetjeneste, og det vil derfor ikke være hensiktsmessig å overføre større ressurser til kommunehelsetjenesten. Alderspsykiatriske tilbud er i stor grad knyttet til sykehusenheter, i mindre grad tilknyttet DPS. Det vil imidlertid være formålstjenlig å bygge ut kommunale demensteam med sykepleiere, ergoterapeuter og en dedikert lege. Det er forventet at samhandlingsreformen vil legge gode rammer for en slik utvikling. Det er behov for mer ressurser til polikliniske tjenester i årene som kommer.

Rusrelaterte lidelser

Det har vært en dramatisk økning i antall døgnopphold, oppholds døgn, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner for denne pasientgruppen i tidsperiode 2008-2013. Siden 2008 har det vært en økning av aktivitet i denne pasientgruppen i nesten alle aldersgrupper med unntak i aldersgruppe 0-18 år.

Som tidligere beskrevet er alkohol det rusmiddelet som forårsaker mest skader i Norge, og det har vært en betydelig økning i alkoholkonsumet i Norge de siste 10-15 årene særlig blant kvinner.⁷⁴ Bruken av illegale rusmidler økte gjennom 1990-tallet, men har siden gått noe tilbake. Det anslås at det er i overkant av 8 000

⁷³ Folkehelseinstituttet – Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv

⁷⁴ http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/RusmidleriNorge20123.pdf

injiserende rusavhengige i Norge. Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med mange europeiske land.^{75 76}

Schizofreni

Livstidsforekomsten av alle psykotiske lidelser er i studier funnet å være 3,5 %, hvorav forekomsten av schizofreni var 1,0 %. En oversikt over 188 forekomststudier av schizofreni beregnet en livstidsforekomst på bare 0,4 %.⁷⁷ Det har vært en økning av dagopphold og polikliniske konsultasjoner i HSØ for denne pasientgruppe. Det har det vært en betydelig nedgang med 33 % av antall oppholdsdøgn.

Psykotiske lidelser

Utvikling av dag og poliklinikk for pasienter med paranoide og akutte psykoser har økt i HSØ med 20 % siden 2008. Antall døgnbehandlinger og oppholdsdøgn har gått ned siden 2008.

Depressive lidelser

Døgnopphold og oppholdsdøgn har gått ned siden 2008. Det er en moderat økning på 16 % i antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandling i HSØ i tidsperioden fra 2008-2013.

Bipolar lidelse

I Osloundersøkelsen fant man en livstidsforekomst av bipolar affektiv lidelse på 1,6 %⁷⁸. NPR tall for HSØ viser en økning av polikliniske konsultasjoner og dagopphold med 40 % for pasienter med bipolar affektiv lidelse.

Angstlidelser

Det har vært en økning i døgnopphold med 12 % i denne pasientgruppen. Dette skyldes hovedsakelig i økningen av antall innbyggere med 7 % i tidsperiode 2008-2013. Antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold har økt med 22 % i perioden fra 2008- 2013.

Posttraumatisk stresslidelse

Det har vært økning med 34 % av døgnopphold for denne pasientgruppe i HSØ. Økningen kan tolkes som ganske vesentlig, men når man analyserer absolutte tall utgjør denne aktiviteten kun 3 % av alle døgnopphold i 2008 og 4 % i 2009 for valgte ICD10 diagnosegrupper.

Atferds syndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

Det har vært en økning av antall døgnopphold med 20 % i denne pasientgruppen, men ingen økning i antall oppholdsdøgn i tidsperioden 2008-2013. Antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold viser også en økning fra 2008- 2013.

Personlighetsforstyrrelser

Det har vært en nedgang av døgnopphold med 24 % i denne pasientgruppen i tidsrommet 2008-2013. Antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold har økt med 21 % i perioden fra 2008- 2013.

Adferdsforstyrrelser hos barn

Det har vært en økning av døgnopphold og oppholdsdøgn i denne pasientgruppen i tidsperioden 2008-2013. Dette skyldes en del endringer i rapporteringen og noe i økningen av antall innbyggere med 4 % i aldersgruppe 0-18 år. Antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold har gått ned med 10 % i perioden fra 2008- 2013.

⁷⁵ Rapport, Statens institutt for rusmiddelforskning. Rusmidler i Norge 2012, Alcohol and Drugs in Norway

⁷⁶ Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Europeisk narkotika rapport – Trender og utviklinger 2014

⁷⁷ Folkehelseinstituttet, finsk studie

⁷⁸ Kringelsen, E., Torgersen, S. and Cramer, V. Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. American Journal of Psykatry, 2001. 158 (7): p. 1091-1098

7.8 Alternative utviklingsretninger

I dette kapittelet beskrives alternative utviklingsretninger for det psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i HSØ fram mot 2030. De ulike scenarioene drøftes med et særskilt fokus på konsekvenser for dimensjonering og et framtidig kapasitetsbehov. Grunnlaget for de alternative utviklingsretningene er basert på en faglig (kvalitativ) vurdering av et framtidig behov for helsetjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB, samfunnsutvikling i et folkehelseperspektiv (risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer), historiske trender, framtidig økonomisk bærekraft, samt politiske og finansielle signaler og virkemidler.

I det følgende beskrives i uprioritert rekkefølge alternative utviklingsretninger som vil ha konsekvenser for kapasitetsbehovet i 2030.

7.8.1 Endring i forventninger og forbruk

Utgangspunktet for å vurdere behov for helsetjenester på regionnivå, er behovet på individnivå ⁷⁹. Slike vurderinger vil generelt være subjektive. En vanlig forutsetning er at et individs behov avhenger av nåværende helsestatus som, sammen med dagens behandlingsmetoder og medisinsk teknologi, bestemmer individets mulighet til å nyttiggjøre seg av helsetjenester ⁸⁰. Behov for helsetjenester oppstår som følge av skade, sykdom eller lidelser, og helsestatus og muligheten til å dra nytte av helsetjenester vil kunne variere med faktorer som alder, kjønn og sosioøkonomiske forhold.

Tilbudet av helsetjenester påvirkes i tillegg av etterspørselen etter helsetjenester, og et forbruk kan bli bestemt av nivået på tilbudet. Gjennom forebygging vil det psykiske helsevesenet og TSB bidra til å redusere behov, men godt utbygde tjenester med utvikling av ny teknologi, diagnostikk og behandlingsmetoder kan bidra til å avdekke behov og skape nye behov (evt. ny etterspørsel).

Det er også anerkjent at deler av helsetjenesteforbruket i rike land kan ha preg av sosialt konsum i den forstand at dette forbruket ikke nødvendigvis er medisinsk indisert, men representerer ulike varianter av «for sikkerhets skyld»-medisin. Dette er vel lite aktuelt for PHV og TSB. Her er det mer naturlig å peke på at disse sykdommene og avhengighetene har lav status og at det dermed er mange mennesker med slike helseproblemer som ikke oppsøker helsevesenet.

Flere forhold kan i følge Folkehelseinstituttet ⁸¹ gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjonister som er tildelt for en psykisk lidelse, har økt de siste 15 år. Det har også vært en sterk økning i antall behandlet for psykiske lidelser. Dette kan i noen grad skyldes større åpenhet om og aksept av psykiske lidelser og at det polikliniske og ambulante behandlingstilbudet er økt noe som har gitt større tilgjengelighet. Andel uføretrygdete på grunn av psykisk lidelse vil også kunne påvirkes av endringer i arbeidsmarkedet hvor det stilles økte krav til utdanning og språklige og sosiale ferdigheter, og hvor stadig fler risikerer å bli stående uten arbeid over lengre tid. Andel uføretrygdete på grunn av psykisk lidelse er, sammen med alderssammensetningen i befolkningen, ett av de forhold som i stor grad påvirker forbruk av tilbud innen psykisk helsevern og benyttes som behovsindikator ⁸².

Studier fra USA og Europa gir imidlertid ingen støtte for en forverring i folkehelsen med økt forekomst av psykiske lidelser, men viser til omtrent samme utbredelse av ulike lidelser i 1990 og 2003. Det kan finnes ganske store geografiske variasjoner i forekomst av psykiske lidelse, dels korrelert med forskjeller i

⁷⁹ NOU 2008: Verdens Helseorganisasjon. ICD-10 Psykiske Lidelse og Atferdsforstyrrelser. 1999: Gyldendal Akademisk.2. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

⁸⁰ Sutton mfl., 2002

⁸¹ <http://www.fhi.no>, 19.02.2014

⁸² Magnussen-utvalget, 2002

alderssammensetning og sosiale forhold og dels som et resultat av flyttemønster. En finner blant annet en opphopning av alvorlig psykiske lidelser i storbyer uten at det er dokumentert noen økt risiko for å utvikle psykiske lidelser ved å bo i storby. Dette er forhold som er analysert i forbindelse med innføring av ny inntektsmodell for psykisk helsevern og TSB i HSØ etter 2011.

Økningen i livsstilssykdommer, særlig sykdom knyttet til fedme, høyt alkoholbruk, diabetes og lettere psykiske lidelser vil mest sannsynlig fortsette og til en viss grad påvirke forbruket av tjenester innenfor det psykiske helsevesenet og TSB.

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker mest skader i Norge. Det er lang tradisjon i Norge for å føre en restriktiv alkoholpolitikk. Denne politikken har bidratt til at Norge har et lavere alkoholkonsum og færre problemer, sykdommer og skader enn øvrige land i Europa. Denne restriktive linjen er imidlertid under økende press. Det har vært en betydelig økning i alkoholkonsumet i Norge de siste 10-15 årene særlig blant kvinner og ungdom.

Bruken av illegale rusmidler økte gjennom 1990-tallet, men har siden gått noe tilbake. Det anslås at det er i overkant av 8 000 injiserende rusavhengige i Norge. Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med mange europeiske land. En betydelig andel av de som bruker illegale rusmidler, bruker også vanedannende legemidler. Det er omfattende illegal bruk av slike legemidler som enten er smuglet inn i landet eller forskrevet av leger. Dette misbruket er i stor grad usynlig.

Etter at automatforbudet kom i 2007, ble omfanget av spilleproblemer kraftig redusert. Mange som før spilte på automater spiller imidlertid nå online via pc, mobiltelefon og nettbrett. I tillegg har dataspill blitt langt mer utbredt. Ca. 80 % av norske ungdommer mellom 12 og 17 år spilte dataspill i 2010, mens ca. 65 % hadde prøvd pengespill⁸³. Selv om relativt få utvikler spilleproblemer og enda færre sliter med dette over lengre tid, vet man foreløpig ikke nok om de langsiktige konsekvensene av spilleavhengigheten.

Det er påvist en sammenheng mellom forbruk av helsetjenester og brutto nasjonalprodukt (BNP). Dette tilsier at en fortsatt nasjonal økonomisk vekst vil øke både tilbud og forbruk av helsetjenester. I løpet av de siste ti-årene har pasientrollen endret seg fra å være en mer eller mindre passiv mottaker til å bli en informert medvirker med større krav og sterkere forventninger til tjenestetilbudene. Den nye rollen er i hovedsak ønsket, og ny fordeling av makt, roller og ansvar mellom pasient og behandler, og mellom bruker og helsevesen stadfestes blant annet ved endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil fortsette og ytterligere forsterkes av at mange pasienter vil ha økte kunnskaper om sine sykdommer og om mulige behandlingsformer, noe som også vil kunne føre til økt etterspørsel etter behandlingstilbud.

Med hensyn til framtidig arealbehov vil den "nye brukerrollen" kunne ha konsekvenser for en generelt høyere kvalitet og funksjonalitet på oppholds- og behandlingsrom, samt nye rom og areal til opplæringsarenaer, videokonferanserom, pårønderom, kontor for erfaringskonsulenter, brukerrepresentanter og andre. Den "nye brukerrollen" vil også kunne skape en økt etterspørsel og/eller en ny form for etterspørsel fra pasienter med alvorlig psykiske lidelser. (Dette er en pasientgruppe som tidligere i liten grad har "stått på egne krav" og der man i relativt stor grad kan ha vært underlagt behandling hjemlet med tvang i psykisk helsevernloven). Dette kan være etterspørsel av langvarige polikliniske tjenester i et større omfang, eller et større omfang av brukerstyrte innleggelses. Særlig gjelder dette for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og tilbakevendende symptomer.

Det er grunnlag for å mene at utforming av virksomhetsmodeller og tjenestetilbud innenfor det psykiske helsevern og TSB vil påvirkes av forventningene fra befolkningen i HSØ sitt opptaksområde. Forhold som

⁸³ NOVA rapport 2/2013

vil ha betydning for legitimitet til spesialisthelsetjenesten er god tilgjengelighet og høy faglig kvalitet på diagnostikk, behandling og oppfølging.

Et utviklingstrekk vil være at økt etterspørsel genererer et økt behov for polikliniske tjenester, dagbehandling og arenafleksible tjenester utover økning i befolkning. Ett scenario vil være at behovet for polikliniske tjenester innenfor det psykiske helsevern for voksne øker med samme nivå som fra 2009 til 2013 (realvekst 2,8 %) ⁸⁴. Det vil i så fall bety en realvekst på 9,5 % fra 2013 til 2030. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner de senere årene har imidlertid sammenheng med en utbygging av kapasiteten delvis koblet til en styrt ressursmessig overføring av ressurser fra døgntilbud til poliklinikker. Strukturelle endringer i tilbudene vil påvirke den tilbudsbetingede etterspørselen. Terskelen for å søke hjelp for også lettere psykiske lidelser kan forventes å bli lavere ved et større innslag av befolkningsnære polikliniske tilbud.

Innenfor TSB har utviklingen vært enda kraftigere (realvekst 15,4 % i samme periode), og en lineær utvikling vil bety en realvekst på 52 % fra 2013 til 2030. Det har imidlertid vært en nedgang i antallet førstegangshenvisninger de siste årene, noe som kan indikere at veksten vil bli noe svakere i fremtiden, selv om det finnes faktorer som tilsier økt etterspørsel. Ved enkelte av helseforetakene i HSØ har økningen i det polikliniske tilbudet de senere årene innen TSB skapt en tilnærmet balanse mellom tilbud og etterspørsel, men det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusområdene. Innen dette fagområdet har det ikke vært noen nedbygging av døgntilbud eller en planlagt strukturell endring med overføring av ressurser fra døgninstitusjoner til polikliniske tilbud. TSB har en kort historie innen spesialisthelsetjenesten (ca. 10 år). Hovedutfordringen ligger i å få til en balansert kapasitetsutvidelse i de ulike elementene i behandlingsskjeden, dvs. poliklinikk, avgiftning, korttidsbehandling, langtidsbehandling og rehabilitering, samt organisere tjenestene slik at det legges til rette for helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp. En eventuell omstrukturering av TSB i tråd med den omstilling som har foregått innen psykisk helsevern for voksne de senere årene, vil kreve en vesentlig styrking av det polikliniske og ambulante tilbudet.

7.8.2 Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling

Forekomststudier av psykiske lidelser hos rusavhengige viser at det er en tydelig sammenheng mellom ruslidelse og psykisk lidelse. ⁸⁵ Grant et al. (2004) fant at ca. 20 % av befolkningen med en ruslidelse også hadde en stemningslidelse, mens 18 % av befolkningen med en ruslidelse også hadde en angstlidelse

Vi har få gode norske studier som viser hvor mange personer i befolkningen som har kombinert rus og psykisk lidelse (ROP-lidelser) og hvor stor andel av disse som får behandling i spesialisthelsetjenesten. Det har imidlertid skjedd en betydelig utbygging av de ambulante behandlingstilbudene blant annet rettet mot denne målgruppen.

Pasienter med alvorlige ROP-lidelser mottar i dag behandling innenfor psykisk helsevern. Imidlertid vil noen pasienter som er behandlet i psykisk helsevern være godt stabilisert for sin psykiske lidelse, men de kan likevel ha et alvorlig rusmiddelmissbruk. Da blir rusmiddelmissbruket hovedproblemet og videre behandling kan skje innenfor TSB.

Det at psykiske helsevern og TSB er adskilt i to tjenesteområder er i all hovedsak historisk betinget, og kan i enkelte tilfeller stå i motsats til dagens faglige tenkning som legger vekt på samtidighet i behandlingen og et tett samarbeid med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Et alternativ utviklingstrekk vil være at de to tjenesteområdene får en tettere integrasjon både med hensyn til virksomhet og bygg.

⁸⁴ 9,8 % inkludert befolkningsutvikling HSØ 2009-2013

⁸⁵ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser

Et eksempel kan være Nytt psykiatrisk senter på Mortensrud i Oslo, hvor et samlet behandlingstilbud innen psykisk helse og avhengighetsbehandling gir plass for både DPS-funksjon, BUP og ruspoliklinikk (Rupo). En slik integrert modell vil stille høye krav til både generalitet og fleksibilitet i bygg.

7.8.3 Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet.

Med Nytt Østfoldsykehus samles for første gang i Norge alle områdefunksjoner innen psykisk helsevern og somatikk i et og samme "hus". Ved å ha flere spesialiteter under samme tak, ligger forholdene godt til rette for å tilby pasientene tverrfaglig og helhetlig utredning og behandling.

Flere nye byggeprosjekter i Danmark viser den samme tendens ved at bygg for det psykiske helsevern legges i nærhet til den somatiske virksomhet (Slagelse, Nyt Hospital Bispebjerg).

Det akuttpsykiatriske tilbudet har i mange tilfeller vært samlokalisert med de somatiske sykehusstjenestene. De strukturelle endringene innen psykisk helsevern for voksne med desentralisering av den allmennpsykiatriske delen av tilbudet gjennom etablering av DPS, parallelt med en avgrensning og spesialisering av de gjenværende sykehusavdelingene, har aktualisert et behov for samlokalisering av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene.

Dette omfatter akuttpsykiatri, enheter for lengre tids tvungent psykisk helsevern for pasienter med psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser, sikkerhetspsykiatriske enheter på "nivå 2", døgnbehandling av spiseforstyrrelser og alderspsykiatriske døgnavdelinger. Dette er spesialiserte funksjoner som skal finnes i alle sykehusområder og motivasjonen er bl.a. behovet for å få etablert robuste fagmiljøer med høy kompetanse, funksjonell vaktordninger for leger og mulighet for fagutvikling og forskning. Det er et stadig større behov for og krav om spesialisert somatisk utredning av pasienter ved disse enhetene. Geografisk nærhet til somatisk sykehus fremheves som hensiktsmessig.

Særlig har det alderspsykiatriske tilbudet vært omfattet av store endringer de siste årene med en sterk reduksjon i antall døgnplasser, økt fagkompetanse og flere behandlerstillinger i døgnenhetene, samt etablering av alderspsykiatriske poliklinikker med bred og tverrfaglig utredningskompetanse. Selv om mange alderspsykiatriske avdelinger fortsatt ikke er samlokalisert med somatiske sykehus, utgjør somatisk utredning, herunder nevrologisk utredning, en stadig viktigere del av tilbudet som tilbys pasientene. Det alderspsykiatriske behandlingstilbudet står nå på mange måter ved et veiskille hvor det vil skje en utvikling i tre ulike retninger.

Der hvor det ikke er snakk om demens eller sammensatte lidelser som krever spesialisert utredning og behandling, vil det psykisk helsevern til eldre pasienter i økende grad bli en del av det allmennpsykiatriske tilbudet ved DPS. Utredning av demens og andre hjerneorganiske lidelser hos eldre pasienter vil kreve et tettere samarbeid med både nevrologiske og geriatriske fagmiljøer i det somatiske sykehuset, noe som kan gi grunnlag for strukturelle eller organisatoriske endringer hvor deler av det alderspsykiatriske tilbudet overføres til den somatiske delen av sykehuset. Den gjenværende delen av alderspsykiatrien vil sannsynligvis bli dominert av spesialpoliklinikk samlokalisert med en mindre døgnenhet for utredning og initiell behandling, supplert med ambulant tjeneste som følger opp pasienter i samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

7.8.4 Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder

Behandling av pasienter med spiseforstyrrelser illustrerer dilemmaet mellom kravet til spesialiserte, differensierte og målrettede behandlingstilbud for enkelte diagnosegrupper, og utvikling av breddekompetanse i de ordinære allmennpsykiatriske tilbudene. Tilgjengelighet og tidlig intervensjon er avgjørende for denne pasientgruppen både innen psykisk helsevern for barn og unge og innen psykisk helsevern for voksne. Spiseforstyrrelser er den diagnosegruppen med størst dødelighet innen psykisk

helsevern og vi har solid kunnskap om at bredt innrettet tidlig intervensjon er viktig. Samtidig er man helt avhengig av mer spesialiserte sykehustjenester både i det enkelte sykehusområdet og på regionalt nivå.

Valg av organisatoriske og faglige rammebetingelser i den desentraliserte delen av psykisk helsevern vil i noen grad påvirke behovet for etablering av spesialiserte enheter på sykehusnivå, samt omfanget av regionale funksjoner eller flerområdefunksjoner. Spesialiserte funksjoner på sykehusnivå kan benyttes som et supplement til og en støtte for utvikling av kompetente behandlingstilbud ved DPS. Disse spesialiserte funksjonene på ulike nivå skal, sammen med lokale tilbud, utgjøre gode og helhetlige pasientforløp for de aller sykeste pasientene. Et eksempel er spesialiserte tilbud på sykehusnivå til ung schizofrene som på 1990 tallet ble etablert i Oslo.

Når det gjelder spiseforstyrrelser skal behandlingstilbudet være godt tilgjengelig både lokalt og regionalt (spesialisert regional avdeling er samlokalisert med somatikk). Stikkordsmessig kan man om dette fagområdet si:

Barn og unge

- Spiseforstyrrelser skal fanges opp tidligst mulig hos barn og unge
- God poliklinisk kapasitet
- Adekvat døgntilbud på lokalt nivå når døgntilbud er nødvendig
- Regionalt tilbud ved regional avdeling - RASP er styrket, men signaler tyder på økt behov?

Voksne

- Poliklinisk og døgntilbud i lokalt helseforetak/sykehus
- Regional avdeling med eget døgntilbud - RASP
- Regionalt tilbud er styrket

Strategiske dokument følgende i HSØ RHF understreket at alle sykehusområder skal ha et faglig, godt tilbud med tilstrekkelig kapasitet på sykehusfunksjoner i psykisk helsevern. Det skal sikres særskilt fokus på oppfølging av:

- Pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester og behandling innen sikkerhetspsykiatrien
- Pasienter med selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, sammensatte lidelser og dobbeltdiagnoser
- Tidlig intervensjon av ny- syke med psykoseproblematikk, samt sikre gode tilbud for langtidsrettet schizofreni -behandling
- Pasientgrupper med behov for langvarig poliklinisk behandling
- Pasientgrupper med ekstra sårbarhet relatert til alder, lidelse eller bakgrunn

7.8.5 Psykisk helsevern barn- og unge (PHBU)

Det er store forskjeller helseforetakene i mellom på hvor stor andel av ressursene som brukes til døgntilbud innen PGBU. Innenfor PHBU legges det hovedvekt på ambulant virksomhet, polikliniske tjenester og samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet, eksterne aktører i tillegg til familie, skole og nærmiljø. Det er derfor grunnlag for å anta at forskjellene vil minske når det gjelder fordelingen av ressursinnsatsen mellom døgntilbud og poliklinisk/ambulant behandlingstilbud.

Regjeringens strategiplan for PHBU (2004) anbefaler utbygging av ambulante tiltak som alternativ til døgntilbud, faglig begrunnet med at barn og ungdom så langt mulig bør gis tilbud og behandling i sitt nærmiljø uten institusjonsinnleggelse. En utfordring knyttet til denne anbefalingen er at det finnes lite forskningsbasert kunnskap om hvorvidt målgruppene nås, og hvilke konsekvenser dette har for bruken av de eksisterende og tradisjonelle tilbud ⁸⁶.

⁸⁶ Wergeland Jan T., Gråwe Rolf W.: Ambulant akutteam som alternativ til innleggelse for ungdom henvist for suicidalitet, Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 49, nummer 5, 2012, side 468-470

Det er tre viktige grenseflater mellom PHBU og andre deler av spesialisthelsetjenesten, barne- og ungdomsmedisin (inklusive barnehabilitering, TSB (psykiatriske ungdomsteam) og PHV. Barnemedisinske avdelinger har enkelte steder bygget opp egen barnepsykiatrisk kompetanse gjennom ansettelse av barnepsykiater og psykologspesialister. Det kan være aktuelt å etablere faste samarbeidsordninger i stedet for å bygge opp parallell kompetanse i den sykehusforankrede delen av PHBU og ungdomsmedisinske avdelinger. Tilsvarende parallell kompetanse kan være tilfelle når det gjelder tilbud til rusmiddelmissbrukere, da ved poliklinikker. Mange steder har TSB, BUP og DPS samlokaliserte poliklinikker.

Kontaktflaten mellom PHBU og PHV preges i mange sammenhenger av mangel på kontinuitet i behandlingsforløp. Dette gjelder både de sykehusforankrede tilbudene og lokale poliklinikker. Bygningsmessige forhold kan sammen med organisatoriske tiltak fasilitere samarbeid om behandlingsforløp

PHBU har også en viktig kontaktflate mot barnevernet. Det er spesielt et behov for bedre samhandling med institusjonsbarnevernet. Ansvars- og oppgavedeling mellom barnevern og PHBU kan i en del sammenhenger være utfordrende i forbindelse med ungdom med sammensatte problemer. En underdimensjonering av ungdomspsykiatriske døgninstitusjoner kan medføre en utilsiktet ansvarsforskyvning.

7.8.6 Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling

Psykisk helsevernloven kan i noen tilfeller gi hjemmel for at pasienter kan underlegges tvungent psykisk helsevern. Tvungen psykisk helsevern kan gjennomføres med eller uten innleggelse i institusjon. Hvilken av disse formene som anvendes avhenger av hva sykehuset mener er den beste løsning for pasienten. Ved tvunget vern med døgnopphold må pasienten oppholde seg på institusjonen og kan holdes tilbake der mot sin vilje. Ved rømming kan pasienten hentes tilbake av politiet.

Det norske rettssystemet stiller strengere krav for at en person kan bli dømt til tvungent psykisk helsevern, enn hva som er tilfellet i f.eks. Danmark eller Sverige. Om lovgrunnlaget for tvungent psykisk helsevern endres i tråd med situasjonen f.eks. i Danmark vil det sannsynligvis få kapasitetsmessige konsekvenser i form av flere tilrettelagte døgnplasser.

Den strafferettslige særreksjonen som ble innført rundt 2000, hvor utilregnelige lovbrøttere på visse vilkår kan idømmes overføring til tvungent psykisk helsevern, har bidratt til å endre psykisk helseverns rolle når det gjelder å ivareta samfunnsvern. Det vil si den tvungne psykiske helseverns funksjon når det gjelder å beskytte samfunnet mot alvorlig sinnslidende som er til fare for andre, også gjelder sinnslidende som har begått alvorlige kriminelle handlinger og hvor det er stor fare for gjentagelse.

En viktig utredning i denne sammenheng vil være rapporten fra *Tilregnelighetsutvalget*, som skal vurdere avgrensningen mellom sikkerhetspsykiatri og fengsel/forvaring, og forventes å være klar i løpet av høsten 2014. Hvilke anbefalinger utvalget kommer med vil ha konsekvenser for kapasitet i form av spesielt døgnplasser i sykehus.

Institutt for Menneskerettigheter har vist at psykisk syke ofte får strengere dommer enn andre. Det har også vært rettet kritikk som trekker i motsatt retning: at behandlingsdømte løslates for tidlig. En undersøkelse over en toårsperiode gjennomført av Kriminalforsorgen i Danmark har i tillegg vist, at mange av de dømte tross dommen, ble gående uten behandling. Av rundt 1 000 såkalt behandlingsdømte ble 42 prosent ikke innlagt i psykiatrisk sykehus etter dommen.

Utviklingen av det sikkerhetspsykiatriske tilbudet har en særskilt historie og er fortsatt under utvikling. Etter avvikling av Reitgjerdet tidlig på 1980-tallet ble dagens modell etablert. De regionale sikkerhetsavdelingene i Norge har eksistert siden slutten på 1980-tallet, men etablering av sikkerhetsposter på nivå 2 (tidligere fylkeskommunalt nivå, nå områdesykehusnivå) skjedde først i forbindelse med den statlige opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1998. Det er først de siste 6 årene det er etablert sikkerhetsposter i

alle sykehusområdene i HSØ. Helseforetakene har valgt ulike modeller for hvordan disse enhetene er organisert i forhold til øvrige psykiatriske døgnenheter på sykehusnivå. Det er også store forskjeller når det gjelder grad av bygningsmessig tilpassing til denne funksjonen.

Ansvars- og oppgavedelingen mellom de to nivåene innen sikkerhetspsykiatri er ikke klart definert, og en kan se for seg en utvikling hvor områdesykehusene i fremtiden må legge forholdene til rette for å ta imot pasienter med større sikkerhetsmessige utfordringer enn i dag. Dette gjelder både bygningsmessig tilrettelegging og personelldekning. Dimensjonering og bygningsmessig utforming av sikkerhetsposter vil kunne endres vesentlig i forhold til dagens situasjon.

Det er i plandokumenter fra Helse Sør-Øst poengtert at alle sykehusfunksjoner innen psykisk helsevern (herunder akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri) skal være tilstrekkelig dimensjonert og ha nødvendig faglig kvalitet (jf. styresak 061/2010 "Regionale utviklingsområder psykisk helsevern"). Sikkerhetspsykiatrien i HSØ er som nevnt organisert på to nivåer med en regional avdeling RSA, samt at alle sykehusområder skal ha lokale, spesialiserte tilbud med sikkerhetspsykiatri "Nivå 2". I Helse Sør-Øst følges situasjonen for sikkerhetspsykiatrien nøye og man har gjort kartlegginger av kapasitet, samhandling og pasientflyt med jevne mellomrom de siste årene. For begge nivåene er det i dette arbeidet behov for å understreke:

Sikkerhetspsykiatri på lokalt nivå

Sikkerhetspsykiatri "Nivå 2" Krever tilstrekkelig kapasitet og tilstrekkelig fysisk plass med godt egnede lokaler. Nærhet til den øvrige akuttpsykiatriske døgntilbudet og spesialiserte psykoseenheter beskrives som faglig viktig og nyttig. Gir felles gevinst og ressursutnyttelse.

Regional sikkerhetspsykiatri - RSA

RSA må ha fleksibel og god bygningsmasse spesialtilpasset tjenesten. Det bør gjøres et videre arbeid i forhold til kapasitet.

Godt egnet bygningsmasse er viktig og for begge områder utfordres man i forhold til sykkelighet, farlighet og endringer i befolkningssammensetningen.

7.8.7 Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Samhandlingsreformen som ble vedtatt i 2011, vektlegger økt kommunalt ansvar, et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og økt satsning på forebygging. Det er innført kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av både døgntilbud og poliklinisk behandling for medisinske pasienter. Det skal videre etableres kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud senest fra 2016.

Samhandlingsreformen og de nye lovene (blant annet den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp fra 2016 og kravet til avtaler mellom kommuner og helseforetak) vil få betydning for framtidig kapasitet. Formålet med samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven, er å fremme samhandlingen mellom partene. Konkretisering av oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak og etablering av gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, vektlegges. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

I sykehusområder med store geografiske avstander og spredt befolkning har det vist seg å være en utfordring å opprettholde DPS-strukturen. Lokale DPS har i enkelte sammenhenger vist seg å bli for små til å ha bredt nok tilbud og tilstrekkelig kompetanse, bl.a. på grunn av problemer med rekruttering. Det er derfor nå eksempler på at DPS organiseres i større enheter med et større geografisk opptaksområde. I enkelte sammenhenger har dette vært knyttet til en diskusjon om en del av de allmennpsykiatriske døgn tilbudene ved DPS heller burde legges til sykehusene slik som tidligere. Sykehuset Sørlandet har vurdert en slik løsning i

sin utviklingsplan frem mot 2030. Hovedmodellen med et befolkningsnært og desentralisert psykisk helsevern med vekt på tilgjengelighet for pasienter og kommunal helse- og sosialtjeneste vil trolig fortsatt være retningsgivende.

Et scenario som er nærliggende å se for seg allerede på kort sikt, er at det vil skje en betydelig avgrensning og spissing av det døgnbaserte DPS-tilbudet. En større del av det allmennpsykiatriske tilbudet vil være forankret i polikliniske og ambulante tilbud, eventuelt i kombinasjon med ulike typer dagavdeling og korttidsopphold i døgnenhet som en del av beredskapstiltak, eventuelt i form av brukerstyrte senger. Det vil fortsatt være et behov for lokale døgninstitusjoner med god bemanning og høy behandlerdekning som kan inngå en behandlingsskjede for psykosebehandling. Dette for å forhindre unødvendig langvarige opphold ved akuttavdeling eller annen sykehusavdeling innen psykisk helsevern.

Et annet scenario, som også var fremmet som forslag i en tidlig fase av utredning av samhandlingsreformen, kan være en total virksomhetsoverdragelse av DPS-er til kommunehelsetjenesten. Dette alternativet vil innebære vesentlige juridiske, organisatoriske og økonomiske endringer, og vurderes å være uaktuelt på kort eller mellomlang sikt.

Et tredje scenario vil være at DPS-ene blir en samhandlingsarena med tilbud fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. En slik virksomhetsmodell vil sannsynligvis kreve et økt arealbehov.

7.8.8 Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB

HSØ RHF har sørge for-ansvaret for befolkningen i regionen. Både helseforetak og private institusjoner med avtale bidrar med tjenester som i sum skal sikre ivaretagelsen av dette ansvaret.

Private ideelle institusjoner med avtale står for ca. 70 % av det samlede regionale døgnbehandlingstilbudet innenfor TSB i HSØ, mens den polikliniske andelen er om lag 17 %. De private institusjonene tilbyr i hovedsak langtidsbehandling, noe som synliggjøres gjennom en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 70 døgn, sammenlignet med helseforetakene som har en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 10 døgn.

Det fremgår av strategiplanen til HSØ RHF for TSB at forankringen av spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor. Dette skal gi mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling skal også representere den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.

Det legges videre i strategiplanen vekt på at behandlingsskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivt døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

Den gjennomsnittlige behandlingstiden hos de private avtalepartene er i tråd med dette betydelig redusert de siste årene både gjennom en reduksjon i gjennomsnittlig behandlingstid ved langtidsinstitusjonene, og gjennom en viss omstilling av tilbudene fra langtidsbehandling til korttidsbehandling. I et scenario hvor denne utviklingen fortsetter slik at rusbehandling hovedsakelig skjer i form av korttidsopphold i kombinasjon med poliklinikk og arenafleksible tiltak, vil kunne frigjøre en vesentlig kapasitet hos de private institusjonene.

Et annet scenario vil være at foretakene bygger opp egen kapasitet på bekostning av deler av den kapasitet som i dag ligger hos private. En slik modell vil muligens redusere behovet for koordinering og gjøre det enklere å utvikle helhetlige pasientforløp.

Et tredje scenario vil være at kommunene får et større ansvar for langtidsbehandling, noe som kan innebære en overføring av deler av de private behandlingstilbudene til kommunene.

7.9 Kvalitativ fremskrivning – alternative forutsetninger

I beregningene av et fremtidig kapasitetsbehov legger vi her til grunn to ulike scenarioer for endring utover demografisk endring. Tatt i betraktning av at usikkerhetsbildet i fremskrivningene er betydelige og ikke gir et detaljert bilde, har vi valgt å legge til grunn samme grad av endringsfaktorer for både det psykiske helsevern og TSB. SINTEF har imidlertid ingen referanser til at tjenestoområdene vil utvikle seg likt.

De to scenarioene for justering av de demografiske fremskrivningene benevnes i rapporten:

- Hovedalternativ
- Alternativ 2

Effektene av de kvalitative omstillingsfaktorene for hovedalternativet og alternativ 2 etter demografisk fremskrivning vises i tabell 47:

Tabell 47 Endringsfaktorer for det psykiske helsevern og TSB, Hovedalternativ og alternativ 2 for døgntilbud og poliklinikk.

Endringsfaktorer	Hovedalternativ - Døgnplasser	Alternativ 2 - Døgnplasser	Hovedalternativ - Poliklinikk	Alternativ 2 - Døgnplasser
	Pst. endring i antall liggedøgn	Pst. endring i antall liggedøgn	Pst. endring i antall konsultasjoner	Pst. endring i antall konsultasjoner
Epidemiologi	0	10	0	0
Endring i tilbud og forventninger	10	0	30	50
Endring i pasientstrømmer til kommune	-15	0	-5	0
Medisinsk teknologisk utvikling (inkl. IKT og eHelse of effektivisering av pasientforløp)	-15	-10	0	0
Sum effekt omstilling	-20	0	25	50

7.9.1 Hovedalternativ

Studier fra USA og Europa viser at psykiske lidelser er svært utbredt i befolkningen. Om lag 20 % av barn, voksne og eldre har såpass store psykiske problemer at det kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose, og 50 % av befolkningen vil i løpet av livet utvikle en psykisk lidelse⁸⁷ Dette forhold representerer en betydelig folkehelsebyrde for Norge.

Det er forbundet usikkerhet med hvordan den psykiske helse i befolkningen vil arte seg i 2030, sammenlignet med i dag. SINTEF har derfor ikke forutsatt epidemiologiske endringer som har konsekvenser for kapasitet utover demografi og andre endringsfaktorer.

I Idéfaseutredningen for OUS - Campus Oslo, er det lagt til grunn 10 % økning i oppholdsdøgn som følge av endret sykdomsforekomst. Vi har valgt å definere en slik økning som "Endring i tilbud og forventninger".

Hovedscenarioet legger til grunn en økning i etterspørsel (endring i tilbud og forventninger) på 10 % for døgntilbud og 30 % for poliklinisk eller ambulant behandling. Som tidligere nevnt er det forbundet stor usikkerhet med et slikt anslag, og det finnes ingen klare referanser som kan legges til grunn. Med bakgrunn studiene fra OECD⁸⁸ om forholdet mellom helsekostnader og BNP, samt trendanalyser, er det likevel grunn for å anta at etterspørselen vil øke. Det er også grunn for å anta at etterspørsel etter polikliniske tjenester vil øke kraftigere enn etterspørsel eller døgntilbud.

SINTEF har lagt til grunn at aktiviteten knyttet til antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevern og TSB reduseres med 15 % (knappt 1 % pr. år frem mot 2030), som følge av økt samhandling med

⁸⁷ Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:2. Psykisk helse i Norge – Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger.

⁸⁸ Helsedirektoratet IS 2142 - Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader En gjennomgang av aktuell kunnskap

kommunehelsetjenesten og en vesentlig spissing og spesialisering av tilbudet. Antall polikliniske konsultasjoner forutsettes redusert med 5 %.

Anslaget er en kvalitativ vurdering basert på historisk utvikling og trendfremskrivning. Foreløpige tall fra SAMDATA viser blant annet for HSØ pasientene en tydelig reduksjon i utskrivninger av innlagte pasienter og oppholdsdøgn de siste år. Fra 2012 til 2013 gikk antall oppholdsdøgn per innbygger ned med 11 % og reduksjonen var på hele 25 % sammenholdt med nivået i 2009. For innleggelser var nedgangen størst fra 2012 til 2013 (5 %).

Samhandling og lovpålagte samarbeidsavtaler forventes å ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten fremover og bidra til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS 21. juni 2007. Formålet med rammeavtalen var at den skulle understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og regionale helseforetak og helseforetak som likeverdige parter.

SINTEF-rapporten "Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene" (2013), konkluderer med at syv % av pasientene i psykisk helsevern er utskrivningsklare og venter på et kommunalt tilbud, mens tilsvarende andel i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er beregnet til én %. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet, er i følge forskerne stort sett at de mangler et kommunalt boligtilbud.

Et forhold som kan trekke i motsatt retning er kommunenes ressurser og kompetanse til å ta på seg nye og flere oppgaver. SINTEF-rapporten "Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011 - Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon", viser at det på nasjonalt nivå innenfor kommunehelsetjenesten kun har vært marginale endringer i årsverksinnsatsen siden 2007. Siden 2007 har det ikke vært vekst i kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser men heller en svak nedgang.

Helsepolitiske strategier peker i retning av en opptrapping av det psykiske helsevern og rusbehandling innenfor kommunal sektor. En styrking av kommunehelsesektoren betyr likevel ikke automatisk at kapasitetsbehovet vil kunne reduseres innenfor spesialisthelsetjenesten. Studier har vist at en styrket primærhelsetjeneste kan ha en rekrutteringseffekt, ved at det oppdages ⁸⁹ flere tilstander som kan utredes og behandles.

En tredje endringsfaktor som vi har valgt å vektlegge benevnes Medisinsk teknologisk utvikling. Endringsfaktoren omfatter her endringer i behandlingsaktivitet som følge av nye behandlingsmetoder og ny teknologi (f eks nytt diagnostiske utstyr, elektronisk journal, nye kommunikasjonsplattformer, etc.). Effektivisering av pasientforløp og omstillinger fra døgn- til dagbehandling og poliklinisk virksomhet som følge av medisinsk teknologisk utvikling inngår også. I hovedscenariet anslår vi at den medisinsk teknologiske utvikling vil bidra til at antall oppholdsdøgn reduseres med 10 % Ved å sammenstille endringsfaktorene kan vi si at økt effektivitet som følge av nye behandlingsmetoder og ny teknologi nivellerer ut økt etterspørsel.

Samlet sett utgjør de kvalitative endringsfaktorene (eksklusiv demografi) en reduksjon i antall oppholdsdøgn på 20 % og en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 25 %

Tabell 48 oppsummerer Hovedalternativ for PHV, PHBU og TSB. Den viser fremskrevet aktivitet for PHV sykehus i 2030, forutsatt demografisk fremskrivning i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en reduksjon på 20 % i antall oppholdsdøgn. Dette utgjør en reduksjon i

⁸⁹ Deraas et al 2011, og Yin et al, 2014).

antall oppholdsdøgn innenfor PHV på knapt 3 % for HSØ. Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten i DPS-ene, gir det en samlet reduksjon i antall oppholdsdøgn på knapt 8 %. At reduksjonen er noe større for DPS enn for sykehus forklares med at pasientene i sykehus har en gjennomsnittlig høyere alder enn pasientene i DPS. Det forutsettes i fremskrivningen at det relative forholdet mellom sykehus og DPS holdes uendret.

Tabell 48 Oppsummert Hovedalternativ for PHV, PHBU og TSB

Hovedscenario								
HF	PHV							
	Sykehusfunksjon (NPR)				DPS funksjon (NPR)			
	Sum oppholdsdøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsdøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030	Sum oppholdsdøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsdøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	37 958	8,9	20 921	103,0	33 535	-1,4	181 700	52,0
Oslo Universitetssykehus HF	62 000	0,6	67 468	51,6	14 896	-4,7	74 986	52,5
Sykehuset i Vestfold HF	17 877	-3,5	32 715	45,5	10 510	-3,8	85 975	38,7
Sykehuset Innlandet HF	45 292	-10,2	15 103	38,3	28 655	-12,6	127 770	32,7
Sykehuset Telemark HF	19 823	-11,5	17 234	32,2	19 827	-11,5	68 963	32,3
Sykehuset Østfold HF	33 461	-3,4	7 093	56,8	27 124	-9,0	82 009	41,4
Sørlandet sykehus HF	35 745	1,3	19 086	62,5	22 002	-5,7	138 075	42,8
Vestre Viken HF	53 403	-6,8	33 391	43,6	23 954	-7,8	117 479	41,7
Diakonhjemmet sykehus	11 942	9,4	68 598	51,8	0	0,0	0	0,0
Lovisenberg diakonale sykehus	23 873	-4,2	875	49,8	0	0,0	0	0,0
Andre private	66 156	-3,8	42 303	58,6	5 521	-0,3	142 676	53,9
Helse Sør-Øst	407 530	-2,9	324 786	52,3	186 022	-7,8	1 019 633	43,7
HF	PHBU				TSB			
	Sum oppholdsdøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsdøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030	Sum oppholdsdøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsdøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030
	Akershus universitetssykehus HF	6 544	-2,7	162 661	54,1	15 060	-1,0	38 070
Oslo Universitetssykehus HF	4 880	-1,8	121 251	56,4	21 440	-9,1	24 276	52,5
Sykehuset i Vestfold HF	2 231	-10,9	76 530	43,2	7 868	-12,8	38 365	39,0
Sykehuset Innlandet HF	6 301	-13,1	121 609	38,8	11 432	-15,2	27 520	34,8
Sykehuset Telemark HF	1 854	-17,0	51 138	40,0	0	0,0	7 183	32,3
Sykehuset Østfold HF	5 866	-9,0	64 249	43,6	9 088	-10,9	30 205	40,5
Sørlandet sykehus HF	1 401	-10,8	109 849	52,7	19 234	-5,9	44 936	48,2
Vestre Viken HF	3 514	-6,0	108 405	47,8	16 557	-10,0	25 896	41,0
Diakonhjemmet sykehus	0	0,0	14 104	47,6	0	0,0	0	0,0
Lovisenberg diakonale sykehus	0	0,0	30 306	60,2	0	0,0	0	0,0
Andre private	11 282	-3,2	8 481	53,5	213 736	-8,8	49 616	51,8
Helse Sør-Øst	43 873	-6,8	868 583	48,5	314 414	-8,8	286 068	45,2

Tabell 48 viser også fremskrevet aktivitet for den polikliniske virksomheten ved sykehusavdelinger i 2030 og en kvalitativ justering tilsvarende en økning på 25 % i antall konsultasjoner. For HSØ utgjør dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på vel 52 %. Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten tilknyttet DPS, gir det en samlet realvekst for antall polikliniske konsultasjoner på ca. 44 %. At økningen er noe lavere for DPS enn for sykehus, forklares med at pasientene i sykehus har en gjennomsnittlig høyere alder enn pasientene i DPS. Det forutsettes i fremskrivningen at det relative forholdet mellom sykehus og DPS holdes uendret.

Fremskrevet aktivitet for PHBU i 2030 viser en reduksjon i antall oppholdsdøgn på knapt 7 % og en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på ca. 33 % for HSØ.

Tabell 48 viser at det for fremskrevet aktivitet for TSB i 2030 forventes en reduksjon i antall oppholdsdøgn på ca. 9 % og en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på ca. 45 % for HSØ.

7.9.2 Alternativ 2

I Alternativ 2 forutsettes det de kvalitative endringsfaktorene (eksklusiv demografi) ikke gir noen effekt på antall døgnopphold ut over den demografiske fremskrivingen, mens polikliniske konsultasjoner øker med 50 %. Scenarioet synliggjør hva som vil være kapasitetsbehovet i 2030, forutsatt at kapasiteten for antall døgnplasser økes i tråd med befolkningsutviklingen. For den polikliniske virksomheten viser scenarioet hvilket kapasitetsbehov man kan forventete forutsatt at forventning og etterspørsel øker med 50 % i forhold til antall polikliniske konsultasjoner.

Som tabellen 49 viser gir alternativ 2 en økning i antall oppholdsøgn på ca. 22 % for HSØ. Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten tilknyttet DPS, gir det en samlet reduksjon i antall oppholdsøgn på ca. 16 % Det forutsettes i fremskrivingen at det relative forholdet mellom sykehus og DPS holdes uendret.

I alternativ 2 gir dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner i sykehus på ca. 83 % Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten tilknyttet DPS, gir det en samlet realvekst for antall polikliniske konsultasjoner på ca. 72 %

Tabell 49 viser også fremskrevet aktivitet for PHBU og TSB sykehus i 2030, forutsatt demografisk fremskriving i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst). For HSØ utgjør dette en økning i antall oppholdsøgn på ca. 17 % for PHBU og en økning i antall oppholdsøgn på ca. 12 pst for TSB.

Tabell 49 viser også fremskrevet aktivitet for den polikliniske virksomheten ved PHBU og TSB i 2030, forutsatt demografisk fremskriving i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en økning på 50 % i antall konsultasjoner. For HSØ utgjør dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på ca. 75 % for PHBU og på ca. 43 % For TSB.

Tabell 49 Oppsummerer alternativ 2 for PHV, PHBU og TSB

Scenario 2								
HF	PHV							
	Sykehusfunksjon (NPR)				DPS funksjon (NPR)			
	Sum oppholdsøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030	Sum oppholdsøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	47 447	36,1	25 106	143,6	41 919	23,2	218 040	82,4
Oslo Universitetssykehus HF	77 501	25,7	80 961	82,0	18 620	19,1	89 984	83,0
Sykehuset i Vestfold HF	22 346	20,7	39 258	74,6	13 137	20,2	103 170	66,5
Sykehuset Innlandet HF	56 615	12,3	18 123	65,9	35 819	9,2	153 324	59,2
Sykehuset Telemark HF	24 779	10,6	20 681	58,6	24 783	10,6	82 756	58,7
Sykehuset Østfold HF	41 826	20,7	8 511	88,2	33 905	13,7	98 411	69,7
Sørlandet sykehus HF	44 681	26,6	22 904	95,0	27 502	17,8	165 690	71,4
Vestre Viken HF	66 754	16,5	40 070	72,3	29 942	15,2	140 975	70,1
Diakonhjemmet sykehus	14 928	36,8	82 317	82,2	0	0,0	0	0,0
Lovisenberg diakonale sykehus	29 841	19,7	1 050	79,8	0	0,0	0	0,0
Andre private	82 695	20,3	50 763	90,3	6 901	24,6	171 212	84,7
Helse Sør-Øst	509 413	21,4	389 743	82,8	232 528	16,0	1 223 560	72,5
HF	PHBU				TSB			
	Sum oppholdsøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030	Sum oppholdsøgn 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum oppholdsøgn pst. endring 2013-2030	Sum poliklinikk 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum poliklinikk pst. endring 2013-2030
	Akershus universitetssykehus HF	8 180	21,6	195 194	84,9	18 825	19,2	45 684
Oslo Universitetssykehus HF	6 100	22,8	145 502	87,6	26 800	12,0	29 132	45,3
Sykehuset i Vestfold HF	2 789	11,4	91 836	71,8	9 835	8,2	46 038	40,0
Sykehuset Innlandet HF	7 876	8,6	145 931	66,5	14 290	5,6	33 024	38,2
Sykehuset Telemark HF	2 318	3,8	61 365	68,0	0	0,0	8 619	37,0
Sykehuset Østfold HF	7 332	13,7	77 099	72,4	11 360	10,2	36 246	40,7
Sørlandet sykehus HF	1 751	11,5	131 819	83,2	24 042	15,0	53 924	43,8
Vestre Viken HF	4 393	17,5	130 086	77,3	20 696	11,1	31 076	40,9
Diakonhjemmet sykehus	0	0,0	16 925	77,1	0	0,0	0	0,0
Lovisenberg diakonale sykehus	0	0,0	36 368	92,2	0	0,0	0	0,0
Andre private	14 455	24,0	10 178	84,2	267 170	12,3	59 540	45,1
Helse Sør-Øst	55 194	17,2	1 021 143	74,6	393 018	12,3	343 281	42,6

7.10 Utnyttelsesgrader PHV og TSB

For beregning av fremtidig kapasitetsbehov har vi benyttet to alternative sett av utnyttelsesgrader. Disse avviker noen fra utnyttelsesgrader benyttet i somatisk virksomhet:

- Basis utnyttelsesgrad
- Høy utnyttelsesgrad

Tabell 50 Basis utnyttelsesgrad - døgnplasser

Utnyttelsesgrad døgnplasser (senger)	Pst. utnyttelse	Kommentar
Psykisk helsevern voksne, sykehus	85 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp/akutt plasser
Døgnplass DPS	85 %	
Psykisk helsevern barn og unge	75 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. få døgnplasser
Rus/avhengighet	80 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp

Tabell 51 Basis utnyttelsesgrad - poliklinikk

Utnyttelsesgrad poliklinikk	Dager/år	Timer/dag	Minutter pr konsultasjon
Psykisk helsevern voksne, sykehus	230	6	90
DPS	230	6	90
Psykisk helsevern barn og unge	230	6	90
Rus/avhengighet	230	6	90

Tabell 52 Høy utnyttelsesgrad - døgnplasser

Utnyttelsesgrad døgnplasser (senger)	Pst. utnyttelse	Kommentar
Psykisk helsevern voksne, sykehus	90 %	
Døgnplass DPS	90 %	20-30 % av DPS-sengene er beredskapssenger som belgges ca. 60 %
Psykisk helsevern barn og unge	73 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. få døgnplasser
Rus/avhengighet	80 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp

Tabell 53 Høy utnyttelsesgrad - poliklinikk

Utnyttelsesgrad poliklinikk	Dager/år	Timer/dag	Minutter pr konsultasjon
Psykisk helsevern voksne, sykehus	230	8	75
DPS	230	8	75
Psykisk helsevern barn og unge	230	8	75
Rus/avhengighet	230	8	75

Valg av utnyttelsesgrad styres av eier og påvirkes av krav til fleksibilitet, driftsmodell (andel ø-hjelp og elektiv virksomhet), organisering (faglig spesialisering, pasientvolum, bemanning o.a.) og oppgaver. Høy utnyttelse er vanskelig å oppnå i sykehus som har stor variasjon i aktivitet og få muligheter for å utnytte rom på tvers av avdelinger. Avdelinger som har en høy andel elektiv virksomhet og korte liggetider vil få redusert utnyttelsesgrad på grunn av redusert belegg i helger og ferier.

7.11 Beregnet kapasitetsbehov

7.11.1 Kapasitetsbehov PHV (hovedalternativet)

Tabell 54 viser kapasitetsbehov for PHV 2030 forutsatt hovedalternativet for fremskriving.

Tabell 54 Kapasitetsbehov PHV 2030, Hovedalternativet, Basis kapasitetsutnyttelse (sykehusfunksjon og DPS)

Kapasitetsbehov 2030 Psykisk helsevern for voksne, sykehusfunksjon					
Hovedalternativet, Basis kapasitetsutnyttelse					
HF (Sykehus)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, 85 pst. utnyttelse	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	37 958	122	128	6	5
Oslo Universitetssykehus HF	62 000	200	204	4	2
Sykehuset i Vestfold HF	17 877	58	60	2	4
Sykehuset Innlandet HF	45 292	146	153	7	5
Sykehuset Telemark HF	19 823	64	63	-1	-1
Sykehuset Østfold HF	33 461	108	98	-10	-9
Sørlandet sykehus HF	35 745	115	113	-2	-2
Vestre Viken HF	53 403	172	138	-34	-20
Diakonhjemmet sykehus	11 942	38	38	-0	-1
Lovisenberg diakonale sykehus	23 873	77	76	-1	-1
Andre private	66 156	213	213	-0	-0
Helse Sør-Øst	407 530	1 314	1 284	-30	-2

Kapasitetsbehov 2030 Psykisk helsevern for voksne, DPS					
Hovedalternativet, Basis kapasitetsutnyttelse					
HF (DPS)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, (85 pst. utnyttelsesgrad)	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	33 535	108	108	-0	-0
Oslo Universitetssykehus HF	14 896	48	57	9	19
Sykehuset i Vestfold HF	10 510	34	51	17	51
Sykehuset Innlandet HF	28 655	92	121	29	31
Sykehuset Telemark HF	19 827	64	67	3	5
Sykehuset Østfold HF	27 124	87	97	10	11
Sørlandet sykehus HF	22 002	71	97	26	37
Vestre Viken HF	23 954	77	152	75	97
Diakonhjemmet sykehus	-	-			
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-			
Andre private	5 521	18	18	0	1
Helse Sør-Øst	186 022	600	768	168	28

Note: Diakonhjemmet sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, fyller både sykehusfunksjon og DPS funksjon, men all aktivitet og kapasitet fremkommer for oversiktens skyld i tabeller som viser sykehusfunksjon.

Gitt hovedalternativet og alternative utnyttelsesgrader ("basis" og "høy"), viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov i psykisk helsevern for voksne tilsvarende ca. 1 880 døgnplasser (høy utnyttelse) og 1 910 døgnplasser (basis utnyttelse). Det er pr 1.1.2014 registrert 2 050 døgnplasser i bruk (hvorav 1 821 døgnplasser innenfor foretaksgruppen, DS og LDS), noe som tilsier at dagens kapasitet vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030. Det er her ikke tatt hensyn til om dagens døgnplasser tilfredsstillende fremtidens krav til arealstandard, funksjonalitet og utforming (design).

Det legges videre i strategiplanen vekt på at behandlingsskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivert døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

7.11.2 PHBU (hovedalternativet)

Tabell 55 viser at det i 2030 vil være behov for 165 døgnplasser innenfor PHBU forutsatt hovedalternativet for fremskrivning av aktivitet, og utnyttelsesgrad 73 % som tilsvarer kapasitetsutnyttelsen som er brukt i idefasen for OUS HF. I 2014 var det registrert 163 plasser i bruk.

Tilsvarende tall for poliklinikken er et behov for 944 rom ved basis kapasitetsutnyttelse og 590 rom ved høy kapasitetsutnyttelse. Det er i 2014 anslått en kapasitet på 636 rom, noe som kan vise seg å være for lite sett i forhold til de forutsetninger som er lagt til grunn i beregningen.

Tabell 55 Kapasitetsbehov PHBU 2030, Hovedalternativet. Basis kapasitetsutnyttelse

Kapasitetsbehov 2030 Psykisk helsevern for barn og unge, Hovedalternativet, Basis kapasitetsutnyttelse					
HF	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, (utnyttelsesgrad 73 pst.)	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	6 544	25	22	-3	-10
Oslo Universitetssykehus HF	4 880	18	17	-1	-7
Sykehuset i Vestfold HF	2 231	8	6	-2	-28
Sykehuset Innlandet HF	6 301	24	26	2	10
Sykehuset Telemark HF	1 854	7	10	3	44
Sykehuset Østfold HF	5 866	22	16	-6	-27
Sørlandet sykehus HF	1 401	5	6	1	14
Vestre Viken HF	3 514	13	18	5	36
Diakonhjemmet sykehus	-	-		-	
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-		-	
Andre private	11 282	42	42	-0	-1
Helse Sør-Øst	43 873	165	163	-2	-1

7.11.3 TSB (Hovedalternativ)

Tabell 56 viser at det i 2030 var et beregnet kapasitetsbehov for døgnplasser innenfor TSB på i størrelsesorden 1 077 døgnplasser ved 80 % utnyttelsesgrad. Av disse er 345 innenfor foretaksgruppen og resten hos private tjenesteytere. Det er i 2014 registrert 449 plasser. Kapasiteten er tilstrekkelig for å kunne romme et fremtidig kapasitetsbehov forutsatt at de private opprettholder sin andel og har en kapasitet tilsvarende 80 % utnyttelse.

Tabell 56 Kapasitetsbehov TSB 2030, Hovedalternativet. Basis utnyttelsesgrad

HF (TSB)	Sum aktivitet 2013+ demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-8-75 (Høy utnyttelse)	Beregnet kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	38 070	41	26	27	-14
Oslo Universitetssykehus HF	24 276	26	16	17	-9
Sykehuset i Vestfold HF	38 365	42	26	30	-12
Sykehuset Innlandet HF	27 520	30	19	22	-8
Sykehuset Telemark HF	7 183	8	5	6	-2
Sykehuset Østfold HF	30 205	33	21	23	-9
Sørlandet sykehus HF	44 936	49	31	33	-16
Vestre Viken HF	25 896	28	18	20	-8
Dia konjehmet sykehus	-	-	-	-	-
Lovise nberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-
Andre private	49 616	54	34	36	-18
Helse Sør-Øst	286 068	311	194	214	-97

Tilsvarende tall for poliklinikken viser et kapasitetsbehov i 2030 på i størrelsesorden 311 rom ved basis kapasitetsutnyttelse og 194 rom ved høy utnyttelse. Det er i dag anslått en kapasitet på ca. 214 rom, som gir en underkapasitet på ca. 100 rom ved en basis utnyttelsesgrad.

7.11.4 Oppsummering kapasitetsbehov Hovedalternativ

Hvis hovedalternativet for omstilling legges til grunn får man følgende tall for kapasitetsbehov:

Tabell 57 Kapasitetsbehov 2030, alle tjenesteområder, basis utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, døgnplasser hovedalternativet, basis utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
Tjenesteområde	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. døgnplasser	Avvik i pst.
Sykehus	1 071	213	1 284	1 314	-30	-2,3
DPS	750	18	768	600	168	21,9
PHBU	121	42	163	165	-2	-1,2
TSB	437	732	1 169	1 077	92	7,9
Totalt	2 379	1 005	3 384	3 156	228	6,7

Det er generelt en underkapasitet for poliklinikkrom. Beregningene viser at det ligger en kapasitetsreserve på 50-60 % alt etter om man legger til grunn en middels eller høy utnyttelse av eksisterende kapasitet. Underkapasiteten er størst innenfor DPS og TSB.

Oppsummert viser fremskrevet kapasitetsbehov i 2030 at det blir en marginal knapphet på døgnplasser innenfor sykehusfunksjonene (- 2 %), og en overkapasitet innenfor DPS (+ 22 %). Det er her forutsatt at fordelingen mellom sykehusfunksjoner og DPS utvikler seg likt, og at plassene har en utnyttelsesgrad på 85 %. Det er videre forutsatt de omstillinger som fremgår i tabell 57.

For psykisk helsevern for barn og unge er kapasitetsbehovet i 2030 nær det samme som dages kapasitet (-1%).

For TSB viser fremskrevet kapasitetsbehov for døgnplasser i 2030 at det blir en overkapasitet tilsvarende 8 %.

7.11.5 Alternativ 2

Alternativ 2 innebærer en noe redusert omstilling når det gjelder døgnbehandling, noe som fører til at fremtidig kapasitetsbehov blir noe høyere. For den polikliniske virksomheten innebærer alternativ 2 en sterkere realvekst (50 %), som også fører til et høyere kapasitetsbehov.

For beregninger og tabeller vises det til vedlegg 2) *Delrapport Aktivitet- og kapasitetsanalyse psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*,

7.12 Helseforetakene og de private

I dette kapitlet beskrives kort helseforetakene, de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus som har områdeansvar, samt andre private institusjoner med avtale med HSØ. Et eget punkt beskriver strategiske planer, utviklings- og utbyggingsprosjekter.

7.12.1 Akershus universitetssykehus HF

Ahus HF er organisert innenfor Akershus SO og leverer helse-tjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 480 000 mennesker. Akershus SO for psykisk helsevern omfatter alle kommunene i Akershus med unntak av Asker og Bærum kommune. Sykehusområdet omfatter i tillegg Rømskog kommune i Østfold, samt de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner. Sykehusområdet er preget av små kommuner med tradisjonelt bosettingsmønster, storbybydeler preget av stor mobilitet, stor andel ikke-vestlige flykninger og innvandrere, lav sosioøkonomisk status og høy sykkelighet. Enkelte kommuner er vekstkommuner med økt næringsvirksomhet, f.eks. Ullensaker kommune med sin nærhet til Oslo lufthavn Gardermoen.

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) er organisert i følgende enheter:

- Avdeling akuttpsykiatri (Sykehuset på Nordbyhagen)
- Avdeling alderspsykiatri (Skytta i Nittedal)
- Avdeling spesialpsykiatri (Lurud i Skedsmo)

På divisjonsnivå har Avdeling Spesialpsykiatri ansvar for og koordinerer 28 plasser ved Oslo Universitetssykehus og seksjon psykosebehandling, lokalisert på Gaustad. Avdeling en er også ansvarlig for psykisk helsevern ved Ullersmo fengsel.

Ahus HF har følgende DPS:

- Follo DPS (Ski)
- Groruddalen DPS
- Nedre Romerike DPS (Lillestrøm)
- Øvre Romerike DPS (Jessheim)

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende enheter:

- BUP Follo (Ski)
- BUP Furuset
- BUP Grorud
- BUP Nedre Romerike (*tidligere Lillestrømklubben BUP*)

- BUP Øvre Romerike (*tidligere Jessheimklinikken BUP*)
- Bråten psykiatriske behandlingshjem (Skjetten)
- Ungdomspsykiatrisk klinikk (Sykehuset på Nordbyhagen)

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte.

- Klosteret (Lillestrøm)
- IR (Sykehuset på Nordbyhagen)
- Elvestad (Årnes)
- Follo ROP (Ski)
- Follo avrusning (Ski)
- ARA poliklinikk Nedre Romerike (Lillestrøm)
- ARA poliklinikk Øvre Romerike (Jessheim)
- ARA poliklinikk Follo (Ski)
- ARA Groruddalen poliklinikk (Grorud)

Ahus HF har i tråd med oppdrag fra HSØ (sak 108/2008) utarbeidet en Områdeplan 2012-2016 for Psykisk helsevern. Divisjon psykisk helsevern ved Ahus HF startet sitt strategiske utviklingsarbeid i forbindelse med forberedelse til utvidelse av sykehusområdet i 2011. I all hovedsak ble utvidelsen håndtert ved behandlingssenheter i OUS, som betjente Bydel Alna, og kommunene i Follo ble overdratt til Ahus. I områdeplanen beskrives divisjonens etterfølgende strategiprosess og de premisser og vurderinger som er lagt til grunn for den videre omstilling og utvikling av tilbudene.

Etter at Ahus HF nå har tilpasset tilbudet etter utvidelsen av sykehusområdet, kan det gis muligheter for å frigjøre kapasitet ved Avdeling akuttpsykiatri til etablering av en enhet for psykosebehandling. Ahus HF kan selv ta hånd om en del av de pasientene som i dag overføres til OUS HF. Dette gjelder spesielt pasienter som trenger opphold 1-3 måneder i lukket avdeling etter opphold på akuttavdelingen (subakuttfunksjon.) En slik virksomhet kjøpes i dag fra OUS, og utgjør 10 døgnplasser med ca. 90 % utnyttelse.

Følgende kapasiteter er foreslått i idéfaseprosjektet for nytt psykiatribygg på Ahus HF:

- Nytt bygg for psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri med 50 døgnplasser
- De nevnte 10 sub-akuttplassene er ikke inkludert i planene for nytt bygg, men tenkt lagt til DPS.

7.12.2 Oslo universitetssykehus HF

OUS HF er organisert innenfor Oslo SO og leverer sammen med Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 507 000 mennesker. Oslo sykehusområde for psykisk helsevern omfatter alle bydelene i Oslo med unntak av de tre nordligste bydelene Alna, Grorud og Stovner.

Hoveddelen av aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling består av område- og lokalsykehusfunksjoner. I 2012 var fordelingen 13 % nasjonale/regionale funksjoner og 87 % område/lokalsykehusfunksjoner.⁹⁰ Til sammen 57 % av aktiviteten foregikk innenfor sykehuset (17 % lands- og regionfunksjoner, 44 % område og lokalfunksjoner), mens de resterende 43 % pst som er lokalsykehusfunksjoner foregikk ved DPS-ene.

Oslo universitetssykehus HF har hovedansvaret for psykisk helsevern for befolkningen over 18 år i seks av Oslos bydeler: Bjerke, Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand. BUPA OUS har døgn- og dagtjenester for helse Oslo sykehusområde.

⁹⁰ Idéfase OUS – Campus Oslo

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) er organisert i følgende enheter:

- Seksjon for psykosebehandling, Gaustad
- Seksjon for psykosebehandling, Dikemark
- Akuttpsykiatrisk seksjon
- Alderspsykiatrisk seksjon
- Seksjon for tidlig psykosebehandling (TPB)

OUS HF har følgende DPS:

- Josefinegate DPS
- Søndre Oslo DPS

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende enheter:

- Barneseksjonen, psykisk helse
- Ungdomsseksjonen, psykisk helse
- BUP Oslo Syd
- BUP Oslo Nord

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte.

- Avdeling for rus og avhengighetsbehandling

Store deler av OUS HF sin virksomhet drives i bygningsmasse som er i så dårlig forfatning at det er vanskelig å drive god pasientomsorg. Kombinert med at virksomheten er svært spredt, medfører dette både kostbar drift og utfordringer med hensyn til kompetansedeling og utvikling.

Det er nylig gjennomført en idéfaseutredning som omfatter hele OUS HF (både somatikk, psykisk helse og TSB) og som har utredet følgende alternativer: Fortsatt bruk av dagens bygningsmasse, samling av virksomheten på Gaustad/Rikshospitalet, samling av virksomheten på Ullevål, eller deling av virksomheten mellom disse to hovedlokalitetene. Styret for OUS HF behandlet i møtet den 26. juni 2014 Idéfase OUS – Campus Oslo. Høringsfristen er satt til 1. november.

Det foreligger et betydelig behov for moderne bygg til regional sikkerhetsavdeling og avdeling for personer med utviklingshemming/autisme. Avdelingen er i dag lokalisert i meget dårlig bygningsmasse på Dikemark.

Det meste av barne- og ungdomsvirksomheten innen psykisk helse og avhengighet, drives i dag i utdaterte lokaler på Sogn. Det foregår imidlertid en dreining av virksomheten mot å legge BUP-poliklinikker i tilknytning til DPS.

Fra juni 2015 får befolkningen i bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø et samlet behandlingstilbud innen psykisk helse og avhengighetsbehandling i et nytt psykiatrisk senter på Mortensrud. Søndre Oslo DPS, BUP Syd (poliklinikk) og Rupo (ruspoliklinikken) skal flytte sammen i det nye bygget på Mortensrud. Oslo universitetssykehus vil leie bygget av OBOS. Byggearbeidet har startet, og bygget blir på vel 13 000 m². Man antar at vel 3 000 pasienter vil bli behandlet på Mortensrud i løpet av ett år. Flyttingen vil berøre ca. 225 ansatte.

7.12.3 Sykehuset i Vestfold HF

Sykehuset i Vestfold HF inngår sammen med Sykehuset Telemark HF i Telemark og Vestfold SO, og leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 590 000 mennesker.

Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA) gir et voksenpsykiatrisk tjenestetilbud på sykehusnivå for Vestfold fylkes befolkning.

- Akuttpsykiatri
- Alderspsykiatri

Sykehuset Vestfold HF har følgende DPS:

- Nordre Vestfold DPS
- Søndre Vestfold DPS

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende enheter:

- BUPA døgn ungdom
- BUPA døgn familie

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte:

- Avdeling for rusbehandling (Skjerve, Nøtterøy).

Det vises her til rapporten "Utviklings- og investeringsplaner i Telemark og Vestfold sykehusområde". Sykehuset i Vestfold HF har slutført arbeidet med konseptfaseutredning for nytt Bygg for akuttpsykiatri.

Styret for Psykiatrien i Vestfold HF vedtok i januar 2006 at voksenpsykiatrien skulle dimensjoneres med 40 døgnplasser, noe som tilsvarer noenlunde dagens kapasitet. Klinikk Psykisk helse foreslår videre å øke antallet døgnplasser innenfor alderspsykiatrien fra dagens 6 plasser til 10 i nytt bygg.

7.12.4 Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Telemark HF er organisert innenfor Telemark og Vestfold SO, og leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 590 000 mennesker. Innenfor helseforetaket finnes behandlingssteder i Skien, Porsgrunn, Kragerø, Notodden, Rjukan og Nordagutu.

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) er organisert i følgende enheter ved Sykehuset Telemark HF – Psykiatrisk klinikk:

- Seksjon for akuttpsykiatri (Skien)
- Seksjon for alderspsykiatri (Skien)
- Seksjon for rehabilitering (Skien)

Sykehuset i Telemark HF har følgende DPS:

- DPS Nedre Telemark

Sykehuset Telemark, HF

- Ungdomspsykiatrisk (UPS)

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte:

Sykehuset Telemark, HF

- Akuttenhet, ø-hjelp rus

7.12.5 Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Innlandet HF inngår i Innlandet sykehusområde og omfatter fylkene Hedmark og Oppland med et samlet opptaksområde på ca. 380 000 mennesker. I utstrekning er sykehusområdet med sine 53 000 m² det klart største i HSØ, og samtidig det mest grissgrendte.

Sykehuset Innlandet HF leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern og er organisert i følgende enheter:

Psykiske helsevern for voksne:

SI Sanderud (Hedmark)

- Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling (SI Sanderud, Hedmark)
- Avdeling for alderspsykiatri (SI Sanderud, Hedmark)
- Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling (SI Reinsvoll, Oppland)

Sykehuset Innlandet HF har følgende DPS:

- DPS Gjøvik
- DPS Elverum-Hamar
- DPS Kongsvinger
- DPS Lillehammer
- DPS Tynset

Avdeling for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er tillagt et regionalt ansvar for:

- 10 regionale døgnbehandlingsplasser for gravide
- 10 regionale døgnbehandlingsplasser for familier

Divisjon Psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF har i dag drift 19 steder i Hedmark og Oppland og disponerer i areal ca. 100 000 m².

Divisjon Psykisk helsevern utarbeidet i samarbeid med divisjon Eiendom og intern service Masterplan Bygg 2013-2014 som skal legge til rette for gjennomføring av styrets vedtak om endringer i faglig struktur og organisering, jf. styresak nr. 095-2012.

Masterplanen omfatter en totalgjennomgang av lokalisering, arealutnyttelse og behov for bygningsmessige tilpasninger i tråd med vedtatte endringer. De bygningsmessige tiltakene skal gi faglige og ressursmessige driftsfordeler. Tilbygg/nybygg til pasientrettet virksomhet skal prioriteres fremfor administrative kontorer og møterom.

Det legges til rette for en betydelig arealkomprimering av bygningsmassen. Planen forutsetter avvikling av flere eiendommer/enheter der divisjonen i dag har virksomhet. Det oppføres til sammen ca. 2 200 m² nybygg i nærheten av eller som tilbygg til eksisterende bygningsmasse. I tillegg skal ca. 1 000 m² bygges om og rehabiliteres.

Disse prinsippene ligger til grunn for divisjonens prioritering av bygningsmessige tiltak:

- Samlokalisering av utredningsenheten og avgiftningsenheten i Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet på Sanderud
- Flytting av enhet for gravide og familier i Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet fra Hov til Reinsvoll
- Samlokalisering av lukket døgnpost med to akuttenheter i Avdeling for akuttpsykiatri på Reinsvoll
- Samlokalisering av Avdeling for alderspsykiatri på Sanderud
- Samlokalisering av Hagen behandlingseenhet og Familieenheten i BUP Døgn Gjøvik.

Styret for Sykehuset Innlandet HF har vedtatt en plan med forslag til nytt felles hoved-sykehus fra 2025 lokalisert til Biri/Moelv-området. I den videre tidligfaseutredningen av et nytt hovedsykehus vil det også bli vurdert om sykehusavdelingene i Psykisk helsevern skal inngå som del av et hovedsykehus.

7.12.6 Sykehuset Østfold HF

Sykehuset i Østfold HF er organisert innenfor Østfold sykehusområde, og leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 280 000 mennesker.

Sykehusfunksjonene er organisert i følgende enheter ved Sykehuset Østfold HF:

- Akuttpsykiatri (Veum)
- Alderpsykiatri (Veum)
- Psykose (Veum)
- Sikkerhetspsykiatri (Veum)

Sykehuset Østfold HF har følgende DPS:

- DPS Fredrikstad
- DPS Edwin Ruud
- DPS Halden-Sarpsborg
- DPS Moss

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende enheter:

- Ungdomspsykiatrisk seksjon (Veum)
- BUPP (Askim, Fredrikstad, Halden, Moss, Sarpsborg)

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte.

- Avd. for rusbehandling (Askim, Fredrikstad, Halden, Moss, Sarpsborg)

For første gang i Norge samles psykisk helsevern og somatikk i et nytt sykehus. Ved å ha flere spesialiteter under samme tak, ligger forholdene godt til rette for å tilby pasientene tverrfaglig og helhetlig utredning og behandling.

7.12.7 Sørlandet sykehus HF

Sørlandet SO dekker begge Agderfylkene med en befolkning på ca. 290 000 mennesker. Sørlandet sykehus HF har virksomhet i Flekkefjord, Kristiansand og Arendal samt distriktpsykiatriske sentre ulike steder i Agder.

Sørlandet sykehus HF og Klinikk for psykisk helse -psykiatri og avhengighetsbehandling (KPA) leverer helsetjenester.

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) består av:

- Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) (Kristiansand og Arendal)
- Poliklinikk for psykosomatisk og traumer (PST)

Sykehusområdet har fire DPS:

- DPS Aust-Agder
- DPS Solvang
- DPS Strømme
- DPS Lister

Sykehusområdet har følgende virksomhet innenfor psykisk helsevern for barn- og unge:

- Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP)

Sykehusområdet har følgende virksomhet innenfor TSB:

- Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

Sørlandet sykehus HF har i løpet av 2013/14 gjennomført en konseptfase, der konseptrapporten skal legges frem for styret i SSHF og i HSØ i slutte av 2014. Konseptrapporten gjelder for voksenpsykiatri og omfatter virksomheten både i Kristiansand og i Arendal. Det er også behov for nybygg for døgnplasser for barne- og ungdomspsykiatri.

I forbindelse med utarbeidelse av en Utviklingsplan for SSHF parallelt med konseptrapporten er det drøftet den fremtidige virksomheten i DPS-ene. Der anbefaler man at DPS utvikles til å ha et bredt tjenestetilbud poliklinisk og for dagbehandling, men at døgnplasser er prioritert i sykehuspsykiatriske avdelinger. Dette er et tema som er i strid med gjeldende strategier, men som begrunnes ved at man kan se en slik retning når samhandlingsreformen etter hvert vil gjelde også for PHV samtidig som det er også er et bemannings- og ressurs spørsmål når det gjelder antall døgnenheter.

Følgende kapasiteter er foreslått i utkast til konseptrapport for PSA:

- 70 voksenpsykiatriske døgnplasser (mulighet for senere utbygging til 120 dersom PSA skal ta en andel av dagens døgnplasser i DPS) i Kristiansand
- 10 døgnplasser for barne- og ungdomspsykiatri i Arendal

7.12.8 Vestre Viken HF

Vestre Viken HF ble etablert 1. juli 2009 da Ringerike sykehus, Sykehuset Buskerud, Sykehuset Asker og Bærum, og Kongsberg sykehus ble slått sammen. Siden har Sykehuset Buskerud skiftet navn til Drammen sykehus og Sykehuset Asker og Bærum til Bærum sykehus.

Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 470 000 mennesker i 26 kommuner. Dette skjer i tett samarbeid med primærhelsetjenesten i kommunene.

Psykisk helse og rus er den største klinikken i Vestre Viken HF, og består av 10 avdelinger:

- Akuttseksjon (Blakstad og Lier)
- Alderspsykiatri (Blakstad og Lier)
- Psykose (Blakstad og Lier)
- Sikkerhet (Blakstad og Lier)
- Regionalt senter (Lier)

Enhet for sikkerhet ved Lier planlegges sammenslått med sikkerhetsenheten ved Blakstad. Kapasiteten reduseres med 4 døgnplasser for sikkerhet, men enhet for psykose økes tilsvarende når prosessen er slutført.

Innenfor sykehusområdet finnes følgende DPS:

- Asker DPS
- Bærum DPS
- Drammen DPS
- Kongsberg DPS
- Ringerike DPS

Innenfor PHBU har Vestre Viken HF følgende enhet:

- Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) (Fjellbrott og Bjerketun)

Innenfor TSB har Vestre Viken HF følgende døgnenheter:

- Seksjon for avgifting (Drammen og Bærum)

- Døgnsesksjon ARA (Tyrifjord og Blakstad)

I eget strategidokumentet (Strategi 2025) poengteres følgende:

- Akutt- og alderspsykiatri for Vestre Viken HF samlokaliseres med Drammen sykehus. Øvrige områdefunksjoner innenfor psykisk helse legges til Blakstad sykehus
- Tidligere Lier sykehus avvikles og forberedes lagt ut for salg med muligheter for midlertidig tilbakeleie av arealer.
- Det utarbeides en utviklingsplan for helseforetakets samlede eiendoms- og bygningsmasse i løpet av 2012 (Plan for utvikling av sykehustilbudet i Vestre Viken HF).

Konseptfase for Vestre Viken HF er vedtatt igangsatt i 2014.

7.12.9 Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus

Helse Sør-Øst RHF har et forpliktende samarbeid med de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus.

Diakonhjemmet sykehus

Diakonhjemmet sykehus har et lokalsykehusansvar for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker med til sammen 135.000 innbyggere. For alderspsykiatri gjelder ansvaret også Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) har Diakonhjemmet ansvar for bydelene Frogner og Ullern.

Diakonhjemmet sykehus har organisert tjenestene innenfor psykisk helse og rus i :

- BUP-Vest
- Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
- Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen
- Senter for psykofarmakologi (regional funksjon)

Voksenpsykiatrisk avdeling fyller både sykehusfunksjon og DPS funksjon med akuttpsykiatriske døgnplasser, allmennpsykiatriske døgnplasser, polikliniske tjenester og ambulante tjenester. Alle enheter innen PHV og TSB samt BUP og Psykofarmakologisk avdeling er samlokalisert på Vinderen i Oslo slik at en kan sikre sammenhengende pasientforløp.

Det er en ambisjon for Diakonhjemmet sykehuset å sikre helhetlige spesialisthelsetjenester gjennom livsløpet i nært samarbeid med bydelene og innbyggerne i sektor.

For døgn i PHV gjelder fordeling av liggedøgn og kapasitet 50/50 mellom LDS/DS vedr VFH postene og Post Hallvard (organisert under LDS) samt i Alderspsykiatrisk avdeling (organisert under DS).

Lovisenberg Diakonale sykehus

Psykiatrisk akuttavdeling yter hjelp til pasienter fra bydelene Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo. Lovisenberg Diakonale sykehus har 7 sengeposter fordelt på tre steder:

- Psykiatrisk Akuttavdeling (AKU), på sykehusområdet i Lovisenberggt. 17
- Vår Frue Hospital, Lukket intensivpost i Ullevålsveien 2
- Post Halvard, Lukket intensivpost i Ekebergveien 1c (tidl. Oslo hospital psykiatriske sykehus).

For døgn gjelder fordeling av liggedøgn og kapasitet 50/50 mellom LDS/DS vedr VFH postene og Post Hallvard (organisert under DS) samt i Alderspsykiatrisk avdeling (organisert under DS).

7.12.10 Andre private tjenesteleverandører

Helse Sør-Øst RHF har i tillegg til avtale med de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus, og avtale med andre private ideelle institusjoner, private kommersielle institusjoner og avtalespesialister. Tabellen under viser de private institusjoner som har avtale med HSØ RHF innenfor psykisk helsevern for voksne.

HSØ RHF har avtaler med en rekke private leverandører innenfor TSB. Det er 19 avtaleparter med til sammen om lag 590 døgnplasser og 26 000 polikliniske konsultasjoner.

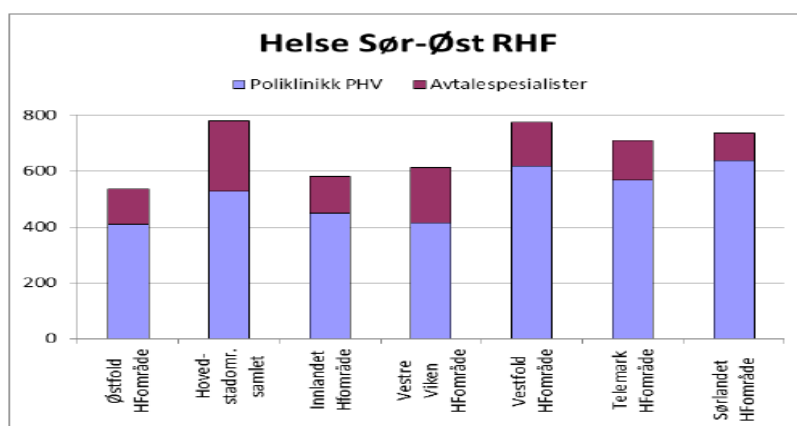
HSØ RHF fikk i Statsbudsjettet for 2014 tildelt 137,6 mill. kroner fra ny regjering til utvidelse av dagens avtaler med private virksomheter innen psykisk helsevern, TSB og rehabilitering. For å oppnå rask effekt skulle man i første omgang utvide eksisterende avtaler.

Innen TSB ble det brukt til sammen 83 mill. kroner. Dette resulterte i netto kjøp av 33 døgnplasser, hvorav 17 ordinære langtidsplasser, 6 avrusningsplasser, 5 korttidsplasser, 2 plasser for familiebehandling, 2 plasser for pasienter med omfattende tilleggspromatikk og 1 plass for gravide rusmisbrukere.

Det ble i tillegg brukt midler på Borgestadklinikken for å styrke avrusnings- og utredningskapasiteten, til legestillinger i forbindelse med ny spesialitet innen rusmedisin, midler til samhandlingskonsulenter samt midler til økt poliklinisk kapasitet.

Det ble og brukt betydelige midler til Tyrilistiftelsen, Solliakollektivet, Samtun og Kvinnekollektivet Arken til inntaksforberedende arbeid samt til oppfølging av pasientene før og etter døgnbehandlingen.

HSØ RHF er i tillegg pålagt å øke kjøpet fra private ideelle virksomheter innen TSB med 110 døgnplasser. Samlet gir dette en økning på om lag 50 000 oppholdsdøgn i 2014.



Figur 29 Antall polikliniske konsultasjoner utført av avtalespesialist og antall avtalespesialister pr 1 000 innbygger, psykisk helsevern voksne.

I 2013 hadde ca. 53 000 pasienter i Norge 617 000 spesialistkontakter med avtalespesialister. Befolkningen i HSØ RHF har 9 pst. høyere forbruk enn landsgjennomsnittet, og innenfor HSØ er det relativt stor forskjell i forbruk. Hovedstadsområdet ligger høyest med 781 konsultasjoner samlet pr. 1 000 innbygger, mens befolkningen i Østfold har lavest forbruk (både samlet og for avtalespesialister) med 536 konsultasjoner pr. 1 000 innbygger.

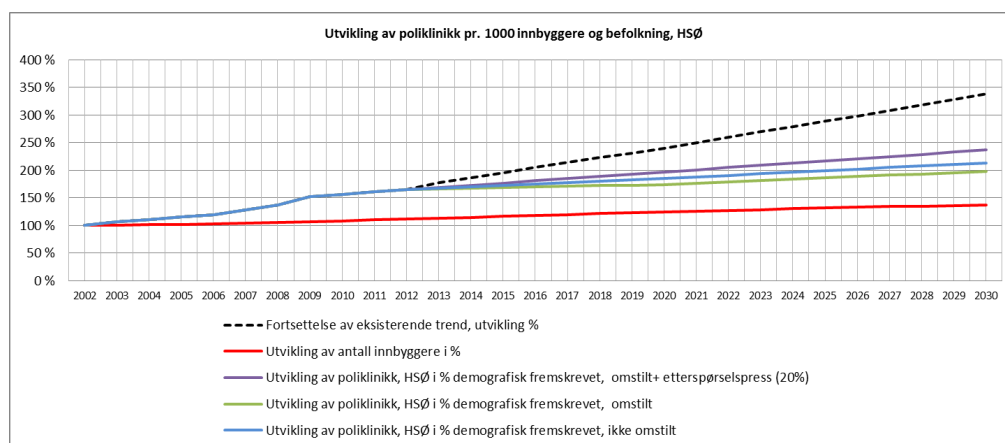
Avtalespesialistene er spesialister innen psykologi og psykiatri, samt legespesialister. Det er omlag 1 100 i HSØ og de står for en stor del av poliklinisk virksomhet i regionen. Avtalespesialistene har driftsavtaler med HSØ RHF og jobber innen flere ulike fagområder.

8 Oppsummering og drøfting somatikk

8.1 Fremskriving

Det er betydelig usikkerhet knyttet til de kvalitative vurderingene av fremtidig aktivitet, de endringsfaktorene disse bygger på, og det faglige skjønnet som ligger til grunn for valg av variable.

Ved å kombinere demografisk fremskriving med omstillingstiltak og scenarier for mulige endringer gir fremskrivingsmodellen et bilde av forventet fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov. Sammen med en ekstrapolering av trenden frem til fremskrivningstidspunktet, gir det et bilde av hvordan utvikling i den nærmeste fremtiden kan bli forhold til den fremskrivningen som modellen gir. Figuren viser at den forlengede trenden brytes ved de tiltakene som settes inn, her vist for poliklinikk. Det blir viktig å følge opp analysene med oppdatert informasjon om ending over tid slik at prognosene i fremskrivningen kan korrigeres.



8.2 Aktivitet og kapasitet HSØ 2012/2014

Med utgangspunkt i aktivitet i 2012 og registrert kapasitet 2014 peker Ahus HF seg ut som det eneste HF-et med underkapasitet på døgnplasser, gitt de forutsetninger for beregning av kapasitetsbehov som er benyttet i hovedalternativet. Noen HF har til dels betydelig overkapasitet, men vurdering av driftsmodell, pasientsammensetning og byggenes egnethet kan i praksis moderere dette.

Med unntak av Ahus HF og Sykehuset Østfold HF som begge er nye sykehus/prosjekter, så er tallene for den registrerte kapasiteten for dagplasser svært usikker. Ahus HF og Sykehuset Østfold HF har i dag overkapasitet på dagplasser. Hvordan dagplasser er organisert og utnyttes bør kartlegges bedre og sees i sammenheng med den polikliniske virksomheten, som også i noen grad krever plass for pasientene under behandling, overvåking og hvile.

Alle HF-ene har i dag til dels stor overkapasitet på poliklinikkrom selv med basis utnyttelsesgrad. En forutsetning for beregning av kapasitetsbehovet er at konsultasjonsrom i poliklinikken kan brukes på tvers av fagområdene. I nye sykehus er det lagt til rette for det, og det er i noen grad mulig, men i eldre bygg hvor virksomheten kan ligge spredt, er dette vanskelig. I praksis fører det ofte til dårlig utnyttelse av rommene over døgnet og uka. Virksomhetens størrelse og tilgang på personell har også betydning for om man kan få ut en "stordriftsfordel" og oppnå høy utnyttelse av romkapasiteten.

Det har over lang tid foregått en omdisponering av ledige sengerom til andre funksjoner som dagplasser, poliklinikk og kontorer i de fleste sykehusanlegg som har i drift over mange år. Det bør avklares om dette har hatt negativ innvirkning på arealeffektivitet, organisering og driftskostnader. I den sammenhengen er det viktig med oppdaterte tall som viser hvordan rom og arealer i sykehusene faktisk brukes.

For intensiv er det tatt utgangspunkt i kartlegging av kapasitet som er gjort i en analyse av intensivkapasitet utført av fagutvalg for intensivmedisin i Helse Sør-Øst.

Det er ikke analysert aktivitet og kapasitetsbehov for diagnostiske enheter som radiologisk avdeling. Det nye kodeverket for radiologiske undersøkelser (NCPR) har vært i drift i kort tid. Data er ikke lett tilgjengelig og det er ikke erfaring med å bruke slike aktivitetsdata til kapasitetsanalyser. Dette bør avklares og det bør etableres en felles norm for hvordan slik aktivitet og kapasitetsanalyser kan gjennomføres.

8.3 Kapasitet 2014 vs kapasitetsbehov HSØ 2030

Analysene av alternativ 2, ref pkt 6.11, viser at en alternativ, kvalitativ fremskriving har begrenset betydning for den samlede aktiviteten og kapasitetsbehovet. Drøftingene omfatter derfor bare hovedalternativet.

Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov bygger på registrert aktivitet i 2012 og det er ikke tatt hensyn til eventuelle endringer i fordeling av oppgaver eller opptaksområder. Dette ligger innenfor det som kan benevnes eierstrategier og konsekvenser av ulike strategiske valg bør beregnes og inngå som en del av en total analyse av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov. Under pkt 8.6 er det presentert 3 modeller for utvikling av den samlede kapasiteten i hovedstadsområdet som kan illustrere hvilke problemstillinger som bør tas opp og avklares i det videre arbeidet.

Fremskrivingsmodellen bygger på en rekke forutsetninger som i dette prosjektet er anvendt likt på alle HF-ene som har et sørge for-ansvar. For noen mindre institusjoner med spesialiserte oppgaver som Sunnaas sykehus HF, vil de generelle kvalitative endringer som er brukt være mindre aktuelle. Her er det for eksempel ikke lagt inn forventning om endret oppgavedeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. For OUS er det også lagt inn en lavere forventet omstilling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste på grunn av HF-ets høyere andel spesialiserte oppgaver. HF-ene har forskjellig driftsopplegg og ulikt potensiale for omstilling. Når fremskrivingen skal brukes i planlegging for det enkelte HF må dette kvalitetssikres.

Median liggetid var på 2 dager i 2012 for både elektive og øhj innleggelser. Den korte median liggetiden indikerer at potensialet for å overføre pasienter fra innleggelse til dagbehandling og poliklinikk ikke er uttømt. Finansieringsordninger for dagkirurgiske pasienter har stor betydning for om pasientene blir registrert som innlagte eller dagopphold, noe som kan påvirke kapasitetsbehovet.

Døgnplasser

Når kapasitetsbehovet for døgnplasser i 2030 sammenlignes med kapasitet 2014, har Akershus SO med Ahus HF et kapasitetsunderskudd på ca 230 døgnplasser. Det nye sykehuset for Sykehuset Østfold HF har også et mindre kapasitetsunderskudd på 32 døgnplasser forutsatt basis kapasitetsutnyttelse. Sykehusene er planlagt med høy kapasitetsutnyttelse og hvis en beleggsprosent på 90 % legges til grunn vil Sykehuset Østfold de ha tilnærmet balanse, mens Ahus HF vil ha et underskudd på 132 døgnplasser. De øvrige HF-ene har kapasitetsoverskudd eller balanse i sengekapasitet.

Region- og landsfunksjonene ved OUS HF påvirker aktiviteten og hvilken kapasitetsutnyttelse som bør legges til grunn for dette HF-et. I idefaserapporten for OUS HF er det lagt til grunn et gjennomsnitt på 82 % belegg på normalsenger.

Det er ikke gjort korrigeringer for behovsindekser. Befolkningen i Oslo SO har en lavere behovsindeks enn gjennomsnittet, men Oslo SO har en vesentlig høyere andel innvandrere enn de øvrige SO-ene, noe som kan påvirke forbruket. Noen innvandrergupper har et høyt forbruk av helsetjenester. Den aktiviteten de representerer som pasienter i 2012 ligger inne i grunnlaget for fremskrivingen, men det er ikke lagt inn forutsetninger om økt aktivitet på grunn av høy andel innvandrere. Det er gjort sammenligninger med tall for forventet aktivitet og kapasitetsbehov i idefaserapporten for et nytt OUS HF og det er påvist kun mindre avvik.

Ser man OUS HF, Ahus HF og Vestre Viken HF under ett (inkludert Diakonhjemmet og Lovisenberg som en del av OUS HF), så er det samlet et underskudd på ca 120 døgnplasser i hovedstadsområdet i 2030. I praksis er underkapasiteten større hvis man tar hensyn til at det både Ahus HF og OUS HF er rapportert ventelister og at deler av bygningssmassen på OUS HF ikke kan utnyttes optimalt.

Rammene for et nytt sykehus for Innlandet SO er ikke avklart og både lokalisering og innhold vil kunne påvirke pasientstrømmene fra søndre og østre deler av Innlandet mot OUS HF og Ahus HF. Hvis sentralisering av spesialisthelsetjenestene som man har hatt over lang tid fortsetter, kan det forverre den pressete situasjonen man har i hovedstadsområdet. En styring av enkelte pasientstrømmer fra Oslo og Akershus SO mot det nye sykehuset på Innlandet kan få motsatt effekt og styrke det faglige grunnlaget for Sykehuset Innlandet. Utvikling av de nye prosjektene for Innlandet SO og Oslo SO, samt planer for utvikling av aktivitet og kapasiteter ved Ahus HF, bør derfor sees i sammenheng.

Dagplasser

Med unntak av Ahus HF og Østfoldsykehuset HF, som er i balanse, har alle HF-ene svært begrenset kapasitet på dagplasser i 2014, og langt under det behovet de vil få i 2030. Dette skyldes trolig usikker registrering både av aktivitet og kapasitet, men det viser også at HF med gamle bygg ikke er tilrettelagt for den store økningen i dagbehandling som har vært og forventes å komme. En utvikling av dagbehandlingskapasiteten krever trolig investeringer ved flere sykehus, men også den organisatoriske tilretteleggingen er viktig både for pasienter, bemanning og kostnader.

Poliklinikkrom

Ahus HF og OUS HF vil ha underkapasitet på poliklinikkrom i 2030 med utgangspunkt i basis utnyttelsesgrad og kapasiteten i 2014. For Ahus HF er underkapasiteten relativt liten, mens OUS HF vil mangle ca. 80 konsultasjonsrom. Alle de andre HF-ene har god kapasitet og i noen HF er det betydelig overkapasitet. Dagopphold og poliklinikk bør sees samlet både når det gjelder organisering, aktivitet, kapasitetsbehov og planlegging av tiltak. I lys av den sterke økningen som fremskrivningen viser bør organisering og kapasitetsutvikling for dagplasser og poliklinikkrom gjennomgås spesielt.

Private avtalespesialister dekker store deler av kapasitetsbehovet i dag og forventes å ha en stor andel konsultasjoner også i fremtiden. I områder hvor det er kapasitetsgrunnlag for det, bør det vurderes å etablere diagnostiske senter som kan avlaste sykehusene og øke nærhet og tilgjengelighet for pasientene. Med god tilrettelegging kan slik senter drives i et samarbeid mellom HF-ene og private avtalespesialister hvor man kan planlegge både faglig tilbud og kapasitet etter behov. Slike senter kan også etableres i samarbeid med kommunene.

Det bør vurderes om slike enheter kan etableres i vanlige kontorbygg. Det åpner for lokalisering i byområder nært kommunikasjonsknutepunkter. Dette øker fleksibilitet når det gjelder kapasitet og gir muligheter for rask etablering. Med de raskt voksende kapasitetsproblemer ved Ahus HF og byggeplanene ved OUS HF vil det være økende behov for fleksible løsninger som kan realiseres rask uten store investeringsbehov.

Operasjon

Ahus HF og OUS HF har en beregnet underkapasitet på operasjonsrom i 2030. For Ahus HF utgjør det 6 operasjonsrom som er 23 % av dagens kapasitet. Tilsvarende tall for OUS HF er 8 rom og 8 % av dagens kapasitet. De øvrige HF-ene er i balanse eller har overkapasitet. Ved OUS HF utføres det mange operasjoner som krever lang operasjonstid og mulighetene for å bruke operasjonsrom på tvers av fagområder er begrenset. Økt spesialisering i fremtiden vil forsterke dette og det vil være behov for større operasjonsrom for å møte krav fra nye teknologier og behandlingstilbud.

I fremskrivingen ligger det en forventet økning i andelen dagkirurgi på 60-70 % av den samlede, elektive operasjonsvirksomheten. Når andelen dagkirurgi øker vil skillet som enkelte sykehus har mellom enheter for dagkirurgi og operasjon av innlagte viskes ut, og det blir behov for samordning av operasjonsstuekapasiteten inklusiv postoperative overvåking. Dette vil kreve investeringer og organisatoriske tilpassinger.

Intensiv

Det er behov for å se kapasitetsbehov for intensivplasser samlet for HSØ. I rapporten anslår man for et fremtidig behov "at man trenger å tilføre et stort antall nye, bemannede intensivsenger, sannsynligvis opp mot 50 % økning. Dersom man bibeholder dagens organisering i sykehusstruktur med mange enheter, vil dette behovet øke ytterligere". Tidsperspektivet for det "fremtidige behovet" er ikke angitt i rapporten.

Når en slik økning på 50 % ut over kapasiteten i 2014, settes opp mot et beregnet behov basert på kartlagt behov for et gitt befolkningsunderlag (Wales-modellen), ser man at samlet for regionen gir Wales-modellen et høyere kapasitetsbehov. Walesmodellen bygger på data fra år 2000, som har en lavere andel eldre i befolkningen enn man forventer å få i 2030. Det kan øke behovet ytterligere. For begge beregningsmåter er det lagt inn en forutsetning om samling av intensivfunksjonen for hvert HF. Virksomhet på flere steder vil øke behovet.

Med utgangspunkt i en demografisk fremskriving viser Walesmodellen at det er behov for 267 intensivplasser og 474 plasser for tung overvåking i HSØ i 2030. Sammenlignet med dagens kapasitet er det en økning på 117 intensivplasser. Plasser for tung overvåking i 2014 er ikke registrert. Når befolkningens generelle behov legges til grunn for kapasitetsberegningen må det beregnes en omfordeling mellom HF-ene på grunnlag av oppgaver og pasientsammensetning. I praksis må OUS HF har et relativt større antall plasser enn de øvrige HF-ene. Det er stor usikkerhet knyttet til kapasitetsberegning for intensivbehandling, og de fysiske løsningene som etableres i HF-ene må ha en stor grad av fleksibilitet og tilpassingsdyktighet for å kunne fange opp variasjoner i behov.

8.4 Ulikheter mellom helseforetak

Gjennomgang av datagrunnlag og fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov viser ulikheter mellom SO og HF i HSØ på flere områder.

Aktivitet 2012 (pkt 6.1)

Andel øhj varierer en del mellom HF som i utgangspunktet har samme rolle (områdesykehus) og oppgaver. Høyeste andel har Sykehuset Østfold HF med 83 % øhj og lavest ligger Sørlandet sykehus HF med 72 %. Ulikhetene kan skyldes driftsmodell med forskjellige tilbud innenfor elektiv virksomhet, men det kan også skyldes kapasitetsproblemer (Ahus HF ligger lavt med 73 % øhj), registreringspraksis oa. Registrering av aktiviteten for 2012 viser blant annet at pasienter i diagnosegruppen "Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl. resultat av fødsel" var registrert med 36,3 % øyeblikkelig hjelp i Ahus, mens Sykehuset Østfold hadde 88,5 % som øyeblikkelig hjelp for den samme diagnosegruppen. Andel øhj påvirker organisering av driften og kapasitetsutnyttelse på døgnplasser.

Også andel dagkirurgi i forhold til kirurgi ved innleggelse varierer og er bl.a. avhengig av fag og pasientsammensetning. De private ideelle sykehusene Betanien Hospital og Martina Hansens Hospital har den høyeste andelen dagkirurgi, mens av helseforetakene er det Sykehuset Innlandet og Sykehuset Østfold som har høyest andel (54 og 52 % av all operasjonsvirksomhet). Lavest andel dagkirurgi har OUS (37 %), Sørlandet og Ahus (begge 46 %).

Fag som øye, ØNH kan ha tilnærmet 100 % dagkirurgi men også innenfor gynekologi og ortopedi øker andelen. Potensialet for omstilling fra døgnopphold til dagopphold er avhengig av hvilke fagområder man har og hvor stor andel dagkirurgi man har i utgangspunktet. Omlegging av takster påvirker omstillingen og

det er registrert fall i andel dagbehandling for flere pasientgrupper fra 2009 til 2012 på grunn av endringer i takster og dermed de økonomiske incentivene.

Gjennomsnittlig liggetid brukes i noen tilfeller som en indikator på hvor effektivt behandlingsforløpene er lagt opp. I HSØ varierer gjennomsnittlig liggetid med 14 % fra den laveste på 3,5 døgn ved Sykehuset Østfold HF til 4.0 liggedager ved flere HF. OUS HF hadde 4,7 dager i 2012 men skiller seg ut når det gjelder oppgaver og pasienter. Sykehuset Østfold skiller seg også på andre parameter og er høyest i andel øhj og lavest i andel opphold med kirurgisk DRG.

Kapasitet og kapasitetsbehov 2012 (pkt 6.2)

Ahus HF er det eneste HF-et med en underkapasitet av betydning (-78 døgnplasser). Planene for Sykehuset Østfold HF har en relativt stram kapasitetsbalanse på alle områder når man legger basis kapasitetsutnyttelse til grunn. Sykehuset i Vestfold HF har en liten overkapasitet på døgnplasser (16 plasser). Alle andre HF har betydelig overkapasitet på døgnplasser, der OUS og Sørlandet har hhv 219 og 233 døgnplasser mer enn beregnet behov. Det er særlig overskudd på poliklinikkrom, mens de fleste har underkapasitet på dagplasser. Hvis man holder nye prosjekter/sykehus utenfor viser dette at det er et potensiale for omstilling og optimalisering av kapasitet og arealbruk i eldre sykehusbygg.

Befolkningsutvikling (pkt 6.4)

Befolkningsutviklingen og konsekvenser av demografisk fremskriving varier i stor grad mellom SO-ene og vil påvirke behovet for kapasitetsendring og investeringer i fremtid. De største endringene kommer for Akershus SO som har den største befolkningsveksten (31 %) fra 2012 til 2030 og den største veksten i gruppen 70 + (86 %). Også Oslo SO og Sørlandet SO vokser raskt (henholdsvis med 28 og 26 %) og har høy vekst i gruppen 70 + (67 % og 69 %). I andre enden finner vi Innlandet SO med en befolkningsvekst på 13 % og en vekst i gruppen eldre på 51 %. Også Telemark og Vestfold SO ligger lavt med 17 % vekst og 62 % økning blant de eldste.

Forbruksrater (pkt 6.6.2)

Bruk av sykehus varierer i stor grad mellom sykehusområdene. Sykehusområdet Telemark og Vestfold SO har det høyeste forbruket på alle aktivitetsområder. Når polikliniske konsultasjoner hos private avtalespesialister tas med ligger Sørlandet SO høyest sammen med befolkningen i Oslo SO. Lavest forbruk av døgnopphold finner man i Oslo SO og Akershus SO når det gjelder poliklinikk. Telemark og Vestfold SO har en høy behovsindeks men det forklarer ikke det store avviket i forbruksrater. En "normalisering" for forbruket har stor betydning for kapasitetsbehov og ressursbruk.

Fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov 2030 (pkt 6.9)

De registrerte ulikhetene i data for 2012 gjenspeiles i den fremtidige aktiviteten og kapasitetsbehovet. Befolkningsvekst og alderssammensetning gir en særlig sterk vekst i kapasitetsbehovet ved Ahus HF, som med dette utgangspunktet får et økt kapasitetsunderskudd. Også i det nye Sykehuset Østfold HF får man underskudd på døgnplasser. Dette skaper usikkerhet om fremtidig kapasitet for både det nye anlegget på Kalnes. OUS HF og Ahus HF får underskudd på poliklinikkrom mens alle andre HF har overkapasitet. For operasjonsrom er det beregnet et behov for tilsammen 15 operasjonsstuer mer enn dagens kapasitet, mens Sørlandet Sykehus HF og Vestre Viken HF har overkapasitet.

8.5 Virksomhet og bygg

En viktig del av omstillingen som foreslås gjennomført er knyttet til mottak, diagnostikk og behandling av øyeblikkelig hjelp-pasienter. Alle HF-ene har et stort antall 0-dagsliggere og median liggetid for øhj pasienter i 2012 var på en dag. Data fra 2002 til 2012 viser at en økende andel av disse ble skrevet ut etter kort tid (0-2 dager) uten at diagnose sykdom var registret. For å kunne tilby rask diagnostikk og behandling kreves det tilrettelegging av byggene og riktig kompetanse og kapasitet i akuttmottak. I tillegg til

tilstrekkelig antall observasjonsplasser, er nærhet til bildediagnostikk og rom for undersøkelse og behandling i en akutt poliklinikk er viktig.

I nytt østfoldsykehus er ca 70 senger planlagt som observasjons- eller korttidsplasser. Ahus HF har en begrenset kapasitet i forhold til behovet, og i planene for et nytt sykehus i Vestre Viken HF er det beregnet 54 observasjonsplasser. I planene for Idefase OUS HF er det beregnet behov for 42 senger knyttet til akuttmottak. Det bør vurderes om denne kapasiteten bør økes. I eldre sykehusanlegg kan det være behov for å gjøre omfattende endringer og ombygginger i eksisterende bygningsmasse. Tilrettelegging av bygget for nye løsninger krever også omorganisering av driften for at effekten skal kunne tas ut.

Fleksibilitet må planlegges inn i bygget fra starten og gir som regel høyere arealbehov og kostnader. Fleksibilitet har flere aspekter:

- **Generalitet:** Muligheter til å benytte bygg og rom til ulike oppgaver uten større bygningsmessige endringer eller driftsmessige ulemper. Gamle bygg med større arealer per rom og enklere teknisk infrastruktur har vist seg å kunne fange opp endringer i behov ved f.eks. omdisponering av sengerom til poliklinikk, behandlingsrom oa. Det kan i mange tilfeller ha ført til dårligere driftsmessige løsninger som gir reduserte muligheter til å oppnå høy kapasitetsutnyttelse. Eksempler er redusert antall senger per sengeenhet og økte bemanningskostnader, samt lange avstander mellom polikliniske funksjoner og støttefunksjoner.
- **Elastisitet:** Dette indikerer muligheter til å bygge ut og øke byggets totale areal på en driftsmessig og teknisk hensiktsmessig måte. For å få en god elastisitet må utvidelsen kunne skje der behovet melder seg og med minst mulig interne rokader, ombygginger og driftsulemper. God generalitet må planlegges og det øker byggets elastisitet.
- **Fleksibilitet** beskriver byggets tilpasningsdyktighet til nye behov. Det gjelder både nye oppgaver og krav til løsningene (f.eks. økt antall isolater, intensivplasser), og flytting eller utvidelse av funksjoner i bygget. Igjen er generalitet en viktig forutsetning. Andre viktige forutsetninger er hvor godt byggets struktur (dype lokaler, tilgang til dagslys, takhøyder), funksjonelle løsninger (heiskapasitet, korridorbredder) og teknisk infrastruktur (ventilasjon, teknisk forsyning, bæring), er tilrettelagt.

8.6 Oppsummering hovedstadsområdet

8.6.1 Utvikling i aktivitet og forbruksmønster

Som tabell 58 viser er det samlet sett en tilfredsstillende kapasitetsbalanse for døgnplasser og poliklinikkrom i hovedstadsområdet i 2012/2014, også hvis basis kapasitetsutnyttelse legges til grunn. Unntaket er dagplasser men her er tall for kapasitet og registrert aktivitet usikre. Unntaket er Ahus HF som, både med basis høy kapasitetsutnyttelse, har en underkapasitet på døgnplasser. Befolkningen i hovedstadsområdet har god tilgang på spesialiserte helsetjenester, og spesielt Oslo SO har i 2012 et merforbruk innenfor poliklinikk og dagbehandling i forhold til andre deler av HSØ og landet for øvrig. En stor del av dette forbruket dekkes av privatpraktiserende avtalespesialister.

De demografiske endringene gir grunnlag for en strek vekst i aktiviteten i hovedstadsområdet, og forutsatt effektene av endringsfaktorene blir som beregnet i dette prosjektet, vil det samlet i 2030 være for få døgnplasser på grunn av en økende underkapasitet ved Ahus HF. Beregningene viser at både Ahus HF og OUS HF har en underkapasitet på poliklinikkrom i 2030. Akershus SO med nåværende opptaksområde, har både den sterkeste befolkningsveksten og den sterkeste økningen i den eldste delen av befolkningen.

8.6.2 Endringer på kort sikt

Tabell 58 Kapasitetsbalanse hovedstadsområdet 2012/2014

Kapasitetsbalanse mellom registrert kapasitet 2014 og beregnet kapasitetsbehov 2012, basis utnyttelsesgrad									
Helseforetak	Kapasitetsbehov døgnplasser 2012	Kapasitetsbehov dagplasser 2012	Kapasitetsbehov pol. rom 2012	Kapasitetsbalanse døgnplasser		Kapasitetsbalanse dagplasser		Kapasitetsbalanse poliklinikkrom	
				Registrert kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 kapasitetsbehov 2012	Registrert kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 kapasitetsbehov 2012	Registrert kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 kapasitetsbehov 2012
Akershus universitetssykehus HF	755	45	123	677	-78	123	78	160	37
Diakonhjemmet	141	2	31	212	71	16	14	46	15
Lovisenberg	137	14	25	151	14	0	-14	42	17
Oslo universitetssykehus HF	1461	147	381	1680	219	57	-90	444	63
Vestre Viken HF	760	91	139	906	146	8	-83	255	116
Hovedstadsområde	3254	299	699	3626	372	204	-95	947	248
Kapasitetsbalanse mellom registrert kapasitet 2014 og beregnet kapasitetsbehov 2012, høy utnyttelsesgrad									
Helseforetak	Kapasitetsbehov døgnplasser 2012	Kapasitetsbehov dagplasser 2012	Kapasitetsbehov pol. rom 2012	Kapasitetsbalanse døgnplasser		Kapasitetsbalanse dagplasser		Kapasitetsbalanse poliklinikkrom	
				Registrert kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 kapasitetsbehov 2012	Registrert kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 kapasitetsbehov 2012	Registrert kapasitet 2014	Diff kapasitet 2014 kapasitetsbehov 2012
Akershus universitetssykehus HF	712	35	83	677	-35	123	88	160	77
Diakonhjemmet	133	2	21	212	79	16	14	46	25
Lovisenberg	129	10	17	151	22	0	-10	42	25
Oslo universitetssykehus HF	1379	113	255	1680	301	57	-56	444	189
Vestre Viken HF	717	70	94	906	189	8	-62	255	161
Hovedstadsområde	3070	229	469	3626	556	204	-25	947	478

For Ahus HF foreligger det ikke helhetlige utbyggingsplaner som kan møte denne utfordringen. De tiltakene som ligger i ØLP fra 2015 til 2018 tar sikte på å møte økningene med i hovedsak intern effektivisering og omstilling. Dette påvirker ikke den etablerte pasientstrømmen til OUS HF i vesentlig grad.

Ahus HF har i sine planer for 2015 til 2018 forutsatt at 80-90 % av aktivitetsveksten som kommer i denne perioden, kan dekkes ved kjøp av tjenester ved private ideelle sykehus, omorganisering og optimal utnyttelse av eksisterende ressurser. Det forventes liten effekt av samhandlingstiltak. Tall for 2013 viser at nedgangen i antall liggedager for hele HSØ fortsetter og det forventes også nedgang i 2014. Dette kan bl.a. være et resultat av at samhandlingstiltak og omstilling virker.

Den forventede økningen i den polikliniske aktiviteten kan på kort sikt møtes med en bedre utnyttelse av kapasiteten. Forutsatt en effektiv driftstid på 230 dager og 7 timer per dag og en gjennomsnittlig besøkstid på 45 min per pasient, er det ingen av HF-ens som utnytter dagens kapasitet i poliklinikken fullt ut. Det kan ligge begrensingen i kapasitet på rom og utstyr til diagnostikk og behandling som vi ikke har kartlagt, men ut fra den registrerte aktiviteten innenfor dagbehandling og poliklinikk, er det en utnyttet kapasitetsreserve samlet på nesten 100 poliklinikkrom i området sett under ett.

Hvilke rolle de privatpraktiserende avtalespesialister skal spille i fremtiden er også viktig. Det bør utredes alternative modeller for organisering av tilbudet fra de private avtalespesialistene for å oppnå best mulig tilpassing av det samlede tilbudet både når det gjelder fag og kapasitet.

Ettersom det store trykket i fremtiden kommer på dagbehandling og poliklinikk kan en alternativ løsning være etablering av diagnostiske senter uten senger slik man finner i flere land i Europa, bl.a. England og Holland. Slike senter kan også etableres nærmere store befolkningssentra som i de østlige bydelene i Oslo. Dette er områder som i dag er dårlig dekket av spesialisthelsetjenester, har en sterk befolkningsvekst med stort innslag av innvandring og lengre avstand til sykehusene. Bedre tilgjengelighet til diagnostiske senter kan øke etterspørsel, men kan samtidig lette trykket på de tyngre diagnostikk- og behandlingsfunksjonene i sykehusene.

De strategier som HSØ RHF har formulert i "Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020", gis det anbefalinger på de viktigste punktene i en slik strategi. HSØ RHF skal arbeide videre med dette. Arbeid med løsninger og tiltak bør konkretiseres og de private avtalespesialistenes aktivitet bør inngå som en klar forutsetning i planene for sykehusenes aktivitet og kapasitet.

8.6.3 Endringer på mellomlang sikt

Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus har skissert planer for kapasitetsøkning som raskt vil kunne ha effekt og bidra til å dekke kapasitetsunderskuddet på senger som vil øke i årene som kommer frem mot 2030. Planene omfatter omdisponering som frigjør sengekapasitet på kort sikt og det er presentert skissert til planer som innebærer betydelig utbygging av kapasiteten for Lovisenberg Diakonale sykehus i løpet av noen år. Konkrete tall for arealøkning har ikke vært tilgjengelig. En økning for dag og poliklinikkareal blir også svært viktig.

I dag dekker Diakonhjemmet og Lovisenberg en begrenset del av behovet som befolkningen i de opptaksområdene (bydelene) de betjener har behov for. Det bør avklares hvordan aktivitetsøkningen fra 2012 til 2030 i disse bydelene skal dekkes. Diakonhjemmet vil ha en overkapasitet også i 2030 forutsatt samme oppgaver og opptaksområde mens Lovisenberg vil ha underkapasitet i på senger i 2030.

Det vises ellers til HSØ HRFs delstrategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester.⁹¹ I den forbindelse bør det avklares hvordan den ekstra kapasiteten skal benyttes og eventuelt fordeles mellom OUS HF og Ahus HF.

I scenariodiskusjonen er ikke utviklingen av private, kommersielle sykehusstilbud vurdert. Det planlegges nå et privat sykehus ved Gardermoen med 140 senger, som vil inngå i den samlede kapasiteten i hovedstadsområdet. Sykehuset skal i hovedsak overta kapasitet fra LHL-klinikkene Glittre og Feiring. En større utbygging av kapasitet og overføring av aktivitet til private, kommersielle sykehus vil kunne avlaste kapasitetsbehovet i området og er i utgangspunktet positivt. Samtidig vil et nytt sykehus kunne være attraktivt for pasienter og fagpersonell og representere en konkurranse om kompetanse og faglig utvikling i fremtida.

⁹¹ Delstrategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester, HSØ RHF januar 2013

8.6.4 Endringer på lang sikt

Pasientstrømmer og kapasitetsmessig ubalanse er en hovedutfordring for hovedstadsområdet i dag som vil forsterke seg i tiden frem mot 2030. Tallene viser forskyving av aktivitet fra Akershus SO og Vestre Viken SO til OUS HF.

Analysene og beregningene i dette prosjektet gir grunnlag for å drøfte flere modeller eller skisse for styring av virksomheten og etablering av tiltak i tiden frem mot 2030. For sykehusområdene utenfor hovedstadsområdet dreier det seg i hovedsak om å videreutvikle tilbudet innenfor rammene av de utviklings- og byggeplanene som foreligger eller er under utarbeidelse. Det bør legges konkrete føringer for utviklingen i hovedstadsområdet og avklare virkningen disse kan ha for den fremtidige utviklingen. Dette må avstemmes med prosjektene i OUS HF og Vestre Viken HF.

Fritt sykehusvalg og en befolkning som ønsker å benytte seg av valgmuligheten kan bety mye for pasientstrømmene. Dersom man i tillegg får fritt behandlingsvalg innført der pasienter kan velge mellom offentlige og private tjenesteleverandører vil det påvirke pasientstrømmene ytterligere.

Tre utviklingsmodeller bør drøftes i det videre arbeidet:

1. Videreføring av dagens struktur og pasientstrømmer, med tilpassing og fordeling av aktivitet og kapasitet for løpende å møte problemene. Planene for nye sykehus i OUS HF og Vestre Viken HF videreføres.
2. Utvikle en "nettverksmodell" for organisering og fordeling av oppgaver, tilbud og kapasitet. Planene for nye sykehus i OUS HF og Vestre Viken HF vurderes og tilpasses.
3. Utbygging av kapasitet for døgnplasser, poliklinikk og støttefunksjoner ved Ahus HF for å møte et økende kapasitetsunderskudd. Utbyggingen kan skje ved anlegget i Nordbyhagen eller som et nytt lokalsykehus. Planene for nye sykehus i OUS vurderes og tilpasses.

Vurdering av fremtidige pasientstrømmer og aktivitet og kapasitetsbehov ved HF-ene bygger på følgende forutsetninger:

- Hovedalternativet for aktivitetsberegningen og basis utnyttelsesgrad ligger til grunn.
- Det forutsettes at 8 % av liggedager og polikliniske konsultasjoner er regionpasienter som går til OUS HF.
- I beregningen er det lagt inn en minimum, generell "nabolekkasje" på 2 % som man kan forvente for alle HF-ene i og omkring hovedstadsområdet.
- Andelen lekkasjer av liggedager fra Akershus SO til andre HF og institusjoner (13 % i 2012) beholdes på relativt samme nivå som i 2012.
- Resten av aktiviteten (77 % av liggedager og 79 % av den polikliniske aktiviteten) går til Ahus HF.

Dette er upresise forutsetninger og beregningene nedenfor presenteres for å illustrere konsekvenser av de ulike modellene.

Modell 1: En videreføring av dagens struktur

Ved etablering av sykehusområdene ble det lagt til grunn at pasienter i et sykehusområde i hovedsak skal motta spesialisthelsetjenestene fra det/de sykehusene som ligger under sykehusområdet. Målet er et områdesykehus med et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag til å opprettholde breie, kostnadseffektive tjenester med høy kvalitet. De fleste HF-ene i HSØ dekker ca 80 % av tjenestene til befolkningen i sykehusområdet. Vi har anslått at ca 8 % er regionpasienter som går til OUS HF. Det resterende (10-12 %) er bruk av private ideelle sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og tilfeldig lekkasje til naboer eller andre HF og institusjoner i landet.

Ahus HF har i dag ikke kapasitet til å ta imot alle pasienter fra Akershus SO som kan behandles på områdesykehusnivå. I 2012 var egendekningen for liggedager på ca 71 %, ca 16 % gikk til OUS HF og ca 13 % gikk til andre HF/sykehus, inklusiv Diakonhjemmet, Lovisenberg, Oslo kommunale legevakt og rehabiliteringsinstitusjoner.

Forutsatt dagens opptaksområde og den etablerte kapasiteten ved Ahus HF, vil Ahus HF ha en økning i kapasitetsunderskuddet på døgnplasser frem mot 2030. Dette kan løses med en økning i pasientstrømmene til OUS HF, Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus.

Med utgangspunkt i et anslått aktivitetstall for liggedager i Akershus SO er det behov for 1 261 døgnplasser i 2030. Dagens kapasitet i Ahus HF er på 677 plasser. Forutsatt at den relative størrelsen på pasientstrømmene til OUS HF og andre opprettholdes, blir kapasitetsunderskuddet i Ahus HF på 228 døgnplasser. I planene for Campus Oslo er aktiviteten fra Akershus SO tatt med som grunnlag for fremskriving av kapasitetsbehovet, også den andelen som er ut over regionpasientbehovet. Hvis OUS HF ikke kan ta imot mer enn denne fremskrevne aktiviteten i 2030, så må det resterende kapasitetsunderskuddet ved Ahus HF fordeles på Diakonhjemmet, Lovisenberg og andre.

For poliklinikken utgjør aktiviteten ved Akershus SO i 2030 ca 720 000 konsultasjoner og beregnet behov for ca 310 poliklinikkrom. Når de fordeles på OUS HF og andre sykehus med relativt like store andeler som i 2012, gir det et begrenset kapasitetsunderskudd. Private avtalespesialister har en stor andel av dagens aktivitet og det antas at den kan økes, f.eks. gjennom å bli trukket inn i etablering av diagnostiske senter.

Modell 2: Ny modell for organisering av oppgaver, tilbud og kapasitet i et nettverk med flere HF og institusjoner. Planene for nye sykehus i OUS og Vestre Viken tilpasses tilsvarende.

Denne modellen kan sees som en utvikling av dagens situasjon og forutsetter at det ikke skjer vesentlige kapasitetsutvidelser ved Ahus HF. Utgangspunktet er muligheten for å legge til rette for et strukturert samarbeid for å planlegge, fordele og styre aktivitetsveksten og det økende kapasitetsbehovet frem mot 2030 mellom HF-ene, de private ideelle sykehusene, private avtalespesialister og andre institusjoner. Målet vil være en best mulig oppgave- og arbeidsdeling mellom og helseforetakene og de andre aktørene.

En tilpassing av den fremtidige aktiviteten i Ahus HF i 2030 til dagens kapasitet, kan skje ved endring av opptaksområdet eller endring i oppgaver. Kapasitetsbalanse mellom Ahus HF og Campus Oslo sammen med Diakonhjemmet og Lovisenberg, må da kunne sees som en tilpassing av opptaksområder og/eller fordeling av oppgaver. Vi legger da til grunn at den fremtidige fordelingen av aktivitet og kapasitetsbehov mellom OUS HF og Vestre Viken HF blir som forutsatt i planene for det nye sykehuset i Drammen.

Fremskrivingen viser at kapasiteten for døgnplasser ved det nye sykehuset i Østfold kan være for liten i 2030. I en eventuell gjennomgang av det samlede kapasitetsbehovet i hovedstadsområdet i 2030 bør også dette tas med.

Ahus HF er i dag Norges største akuttsykehus og i et nettverk kan denne rollen utvikles og forsterkes innenfor rammen av dagens kapasitet. Det vil måtte bety at noe av den elektive virksomheten overføres til andre sykehus både når det gjelder døgnopphold, dagbehandling og poliklinikk. Det må skje en parallell tilpassing av akuttmottak og diagnostikk og støttetjenester. Om en slik omstrukturering av pasientstrømmene kan skje uten å endre opptaksområdet må vurderes. Det er også nødvendig å komme frem til ordninger som ivaretar behovet for kompetanseutvikling, forskning og utdanning ved Ahus HF som ved de andre HF-ene og der man får finansiering tilpasset ny oppgavestruktur.

En slik modell vil ha betydning for planene for Campus Oslo og det kan også påvirke planene for det nye sykehuset i Vestre Viken HF. I modellen kan det legges til rette for diagnostiske senter som er uavhengig av

sykehusene. Utvikling av rene, elektive sykehusenheter er også et alternativ og det finnes eksempler på en slik samling av elektiv virksomhet i offentlig regi bl.a. i Finland.

En nettverksmodell mellom selvstendige HF vil kreve tilpassing av driftsmodell, organisasjon, bemanning og kompetanse og det vil også påvirke samarbeidet med andre interessenter som kommuner, utdanningsinstitusjoner og private aktører. Deling av elektiv og akutt virksomhet vil kreve tett samarbeid om vaktssystemer, utdanning og forskning. Systemer for administrasjon, kommunikasjon og finansiering må utvikles og tilpasses og hvordan en slik løsning påvirker sørge for-ansvaret må avklares. Effektive, integrerte kommunikasjonsløsninger er en utfordring i dag og utfordringene vil øke når organiseringen av virksomheten krever tettere kommunikasjon mellom flere, selvstendige enheter.

Modell 3: Utbygging av kapasitet for døgnplasser, poliklinikk og støttefunksjoner ved Ahus HF

I denne modellen er forutsetninger om aktivitet og kapasitetsbehov de samme som i modell 1 men med den forskjellen at kapasiteten i Ahus HF bygges opp til å dekke det kapasitetsbehovet som genereres for Akershus SO i 2030. Det innebærer en kapasitet i Ahus HF som skal dekke hele det fremskrevne kapasitetsbehov i 2030, med unntak av regionpasienter til OUS HF og det som kan kalles en naturlig "nabolekkasje". Det forutsettes også at bruken av Diakonhjemmet, Lovisenberg og Oslo kommunale legevakt, rehabiliteringsinstitusjoner, private avtalespesialister og andre HF og institusjoner fortsetter på samme nivå som i 2012.

Når regionpasienter (8 %), tilfeldig lekkasje til OUS HF (2 %) og pasientstrømmer til andre HF og institusjoner (ca 13 %) holdes utenfor, må Ahus HF kunne ta imot ca 77 % av aktiviteten i som genereres fra Akershus SO i 2030. Dette gir et kapasitetsbehov i Ahus HF på ca 980 døgnplasser som betyr en underkapasitet på ca 280 plasser i forhold til kapasitet 2014. Det er da lagt til grunn en basis kapasitetsutnyttelse uten differensiering på sengetype. I realiteten er det et større underskudd.

Tilsvarende tall for poliklinikken er en underdekning på ca 85 rom. For Campus Oslo betyr det at aktivitet og kapasitet fra Akershus SO reduseres med anslagsvis 80 døgnplasser og 75 poliklinikkrom. Dersom Ahus skal dekke opp det fremskrevne behovet bare knyttet til dagens virksomhet og pasientstrømmer er det til sammenligning en økning av 228 døgnplasser og 7 operasjonsstuer.

En avgrensning av pasientstrømmene fra Akershus SO som vist i modell 3 innebærer at Ahus HF må øke sin kapasitet med ca 280 døgnplasser hvis man skal ha kapasitet til å ta den aktivitetsveksten som kommer samtidig som man henter hjem pasienter som i dag behandles ved OUS HF. Denne kapasitetsøkningen kan skje ved utbygging ved Ahus HF på Nordbyhagen eller ved bygging av et lokalsykehus som kan lokaliseres mot sør-øst. Det er også en betydelig poliklinisk aktivitet som i dag går til OUS HF, som i denne modellen forutsettes å måtte snues og overføres til Ahus HF og/eller andre aktører som diagnostiske senter med deltakelse fra private avtalespesialister.

I en samlet vurdering vil det også være aktuelt å se på behovet for senger i 2030 i det nye Sykehuset Østfold HF, som kan overstige den kapasiteten som nå bygges. En eventuell oppbygging av kapasitet under Ahus HF bør ta hensyn til dette i sine planer.

En eventuell økning i pasientstrøm til anlegget på Nordbyhagen vil trolig utløse behov for også å bygge ut kapasitet på intensiv, behandling, diagnostikk og servicefunksjoner. En stor del av pasientstrømmen som snus gjelder elektiv kirurgisk behandling. Det må vurderes spesielt hvordan dette påvirker behovet for operasjonsrom og postoperativ overvåking.

Bygging av et nytt lokalsykehus reduserer presset på dagens bygg men det gir samlet en større kapasitet og mer areal på grunn av fordeling på to anlegg. Den største ulempen en delt løsning gir vil trolig være økte driftskostnader på grunn av dobling av vaktssystemer og støttefunksjoner.

Kapasitetsproblemene ved Ahus HF SO krever tiltak raskt. En løsning som krever omfattende investeringer i nye bygg vil ta lang tid å realisere, og bygging og etablering av et nytt lokalsykehus vil ta vesentlig lengre tid enn utvidelse av eksisterende anlegg i Ahus HF. Det kan derfor være vanskelig å realisere modell 3 uten at tiltak tilsvarende modell 1 gjennomføres parallelt med planlegging og bygging. I 2012 ble det gjort en mulighetsstudie som vurderer fremtidig bruk av Ahus sitt tomtearealer og eksisterende bygg. Den viser at man kan plassere 60 000 m² nybygg på eksisterende tomt innenfor nåværende reguleringsplan. Selv om studien er overordnet nivå kan den danne grunnlag for raskt å utarbeide utviklingsplaner/prosjekter for kapasitetsutvidelser ved Ahus.

9 Oppsummering og drøfting psykisk helsevern og TSB

9.1 Aktivitet 2013 og kapasitet 2014

Datagrunnlaget for behandlingsaktivitet i 2013 viser at det psykiske helsevern for voksne hadde ca. 30 000 opphold og ca. 620 000 oppholdsdøgn. Sykehusfunksjonene utgjorde 68 % av alle døgnopphold, mens DPS utgjorde 32 %.

Det ble registrert ca. 930 000 polikliniske konsultasjoner med personer bosatt i HSØ, hvorav ca. 270 000 ble utført i sykehus (29 %) og 660 000 i DPS (71 %). Vel 80 pst. av aktiviteten ble utført av foretaksgruppen, mens ca. 19 % ble utført av private.

Antall døgnopphold i det psykiske helsevernet for barn og unge utgjorde 1 146 fordelt på 46 022 oppholdsdøgn.

Innenfor tjenesteområdet TSB ble det i 2013 registrert vel 9 000 opphold og 345 000 oppholdsdøgn. Tallene viser store variasjoner med hensyn til gjennomsnittlig oppholdstid. Private ideelle institusjoner med avtale står for ca. 70 % av det samlede regionale døgnbehandlingstilbudet innenfor TSB i Helse Sør-Øst, mens den polikliniske andelen er om lag 17 %.

Den store andelen private behandlingstilbud er historisk betinget. De private institusjonene tilbyr i større grad langtidsbehandling, noe som synliggjøres gjennom en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 70 døgn, sammenlignet med helseforetakene som har en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 10 døgn. En annen årsak til forskjellene er at kun én av 20 avtaleparter har avrusningstilbud. Mange av avtalepartene har derimot kortidsbehandlingstilbud.

Det er kartlagt totalt 2 379 døgnplasser i bruk, fordelt på 1 071 i PHV sykehus (45 %), 750 i PHV DPS (31 %) 121 i PHBU (ca. 5 %) og 43 døgnplasser i TSB (18 %) innenfor foretaksgruppen og Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus. I tillegg er aktivitet tilknyttet andre private tjenesteleverandører omregnet til å utgjøre 1 005 døgnplasser, forutsatt 85 % utnyttelse. De vel 1 000 døgnplassene er fordelt på 213 i PHV sykehus, 18 i PHV DPS, 42 i PHBU og 732 i TSB. Totalt er det beregnet en kapasitet tilsvarende 3 384 døgnplasser innenfor det psykiske helsevern og TSB. Kapasitetstallene sammenstilles i denne analysen med beregnet kapasitetsbehov i 2030.

Analysen bekrefter konklusjon fra statusrapporten for HSØ fra 2014, om at det er til dels store forskjeller helseforetakene i mellom både når det gjelder struktur på behandlingstilbudene, samlet kapasitet, ressursfordeling nivåene i mellom, samt profil på behandlingstilbudene.

9.2 Kapasitetsbehov 2030

Oppsummert viser fremskrivingen at det i 2030 vil være tilstrekkelig kapasitet for døgnplasser. For poliklinikkrom er ikke kartleggingen av dagens kapasitet fullstendig, men for helseforetak som f.eks. Vestre Viken tyder det på at det er rikelig kapasitet for en aktivitetsøkning.

Forutsatt hovedalternativet og alternative utnyttelsesgrader ("basis" og "høy"), viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov i psykisk helsevern for voksne tilsvarende ca. 1 880-1910 døgnplasser. Det er pr 1.1.2014 registrert 2 050 døgnplasser i bruk (hvorav 1 821 døgnplasser innenfor foretaksgruppen, DS og LDS), noe som tilsier at dagens kapasitet vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030.

9.3 Alternative drøftingspunkter

I rapporten drøftes åtte alternative utviklingsretninger for det psykiske helsevern og TSB, med et særskilt fokus på konsekvenser for dimensjonering og et framtidig kapasitetsbehov:

- Endring i forventninger og forbruk
- Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling
- Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet
- Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder
- Psykisk helsevern for barn og unge
- Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling
- Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste
- Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB

Endring i forventninger og forbruk

Flere forhold kan i følge Folkehelseinstituttet⁹² gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner som er tildelt for en psykisk lidelse, har økt de siste 15 år. Det har også vært en sterk økning i antall behandlet for psykiske lidelser. Dette kan i noen grad skyldes større åpenhet om og aksept av psykiske lidelser og at det polikliniske og ambulante behandlingstilbudet er økt, noe som har gitt større tilgjengelighet. Andel uføretrygdede på grunn av psykisk lidelse vil også kunne påvirkes av endringer i arbeidsmarkedet hvor det stilles økte krav til utdanning og språklige og sosiale ferdigheter og hvor stadig flere risikerer å bli stående uten arbeid over lengre tid.

Tilbudet av helsetjenester påvirkes av etterspørselen etter helsetjenester, og et forbruk kan bli bestemt av nivået på tilbudet. Gjennom forebygging vil det psykiske helsevesenet og TSB bidra til å redusere behov, men godt utbygde tjenester med utvikling av diagnostikk og behandlingsmetoder kan bidra til å avdekke behov og skape nye behov (evt. ny etterspørsel).

Regjeringen har nå kommet med et initiativ der pasienter skal tilbys rett til fritt behandlingsvalg. Det medfører at de i tillegg til fritt sykehusvalg skal kunne velge behandlingssted innenfor HF og de institusjoner som har avtale med HF-ene også skal kunne velge behandlingssted blant private institusjoner som innfrir kravet til tjenestene. Denne ordningen er foreslått innført først innenfor rusomsorgen. For pasientene kan det være en utfordring med mange leverandører av offentlig og private tjenester. Det er behov for et godt samarbeid, koordinering og en veiledningstjeneste for pasienter der de er godt informert om hva tjenestetilbudene innebærer i de ulike institusjonene.

Pasientenes valgmuligheter utfordrer institusjonenes forutsigbarhet mht et fremtidig kapasitetsbehov. Fleksibilitet og gode avtaler som innebærer forutsigbarhet er viktig for alle parter. I fremskrivingen er dette derfor ett av de områdene der beregninger av fremtidig kapasitetsbehov innebærer stor usikkerhet.

Flere studier har påvist store kommunevise forskjeller i bruk av sykehustjenester. Ved hjelp av pasientstrømmodeller og empiriske data prøver flere av studiene å belyse årsakssammenhenger. Undersøkelser viser at innleggelseskulturen til legene i førstelinjetjenesten (henvisningspraksis), og deres bruk av øyeblikkelighjelp funksjoner kan forklare noe av forskjellene. I tillegg bidrar ulik kapasitet og tilgjengelighet av tjenester i kommunehelsetjenesten til forskjellene i forbruk. I områder med større geografiske avstander innenfor et opptaksområde vil reiseavstanden til sykehuset også være avgjørende for forbruket av sykehustjenestene.

HSØ RHF må blant annet gjennom dialog med kommunene understøtte tiltak som kan utjevne ulikheter som ikke kan forklares av forskjell i sykkelighet eller alderssammensetning. I et langsiktig perspektiv er det

⁹² <http://www.fhi.no>, 19.02.2014

ønskelig å utvikle tilbudet slik at det fremstår som likeverdig for befolkningen, og at grunnlaget for ressursfordeling/kapasitet bygger på dette.

Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling

Det at psykisk helsevern og TSB er adskilt i to tjenesteområder er i all hovedsak historisk betinget, og kan i enkelte tilfeller stå i motsats til dagens faglige tenkning som legger vekt på samtidighet i behandlingen og et tett samarbeid med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Et alternativ utviklingstrekk vil være at de to tjeneste- områdene får en tettere integrasjon både med hensyn til virksomhet og bygg.

Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet

Det akuttpsykiatriske tilbudet har i mange tilfeller vært samlokalisert med de somatiske sykehusfunksjonene. De strukturelle endringene innen psykisk helsevern for voksne med desentralisering av den allmennpsykiatriske delen av tilbudet gjennom etablering av DPS, parallelt med en avgrensning og spesialisering av de gjenværende sykehusavdelingene, har aktualisert et behov for samlokalisering av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene, slik som akuttpsykiatri, enheter for lengre tids tvungent psykisk helsevern for pasienter med psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser, sikkerhetspsykiatriske enheter på ”nivå 2”, døgntilbud for spiseforstyrrelser og alderspsykiatriske døgnavdelinger. Dette er spesialiserte funksjoner som skal finnes i alle sykehusområder. Dette for å få etablert robuste fagmiljøer med høy kompetanse, funksjonelle vaktordninger for leger og mulighet for fagutvikling og forskning. Det er et stadig større behov for og krav om spesialisert somatisk utredning av pasienter ved disse enhetene. Geografisk nærhet til somatiske sykehus fremheves som hensiktsmessig.

Særlig har det alderspsykiatriske tilbudet vært omfattet av store endringer de siste årene med en sterk reduksjon i antall døgnplasser, økt fagkompetanse og flere behandlerstillinger i døgnenhetene, samt etablering av alderspsykiatriske poliklinikker med bred og tverrfaglig utredningskompetanse. Selv om mange alderspsykiatriske avdelinger fortsatt ikke er samlokalisert med somatiske sykehus, utgjør somatisk utredning, herunder nevrologisk utredning, en stadig viktigere del av tilbudet som tilbys pasientene. Det alderspsykiatriske behandlingstilbudet står nå på mange måter ved et veiskille hvor det vil skje en utvikling i tre ulike retninger.

Psykisk helsevern til eldre pasienter vil i økende grad bli en del av det allmennpsykiatriske tilbudet ved DPS der hvor det ikke er snakk om demens eller sammensatte lidelser som krever spesialisert utredning og behandling. Utredning av demens og andre hjerneorganiske lidelser hos eldre pasienter vil kreve et tettere samarbeid med både nevrologiske og geriatriske fagmiljøer i det somatiske sykehuset, noe som kan gi grunnlag for strukturelle eller organisatoriske endringer hvor deler av det alderspsykiatriske tilbudet overføres til den somatiske delen av sykehuset. Den gjenværende delen av alderspsykiatrien vil sannsynligvis bli dominert av spesialpoliklinikk samlokalisert med en mindre døgnenhet for utredning og initiell behandling, supplert med ambulant tjeneste som følger opp pasienter i samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder

Spiseforstyrrelser er den diagnosegruppen med størst dødelighet innen psykisk helsevern og vi har solid kunnskap om at bredt innrettet tidlig intervensjon er viktig. Samtidig er man helt avhengig av mer spesialiserte sykehusfunksjoner både i det enkelte sykehusområdet og på regionalt nivå. Valg av organisatoriske og faglige rammebetingelser i den desentraliserte delen av psykisk helsevern vil i noen grad påvirke behovet for etablering av spesialiserte enheter på sykehusnivå, samt omfanget av regionale funksjoner eller flerområdefunksjoner.

Psykisk helsevern for barn og unge

Det er tre viktige grenseflater mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre deler av spesialisthelsetjenesten, barne- og ungdomsmedisin (inklusive barnehabilitering, TSB (psykiatriske

ungdomsteam) og psykisk helsevern for voksne. Barnemedisinske avdelinger har enkelte steder bygget opp egen barnepsykiatrisk kompetanse gjennom ansettelse av barnepsykiater og psykologspesialister. Det kan være aktuelt å etablere faste samarbeidsordninger i stedet for å bygge opp parallell kompetanse i det sykehusforankrede psykiske helsevern for barn og unge og barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.

Tilsvarende parallell kompetanse kan være tilfelle når det gjelder tilbud til rusmiddelmisbrukere, da ved poliklinikker. Mange steder har TSB, BUP og DPS samlokaliserte poliklinikker.

Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling

Det er først de siste 6 årene det er etablert sikkerhetsposter i alle sykehusområdene i Helse Sør-Øst. Helseforetakene har valgt ulike modeller for hvordan disse enhetene er organisert i forhold til øvrige psykiatriske døgnenheter på sykehusnivå. Det er også store forskjeller når det gjelder grad av bygningsmessig tilpasning til denne funksjonen.

Ansvars- og oppgavedelingen mellom de to nivåene innen sikkerhetspsykiatri er ikke klart definert, og en kan se for seg en utvikling hvor områdesykehusene i fremtiden må legge forholdene til rette for å ta imot pasienter med større sikkerhetsmessige utfordringer enn i dag. Dette gjelder både bygningsmessig tilrettelegging og personelldekning. Dimensjonering og bygningsmessig utforming av sikkerhetsposter vil kunne endres vesentlig i forhold til dagens situasjon.

Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste

Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) har bidratt til å styrke infrastrukturen for det psykiske helsearbeidet i kommunene gjennom blant økning av antall helsetjenesteårsverk i kommunene og botilbud til mennesker med psykiske lidelser.

En endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste vil kunne skje på flere måter.

I sykehusområder med store geografiske avstander og spredt befolkning har det vist seg å være en utfordring å opprettholde DPS-strukturen. Lokale DPS har i enkelte sammenhenger vist seg å bli for små til å ha bredt nok tilbud og tilstrekkelig kompetanse, bl.a. på grunn av problemer med rekruttering av spesialister. Det er derfor nå eksempler på at DPS organiseres i større enheter med et større geografisk opptaksområde. I enkelte sammenhenger har dette vært knyttet til en diskusjon om en del av de allmennpsykiatriske døgntilbudene ved DPS heller burde legges til sykehusene slik som tidligere.

Et scenario som er nærliggende å se for seg allerede på kort sikt er at det vil skje en betydelig avgrensning og spissing av det døgnbaserte DPS-tilbudet. En større del av det allmennpsykiatriske tilbudet vil være forankret i polikliniske og ambulante tilbud, eventuelt i kombinasjon med ulike typer dagavdelinger og korttidsopphold i døgnenhet som en del av beredskapstiltak, eventuelt i form av brukerstyrte senger. Det vil fortsatt være et behov for lokale døgninstitusjoner med god bemanning og høy behandlerdekning som kan inngå en behandlingsskjede for psykosebehandling. Dette for å forhindre unødvendig langvarige opphold ved akuttavdeling eller annen sykehusavdeling innen psykisk helsevern.

Et annet scenario som også var fremmet som forslag i en tidlig fase av utredning av samhandlingsreformen, er en total virksomhetsoverdragelse av DPS-er til kommunehelsetjenesten. Alternativet vil innebære vesentlige juridiske, organisatoriske og økonomiske endringer, og vurderes å være uaktuelt på kort eller mellomlang sikt.

Et tredje scenario vil være at DPS-ene blir en samhandlingsarena med tilbud fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. En slik virksomhetsmodell vil sannsynligvis kreve et økt arealbehov.

Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB

Det fremgår av strategiplanen til Helse Sør-Øst RHF for TSB at forankringen av spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor, for å gi mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling skal også representere den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.

Det legges videre i strategiplanen vekt på at behandlingsskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivert døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

Den gjennomsnittlige behandlingstiden hos de private avtalepartene er i tråd med dette betydelig redusert de siste årene både gjennom en reduksjon i gjennomsnittlig behandlingstid ved langtidsinstitusjonene og gjennom en viss omstilling av tilbudene fra langtidsbehandling til korttidsbehandling.

I et scenario hvor denne utviklingen fortsetter slik at rusbehandling hovedsakelig skjer i form av korttidsopphold i kombinasjon med poliklinikk og arenafleksible tiltak, vil kunne frigjøre en vesentlig kapasitet hos de private institusjonene.

Et annet scenario vil være at foretakene bygger opp egen kapasitet på bekostning av deler av den kapasitet som i dag ligger hos private. En slik modell vil muligens redusere behovet for koordinering og gjøre det enklere å utvikle helhetlige pasientforløp.

Et tredje scenario vil være at kommunene får et større ansvar for langtidsbehandling, noe som kan innebære en overføring av deler av de private behandlingstilbudene til kommunene.

Prosjektnotat 1

Beskrivelse og analyse av sykehusområdene og helseforetakene i Helse Sør-Øst (HSØ), somatikk

Vedlegg til rapporten "Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 HSØ RHF"

VERSJON

1

DATO

2014-09-15

FORFATTER(E)Marte Lauvsnes
Rita Konstante**OPPDRAGSGIVER(E)**

Helse Sør-Øst RHF

OPPDRAGSGIVERS REF.

Glenn Flandorfer

PROSJEKTNR

102004811

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

68 + vedlegg

SAMMENDRAG

Denne rapporten er sammen med Pasientforløpsanalyse for HSØ underlag for hovedrapporten om aktivitets- og kapasitetsanalyse for HSØ. Rapporten beskriver kort hvert sykehusområde (SO) og de helseforetak (HF) og private ideelle sykehus som har fått sørge-for ansvar i hvert SO. Private ideelle sykehus som har driftsavtaler med HSØ er også tatt med innenfor de sykehusområder de er lokalisert i.

Med utgangspunkt i dagens kapasitet er det gjort en sammenligning av dagens aktivitet og beregnet kapasitetsbehov. Det er også brukt resultatene fra pasientforløpsanalysene for å se på fremtidig kapasitetsbehov og relatert dette til dagens kapasiteter. Når det benyttes basis utnyttelsesgrad i beregningene av behov, har spesielt Ahus for få senger, mens OUS og Vestre Viken har flere senger enn beregnet behov. Ved en fremskriving vil situasjonen bli ytterligere krevende for både Ahus og Sykehuset Østfold. Disse to HF'ene vil ha behov for til sammen 260 senger og 12 operasjonsstuer mer enn dagens kapasitet er. De øvrige SO og HF har tilstrekkelig kapasitet. Sørlandet Sykehus og Sykehuset Telemark er de HF som har størst overkapasitet. Alt dette gitt dagens oppgavedeling mellom sykehusene. For intensiv vil det være behov for en betydelig økning i kapasitet samlet sett.

Den bygningsmessige kvaliteten er av stor betydning for muligheten for å utnytte dagens kapasiteter tilstrekkelig. Mange sykehus har gamle bygg med fragmenterte enheter der det er store begrensninger for fleksibel bruk av kapasitetene, samt dårlig standard på f.eks. operasjonsstuer. Det bør derfor være en gjennomgang av byggenes egnethet før man konkluderer om aktiviteten kan økes.

UTARBEIDET AV

Marte Lauvsnes, Forskningsleder

GODKJENT AV

Randi E. Reinertsen, Forskningsjef

PROSJEKTNOTAT NR

1

SIGNATUR



SIGNATUR



GRADERING

Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn.....	5
2	Begrepsavklaring	5
3	Datagrunnlag og metode	5
4	Status aktivitet og kapasitet i Helse Sør-Øst	7
4.1	Akershus sykehusområde	7
4.1.1	Aktivitet 2012	8
4.1.2	Kapasitet og kapasitetsbehov 2014.....	8
4.1.3	Forbruksrater 2012.....	8
4.1.4	Pasientstrømmer 2012	9
4.1.5	Aktivitet 2030	11
4.1.6	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	11
4.1.7	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	12
4.2	Innlandet sykehusområde	12
4.2.1	Aktivitet 2012	13
4.2.2	Kapasitet og kapasitetsbehov 2014.....	13
4.2.3	Forbruksrater 2012.....	14
4.2.4	Pasientstrømmer 2012	15
4.2.5	Aktivitet 2030	17
4.2.6	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	18
4.3	Oslo sykehusområde.....	19
4.3.1	Aktivitet 2012	20
4.3.2	Kapasitet 2014	20
4.3.3	Forbruksrater 2012.....	21
4.3.4	Pasientstrømmer 2012	22
4.3.5	Aktivitet 2030	24
4.3.6	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	26
4.4	Sørlandet sykehusområde	28
4.4.1	Aktivitet 2012	29
4.4.2	Kapasitet og kapasitetsbehov 2014.....	29
4.4.3	Forbruksrater 2012.....	29
4.4.4	Pasientstrømmer 2012	30
4.4.5	Aktivitet 2030	31

4.4.6	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	32
4.5	Telemark og Vestfold sykehusområde.....	33
4.5.1	Aktivitet 2012	33
4.5.2	Kapasitet 2014.....	33
4.5.3	Forbruksrater 2012.....	35
4.5.4	Pasientstrømmer 2012	35
4.5.5	Aktivitet 2030	37
4.5.6	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	39
4.6	Vestre Viken sykehusområde.....	41
4.6.1	Aktivitet 2012	41
4.6.2	Kapasitet og kapasitetsbehov 2014.....	42
4.6.3	Forbruksrater 2012.....	43
4.6.4	Pasientstrømmer 2012	43
4.6.5	Aktivitet 2030	45
4.6.6	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	47
4.7	Østfold sykehusområde	48
4.7.1	Aktivitet 2012	48
4.7.2	Kapasitet og kapasitetsbehov 2014.....	49
4.7.3	Forbruksrater 2012.....	49
4.7.4	Pasientstrømmer 2012	50
4.7.5	Aktivitet 2030	50
4.7.6	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	51
4.8	Sunnaas sykehus HF	52
4.8.1	Aktivitet 2012	52
4.8.2	Kapasitet og kapasitetsbehov 2014.....	52
4.8.3	Pasientstrømmer 2012	53
4.8.4	Aktivitet 2030	53
4.8.5	Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030	54
4.9	Private leverandører	54
4.10	Kapasitetsbehov intensivplasser.....	55
5	Strategiske planer, utviklings- og utbyggingsprosjekter	56
5.1	Helse Sør-Øst.....	56
5.2	Akershus universitetssykehus HF.....	57
5.3	Oslo universitetssykehus HF	57
5.4	Sykehuset Innlandet HF	58
5.5	Sykehuset Telemark HF.....	58
5.6	Sykehuset i Vestfold HF.....	60
5.7	Sunnaas sykehus HF	61
5.8	Sykehuset Østfold HF	61

5.9	Sørlandet sykehus HF.....	61
5.10	Vestre Viken HF.....	62
5.11	Private tjenesteleverandører	63
6	Kapasitetsbalanse og planlagte investeringsprosjekter HSØ, oppsummert	64
6.1	Kapasitetsbalanse	64
6.2	Investeringsprosjekter oppsummert	66
7	Drøfting og oppsummering	67

1 Bakgrunn

Dette dokumentet er et underlag for hovedrapporten "*Analyse av aktivitet- og kapasitetsbehovet i Helse Sør-Øst (HSØ) fram mot 2030*". Denne rapporten gir en status for kapasitet og aktivitet, samt beskrivelse av strategiske planer og planlagte utbyggingsprosjekter. I tillegg er også dokumentet "*Pasientforløpsanalyser for somatikk, Helse Sør-Øst*" et underlag for hovedrapporten. I det sistnevnte underlaget finnes all fremskriving av aktivitet og kapasitetsberegning fram mot 2030. Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov følger i hovedsak metode for fremskriving utviklet av *Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS)*.

Denne rapporten tar utgangspunkt i sykehusområder og aktiviteten i disse. I noen sykehusområder er det hovedsakelig ett helseforetak der det meste av tjenesten utføres, mens i andre sykehusområder er det flere helseforetak og private virksomheter som utøver tjenestene. Vi har knyttet private ideelle tjenesteutøverne til de sykehusområder de er lokalisert i, selv om vi er kjent med at flere av disse har pasienter fra flere sykehusområder. Sunnaas sykehus HF er et eget helseforetak som tilbyr tjenester for hele regionen og også noen landsdekkende tjenester, og er i denne rapporten beskrevet særskilt.

2 Begrepsavklaring

Pasientforløp: Diagnosegrupper etter hoveddiagnose ICD-10, brukt for å beskrive og beregne dagens og framtidig aktivitets- og kapasitetsbehov.

Kapasitet: Rom ("kapasitetsbærende"), f eks antall døgnplasser, dagplasser, poliklinikkrom etc.

Sykehusområder: Opptaksområder med befolkningsgrunnlag på 300 000 -500 000 innbyggere. Opprettet etter modell fra Danmark med mål om å dekke de fleste spesialisthelsetjenester innenfor et område.

3 Datagrunnlag og metode

Beskrivelse av dagens virksomhet i sykehusområdene er hentet ut fra strategiske planer, informasjon på helseforetakenes hjemmesider, informasjon innhentet fra medlemmer i arbeidsgruppen og fra Helse Sør-Øst.

Aktivitetsdata for hvert sykehusområde og helseforetak, samt alle private sykehus, private avtalespesialister og private rehabiliteringsinstitusjoner er innhentet fra Helse Sør-Øst og basert på data fra Norsk pasientregister. Lokale data fra helseforetakene er i hovedsak benyttet for å se dagens tidsbruk innen operasjonsvirksomheten. Informasjon om opptaksområder for helseforetakene og sykehusområder er innhentet fra Helse Sør-Øst.

Metode for uttrekk av data, fremskriving av aktivitet og analyser er beskrevet i pasientforløpsanalysene, og det er et eget metodokument som et vedlegg (vedlegg 4) til leveranse av hovedrapporten. Det er derfor ikke detaljert beskrevet metode i denne rapporten.

Kapasitet i dagens sykehus er kartlagt av HF/sykehus ved hjelp av Klassifikasjonssystem for sykehusbygg¹. Klassifikasjonssystemet har en veileder som viser til hvordan rom og arealer skal kartlegges, benevnes og klassifiseres. SINTEF har bidratt med faglige avklaringer og kvalitetssikring av data. På grunn av utfordringer ved innføring av klassifikasjonssystemet er det også innhentet lokale kapasitetsdata fra eiendomsavdelinger og fra medlemmene i arbeidsgruppen. På grunn av at data er hentet fra forskjellige kilder kan det være noe usikkerhet med kvaliteten i kartleggingen. Det er spesielt kartlegging av dagplasser det knyttes usikkerhet til da det kan være noe forskjellig oppfatning og tolkning av hva en dagplass er.

Det er gjort en sammenstilling av dagens faktiske kapasitet i sykehusene med et beregnet kapasitetsbehov. I denne beregningen er det ikke differensiert mellom ulike typer døgnplasser, og det kan derfor være en liten forskjell i forhold til metoden som benyttes for fremskriving av kapasitetsbehov. For døgnplasser er det for dagens aktivitet benyttet en utnyttelsesgrad på 85 % som gjennomsnitt for å beregne kapasitetsbehov. For poliklinikk, dagopphold og operasjon er det benyttet de samme utnyttelsesgrader som basisalternativet i fremskrivingen. Spesialrom i poliklinikker som på grunn av spesiell utforming eller utstyr ikke brukes fleksibelt er ikke talt med, og regnes som en tilleggsressurs i alle beregninger av poliklinikk kapasitet.

Beregningsmåter for basis og høy utnyttelsesgrad står nærmere beskrevet i metodedokumentet. Basis utnyttelsesgrad har en 85 % utnyttelse av "normalsenger" (døgnplasser), samt 7 timers åpningstid (= pasienttid) på poliklinikker og operasjon 240 dager/år. Høy utnyttelsesgrad har 90 % utnyttelse av "normalsenger" og 10 timers åpningstid på poliklinikker og operasjon 240 dager/år.

Det er ikke gjort beregninger av effektene av høy utnyttelsesgrad på dagens virksomhet. Dette på grunn av store forskjeller i potensialene for å utnytte kapasitetene. Både antall lokasjoner og den bygningsmessige struktur og kvalitet på byggene har stor betydning. Det er klare begrensninger for utnyttelse av kapasiteter ved lokalisering av funksjoner på flere steder, høy andel flersengsrom osv. I de kapasitetsdata som er innhentet er disse kvalitative aspektene ikke analysert nærmere. Potensialene for å utnytte dagens kapasitet optimalt vil derfor variere mye mellom HF'ene.

Når antall operasjonsstuer er kartlagt er det ikke differensiert mellom store og små operasjonsstuer, kvalitet og lokalisering. Dette er viktige faktorer når det gjelder fleksibilitet og utnyttelse av denne ressursen, slik at denne analysen bør følges opp av en egnethetsvurdering for å få et komplett bilde av ressursen.

Utnyttelse av kapasitetene henger også sammen med tilgjengelig personell og pasientgrunnlag. Dette er ikke analysert i denne utredningen.

For kapasitetsbehov i intensiv og tung overvåking er det ikke utført analyser av dagens aktivitet helseforetaksnivå. Vi viser til bruk av Walesmodellen som er beskrevet i pasientforløpsanalysen og i tillegg viser vi også til "*Rapport intensivkapasitet i Helse Sør-Øst*" fra 2014, utarbeidet av fagutvalg i intensivmedisin i Helse Sør-Øst. I kapittel 4.10 sammenlignes beregnet kapasitetsbehov. Det er også vist en metode for fordeling av intensivplasser mellom helseforetakene. Denne har store usikkerheter og må kvalitetssikres nærmere med helseforetakene.

¹ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, v 3.1.2 Helsedirektoratet september 2013

4 Status aktivitet og kapasitet i Helse Sør-Øst

Godt over halvparten av den norske befolkning er bosatt i det geografiske ansvarsområdet til Helse Sør-Øst. Regionen vil derfor i stor grad påvirke det nasjonale gjennomsnittet for målene på bruk av spesialisthelsetjenester.

Denne delrapporten beskriver aktivitet med utgangspunkt i de 7 sykehusområdene i Helse Sør-Øst (tabell 1) og hvordan pasientstrømmene er fra sykehusområdene til de ulike helseforetakene og de private ideelle leverandørene.

Tabell 1 Sykehusområder og opptaksområder for helseforetak og private ideelle i Helse Sør-Øst, innbyggertall i 2012

Innbyggertall i sykehusområder vs helseforetak og private/ideelle i HSØ 2012			
Sykehusområde	Innbygger tall 2012	Helseforetak/private ideelle sykehus	Innbygger tall 2012
Østfold SO	277664	Sykehuset Østfold HF	277664
Akershus SO	471661	Akershus universitetssykehus HF	471661
Oslo SO	508168	Oslo universitetssykehus HF	250802
		Lovisenberg Diakonale sykehus	128374
		Diakonhjemmet Sykehus	128992
Innlandet SO	392917	Sykehuset Innlandet HF	392917
Vestre Viken SO	457844	Vestre Viken HF	457844
Telemark/Vestfold SO	391186	Sykehuset Telemark HF	170023
		Sykehuset i Vestfold HF	221163
Sørlandet SO	285819	Sørlandet sykehus HF	285819
Totalt Helse Sør-Øst	2785259	Totalt Helse Sør-Øst	2785259

I tillegg til helseforetakene og de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus er det en rekke private ideelle og kommersielle leverandører av spesialisthelsetjenester. Det er flere ideelle spesialsykehus (Lillehammer Revmatismesykehus, Betanien Hospital, Martina Hansens Hospital) som har avtale med Helse Sør-Øst. Disse er i denne rapporten beskrevet under det sykehusområdet de er lokalisert selv om de har et tilbud som skal kunne gjelde flere sykehusområder.

Sunnaas sykehus HF er et eget helseforetak som driver spesialisert rehabilitering, er i denne rapporten beskrevet særskilt selv om foretaket er lokalisert i Akershus sykehusområde. De tilbyr tjenester og har pasienter fra hele regionen og også noe fra resten av landet.

4.1 Akershus sykehusområde

Den somatiske virksomheten for pasienter Akershus SO tilbys ved hovedsykehuset på Nordbyhagen og i tillegg til noe virksomhet ved Ski sykehus. Stensby sykehus ble nedlagt i 2013.

Det var i 2012 ca. 470 00 innbyggere i Akershus SO. Følgende kommuner inngår i Akershus SO: Rømskog, Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden, Oppegård, Aurskog-Høland, Sørums, Fet, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Skedsmo, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Eidsvoll, Nannestad og Hurdal. I tillegg til disse er det tre bydeler i Oslo kommune: Grorud, Stovner og Alna. Disse tre bydelene ble i 2011 en del av Akershus sykehusområde og har til sammen i overkant av 105 000 innbyggere. Kommunestørrelsen når det gjelder innbyggertall varierer fra Rømskog som er den minste med 688 innbyggere til den største som er Skedsmo med nesten 50 000 innbyggere.

4.1.1 Aktivitet 2012

Aktivitetsdata for Ahus HF (innhentet fra NPR/HSØ) er gjengitt i tabellen under:

Tabell 2 Aktivitetsdata oppsummert², Akershus Universitetssykehus, 2012

Aktivitet 2012 Akershus Universitetssykehus	
Døgnopphold	59 121
Liggedager	233 896
Dagopphold	20 870
Polikliniske konsultasjoner	264 314
Operasjoner	19 637

For operasjonsvirksomheten var det 46 % som var utført dagkirurgisk eller poliklinisk. Ahus har en høy andel øyeblikkelig hjelp, 73 % av alle døgnopphold.

4.1.2 Kapasitet og kapasitetsbehov 2014

Akershus universitetssykehus har sin kapasitet fordelt på lokasjoner i Ski og Nordbyhagen. Lokasjonen Nordbyhagen er det nye Ahus som ble ferdigstilt i 2008.

Ved å beregne et kapasitetsbehov med utgangspunkt i aktivitet fra 2012 og sammenstille det med den faktiske kapasiteten Ahus HF har i 2014, viser tabell 3 at det er et beregnet underskudd på senger og overskudd på dagplasser og poliklinikkrom dersom man bruker forutsetningen om basis utnyttelsesgrad. Ahus har i dag en høyere utnyttelsesgrad på senger enn de 85 % som er beregnet i basis utnyttelsesgrad.

Tabell 3 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Ahus HF i 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Ahus HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	755	677	-78
Dagplasser	43	123	80
Poliklinikkrom	123	160	37
Operasjonsstuer	23	25	2

4.1.3 Forbruksrater 2012

Tabell 4 viser forbruk av tjenester i Ahus SO per 1000 innbyggere i 2012. Forbruksratene er ikke behovsjustert. Endring i forbruksrater inngår også i vurderingen av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, se vedlegg 2 om pasientforløpsanalysene.

I denne tabellen er private sykehus uten driftsavtale og private rehabiliteringsinstitusjoner holdt utenfor samt opphold andre SO enn HSØ. Private avtalespesialister er inkludert.

² Tallene i oppsummeringen avviker noe i forhold til tallene i tabell 6 og 7 på grunn av en korrigering av aktivitet for 0-dagsliggere

Tabell 4 Forbruksrater spesialisthelsetjenester for befolkningen i Akershus SO. Sammenligning med øvrige SO i HSØ og HSØ totalt.

Forbruksrater Akershus SO 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikli konsultasjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt. spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

Befolkningen i Ahus SO har, med unntak av Oslo SO, de laveste forbruksratene i HSØ RHF for all aktivitet, også når det tas hensyn til bruk av private avtalespesialister. For forbruk av polikliniske konsultasjoner ligger Ahus SO lavest av alle.

En korrigering av forbruket til gjennomsnittet for HSØ RHF vil ha stor betydning for aktiviteten og kapasitetsbehovet. En korrigering opp til en aktivitet tilsvarende gjennomsnitt for HSØ vil gi en sterk økning i kapasitetsbehov.

Behovsindeks for Ahus SO er noe lavere enn gjennomsnittet for Helse Sør-Øst. Nasjonal indeks er på 0,92 for dette sykehusområdet (tabell for behovsindekser er gjengitt i vedlegg 2, Pasientforløpsanalyser, somatikk s.10). Det er ikke korrigert for dette, men det kan ha betydning for forbruket.

4.1.4 Pasientstrømmer 2012

Tabell 5 viser at av de over 700 000 sykehuskontakter fra innbyggerne i Ahus SO i 2012, så foregikk 304 000, eller ca.43 %, ved Ahus HF. 29 % av alle polikliniske konsultasjoner for befolkningen i Ahus SO var hos private avtalespesialister. I tillegg til aktiviteten i Ahus HF og hos private avtalespesialister var den største aktiviteten for befolkningen i Ahus SO ved OUS HF, 23 % av alle kontakter. Det kan antas at 10-15 % av kontaktene gjelder pasienter som av faglige grunner ble behandlet ved OUS HF. Når det korrigeres for dette er Ahus SO det sykehusområdet innenfor HSØ som har største pasientstrømmene ut av eget område.

Tabell 5 Aktivitet Ahus SO 2012 fordelt på behandlende HF og hos private leverandører

Aktivitet fra Akershus SO fordelt på de HF pasientene behandles på										
Helseforetak	Døgn-opphold 2012	Øhj døgn-opphold 2012	% andel døgn-opphold øhj 2012	Kir DRG døgn-opphold 2012	% andel døgn-opphold Kir 2012	Ligge-dager 2012	Gjenno m snittlig Liggetid 2012	Dag-opphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Alle kontakt-typer
Sum alle	74 730	47 505	63,6 %	17 188	7	351 926	4,7	38 253	595 123	708 106
Akershus universitetssykehus HF	51 987	39 189	75,4 %	9 373	0	214 335	4,1	19 505	232 961	304 453
Oslo universitetssykehus HF	11 085	4 504	40,6 %	4 665	0	47 881	4,3	9 847	144 317	165 249
Lovisenberg	816	40	4,9 %	596	1	3 036	3,7	1 279	7 949	10 044
Diakonhjemmet	542	76	14,0 %	222	0	1 835	3,4	109	8 396	9 047
Martina Hansens hospital	1 255	29	2,3 %	715	1	5 577	4,4	899	12 042	14 196
Vestre Viken HF	393	252	64,1 %	131	0	981	2,5	450	1 903	2 746
Oslo kommunale legevakt	1 265	1 265	100,0 %	0	0	731	0,6			1 265
Sykehuset Innlandet HF	923	589	63,8 %	316	0	3 179	3,4	373	3 311	4 607
Sunnaas sykehus HF	539	0	0,0 %	0	0	8 818	16,4	10	1 076	1 625
Sykehuset Østfold HF	483	420	87,0 %	88	0	981	2,0	163	2 263	2 909
Sykehuset i Vestfold HF	168	79	47,0 %	25	0	620	3,7	71	647	886
Sykehuset Telemark HF	147	87	59,2 %	64	0	575	3,9	62	627	836
Sørlandet sykehus HF	76	73	96,1 %	17	0	142	1,9	20	257	353
Revmatimesykehuset Lilleham	29	0	0,0 %	0	0	155	5,3	0	63	92
Betanien hospital (Telemark)	2	0	0,0 %	0	0	6	3,0	0	16	18
Andre Helseforetak	606	450	74,3 %	167	0	1 830	3,0	486	2 121	3 213
Private avtalespesialister									173 810	173 810
Private rehabiliteringsinstitusjo	2 276					50 320	22,1	2 087		4 363
Private sykehus	1 532	2	0,1 %	642	0	9 094	5,9	2 406	1 243	5 181

Tabell 6 viser at Ahus HF i hovedsak behandler pasienter fra eget SO. Av den samlede aktiviteten er ca. 90 % knyttet til pasienter fra Ahus sykehusområde. Pasientstrømmer inn til Ahus HF fra andre sykehusområder kommer i hovedsak fra Oslo SO (3,5 %) og Innlandet SO (3,7 %).

Tabell 6 Aktivitet Ahus HF i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

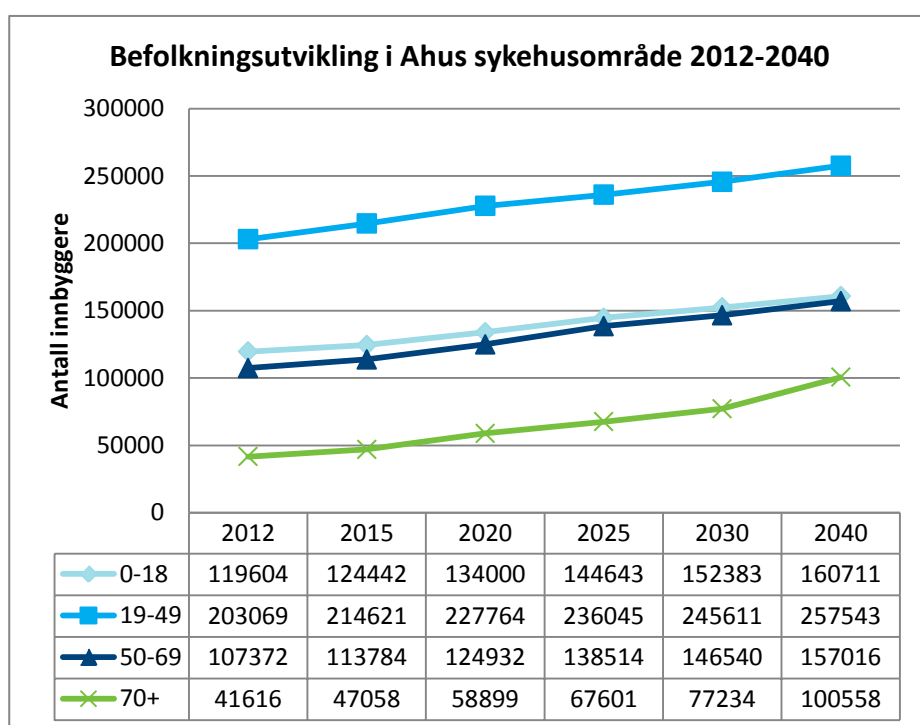
Aktivitet Akershus universitetssykehus HF etter hvor pasientene kommer fra									
Sykehusområde	Døgn-opphold 2012	Øhj døgn-opphold 2012	% andel døgn-opphold øhj 2012	Ligge-dager 2012	Gjennom snittlig Liggetid 2012	Dag-opphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Alle kontakt-typer	Aktivitet fordelt på SO i %
Sum alle	58107	42441	73,0%	232 882	4,0	20870	258566	337543	100,0 %
Akershus SO	51987	39189	75,4%	214 335	4,1	19505	232961	304453	90,2 %
Innlandet SO	2068	1118	54,1%	7 074	3,4	675	9755	12498	3,7 %
Oslo SO	1984	820	41,3%	5 674	2,9	523	9473	11980	3,5 %
Vestre Viken SO	395	174	44,1%	812	2,1	34	1918	2347	0,7 %
Telemark og Vestfold SO	176	110	62,5%	731	4,2	3	521	700	0,2 %
Sørlandet SO	106	46	43,4%	227	2,1	6	255	367	0,1 %
Østfold SO	468	201	42,9%	1 301	2,8	47	2140	2655	0,8 %
Ikke registrert	355	340	95,8%	1 258	3,5	56	496	907	0,3 %
Andre sykehusområder	568	443	77,99 %	1470	2,6		1047	1636	0,5 %

Med et totalt beregnet kapasitetsbehov for pasienter bosatt i Ahus SO på 1135 senger, brukes 444 senger (beregnet med gjennomsnittlig beleggsprosent 85 % og ikke differensiert på sengetyper) i andre HF enn Ahus, samt i private institusjoner. Det er først og fremst i private rehabiliteringsinstitusjoner og i sykehusene i Oslo. Når private rehabiliteringsinstitusjoner holdes utenfor var det en aktivitet som tilsvarer 281 senger utenfor Ahus HF. Aktiviteten i Ahus HF tilsvarer 691 senger (60 % av det totale behovet) for

innlagte pasienter i 2012. Private sykehus uten driftsavtale utgjør en liten andel av aktiviteten, kun 2-3 % av liggedagene og under 1 % av poliklinikk/dagoppholdene.

4.1.5 Aktivitet 2030

Figur 1 viser befolkningsprognoser for Akershus SO fra 2012 og med intervallene 2015, 2020, 2025, 2030 og 2040. Fremskrivningen er basert på SSBs variant med middels verdier (MMMM) for dødelighet, fødselsrater, flytting og innvandring. I pasientforløpsanalysen og hovedrapporten er alternative scenarier for befolkningsutvikling og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov drøftet.



Figur 1 Befolkningsprognose Ahus SO for 2012-2040 fordelt på aldersgrupper, SSB's alternativ MMMM

Figuren viser en økning fra 2012 til 2030 for alle aldersgrupper på til sammen 32 %. Aldergruppen 70 + øker mest, med mer enn 85 %. Det er store forskjeller i forventet befolkningsutvikling i de ulike kommunene, der Ullensaker, Ås og Sørumsund er de kommuner som øker mest i folketall, med 50-60 % i perioden 2012-2030. Ullensaker er den kommunen som øker mest i aldersgruppen 50+.

4.1.6 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Med utgangspunkt i aktivitetsfremskrivningen fra pasientforløpsanalysene (vedlegg 2) viser tabell 7 det fremtidige kapasitetsbehovet for Ahus HF.

I fremskrivningen inngår demografiske endringer, omstilling basert på pasientforløpsanalyser og korrigeringer for de scenariene (tillegg 20 % for etterspørsel) som er valgt. Det er en sterk økning for alle aktivitetsområder, men spesielt sterk for dagopphold. Dette forklares med den store omstilling fra døgn til dag som ligger i fremskrivningen og en generell forutsetning om økt dagbehandling og poliklinikk.

Tabell 7 Aktivitet 2030 fremskrevet

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Ahus HF			
	2012	2030	Prosentvis ending 2012-2030
Døgnopphold	59121	80633	36
Liggedager	233896	274521	17
Dagopphold	20870	42037	101
Polikliniske konsultasjoner	264314	399832	51
Operasjoner	19637	28081	43

4.1.7 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Tabell 8 viser differanse mellom registrert kapasitet i 2014 for Ahus HF og beregnet kapasitetsbehov. Det er benyttet alternative forutsetninger for kapasitetsutnyttelse. Ahus sin største utfordring blir i forhold til sengekapasitet. Gitt en basis kapasitetsutnyttelse er det et beregnet behov for 228 flere senger enn de har i dag. De vil også ha behov for 7 operasjonsstuer flere enn de har i dag.

Tabell 8 Kapasitetsbalanse Ahus 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Ahus HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	737		
Observasjonsseng	86		
Pasienthotell	82		
Døgnplasser totalt	905	677	-228
Dagplasser	107	123	16
Poliklinikkrom	171	160	-11
Operasjonsstuer	32	25	-7

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Ahus HF			
	2030	2014	kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	658		
Observasjonsseng	78		
Pasienthotell	78		
Døgnplasser totalt	814	677	-137
Dagplasser	71	123	52
Poliklinikkrom	71	160	89
Operasjonsstuer	25	25	0

Dersom Ahus øker utnyttelsesgraden til 95 % for døgnplasser vil kapasitetsbehovet ligge på 137 flere senger enn de har i dag. Økes utnyttelsesgraden for operasjonsvirksomheten til 10 timer/dag og 240 dager/år vil de i 2030 ha bort imot tilstrekkelig kapasitet med dagens antall operasjonsstuer.

4.2 Innlandet sykehusområde

Den somatiske virksomheten for pasienter fra Innlandet SO tilbys ved Hamar sykehus, Elverum sykehus, Lillehammer sykehus, Kongsvinger sykehus, Tynset sykehus og Gjøvik sykehus. I tillegg er det private ideelle Revmatismesykehuset i Lillehammer lokalisert i Innlandet sykehusområde.

Sykehuset Innlandet HF har også desentrale tjenester ved de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal (Otta i Sel kommune) og Valdres (Fagernes).

Det var i alt ca. 393 000 innbyggere i Innlandet SO i 2012. Følgende 48 kommuner inngår i sykehusområdet: Alvdal, Dovre, Eidskog, Elverum, Engerdal, Etnedal, Folldal, Gausdal, Gjøvik, Gran, Grue, Hamar, Kongsvinger, Lesja, Lillehammer, Lom, Lunner, Løten, Nes, Nor-Aurdal, Nord-Fron, Nord-Odal, Nordre Land, Os, Rendalen, Ringebru, Ringsaker, Sel, Skjåk, Stange, Stor-Elvdal, Søndre Land, Sør-Aurdal, Sør-Fron, Sør-Odal, Tolga, Trysil, Tynset, Vang, Vestre Slidre, Vestre Toten, Vågå, Våler, Østre Toten, Øyer, Øystre Slidre og Åmot.

Kommunestørrelsen når det gjelder innbyggertall varierer fra Engerdal som er den minste med ca. 1400 innbyggere til den største som er Ringsaker med ca. 33 000 innbyggere.

Revmatismesykehuset er et spesialsykehus for behandling og tverrfaglig rehabilitering av revmatiske pasienter. Sykehuset har driftsavtale med Helse Sør-Øst og har pasienter fra Innlandet sykehusområde, samt pasienter fra andre sykehusområder til lærings- og mestringssenteret.

4.2.1 Aktivitet 2012

Aktivitetsdata for Innlandet HF (innhentet fra NPR/HSØ) er gjengitt i tabellen under:

Tabell 9 Aktivitetsdata oppsummert, Innlandet HF, 2012

Aktivitet 2012 Sykehuset Innlandet HF	
Døgnopphold	61419
Liggedager	241592
Dagopphold	33465
Polikliniske konsultasjoner	334898
Operasjoner	30384

For operasjonsvirksomheten var det 55 % av totalt antall operasjoner som var utført dagkirurgisk eller poliklinisk. Dette er den høyeste andelen i HSØ foruten de private ideelle Betanien hospital og Martina Hansens hospital. Innlandet HF har en høy andel øyeblikkelig hjelp, 73 % av alle døgnopphold.

Tabell 10 Aktivitetsdata oppsummert, Revmatismesykehuset i Lillehammer

Aktivitet 2012 Revmatismesykehuset i Lillehammer	
Døgnopphold	1412
Liggedager	10044
Dagopphold	656
Polikliniske konsultasjoner	13264
Operasjoner	0

I Revmatismesykehuset er det pasienter til rehabilitering for revmatisk sykdom som får diagnostikk og behandling. Det er en oppholdstid for døgnpasienter på litt over 7 døgn.

4.2.2 Kapasitet og kapasitetsbehov 2014

Sykehuset Innlandet har sin kapasitet fordelt på 6 sykehuslokasjoner i tillegg til Revmatismesykehuset i Lillehammer. Tabellene under viser kapasiteten for Sykehuset Innlandet og Revmatismesykehuset.

Tabell 11 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Innlandet HF i 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset innlandet HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	779	861	82
Dagplasser	73	26	-47
Poliklinikkrom	156	287	131
Operasjonsstuer	34	41	7

Tabellen over viser at Innlandet har et beregnet behov som er lavere enn dagens kapasitet. Sykehuset Innlandet har en relativt gammel bygningsmasse og mange lokasjoner, slik at mulighetene for utnyttelse av kapasiteten begrenses noe av dette. Det er høy kapasitet også på poliklinikkrom og operasjonsstuer sammenstilt med beregnet behov.

Tabell 12 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Revmatismesykehuset, Lillehammer i 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Revmatismesykehuset Lillehammer			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	32	40	8
Dagplasser	1	0	-1
Poliklinikkrom	6	18	12
Operasjonsstuer	0	0	0

Revmatismesykehuset, Lillehammer har noe mer kapasitet enn beregnet behov. Det er imidlertid en virksomhet som stort sett er elektiv, og som ikke vil kunne ha høy utnyttelsesgrad av den grunn.

4.2.3 Forbruksrater 2012

Tabell 13 viser forbruk av tjenester i Innlandet SO per 1000 innbyggere i 2012. Forbruksratene er ikke behovsjustert. Endring i forbruksrater inngår også i vurderingen av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, se vedlegg 2 om pasientforløpsanalysene.

I denne tabellen er private sykehus uten driftsavtale og private rehabiliteringsinstitusjoner holdt utenfor samt opphold i andre SO enn HSØ. Private avtalespesialister er inkludert.

Tabell 13 Forbruksrater spesialisthelsetjenester for befolkningen i Innlandet SO. Sammenligning med øvrige SO i HSØ og HSØ totalt.

Forbruksrater Sykehuset Innlandet 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikli konsultasjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt. spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

Innlandet SO har nest etter Telemark og Vestfold SO de høyeste forbruksratene for døgnopphold og liggedager. Det samlede forbruket av poliklinikk/dagopphold/avtalespesialister ligger lavest i HSØ.

En korrigering av forbruket til gjennomsnittet for HSØ RHF vil ha stor betydning for aktiviteten og kapasitetsbehovet. En korrigering ned til en aktivitet tilsvarende gjennomsnitt for HSØ vil gi et redusert sengebehov. Årsakene er ikke kjent, men både tilgjengelig kapasitet, lange reiseavstander og lavere omstilling til dagbehandling og poliklinikk kan være mulige årsaker. Et høyt antall kommuner og mange sykehusenheter gjør også samhandling mellom sykehusenheter og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste utfordrende.

Behovsindeks for befolkningen i Innlandet SO er høyest i Helse Sør-Øst, og vil kunne ha betydning for aktivitetsnivået.

4.2.4 Pasientstrømmer 2012

Tabell 14 viser at av de over 637 000 sykehuskontakter fra innbyggerne i Innlandet SO i 2012, så foregikk 408 000, eller ca. 64 %, ved Sykehuset Innlandet HF. 23 % av alle polikliniske konsultasjoner for befolkningen i Innlandet SO var hos private avtalespesialister. I tillegg til aktiviteten i Sykehuset Innlandet HF og hos private avtalespesialister var den største aktiviteten for befolkningen i Innlandet SO ved OUS HF, 8 % av alle kontakter. Det kan antas at størstedelen av disse kontaktene gjelder pasienter som av faglige grunner ble behandlet ved OUS HF.

Tabell 14 Aktivitet Innlandet SO 2012 fordelt på behandlende HF og hos private leverandører

Aktivitet fra Innlandet SO fordelt på de HF pasientene behandles på										
Helseforetak	Døgnoophold 2012	Øhj døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj 2012	Kir DRG døgnoophold 2012	% andel døgnoophold Kir 2012	Liggedager 2012	Gjennom snittlig Liggetid 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Alle kontakttyper
Sum alle	74982	46301	61,7%	17908	23,9%	363 928	4,9	50312	511973	637267
Sykehuset Innlandet HF	56655	41428	73,1%	12647	22,3%	225 301	4,0	32375	319125	408155
Oslo universitetssykehus HF	7276	2364	32,5%	3412	46,9%	32 583	4,5	3590	40949	51815
Akershus universitetssykehus HF	2068	1118	54,1%	382	18,5%	7 074	3,4	675	9755	12498
Revmatismesykehuset Lillehammer	1043	16	1,5%	0	0,0%	8 104	7,8	648	12915	14606
Vestre Viken HF	577	341	59,1%	184	31,9%	1 727	3,0	494	3020	4091
Lovisenberg	293	45	15,4%	195	66,6%	894	3,1	1925	1592	3810
Sunnaas sykehus HF	248	0	0,0%	0	0,0%	3 336	13,5	0	94	342
Diakonhjemmet	145	50	34,5%	50	34,5%	525	3,6	11	919	1075
Martina Hansens hospital	143	5	3,5%	108	75,5%	634	4,4	127	885	1155
Oslo kommunale legevakt	102	102	100,0%	0	0,0%	48	0,5	0	0	102
Sykehuset i Vestfold HF	98	46	46,9%	13	13,3%	386	3,9	247	310	655
Sykehuset Telemark HF	94	44	46,8%	48	51,1%	217	2,3	17	248	359
Sykehuset Østfold HF	69	66	95,7%	9	13,0%	173	2,5	12	211	292
Sørlandet sykehus HF	62	55	88,7%	9	14,5%	109	1,8	18	140	220
Betanien hospital (Telemark)	1	0	0,0%	0	0,0%	2	2,0	0	7	8
Andre helseforetak	1070	620	57,9 %	364,0 %	34,0 %	3850	3,6	670	5366	7106
Private sykehus	1804	1	0,1%	847	47,0%	6 719	3,7	755	60	2619
Private avtalespesialister									116377	116377
Private rehabiliteringsinstitusjoner	3234					72246	22,3	8748		11982

Med et totalt beregnet kapasitetsbehov i 2012 for pasienter bosatt i Innlandet SO på 1174 senger, brukes 447 senger (beregnet med gjennomsnittlig beleggsprosent 85 % og ikke differensiert på sengetyper) i andre HF enn Innlandet, samt i private institusjoner. Når private rehabiliteringsinstitusjoner holdes utenfor var det en aktivitet som tilsvarer 214 senger utenfor Sykehuset Innlandet HF. Aktiviteten i Sykehuset Innlandet HF tilsvarte 727 senger (62 % av det totale behovet) for innlagte pasienter i 2012. Private sykehus uten driftsavtale utgjør en liten andel av aktiviteten, under 2 % av liggedagene.

Tabell 15 viser at Sykehuset Innlandet HF i hovedsak behandler pasienter fra eget SO. Av den samlede aktiviteten er ca. 94 % knyttet til pasienter fra Innlandet sykehusområde. Pasientstrøm inn til Sykehuset Innlandet HF fra andre sykehusområder kommer i hovedsak fra Ahus SO og St. Olav SO, men utgjør kun litt i overkant av 2 % til sammen av det samlede antall liggedager ved Sykehuset Innlandet.

Tabell 15 Aktivitet Sykehuset Innlandet HF i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Sykehuset Innlandet HF etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnoophold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	60723	240 896	33465	330951
Innlandet SO	56655	225 301	32375	319125
Akershus SO	923	3 179	373	3311
St. Olav SO	706	2 343	308	1619
Oslo SO	518	1 582	116	1542
Vestre Viken SO	414	1 602	127	1975
Ikke registrert	389	874	15	942
Østfold SO	211	1 167	37	418
Telemark/Vestfold SO	176	794	22	415
Andre sykehusområder	731	4054	92	1604

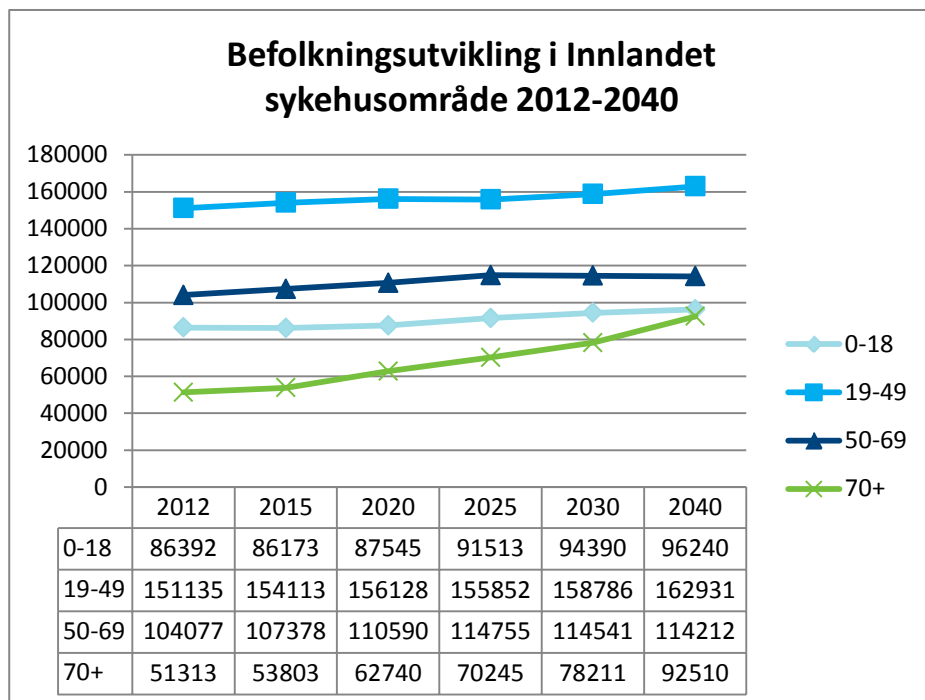
Tabell 16 viser hvor pasienter til Revmatismesykehuset Lillehammer kommer fra. 74 % av døgnoopholdene er for pasienter bosatt i Innlandet SO.

Tabell 16 Aktivitet Revmatismesykehuset Lillehammer i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Revmatismesykehuset Lillehammer etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	1411	10 043	656	13260
Innlandet SO	1043	8 104	648	12915
Telemark/Vestfold SO	55	305	1	22
Vestre Viken SO	49	312	7	186
St. Olav SO	39	189	0	11
Akershus SO	29	155	0	63
Sørlandet SO	21	95	0	9
Oslo SO	13	62	0	24
Østfold SO	12	74	0	6
Andre sykehusområder	150	747	0	24

4.2.5 Aktivitet 2030

Figur 2 viser befolkningsprognoser for Innlandet SO fra 2012 og med intervallene 2015, 2020, 2025, 2030 og 2040. Fremskrivningen er basert på SSBs variant med middels verdier (MMMM) for dødelighet, fødselsrater, flytting og innvandring. I pasientforløpsanalysen og hovedrapporten er alternative scenarier for befolkningsutvikling og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov drøftet.



Figur 2 Befolkningsprognose Innlandet SO for 2012-2040 fordelt på aldersgrupper, SSB's alternativ MMMM

Figuren viser en økning fra 2012 til 2030 for alle aldersgrupper med litt i overkant av 13 % totalt. Aldersgruppen 70 + øker mest, med mer enn 52 %. Det er store forskjeller i forventet befolkningsutvikling i de ulike kommunene, der Nes, Gjøvik og Tynset er de kommuner som er forventet å øke mest i folketall,

med 20-21 % i perioden 2012-2030. Lunner og Nes er de kommunene som øker mest i aldersgruppen 50+. Noen små kommuner har en forventet reduksjon i folketall.

Tabell 18 viser fremskrevet aktivitet for 2030. I fremskrivingen inngår demografiske endringer, omstilling basert på pasientforløpsanalyser og korrigeringer for de scenariene som er valgt. Det er en økning for alle aktivitetsområder unntatt liggedager, og spesielt sterk for dagopphold. Dette forklares med den store omstilling fra døgn til dag som ligger i fremskrivingen og en generell forutsetning om økt dagbehandling og poliklinikk.

Tabell 17 Aktivitet 2030 fremskrevet

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/endring 2012-2030, Innlandet HF			
	2012	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Døgnopphold	61419	71607	17
Liggedager	241592	236571	-2
Dagopphold	33465	55864	67
Polikliniske konsultasjoner	334898	443237	32
Operasjoner	30384	37646	24

4.2.6 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Med utgangspunkt i aktivitetsfremskrivingen fra pasientforløpsanalysene (vedlegg 2) viser tabell 18 det fremtidige kapasitetsbehovet for Innlandet HF.

Tabell 18 Kapasitetsbalanse Innlandet 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Innlandet HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	638		
Observasjonsseng	68		
Pasienthotell	73		
Døgnplasser totalt	779	861	82
Dagplasser	139	26	-113
Poliklinikkrom	189	287	98
Operasjonsstuer	42	41	-1

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Innlandet HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	603		
Observasjonsseng	65		
Pasienthotell	73		
Døgnplasser totalt	741	861	120
Dagplasser	115	26	-89
Poliklinikkrom	133	287	154
Operasjonsstuer	33	41	8

Tabellen viser differanse mellom registrert kapasitet i 2014 for Innlandet HF og beregnet kapasitetsbehov. Det er benyttet alternative forutsetninger for kapasitetsutnyttelse. Gitt en basis kapasitetsutnyttelse er det med dagens kapasitet tilstrekkelig antall senger i 2030.

Tabell 19 Kapasitetsbalanse Revmatisme sykehuset Lillehammer 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basialternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Revmatisme sykehuset Lillehammer			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	22		
Observasjonsseng	0		
Pasienthotell	3		
Døgnplasser totalt	25	40	15
Dagplasser	3	0	-3
Poliklinikkrom	7	18	11
Operasjonsstuer	0	0	0

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Revmatisme sykehuset Lillehammer			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	21		
Observasjonsseng	0		
Pasienthotell	3		
Døgnplasser totalt	24	40	16
Dagplasser	3	0	-3
Poliklinikkrom	5	18	13
Operasjonsstuer	0	0	0

For Revmatisme sykehuset Lillehammer vil det med forutsetningene om fremskriving fra pasientforløpsanalysene være en overkapasitet på døgnplasser i 2030. Det samme gjelder for poliklinikkrom.

4.3 Oslo sykehusområde

Den somatiske virksomheten for pasienter fra Oslo SO tilbys hovedsakelig ved Oslo universitetssykehus, som er lokalisert i Kirkeveien (Ullevål), Gaustad (Rikshospitalet), Radiumhospitalet, Sinsen (tidligere Aker sykehus) samt avdeling for kompleks epilepsi i Sandvika. Oslo universitetssykehus har i tillegg til pasientene fra Oslo sykehusområde også en vesentlig andel fra øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst (regionfunksjoner) samt pasienter fra hele landet (landsfunksjoner). Disse aktivitetsstrømmene er vist i kapittel 4.4.4. I "Samhandlingsarena Aker" ved tidligere Aker sykehus har OUS desentrale tjenester.

I tillegg til Oslo universitetssykehus har de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus en betydelig funksjon for befolkningen i Oslo sykehusområde.

Det er i alt ca. 508 000 innbyggere i Oslo SO (i 2012). Følgende bydeler inngår i sykehusområdet: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen, Frogner, Ullern, Vestre Aker, Nordre Aker, Bjerke, Østern, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Sentrum og Marka. Bydelsstørrelsen når det gjelder innbyggertall varierer fra Sentrum som er den minste med i overkant av 900 innbyggere til den største som er Frogner med mer enn 52 000 innbyggere.

Lokalsykehusfunksjonen for befolkningen i Oslo SO er fordelt mellom Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus. Diakonhjemmet har ansvar for å tilby tjenester for befolkningen i Frogner, Ullern og Vestre Aker bydeler (ca. 128 000 innbyggere), Lovisenberg Diakonale sykehus har Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen (ca. 129 000 innbyggere), mens OUS HF har ansvar for de øvrige (ca. 251 000 innbyggere). I tillegg avhjelper Diakonhjemmet sykehus fra 2014 Akershus Universitetssykehus ved å ta i mot akuttmedisinske og kirurgiske pasienter fra bydelene Alna, Grorud og Stovner. De er i tillegg regionsykehus for Helse Sør-Øst innen revmatologi og revmakirurgi, og tilbyr elektiv behandling for pasienter fra hele landet.

Lovisenberg Diakonale sykehus har også en hospiceenhet i Hamar.

4.3.1 Aktivitet 2012

Aktivitetsdata for OUS HF (innhentet fra NPR/HSØ) er gjengitt i tabellen under:

Tabell 20 Aktivitetsdata oppsummert, OUS HF, 2012

Aktivitet 2012 OUS HF, inkl Oslo legevakt	
Døgnopphold	105334
Liggedager	457710
Dagopphold	67658
Polikliniske konsultasjoner	819878
Operasjoner	54389

For operasjonsvirksomheten var det 36 % som var utført dagkirurgisk eller poliklinisk. OUS HF har en høy andel elektiv virksomhet sammenlignet med de øvrige HF'ene. 49 % av døgnoppholdene er registrert som øyeblikkelig hjelp.

Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus hadde i 2012 følgende aktivitet:

Tabell 21 Aktivitetsdata for Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus i 2012

Aktivitet 2012 Diakonhjemmet sykehus		Aktivitet 2012 Lovisenberg Diakonale sykehus	
Døgnopphold	10975	Døgnopphold	10908
Liggedager	43696	Liggedager	42488
Dagopphold	1031	Dagopphold	6232
Polikliniske konsultasjoner	66665	Polikliniske konsultasjoner	53738
Operasjoner	4607	Operasjoner	6013

Aktivitetstallene for de to private ideelle sykehusene som ligger i Oslo SO er relativt like, Lovisenberg skiller seg noe ved at de har høyere andel dagopphold og noen flere operasjoner enn Diakonhjemmet.

4.3.2 Kapasitet 2014

OUS har i hovedsak sin kapasitet fordelt på lokasjoner i Kirkeveien (Ullevål), Gaustad (Rikshospitalet) og Montebello (Radiumhospitalet). Nytt Rikshospital ble ferdigstilt i 2000. Nytt akuttbygg ved Ullevål ble ferdigstilt i 2014. Radiumhospitalet har nytt stråleterapibygg i 2005 og forskningsbygg i 2007. OUS har også lokasjon på Sinsen (tidligere Aker sykehus).

Diakonhjemmet sykehus er lokalisert i vestre del av Oslo (nært Majorstuen, Blindern) og Lovisenberg Diakonale sykehus er sentralt i Oslo (St. Hanshaugen Sagene). I tillegg til kapasiteten i Oslo har Lovisenberg en hospiceenhet i Hamar.

Ved å beregne et kapasitetsbehov med utgangspunkt i aktivitet fra 2012 og sammenstille det med den faktiske kapasiteten OUS HF har i 2014, viser tabell 21 at det er et beregnet overskudd på senger og poliklinikkrom, mens det er et underskudd på dagplasser.

Tabell 22 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, OUS HF i 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, OUS HF inkl Oslo kommunale legevakt			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	1476	1695	219
Dagplasser	147	57	-90
Poliklinikkrom	334	447	113
Operasjonsstuer	85	109	24

Tabell 23 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus i 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Diakonhjemmet sykehus			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	141	212	71
Dagplasser	2	16	14
Poliklinikkrom	27	46	19
Operasjonsstuer	5	7	2

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Lovisenberg diakonale sykehus			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	137	151	14
Dagplasser	14	0	-14
Poliklinikkrom	25	42	17
Operasjonsstuer	7	14	7

Sett i forhold til dagens aktivitet er det til sammen i OUS HF og de to private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus en overkapasitet på 304 senger. Det er en underkapasitet på dagplasser og en overkapasitet på poliklinikkrom og operasjonsstuer.

4.3.3 Forbruksrater 2012

Befolkningen i Oslo SO har et forbruk av døgnopphold og liggedager som ligger litt under gjennomsnittet for Helse Sør-Øst. Når man ser på polikliniske konsultasjoner, dagopphold og konsultasjoner hos private avtalespesialister samlet er forbruket høyere enn gjennomsnittet. Det kan være en sammenheng mellom høyt forbruk av konsultasjoner og lavt forbruk av døgnopphold og liggedager, der både korte avstander og arbeid med omstilling fra døgn til dag/poliklinikk kan ha hatt en innvirkning.

Tabell 24 Oversikt over forbruksrater i Oslo SO 2012

Forbruksrater Norge 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikli konsultasjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt .spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

Befolkningen i Oslo sykehusområde har lavest behovsindeks av samtlige SO i Helse Sør-Øst. Dette kan ha betydning for forbruket.

4.3.4 Pasientstrømmer 2012

Pasienter bosatt i Oslo SO bruker i hovedsak OUS/Os lo kommunale legevakt, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus.

Tabell 25 Aktivitet Oslo SO 2012 fordelt på behandlende HF og hos private leverandører

Aktivitet fra Oslo SO fordelt på behandlende HF												
Helseforetak	Døgn-opphold 2012	Øhj døgn opphold 2012	% andel døgn-opphold øhj 2012	Liggedager 2012	Gjennom snittlig liggetid 2012	Dag-opphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Alle kontakt-typer	Øhj polikli. konsult 2012	% andel øyeblikkelig hjelp poliklinikk 2012	Kontroller polikli. konsult 2012	% andel kontroller polikli konsult 2012
Sum alle	75944	53058	69,9 %	365317	4,8	45404	764481	885829	183755	24,0 %	229185	30,0 %
Oslo universitetssykehus HF	44854	30212	67,4 %	216159	4,8	34746	421203	500803	175701	41,7 %	176716	42,0 %
Diakonhjemmet	9166	7671	83,7 %	37525	4,1	804	49994	59964	2636	5,3 %	21874	43,8 %
Lovisenberg	8264	6570	79,5 %	34207	4,1	2402	36686	47352	1199	3,3 %	21019	57,3 %
Akershus universitetssykehus HF	1984	820	41,3 %	5674	2,9	523	9473	11980	904	9,5 %	4876	51,5 %
Vestre Viken HF	787	485	61,6 %	2009	2,6	522	3886	5195	438	11,3 %	1012	26,0 %
Oslo kommunale legevakt	5543	5543	100,0 %	3293	0,6	0	0	5543	0	0,0 %	0	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	518	412	79,5 %	1582	3,1	116	1542	2176	646	41,9 %	444	28,8 %
Sunnaas sykehus HF	492	0	0,0 %	9392	19,1	0	810	1302	0	0,0 %	27	3,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	285	198	69,5 %	809	2,8	117	1120	1522	303	27,1 %	428	38,2 %
Sykehuset Østfold HF	230	212	92,2 %	448	1,9	47	662	939	202	30,5 %	257	38,8 %
Sørlandet sykehus HF	203	184	90,6 %	586	2,9	60	636	899	295	46,4 %	156	24,5 %
Sykehuset Telemark HF	162	133	82,1 %	417	2,6	39	908	1109	208	22,9 %	545	60,0 %
Martina Hansens hospital	148	2	1,4 %	749	5,1	289	1632	2069	0	0,0 %	729	44,7 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	13	0	0,0 %	62	4,8	0	24	37	2	8,3 %	14	58,3 %
Betanien hospital (Telemark)	4	1	25,0 %	7	1,8	3	41	48	12	29,3 %	29	70,7 %
Andre helseforetak	808	614	76,0 %	2410	3,0	489	3508	4805	1209	34,5 %	913	26,0 %
Private sykehus	361	1	0,3 %	3620	10,0	2466	1441	4268	0	0,0 %	146	10,1 %
Private avtalespesialister							230 915	230 915				
Private rehabiliteringsinstitusjoner	2 122			46 368	21,9	2 781		4 903				

De fleste pasientene bosatt i Oslo sykehusområde benytter OUS og OUS' aktivitet i Oslo kommunale legevakt, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus. En mindre andel, 2-3 % av døgnopphold, benytter Ahus HF. Aktiviteten hos private avtalespesialister utgjør 26 % av alle polikliniske konsultasjoner for pasienter bosatt i sykehusområdet.

Tabell 26 Aktivitet OUS HF i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Oslo universitetssykehus HF i 2012 etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgn-opp- hold 2012	Ligge- dager 2012	Dag- opphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	95829	451 292	67658	808010
Oslo SO	44854	216 159	34746	421203
Akershus SO	11085	47 881	9847	144317
Vestre Viken SO	9943	41 347	7240	91977
Innlandet SO	7276	32 583	3590	40949
Telemark/Vestfold SO	7012	32 128	3638	38499
Østfold SO	5433	24 482	2499	38308
Sørlandet SO	3340	17 737	1725	10598
Andre sykehusområder	6886	38975	4373	22159

OUS HF har både region- og landsfunksjoner, noe som i stor grad påvirker pasientstrømmen til foretaket. Det er imidlertid forskjeller mellom SO'ene i hvor stor grad befolkningen benytter OUS. Under halvparten av alle døgnopphold er pasienter som kommer fra Oslo SO, mens de øvrige kommer fra andre SO. Den største andelen kommer fra Ahus SO

Tabell 27 Aktivitet Diakonhjemmet sykehus i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet i 2012 Diakonhjemmet etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	10853	43 574	1031	65976
Oslo SO	9166	37 525	804	49994
Akershus SO	542	1 835	109	8396
Telemark/Vestfold SO	220	690	15	1212
Vestre Viken SO	204	667	59	2750
Østfold SO	145	593	24	1166
Innlandet SO	145	525	11	919
Sørlandet SO	73	279	1	304
Andre sykehusområder	358	1460	8	1235

Tabell 26 over viser at de fleste pasienter i Diakonhjemmet sykehus kommer fra Oslo sykehusområde. 84 % av døgnoppholdene er pasienter som bor i Oslo SO.

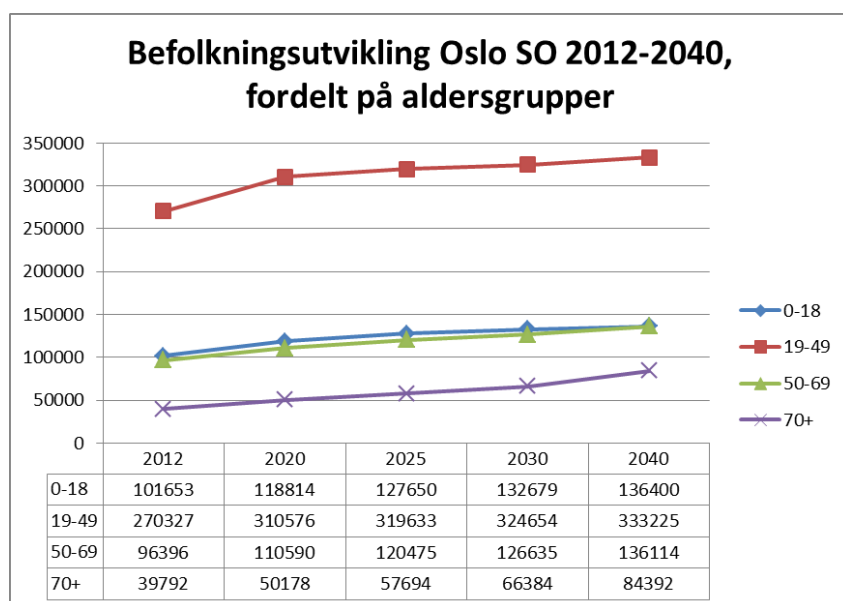
Tabell 27 viser at de fleste pasienter i Lovisenberg Diakonale sykehus kommer fra Oslo sykehusområde. 77 % av døgnoppholdene er pasienter som bor i Oslo SO. 31 % av dagoppholdene kommer fra pasienter bosatt i Innlandet SO. Dette gjelder sannsynligvis de pasienter som er i hospiceenheten i Hamar.

Tabell 28 Aktivitet Lovisenberg diakonale sykehus i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Lovisenberg etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnoophold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	10780	42 360	6232	53012
Oslo SO	8264	34 207	2402	36686
Akershus SO	816	3 036	1279	7949
Vestre Viken SO	363	1 095	336	2802
Innlandet SO	293	894	1925	1592
Østfold SO	265	882	149	1495
Telemark/Vestfold SO	262	726	80	1052
Sørlandet SO	108	372	15	303
Andre sykehusområder	409	1148	46	1133

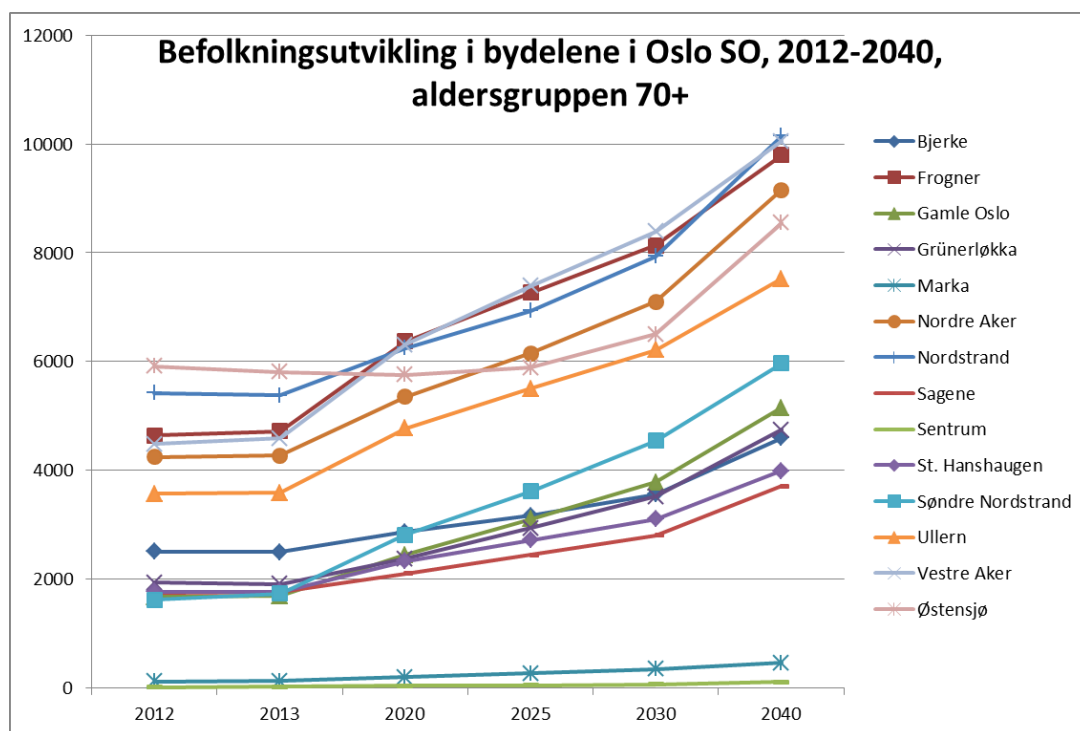
4.3.5 Aktivitet 2030

Figur 3 viser befolkningsprognoser for OUS SO fra 2012 og med intervallene 2015, 2020, 2025, 2030 og 2040. Fremskrivningen er basert på SSBs variant med middels verdier (MMMM) for dødelighet, fødselsrater, flytting og innvandring. I pasientforløpsanalysen og hovedrapporten er alternative scenarier for befolkningsutvikling og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov drøftet.


Figur 3 Befolkningsprognose Oslo SO for 2012-2040 fordelt på aldersgrupper, SSB's alternativ MMMM

Figuren viser en økning fra 2012 til 2030 for alle aldersgrupper med 28 % totalt. Aldergruppen 70 + øker med 67 %, og for aldergruppen 50+ er det en økning på 42 %.

Bjerke, Østensjø, Sentrum, Gamle Oslo og Grünerløkka er de bydeler som er forventet å øke prosentvis mest i folketall. Figuren under viser de ulike bydelenes forventede utvikling i antall innbyggere over 70 år. Det er store forskjeller i når økningen forventes å komme. Vestre Aker og Frogner får en tidlig økning, mens for Østensjø kommer økningen i antall eldre senere.



Figur 4 Befolkningsutvikling i bydelene i Oslo SO, 2012-2040, SSB's alternativ MMMM, aldersgruppen 70+

Forutsatt en befolkningsutvikling i Oslo SO som SSB's alternativ MMMM og endringer som vist i pasientforløpsanalysen blir fremtidig aktivitetsnivå beregnet til følgende:

Tabell 29 Aktivitet 2030 fremskrevet, OUS HF

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, OUS HF, inkl Oslo Legevakt			
	2012	2030	Prosentvis ending 2012-2030
Døgnopphold	105334	130818	24
Liggedager	457710	496340	8
Dagopphold	67658	124436	84
Polikliniske konsultasjoner	819878	1236023	51
Operasjoner	54389	71902	32

Tabell 30 Aktivitet 2030 fremskrevet, Diakonhjemmet sykehus

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Diakonhjemmet sykehus			
	2012	2030	Prosentvis ending 2012-2030
Døgnopphold	10975	14848	35
Liggedager	43696	48201	10
Dagopphold	1031	2983	189
Polikliniske konsultasjoner	66665	97072	46
Operasjoner	4607	6339	38

Tabell 31 Aktivitet 2030 fremskrevet, Lovisenberg Diakonale sykehus

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Lovisenberg Diakonale sykehus			
	2012	2030	Prosentvis ending 2012-2030
Døgnopphold	10908	14677	35
Liggedager	42488	48560	14
Dagopphold	6232	11365	82
Polikliniske konsultasjoner	53738	81044	51
Operasjoner	6013	8106	35

Tabell 29-31 viser fremskrevet aktivitet for 2030. I fremskrivingen inngår demografiske endringer, omstilling basert på pasientforløpsanalyser og korrigeringer for de scenariene som er valgt. Det er en økning for alle aktivitetsområder, men spesielt sterk for dagopphold. Dette forklares med den store omstilling fra døgn til dag som ligger i fremskrivingen og en generell forutsetning om økt dagbehandling og poliklinikk.

4.3.6 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Med utgangspunkt i aktivitetsfremskrivingen fra pasientforløpsanalysene (vedlegg 2) viser tabell 32 det fremtidige kapasitetsbehovet for OUS HF.

Tabell 32 Kapasitetsbalanse OUS inkl. Oslo kommunale legevakt, 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basialternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, OUS HF, inkl Oslo Legevakt			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
<i>Normalseng</i>	1359		
<i>Observasjonsseng</i>	101		
<i>Pasienthotell</i>	172		
Døgnplasser totalt	1632	1695	63
Dagplasser	316	57	-259
Poliklinikkrom	526	447	-79
Operasjonsstuer	112	109	-3

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, OUS HF, inkl Oslo Legevakt			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
<i>Normalseng</i>	1287		
<i>Observasjonsseng</i>	95		
<i>Pasienthotell</i>	172		
Døgnplasser totalt	1554	1695	141
Dagplasser	264	57	-207
Poliklinikkrom	374	447	73
Operasjonsstuer	86	109	23

Tabellen viser differanse mellom registrert kapasitet i 2014 for OUS HF og beregnet kapasitetsbehov. Det er benyttet alternative forutsetninger for kapasitetsutnyttelse. OUS sin største utfordring blir i forhold til dagplasser og poliklinikkrom. Gitt en basis kapasitetsutnyttelse har OUS 63 flere senger enn de har behov for i 2030, og ved en høy utnyttelsesgrad har de 141 senger flere enn beregnet behov.

Tabellen viser et underskudd på dagplasser. Det er imidlertid noe usikkerhet omkring kartleggingen av antall dagplasser.

For Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus er det med de samme forutsetningene i fremskrivingen og beregning av kapasitetsbehov en overkapasitet på til sammen 47 senger ved en basis utnyttelsesgrad og 64 senger ved høy utnyttelsesgrad. Tabellene under viser alternative kapasitetsberegninger for disse sykehusene. Det gir da totalt for OUS HF og de to private ideelle sykehusene en overkapasitet på 110 senger med basis utnyttelsesgrad. Det viser også at det er en sterk underkapasitet for antall dagplasser.

Lovisenberg har høy kapasitet på antall operasjonsstuer. Det er ikke vurdert kvalitet og egnethet på disse operasjonsstuene.

Tabell 33 Kapasitetsbalanse Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus, 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Diakonhjemmet sykehus			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	134		
Observasjonsseng	15		
Pasienthotell	9		
Døgnplasser totalt	158	212	54
Dagplasser	10	16	6
Poliklinikkrom	41	46	5
Operasjonsstuer	7	7	0

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Diakonhjemmet sykehus			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	127		
Observasjonsseng	14		
Pasienthotell	9		
Døgnplasser totalt	150	212	62
Dagplasser	9	16	7
Poliklinikkrom	29	46	17
Operasjonsstuer	6	7	1

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Lovisenberg diakonale sykehus			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	136		
Observasjonsseng	14		
Pasienthotell	8		
Døgnplasser totalt	158	151	-7
Dagplasser	28	0	-28
Poliklinikkrom	35	42	7
Operasjonsstuer	9	14	5

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Lovisenberg Diakonale sykehus			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	128		
Observasjonsseng	13		
Pasienthotell	8		
Døgnplasser totalt	149	151	2
Dagplasser	23	0	-23
Poliklinikkrom	25	42	17
Operasjonsstuer	7	14	7

4.4 Sørlandet sykehusområde

Den somatiske virksomheten for pasienter ved Sørlandet SO tilbys ved Sørlandet sykehus som er lokalisert i Arendal, Flekkefjord, og Kristiansand. Sørlandet sykehus HF har også desentrale tjenester i Mandal samt noe ambulant virksomhet i kommuner i Setesdalen.

Det er i alt ca. 286 000 innbyggere i Sørlandet SO. Det er 30 kommuner som inngår i sykehusområdet: Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Kristiansand, Mandal, Farsund, Flekkefjord, Vennesla, Songdalen, Søgne, Marnardal, Åseral, Audnedal, Lindesnes, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal og Sirdal. Kommunestørrelsen når det gjelder innbyggertall varierer fra Åseral som er den minste med ca. 900 innbyggere, til den største som er Kristiansand med ca. 83 000 innbyggere.

Sørlandet sykehus HF har i tillegg til Sørlandet SO også lokalsykehusfunksjon for kommunene Lund og Sokndal i Rogaland.

4.4.1 Aktivitet 2012

Aktivitetsdata for Sørlandet sykehus HF (innhentet fra NPR/HSØ) er gjengitt i tabellen under:

Tabell 34 Aktivitetsdata oppsummert, Sørlandet sykehus HF, 2012

Aktivitet 2012 Sørlandet sykehus HF	
Døgnopphold	43502
Liggedager	158434
Dagopphold	45944
Polikliniske konsultasjoner	271636
Operasjoner	21647

For operasjonsvirksomheten var det 46 % av all operasjonsvirksomhet som var utført dagkirurgisk eller poliklinisk. Sørlandet sykehus har en høy andel øyeblikkelig hjelp, 72 % av alle døgnopphold.

4.4.2 Kapasitet og kapasitetsbehov 2014

Sørlandet sykehus har sin kapasitet fordelt på 3 hovedlokasjoner; Kristiansand, Arendal og Flekkefjord.

Ved å beregne et kapasitetsbehov med utgangspunkt i aktivitet fra 2012 og sammenstille det med den faktiske kapasiteten Sørlandet sykehus HF har i 2014, viser tabell 33 at det er et beregnet kapasitetsoverskudd på samtlige områder.

Tabell 35 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Sørlandet sykehus HF i 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad, sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sørlandet sykehus HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	511	744	233
Dagplasser	100	171	71
Poliklinikkrom	127	277	150
Operasjonsstuer	26	42	16

4.4.3 Forbruksrater 2012

Befolkningen i Sørlandet sykehusområde har det laveste forbruket av liggedager og det høyeste forbruket av polikliniske konsultasjoner/dagopphold og avtalespesialister i Helse Sør-Øst. Det kan være en sammenheng mellom høyt forbruk av konsultasjoner og lavt forbruk av døgnopphold og liggedager, der arbeid med omstilling fra døgn til dag/poliklinikk kan ha hatt en innvirkning.

Tabell 36 Oversikt over forbruksrater i Sørlandet SO 2012

Forbruksrater Sørlandet SO 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikl konsultasjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt .spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

4.4.4 Pasientstrømmer 2012

Tabell 37 viser at pasienter fra Sørlandet sykehusområde i hovedsak får sin behandling i Sørlandet sykehus HF. Private avtalespesialister står imidlertid for mer enn 30 % av det samlede antall polikliniske konsultasjoner. Ca. 9 % av liggedagene er i OUS HF. Dette har sammenheng med OUS' regionfunksjoner.

Det var i 2012 over 21 000 liggedager i private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette tilsvarer 68 døgnplasser (med 85 % utnyttelsesgrad).

Tabell 37 Aktivitet Sørlandet SO 2012 fordelt på behandlende HF og hos private leverandører

Aktivitet fra Sørlandet SO fordelt på de HF pasientene behandles på											
Helseforetak	Døgnopphold 2012	øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj 2012	Kir DRG døgnopphold 2012	% andel døgnopphold Kir 2012	Liggedager 2012	Gjennom snittlig Liggetid 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Alle kontakttyper	
Sum alle	46583	30512	65,5%	13049	28,0%	199 407	4,3	48089	413798	508470	
Sørlandet sykehus HF	39918	28760	72,0%	10480	26,3%	150 044	3,8	44582	258821	343321	
Oslo universitetssykehus HF	3340	765	22,9%	1647	49,3%	17 737	5,3	1725	10598	15663	
Sykehuset i Vestfold HF	131	40	30,5%	75	57,3%	468	3,6	56	1263	1450	
Lovisenberg	108	17	15,7%	81	75,0%	372	3,4	15	303	426	
Akershus universitetssykehus HF	106	46	43,4%	45	42,5%	227	2,1	6	255	367	
Vestre Viken HF	80	48	60,0%	35	43,8%	169	2,1	26	242	348	
Sykehuset Innlandet HF	80	45	56,3%	23	28,8%	452	5,7	11	208	299	
Diakonhjemmet	73	22	30,1%	44	60,3%	279	3,8	1	304	378	
Sunnaas sykehus HF	68	0	0,0%	0	0,0%	838	12,3	0	19	87	
Oslo kommunale legevakt	33	33	100,0%	0	0,0%	16	0,5	0	0	33	
Sykehuset Østfold HF	30	27	90,0%	6	20,0%	68	2,3	6	69	105	
Martina Hansens hospital	24	0	0,0%	23	95,8%	124	5,2	16	121	161	
Revmatisesykehuset Lillehammer	21	0	0,0%	0	0,0%	95	4,5	0	9	30	
Betanien hospital (Telemark)	16	3	18,8%	6	37,5%	68	4,3	2	66	84	
Andre helseforetak	1219	706	57,92 %	464	30,06 %	5003	4,1	758	8262	10239	
Private sykehus	251	0	0,0%	120	47,8%	2 092	8,3	839	3	1093	
Private avtalespesialister									133255	133255	
Private rehabiliteringsinstitusjoner	1085					21355	19,7	46		1131	

I tabell 38 vises alle pasienter som har hatt opphold ved Sørlandet sykehus med fordeling på hvilke sykehusområder de kommer fra. 93 % av alle døgnopphold er for pasienter som kommer fra Sørlandet SO. Det kommer noen pasienter fra Telemark/Vestfold SO. Dette er sannsynligvis i hovedsak pasienter som

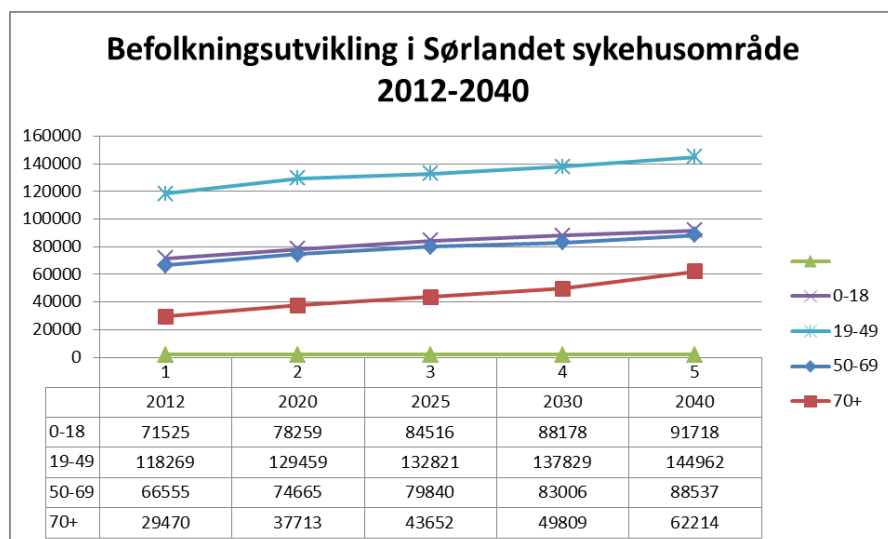
kommer til PCI eller stråleterapi. Det kommer også noen fra Stavanger SO. Dette er i hovedsak pasienter som bor i kommuner som ligger nært til Flekkefjord sykehus.

Tabell 38 Aktivitet Sørlandet sykehus HF i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet i 2012 ved Sørlandet sykehus HF etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	42914	157 846	45944	268307
Sørlandet SO	39918	150 044	44582	258821
Telemark/Vestfold SO	1163	2 552	759	3654
Stavanger SO	887	2 834	330	3115
Oslo SO	203	586	60	636
Vestre Viken SO	131	319	51	471
Akershus SO	76	142	20	257
Innlandet SO	62	109	18	140
Østfold SO	49	171	8	175
Andre sykehusområder	425	1089	116	1038

4.4.5 Aktivitet 2030

Figur 5 viser befolkningsprognoser fordelt på kommunene i Sørlandet SO fra 2012 og med intervallene 2020, 2025, 2030 og 2040. 2030 er planhorisonten for analysene. Fremskrivningen er basert på SSBs variant med midlere verdier (MMMM) for dødelighet, fødselsrater, flytting og innvandring. I hovedrapporten er alternative scenarier for befolkningsutvikling og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov drøftet.



Figur 5 Befolkningsprognose 2012-2020, 2030, 2040 fordelt på aldersgrupper, Sørlandet sykehusområde, SSB's alternativ MMMM

Figuren over viser at Sørlandet sykehusområde har en sterk befolkningsøkning. 25 %. Gruppen > 50 år øker med 38 %, og for gruppen > 70 år er det en økning på nesten 70 %.

Tabell 39 Aktivitet 2030, fremskrevet

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Sørlandet sykehus HF			
	2012	2030	Prosentvis ending 2012-2030
Døgnopphold	43502	54956	26
Liggedager	158434	171837	8
Dagopphold	45944	79656	73
Polikliniske konsultasjoner	271636	397074	46
Operasjoner	21647	29462	36

Tabell 37 viser fremskrevet aktivitet for 2030. I fremskrivingen inngår demografiske endringer, omstilling basert på pasientforløpsanalyser og korrigeringer for de scenariene som er valgt. Det er en sterk økning for alle aktivitetsområder, men spesielt sterk for dagopphold. Dette forklares med den store omstilling fra døgn til dag som ligger i fremskrivingen og en generell forutsetning om økt dagbehandling og poliklinikk.

4.4.6 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Med utgangspunkt i aktivitetsfremskrivingen fra pasientforløpsanalysene (vedlegg 2) viser tabell 40 det fremtidige kapasitetsbehovet for Sørlandet sykehus HF.

Tabell 40 Kapasitetsbalanse Sørlandet sykehus 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sørlandet sykehus HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	461		
Observasjonsseng	48		
Pasienthotell	57		
Døgnplasser totalt	566	754	188
Dagplasser	189	4	-185
Poliklinikkrom	170	277	107
Operasjonsstuer	33	42	9

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sørlandet sykehus HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	435		
Observasjonsseng	46		
Pasienthotell	57		
Døgnplasser totalt	538	754	216
Dagplasser	155	4	-151
Poliklinikkrom	120	277	157
Operasjonsstuer	26	42	16

Tabellen viser differanse mellom registrert kapasitet i 2014 for Sørlandet sykehus HF og beregnet kapasitetsbehov. Det er benyttet alternative forutsetninger for kapasitetsutnyttelse. Sørlandet sykehus sin største utfordring blir i forhold til kapasitet på dagplasser. Gitt en basis kapasitetsutnyttelse har Sørlandet sykehus 188 flere senger enn beregnet behov i 2030.

4.5 Telemark og Vestfold sykehusområde

Den somatiske virksomheten for pasienter ved Telemark og Vestfold SO tilbys ved Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. Disse har virksomheter lokalisert i Skien, Porsgrunn, Kragerø, Larvik, Tønsberg. Det er i alt ca. 391 000 innbyggere i Telemark og Vestfold SO. Det er 30 kommuner som inngår i sykehusområdet. Helseforetakene har fordelt ansvar for kommunene. Sykehuset Telemark HF har ansvar for Porsgrunn, Skien, Notodden, Siljan, Bamble, Kragerø, Drangedal, Nome, Bø, Sauherad, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke og Vinje, som utgjør til sammen ca. 170 000 innbyggere. Sykehuset i Vestfold har ansvar for kommunene Horten, Holmestrand, Tønsberg, Sandefjord, Larvik, Hof, Re, Andebu, Stokke, Nøtterøy, Tjøme og Lardal, som utgjør til sammen ca. 221 000 innbyggere. Kommunestørrelsen når det gjelder innbyggertall varierer fra Fyresdal som er den minste med ca. 1 300 innbyggere, til den største som er Skien med ca. 52 000 innbyggere.

4.5.1 Aktivitet 2012

I de to helseforetakene og Betanien sykehus er aktivitet som vist i tabell 39 for døgnopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner og operasjoner. Det er høyest aktivitet i Vestfold. Dette sykehusområdet har også flest innbyggere.

Tabell 41 Aktivitet sykehus og HF i Telemark og Vestfold sykehusområde 2012

Aktivitet 2012 Sykehuset Telemark HF		Aktivitet 2012 Sykehuset i Vestfold HF		Aktivitet 2012 Betanien Hospital	
Døgnopphold	31940	Døgnopphold	34566	Døgnopphold	1936
Liggedager	122633	Liggedager	132179	Liggedager	7482
Dagopphold	11709	Dagopphold	29142	Dagopphold	340
Polikliniske konsultasjoner	178223	Polikliniske konsultasjoner	210129	Polikliniske konsultasjoner	22018
Operasjoner	12717	Operasjoner	15009	Operasjoner	2680

For operasjonsvirksomheten var det ca. 50 % som var utført dagkirurgisk eller poliklinisk ved de to helseforetakene, mens Betanien har registrert ca. 88 % av operasjonsvirksomheten som dagkirurgi eller poliklinisk konsultasjon. Sykehuset Telemark har en høy andel øyeblikkelig hjelp, 80 % av alle døgnopphold, Sykehuset i Vestfold har noe lavere, 67 % av døgnoppholdene som øhj, mens Betanien i hovedsak har elektiv virksomhet.

4.5.2 Kapasitet 2014

I tabellene 42-44 er dagens kapasitet (2014) sammenstilt med beregnet kapasitetsbehov for aktiviteten i 2012. Forutsetningen er basis utnyttelsesgrad. For Sykehuset Telemark er det et behov som ligger vesentlig under dagens kapasitet for døgnplasser, mens poliklinikkrom og antall operasjonsstuer er i balanse.

Tabell 42 Kapasitet 2014 sammenlignet med beregnet kapasitetsbehov Sykehuset Telemark HF basert på aktivitetstall fra 2012

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset Telemark HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	396	513	117
Dagplasser	25	5	-20
Poliklinikkrom	83	82	-1
Operasjonsstuer	15	17	2

Tabell 43 Kapasitet 2014 sammenlignet med beregnet kapasitetsbehov Betanien Hospital, basert på aktivitetstall fra 2012

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Betanien Hospital			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	24	35	11
Dagplasser	1	0	-1
Poliklinikkrom	10	31	21
Operasjonsstuer	3	4	1

Betanien hospital har noe høyere kapasitet enn beregnet behov. Dette er i hovedsak en elektiv virksomhet, og en utnyttelsesgrad på 85 % kan være noe høy.

Tabell 44 Kapasitet 2014 sammenlignet med beregnet kapasitetsbehov Sykehuset i Vestfold HF basert på aktivitetstall fra 2012

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset i Vestfold HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	426	443	17
Dagplasser	63	2	-61
Poliklinikkrom	98	177	79
Operasjonsstuer	18	23	5

For Sykehuset i Vestfold viser tabell 44 at de har noe høyere kapasitet for døgnplasser, poliklinikkrom og operasjonsstuer satt opp imot med beregnet behov.

4.5.3 Forbruksrater 2012

Befolkningen i Telemark og Vestfold SO har høyest forbruk av døgnopphold og liggedager per 1000 innbygger i Helse Sør-Øst. De har også et forbruk over gjennomsnittet for HSØ for dagopphold, polikliniske konsultasjoner og konsultasjoner hos private avtalespesialister samlet.

Ser man på behovsindeksen, er denne noe høyere i dette området enn de øvrige SO'ene, men ikke nok til å forklare hele forskjellen.

Tabell 45 Oversikt over forbruksrater i Telemark og Vestfold SO 2012, ikke behovsjustert

Forbruksrater Telemark og Vestfold SO 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikli konsultasjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt .spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

Dersom man ser de to helseforetakene hver for seg, ser man at det er høyere forbruksrater for befolkningen som bor i Sykehuset Telemark sitt opptaksområde sammenlignet med de som bor i Sykehuset i Vestfolds opptaksområde. Tabell 46 viser at dette gjelder både døgnopphold, liggedager og polikliniske konsultasjoner. Totalt aktivitetstall for SO er høyere enn HF på grunn av at man også har med pasienter behandlet i andre sykehus/HF i SO-tallene.

Tabell 46 Oversikt over forbruksrater for befolkningen i kommunene tilknyttet Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF 2012, ikke behovsjustert

HF/SO 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikli konsultasjoner (eksl.privat e)	Antall polikliniske kons. pr. 1000 innb.
Sykehuset i Vestfold HF	221163	34065	154,0	131678	595,4	29142	131,8	207292	937,3
Sykehuset i Telemark HF	170023	31242	183,8	121935	717,2	11709	68,9	174270	1025,0
Sum begge HF	391186	65307		253613		40851		381562	
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	296714	758,5	44049	112,6	434614	1111,0
Pasientstrøm til andre HF		9299		43101		3198		53052	

4.5.4 Pasientstrømmer 2012

Befolkningen i Telemark og Vestfold SO benytter i hovedsak sykehusene i de to helseforetakene samt Betanien Hospital. Det er noe aktivitet til OUS HF og Sørlandet sykehus HF, noe som kan forklares med spesialiserte tjenester som utføres i disse HF'ene.

Tabell 47 Aktivitet Telemark og Vestfold SO 2012 fordelt på behandlende HF og hos private leverandører

Aktivitet fra Telemark/Vestfold SO fordelt på de HF pasientene behandles på										
Helseforetak	Døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj 2012	Kir DRG døgnopphold 2012	% andel døgnopphold Kir 2012	Liggedager 2012	Gjennom snittlig Liggetid 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Alle kontaktyper
Sum alle	76490	50393	65,9%	18037	23,6%	336 878	4,4	44231	566392	687113
Sykehuset i Vestfold HF	31658	21813	68,9%	7155	22,6%	122 296	3,9	26250	196356	254264
Sykehuset Telemark HF	29589	24220	81,9%	5557	18,8%	116 632	3,9	11268	165345	206202
Oslo universitetssykehus HF	7012	1956	27,9%	3210	45,8%	32 128	4,6	3638	38499	49149
Betanien hospital (Telemark)	1839	312	17,0%	320	17,4%	7 220	3,9	330	21458	23627
Sørlandet sykehus HF	1163	787	67,7%	593	51,0%	2 552	2,2	759	3654	5576
Vestre Viken HF	656	404	61,6%	238	36,3%	1 574	2,4	448	2688	3792
Lovisenberg	262	26	9,9%	195	74,4%	726	2,8	80	1052	1394
Diakonhjemmet	220	46	20,9%	85	38,6%	690	3,1	15	1212	1447
Sunnaas sykehus HF	206	0	0,0%	0	0,0%	3 576	17,4	0	81	287
Akershus universitetssykehus HF	176	110	62,5%	55	31,3%	731	4,2	3	521	700
Sykehuset Innlandet HF	176	109	61,9%	57	32,4%	794	4,5	22	415	613
Martina Hansens hospital	118	5	4,2%	97	82,2%	662	5,6	79	536	733
Sykehuset Østfold HF	100	90	90,0%	17	17,0%	170	1,7	8	283	391
Oslo kommunale legevakt	73	73	100,0%	0	0,0%	34	0,5	0	0	73
Revmatismesykehuset Lillehammer	55	0	0,0%	0	0,0%	305	5,5	1	22	78
Andre helseforetak	608	442	72,70 %	159	26,15 %	1919	3,2	539	2311	3458
Private sykehus	695	0	0,0%	299	43,0%	4 705	6,8	609	181	1485
Private avtalespesialister									131778	131778
Private rehabiliteringsinstitusjoner	1884					40164	21,3	182		2066

Tabell 48 viser at pasienter som kommer til Sykehuset Telemark Hfer i hovedsak fra Telemark og Vestfold SO.

Tabell 48 Aktivitet Sykehuset Telemark HF i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Sykehuset Telemark HF etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	31242	121 935	11709	174270
Telemark/Vestfold SO	29589	116 632	11268	165345
Vestre Viken SO	297	822	102	1815
Sørlandet SO	293	1 223	155	3561
Østfold SO	285	1 104	42	812
Oslo SO	162	417	39	908
Akershus SO	147	575	62	627
Innlandet SO	94	217	17	248
Andre sykehusområder	375	945	24	954

Sykehuset i Vestfold får stort sett pasienter fra eget SO. Det kommer noen pasienter fra Vestre Viken SO.

Tabell 49 Aktivitet Sykehuset i Vestfold HF i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Sykehuset i Vestfold HF etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	34065	131 678	29142	207292
Telemark/Vestfold SO	31658	122 296	26250	196356
Vestre Viken SO	1257	5 362	2315	6381
Oslo SO	285	809	117	1120
Akershus SO	168	620	71	647
Sørlandet SO	131	468	56	1263
Innlandet SO	98	386	247	310
Østfold SO	88	332	22	368
Andre sykehusområder	380	1405	64	847

Til Betanien Hospital er de aller fleste pasientene fra Telemark og Vestfold SO.

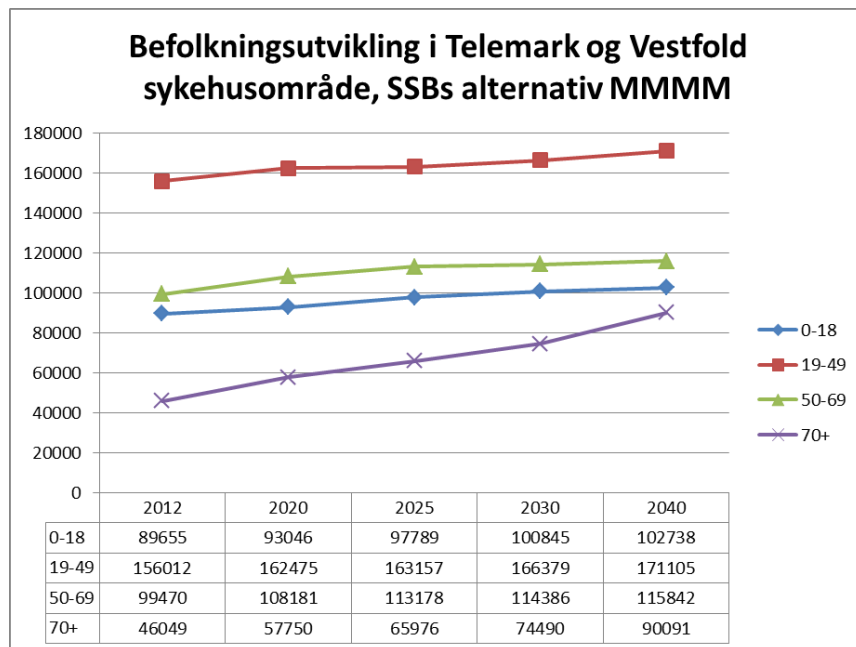
Tabell 50 Aktivitet Betanien Hospital i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Betanien hospital (Telemark) etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	1900	7 446	340	21815
Telemark/Vestfold SO	1839	7 220	330	21458
Vestre Viken SO	24	64	3	161
Sørlandet SO	16	68	2	66
Oslo SO	4	7	3	41
Akershus SO	2	6	0	16
Østfold SO	2	2	1	9
Innlandet SO	1	2	0	7
Andre sykehusområder	12	77	1	57

4.5.5 Aktivitet 2030

Figuren under viser befolkningsprognoser fordelt på kommunene i Telemark og Vestfold SO fra 2012 og med intervallene 2020, 2025, 2030 og 2040. Figur 6 viser fordeling på aldersgrupper for 2030, som er planhorisonten for analysene. Fremskrivningen er basert på SSBs variant med midlere verdier (MMMM) for dødelighet, fødselsrater, flytting og innvandring. I hovedrapporten er alternative scenarier for befolkningsutvikling og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov, drøftet

Figur 6 Befolkningsprognose Telemark og Vestfold SO for 2012-2040 fordelt på aldersgrupper, SSB's alternativ MMMM



Figuren viser en økning fra 2012 til 2030 for alle aldersgrupper med litt i overkant av 17 % totalt. Økningen for aldersgruppen 19-49 år er svakest, med litt over 6 % i perioden. Aldersgruppen > 50 øker med 30 %. Det er store forskjeller i forventet befolkningsutvikling i de ulike kommunene, der Tønsberg, Stokke og Bø er de kommuner som er forventet å øke mest i folketall, med mer enn 28 % i perioden 2012-2030. Re, Stokke og Andebu er de kommunene som øker mest i aldersgruppen 50+. Noen små kommuner har en forventet reduksjon i folketall.

Tabell 51-53 viser fremskrevet aktivitet for 2030. I fremskrivingen inngår demografiske endringer, omstilling basert på pasientforløpsanalyser og korrigeringer for de scenariene som er valgt. Det er en økning for alle aktivitetsområder unntatt for liggedager, økningen er spesielt sterk for dagopphold. Dette forklares med den store omstilling fra døgn til dag som ligger i fremskrivingen og en generell forutsetning om økt dagbehandling og poliklinikk.

Tabell 51 Fremskrevet aktivitet for Sykehuset Telemark HF, 2012-2030

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Sykehuset Telemark HF			
	2012	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Døgnopphold	31940	35022	10
Liggedager	122633	118579	-3
Dagopphold	11709	16897	44
Polikliniske konsultasjoner	178223	194430	9
Operasjoner	12717	15642	23

Tabell 52 Fremskrevet aktivitet for Sykehuset i Vestfold HF, 2012-2030

Fremskrivning demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Sykehuset i Vestfold HF			
	2012	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Døgnopphold	34566	40521	17
Liggedager	132179	133754	1
Dagopphold	29142	38613	32
Polikliniske konsultasjoner	210129	249246	19
Operasjoner	15009	19767	32

Tabell 53 Fremskrevet aktivitet for Betanien Hospital, 2012-2030

Fremskrivning demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Betanien hospital			
	2012	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Døgnopphold	1936	2143	11
Liggedager	7482	6986	-7
Dagopphold	340	735	116
Polikliniske konsultasjoner	22018	26871	22
Operasjoner	2680	3350	25

4.5.6 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Med utgangspunkt i aktivitetsfremskrivningen fra pasientforløpsanalysene (vedlegg 2) viser tabellene 54-56 det fremtidige kapasitetsbehovet for Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold og Betanien hospital.

Tabell 54 Kapasitetsbalanse Sykehuset Telemark 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset Telemark HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	322		
Observasjonsseng	37		
Pasienthotell	38		
Døgnplasser totalt	397		-397
Dagplasser	53		-53
Poliklinikkrom	100		-100
Operasjonsstuer	18		

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset Telemark HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	304		
Observasjonsseng	35		
Pasienthotell	38		
Døgnplasser totalt	377		-377
Dagplasser	44		-44
Poliklinikkrom	71		-71
Operasjonsstuer	14		

Tabell 55 Kapasitetsbalanse Sykehuset i Vestfold 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset i Vestfold HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	368		
Observasjonsseng	39		
Pasienthotell	39		
Døgnplasser totalt	446	443	-3
Dagplasser	112	2	-110
Poliklinikkrom	128	177	49
Operasjonsstuer	23	23	0

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset i Vestfold HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	348		
Observasjonsseng	37		
Pasienthotell	39		
Døgnplasser totalt	424	443	19
Dagplasser	92	2	-90
Poliklinikkrom	90	177	87
Operasjonsstuer	18	23	5

Tabell 56 Kapasitetsbalanse Betanien hospital 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Betanien hospital			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	20		
Observasjonsseng	0		
Pasienthotell	3		
Døgnplasser totalt	23	35	12
Dagplasser	3	0	-3
Poliklinikkrom	14	31	17
Operasjonsstuer	4	4	0

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Betanien hospital			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	19		
Observasjonsseng	0		
Pasienthotell	3		
Døgnplasser totalt	22	35	13
Dagplasser	3	0	-3
Poliklinikkrom	10	31	21
Operasjonsstuer	3	4	1

Tabellene viser differanse mellom registrert kapasitet i 2014 for Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold og Betanien hospital og beregnet kapasitetsbehov for disse. Det er benyttet alternative forutsetninger for kapasitetsutnyttelse.

4.6 Vestre Viken sykehusområde

Den somatiske virksomheten for pasienter ved Vestre Viken SO tilbys ved Vestre Viken HF. Helseforetaket har virksomhet lokalisert i Drammen, Kongsberg, Ringerike og Bærum. Det private, ideelle sykehuset Martina Hansens Hospital er lokalisert i Vestre Viken sykehusområde og har en stor andel av pasientene herfra.

Det er også desentrale tjenester, blant annet i Ål sjukestuggu (Hallingdal).

Det er i alt ca. 391 000 innbyggere i Vestre Viken SO. Det er 26 kommuner som inngår i sykehusområdet: Bærum, Asker, Jevnaker, Drammen, Kongsberg, Ringerike, Hole, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Sigdal, Krødsherad, Modum, Øvre Eiker, Nedre Eiker, Lier, Røyken, Hurum, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Svelvik og Sande. Kommunestørrelsen når det gjelder innbyggertall varierer fra Flå som er den minste med ca. 1000 innbyggere, til den største som er Bærum med ca. 114 000 innbyggere.

4.6.1 Aktivitet 2012

Aktivitetsdata for Vestre Viken HF og Martina Hansen hospital (innhentet fra NPR/HSØ) er gjengitt i tabellene under:

Tabell 57 Aktivitetsdata oppsummert, Vestre Viken HF, 2012

Aktivitet 2012 Vestre Viken HF	
Døgnopphold	60156
Liggedager	235643
Dagopphold	41780
Polikliniske konsultasjoner	299332
Operasjoner	25930

Tabell 58 Aktivitetsdata oppsummert, Martina Hansens hospital, 2012

Aktivitet 2012 Martina Hansens Hospital	
Døgnopphold	2970
Liggedager	14317
Dagopphold	2860
Polikliniske konsultasjoner	29372
Operasjoner	4624

For operasjonsvirksomheten var det i 2012 for Vestre Viken HF og Martina Hansens hospital hhv 46 % og 56 % som var utført dagkirurgisk eller poliklinisk. Vestre Viken HF har 75 % av alle døgnopphold som øyeblikkelig hjelp, mens Martina Hansens hospital har bort imot 100 % elektiv virksomhet.

4.6.2 Kapasitet og kapasitetsbehov 2014

Vestre Viken HF har sin kapasitet fordelt på lokasjoner i Drammen, Ringerike, Ål, Bærum og Kongsberg. Martina Hansens hospital er lokalisert i Bærum. Martina Hansens Hospital er et spesialsykehus for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og revmatiske sykdommer og har driftsavtale med Helse Sør-Øst.

Ved å beregne et kapasitetsbehov med utgangspunkt i aktivitet fra 2012 og sammenstille det med den faktiske kapasiteten Vestre Viken HF har i 2014, viser tabell 58 at det er en kapasitet som er 151 senger høyere enn beregnet behov, mens det er 83 dagplasser for lite. Det er også en overkapasitet på poliklinikkrom og operasjonsstuer. Den høye kapasiteten kan ha sammenheng med et foretak som har virksomhet på mange lokasjoner.

Tabell 59 Beregnet kapasitetsbehov 2012 for Vestre Viken HF, sammenholdt med registrert kapasitet fra 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Vestre Viken HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	760	911	151
Dagplasser	91	8	-83
Poliklinikkrom	139	255	116
Operasjonsstuer	30	48	18

Når kapasiteten for Martina Hansens hospital legges til blir det nesten 200 døgnplasser mer enn beregnet behov. Martina Hansens hospital er imidlertid hovedsakelig et elektivt sykehus og vil ha en enda lavere utnyttelsesgrad enn "basis utnyttelsesgrad".

Tabell 60 Beregnet kapasitetsbehov 2012 for Martina Hansens Hospital, sammenholdt med registrert kapasitet fra 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Martina Hansens Hospital			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	46	92	46
Dagplasser	6	0	-6
Poliklinikkrom	14	12	-2
Operasjonsstuer	5	7	2

4.6.3 Forbruksrater 2012

Tabell 61 Oversikt over forbruksrater 2012

Forbruksrater Vestre Viken SO 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikl konsultasjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt .spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

VV SO har en forbruksrate som ligger noe under snittet for Helse Sør-Øst når det gjelder alle aktivitetstyper.

4.6.4 Pasientstrømmer 2012

Tabell 62 viser at av 756 600 sykehuskontakter (døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner) totalt fra innbyggerne i VV SO i 2012, ble ca. 50 % utført ved VV HF. Da er aktivitet hos private avtalespesialister, rehabiliteringsinstitusjoner og private sykehus regnet med. Ser man kun på antall liggedager er "egendekningen" 62 %.

Tabell 62 Aktivitet Vestre Viken SO 2012 fordelt på behandlende HF og hos private leverandører

Aktivitet Vestre Viken SO 2012 fordelt på behandlende HF							
Helseforetak	Døgn- opphold 2012	% andel døgn- opphold øhj 2012	Ligge- dager 2012	Gjennom- snittlig liggetid 2012	Dag- opphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Alle kontakt typer
Sum alle	75 099	63,4 %	364 760	4,9	55 702	625 812	756 613
Vestre Viken HF	55 756	75,6 %	225 685	4,0	39 377	280 481	375 614
Oslo universitetssykehus HF	9 943	35,6 %	41 347	4,2	7 240	91 977	109 160
Akershus universitetssykehus HF	395	44,1 %	812	2,1	34	1 918	2 347
Lovisenberg	363	10,7 %	1 095	3,0	336	2 802	3 501
Diakonhjemmet	204	20,6 %	667	3,3	59	2 750	3 013
Martina Hansens hospital	1 096	2,6 %	5 620	5,1	1 307	13 190	15 593
Oslo kommunale legevakt	135	100,0 %	64	0,5	0	0	135
Sunnaas sykehus HF	344	0,0 %	5 469	15,9	0	288	632
Sykehuset Innlandet HF	414	62,6 %	1 602	3,9	127	1 975	2 516
Sykehuset i Vestfold HF	1 257	29,3 %	5 362	4,3	2 315	6 381	9 953
Sykehuset Telemark HF	297	61,3 %	822	2,8	102	1 815	2 214
Sørlandet sykehus HF	131	82,4 %	319	2,4	51	471	653
Sykehuset Østfold HF	96	97,9 %	121	1,3	32	238	366
Revmatismesykehuset Lillehammer	49	0,0 %	312	6,4	7	186	242
Betanien hospital (Telemark)	24	0,0 %	64	2,7	3	161	188
Andre helseforetak	746	70,0 %	2 333	3,1	586	3 088	4 420
Private avtalespesialister						206 124	206 124
Private rehabiliteringsinstitusjon	3 111		68 667		2 088		5 199
Private sykehus	738	0,0 %	4 399	6,0	2 038	11 967	14 743

VV SO er et tett befolket område og med unntak av vestre deler av Buskerud er det korte avstander mellom sykehusene både innenfor VV SO og mot sykehus i Vestfold/Telemark SO, Akershus SO, Innlandet SO og Oslo SO. Dette har ført til relativt omfattende pasientstrømmer fra VV SO til HF-ene i de tilgrensende sykehusområdene. I dette området er det også god tilgang til tjenester fra private avtalespesialister, private, ideelle sykehus og private kommersielle sykehus og andre som levere spesialisthelsetjenester.

4 400 liggedager totalt gikk til private sykehus (i tillegg til sykehusene Martina Hansens Hospital, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus). Det er bare litt i overkant av 1 % av det samlede antall liggedager. Det var 5 620 liggedager ved Martina Hansens Hospital, og dette sykehuset er lokalisert slik at det har en sentral rolle med god tilgjengelighet for befolkningen bosatt i Vestre Viken SO.

Tabell 63 Aktivitet i Vestre Viken HF etter hvilket sykehusområde pasienten kommer fra, 2012

Aktivitet Vestre Viken HF etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	59292	234 779	41780	294437
Vestre Viken SO	55756	225 685	39377	280481
Oslo SO	787	2 009	522	3886
Telemark/Vestfold SO	656	1 574	448	2688
Innlandet SO	577	1 727	494	3020
Akershus SO	393	981	450	1903
Østfold SO	218	477	355	959
Sørlandet SO	80	169	26	242
Andre sykehusområder	825	2157	108	1258

Aktiviteten i Vestre Viken HF er stort sett for pasienter bosatt i Vestre Viken sykehusområde.

Tabell 64 Aktivitet i Martina Hansens hospital i 2012, fordelt etter pasientenes sykehusområde

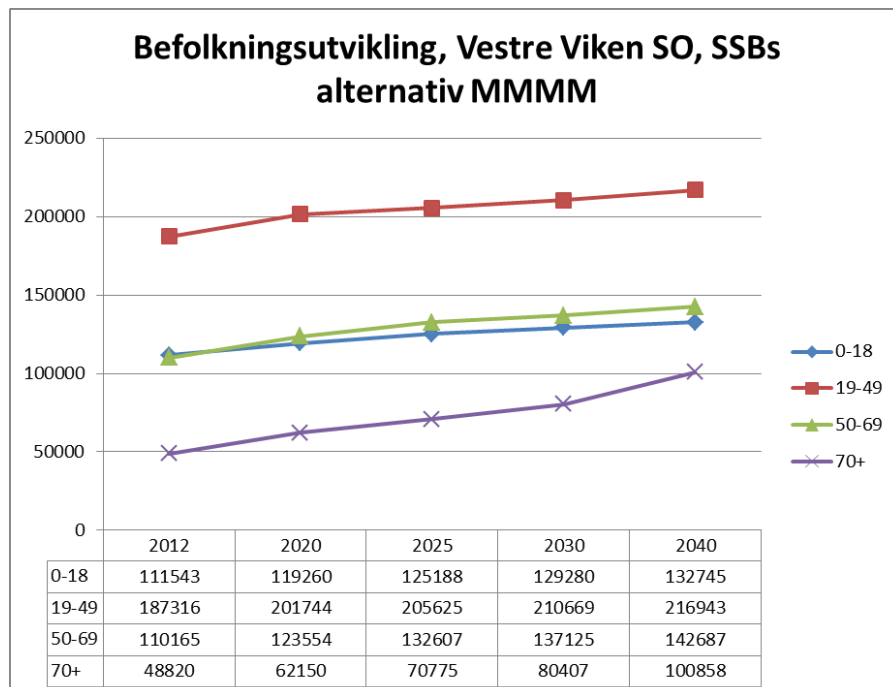
Aktivitet Martina Hansens hospital etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	2951	14 298	2860	29265
Akershus SO	1255	5 577	899	12042
Vestre Viken SO	1096	5 620	1307	13190
Oslo SO	148	749	289	1632
Innlandet SO	143	634	127	885
Telemark/Vestfold SO	118	662	79	536
Østfold SO	96	564	110	609
Sørlandet SO	24	124	16	121
Andre sykehusområder	71	368	33	250

Martina Hansens Hospital har flest pasienter til døgnopphold fra Akershus SO, mens antall liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner er høyest for pasienter fra Vestre Viken SO.

4.6.5 Aktivitet 2030

Figur 7 viser befolkningsprognoser fordelt på kommunene i Vestre Viken SO fra 2012 og med intervallene 2020, 2025, 2030 og 2040. Fremskrivningen er basert på SSBs variant med midlere verdier (MMMM) for dødelighet, fødselsrater, flytting og innvandring. I hovedrapporten er alternative scenarier for befolkningsutvikling og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov drøftet.

Figur 7 Befolkningsprognose Vestre Viken SO for 2012-2040 fordelt på aldersgrupper, SSB's alternativ MMMM



Figuren viser en økning fra 2012 til 2030 for alle aldersgrupper med litt i overkant av 22 % totalt. Økningen for aldersgruppen 19-49 år er svakest, med litt over 12 % i perioden. Aldersgruppen > 50 øker med 37 %. Det er store forskjeller i forventet befolkningsutvikling i de ulike kommunene, der Hemsedal, Hole og Sande er de kommuner som er forventet å øke mest i folketall, med mellom 40 og 50 % i perioden 2012-2030. Hemsedal, Røyken, Hole og Sande er de kommunene som øker mest i aldersgruppen 50+.

Tabell 65 viser fremskrevet aktivitet for 2030. I fremskrivingen inngår demografiske endringer, omstilling basert på pasientforløpsanalyser og korrigeringer for de scenariene som er valgt. Det er en økning for alle aktivitetsområder, men spesielt sterk for dagopphold. Dette forklares med den store omstilling fra døgn til dag som ligger i fremskrivingen og en generell forutsetning om økt dagbehandling og poliklinikk.

Tabell 65 Fremskrevet aktivitet for Vestre viken HF, 2012-2030

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/endring 2012-2030, Vestre Viken HF			
	2012	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Døgnopphold	60156	72979	21
Liggedager	235643	249836	6
Dagopphold	41780	61961	48
Polikliniske konsultasjoner	299332	358937	20
Operasjoner	25930	34772	34

Tabell 66 Fremskrevet aktivitet for Martina Hansens Hospital, 2012-2030

Fremskrivning demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Martina Hansens Hospital			
	2012	2030	Prosentvis ending 2012-2030
Døgnopphold	2970	3982	34
Liggedager	14317	15920	11
Dagopphold	2860	4161	45
Polikliniske konsultasjoner	29372	34903	19
Operasjoner	4624	6478	40

4.6.6 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Tabell 67 viser at Vestre Viken HF med dagens kapasitet vil ha en beregnet overkapasitet på poliklinikkrom, døgnplasser og operasjonsrom mens det er underkapasitet på dagplasser i 2030. Dersom Martina Hansens hospital (tabell 68) også regnes med i den totale kapasitetsressursen for sykehusområdet blir overkapasiteten på døgnplasser, poliklinikkrom og operasjonsstuer enda høyere.

Tabell 67 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Vestre Viken HF i 2014, basis utnyttelsesgrad og høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Vestre Viken HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	680		
Observasjonsseng	79		
Pasienthotell	76		
Døgnplasser totalt	835	911	76
Dagplasser	178	8	-170
Poliklinikkrom	184	255	71
Operasjonsstuer	39	48	9

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Vestre Viken HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	642		
Observasjonsseng	75		
Pasienthotell	76		
Døgnplasser totalt	793	911	118
Dagplasser	147	8	-139
Poliklinikkrom	130	255	125
Operasjonsstuer	30	48	18

Tabell 68 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Vestre Viken HF i 2014, basis utnyttelsesgrad og høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Martina Hansens hospital			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	47		
Observasjonsseng	1		
Pasienthotell	4		
Døgnplasser totalt	52	92	40
Dagplasser	12	0	-12
Poliklinikkrom	18	12	-6
Operasjonsstuer	8	7	-1

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Martina Hansens hospital HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	44		
Observasjonsseng	1		
Pasienthotell	4		
Døgnplasser totalt	49	92	43
Dagplasser	10	0	-10
Poliklinikkrom	13	12	-1
Operasjonsstuer	7	7	0

4.7 Østfold sykehusområde

Den somatiske virksomheten for pasienter ved Østfold SO tilbys ved Sykehuset Østfold HF. Helseforetaket har virksomhet lokalisert i Fredrikstad, Sarpsborg og Moss. Når nytt østfoldsykehus på Kalnes ferdigstilles i november 2015, vil virksomheten i Fredrikstad og Sarpsborg legges ned.

Det er i alt ca. 278 000 innbyggere i Østfold SO. Det er 17 kommuner som inngår i sykehusområdet: Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad, Hvaler, Aremark, Marker, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Skiptvedt, Rakkestad, Råde, Rygge, Våler og Hobøl. Kommunestørrelsen når det gjelder innbyggertall varierer fra Aremark som er den minste med ca. 1400 innbyggere, til den største som er Fredrikstad med ca. 76 000 innbyggere.

4.7.1 Aktivitet 2012

Aktivitetsdata for Sykehuset Østfold HF (innhentet fra NPR/HSØ) er gjengitt i tabellen under:

Tabell 69 Aktivitetsdata oppsummert, Sykehuset Østfold HF, 2012

Aktivitet 2012 Sykehuset Østfold HF	
Døgnopphold	40811
Liggedager	138971
Dagopphold	24226
Polikliniske konsultasjoner	204956
Operasjoner	25930

For operasjonsvirksomheten var det 52 % som var utført dagkirurgisk eller poliklinisk. Østfoldsykehuset har en høy andel øyeblikkelig hjelp, over 83 % av alle døgnopphold.

4.7.2 Kapasitet og kapasitetsbehov 2014

Sykehuset Østfold har sin kapasitet fordelt på lokasjoner i Fredrikstad, Sarpsborg og Moss. Nytt sykehus på Kalnes ferdigstilles i 2015. På grunn av at det skjer endringer i løpet av det nærmeste året, er ikke dagens kapasitet kartlagt, men den fremtidige kapasitet i de nye sykehusanleggene legges til grunn.

Tabell 70 Beregnet kapasitetsbehov i 2012, sammenstilt med kapasitet i Sykehuset Østfold når nytt sykehus på Kalnes + Moss er ferdig bygget.

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset Østfold HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	448	464	16
Dagplasser	53	103	50
Poliklinikkrom	95	132	37
Operasjonsstuer	19	20	1

Tabellen viser at det er tilstrekkelig kapasitet i det nye sykehuset på Kalnes + Moss sykehus ut i fra dagens aktivitetsnivå.

4.7.3 Forbruksrater 2012

Befolkningen i Østfold sykehusområde har et forbruk av liggedager, dagopphold, poliklinikk og konsultasjoner hos private avtalespesialister som er lavere enn gjennomsnittet for Helse Sør-Øst. Antall døgnopphold og antall døgnopphold som øyeblikkelig hjelp er derimot høyere enn gjennomsnittet.

Tabell 71 Oversikt over forbruksrater i Østfold SO 2012, ikke behovsjustert

Forbruksrater Sykehuset Østfold 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikli konsultasjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt .spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

4.7.4 Pasientstrømmer 2012

Tabell 72 Pasientstrømmer fra Østfold sykehusområde til HF, private sykehus og private avtalespesialister i 2012

Aktivitet fra Østfold SO fordelt på de HF pasientene behandles på						
Helseforetak	Døgn-opp- hold 2012	Øhj døgn- opphold 2012	% andel døgn- opphold øhj 2012	Ligge-dager 2012	Dag- opphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	49273	34528	70,07 %	213924	30681	386735
Sykehuset Østfold HF	38280	31738	82,9 %	134803	23887	194525
Oslo universitetssykehus HF	5433	1884	34,7 %	24482	2499	38308
Akershus universitetssykehus HF	468	201	42,9 %	1301	47	2140
Vestre Viken HF	218	98	45,0 %	477	355	959
Sunnaas sykehus HF	631	0	0,0 %	8658	0	857
Lovisenberg	265	21	7,9 %	882	149	1495
Diakonhjemmet	145	26	17,9 %	593	24	1166
Martina Hansens hospital	96	2	2,1 %	564	110	609
Oslo kommunale legevakt	63	63	100,0 %	33	0	0
Sykehuset Innlandet HF	211	130	61,6 %	1167	37	418
Sykehuset Telemark HF	285	48	16,8 %	1104	42	812
Sykehuset i Vestfold HF	88	34	38,6 %	332	22	368
Sørlandet sykehus HF	49	34	69,4 %	171	8	175
Revmatismesykehuset Lillehammer	12	0	0,0 %	74	0	6
Betanien hospital (Telemark)	2	0	0,0 %	2	1	9
Andre helseforetak	424	249	58,7 %	1411	185	1538
Private sykehus	1123	0	0,0 %	5635	1546	51
Private avtalespesialister						143299
Private rehabiliteringsinstitusjoner	1480			32235	1769	

Tabell 72 viser at 78 % av alle døgnopphold for befolkningen bosatt i Østfold SO skjer i Sykehuset Østfold. 11 % av døgnoppholdene går til OUS. Hele 37 % av alle polikliniske konsultasjoner skjer hos private avtalespesialister. Befolkningen i Østfold er de som har høyest forbruk av liggedager ved Sunnaas sykehus.

Tabell 73 Aktivitet i Sykehuset Østfold HF i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

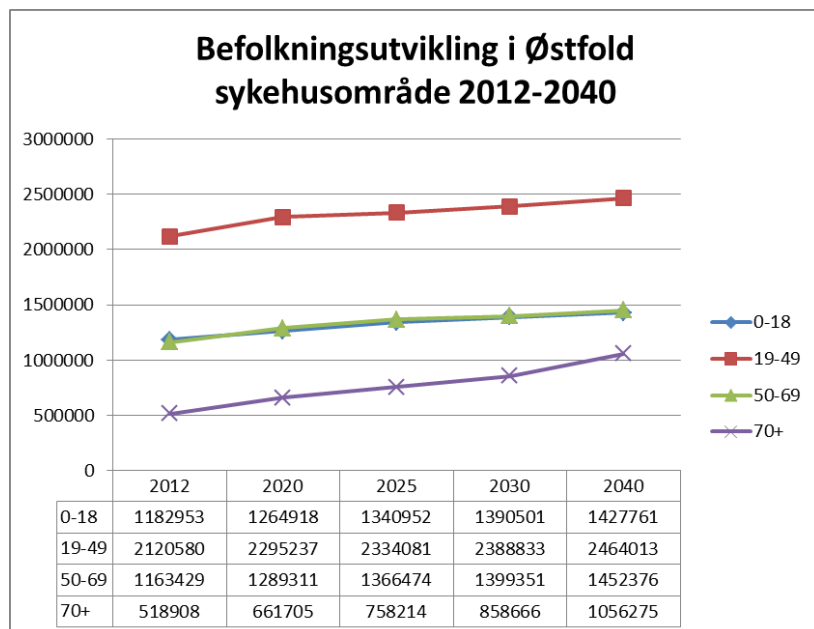
Aktivitet i 2012 i Sykehuset Østfold HF etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	39818	137 978	24226	199328
Østfold SO	38280	134 803	23887	194525
Akershus SO	483	981	163	2263
Oslo SO	230	448	47	662
Telemark/Vestfold SO	100	170	8	283
Vestre Viken SO	96	121	32	238
Innlandet SO	69	173	12	211
Sørlandet SO	30	68	6	69
Andre sykehusområder	530	1214	71	1077

Tabellen over viser at de fleste pasientene, hele 96 % av alle døgnopphold, i Sykehuset Østfold kommer fra Østfold sykehusområde.

4.7.5 Aktivitet 2030

Figur 8 viser befolkningsprognoser fordelt på kommunene i Østfold SO fra 2012 og med intervallene 2020, 2025, 2030 og 2040. Fremskrivningen er basert på SSBs variant med midlere verdier (MMMM) for

dødelighet, fødselsrater, flytting og innvandring. I hovedrapporten er alternative scenarier for befolkningsutvikling og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov, drøftet



Figur 8 Befolkningsprognose Østfold SO for 2012-2040 fordelt på aldergrupper, SSB's alternativ MMMM

Befolkningen i Østfold SO øker i perioden 2012-2030 med 21 %. For aldersgruppen 50+ øker befolkningen med 34 % og for gruppen 70+ øker den med 65 %.

En fremskriving av dagens aktivitet til 2030 der det er lagt til demografisk fremskriving som i SSBs alternativ MMMM samt omstillinger som vist i pasientforløpsanalysene, gir det en økning i alle aktivitetstyper, men høyest økning for dagopphold.

Tabell 74 Fremskrevet aktivitet for Sykehuset Østfold HF, 2012-2030

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/endring 2012-2030, Sykehuset Østfold HF			
	2012	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Døgnopphold	40811	48387	19
Liggedager	138971	145515	5
Dagopphold	24226	34435	42
Polikliniske konsultasjoner	204956	240850	18
Operasjoner	25930	34772	34

4.7.6 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

Tabell 75 viser en sammenstilling av beregnet kapasitetsbehov for Sykehuset Østfold med den kapasitet som er planlagt i nytt østfoldsykehus + Moss. Denne beregningen viser at det i 2030 blir en underkapasitet

på døgnplasser og operasjonsstuer mens dagplasser og poliklinikkrom blir omtrent i balanse dersom man forutsetter basis utnyttelsesgrad. Dersom man baserer beregningen på høy utnyttelsesgrad vil man være i balanse, og ha et overskudd på antall dagplasser og poliklinikkrom.

Tabell 75 Beregnet kapasitetsbehov 2030 Sykehuset Østfold HF, sammenstilt med kapasitet i nytt østfoldsykehus + Moss.

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset Østfold HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	391		
Observasjonsseng	52		
Pasienthotell	44		
Døgnplasser totalt	487	464	-23
Dagplasser	101	103	2
Poliklinikkrom	123	132	9
Operasjonsstuer	25	20	-5

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sykehuset Østfold HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	369		
Observasjonsseng	50		
Pasienthotell	44		
Døgnplasser totalt	463	464	1
Dagplasser		103	103
Poliklinikkrom		132	132
Operasjonsstuer	19	20	1

4.8 Sunnaas sykehus HF

Sunnaas sykehus HF er et helseforetak som har sin hovedvirksomhet på Nesodden. Det er i tillegg noe aktivitet i Oslo (poliklinikk) og Askim (døgnopphold og poliklinikk). Helseforetaket driver spesialisert rehabilitering for pasienter fra hele helseregionen, samt noe for pasienter fra andre regioner.

4.8.1 Aktivitet 2012

Sunnaas sykehus HF hadde i 2012 ca. 43 000 liggedager. Med 2 788 døgnopphold gir dette en gjennomsnittlig liggetid på 15 døgn.

Tabell 76 Aktivitetsdata oppsummert, Sykehuset Østfold HF, 2012

Aktivitet 2012 Sunnaas sykehus HF	
Døgnopphold	2788
Liggedager	43190
Dagopphold	10
Polikliniske konsultasjoner	3290
Operasjoner	0

4.8.2 Kapasitet og kapasitetsbehov 2014

Sunnaas sykehus HF har i 2014 en kapasitet på totalt 159 døgnplasser. Behovet er i 2012 med 85 % utnyttelsesgrad beregnet til 139, dvs. 20 færre enn dagens kapasitet. Det er hovedsakelig elektiv virksomhet, noe som ofte gir en lavere utnyttelsesgrad enn virksomheter med mye øyeblikkelig hjelp. Samtidig er det relativt lang oppholdstid per pasient, noe som gir kan gi en høy utnyttelse av kapasiteten.

Tabell 77 Kapasitetsbehov i 2012 sammenstilt med faktisk kapasitet, Sunnaas sykehus HF i 2014

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sunnaas sykehus HF			
	2012	2014	Diff beregnet kapasitetsbehov 2012 og faktisk kapasitet 2014
Døgnplasser totalt	139	159	20
Dagplasser	0	0	0
Poliklinikkrom	2	11	9
Operasjonsstuer	0	0	0

4.8.3 Pasientstrømmer 2012

Tabell 78 Aktivitet Sunnaas sykehus i 2012 fordelt på SO som pasientene kommer fra

Aktivitet Sunnaas sykehus HF etter hvor pasientene kommer fra				
Sykehusområde	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
Sum alle	2787	43 189	10	3285
Østfold SO	631	8 658	0	857
Akershus SO	539	8 818	10	1076
Oslo SO	492	9 392	0	810
Vestre Viken SO	344	5 469	0	288
Innlandet SO	248	3 336	0	94
Telemark/Vestfold SO	206	3 576	0	81
Sørlandet SO	68	838	0	19
Andre sykehusområder	259	3102	0	60

Sunnaas sykehus har som tabellen over viser et ganske likt antall liggedager for pasienter fra de nærmeste helseforetakene (Østfold, Ahus og Oslo). Relativt sett i forhold til befolkningstall er det Østfold som har det høyeste forbruket og Ahus og Oslo SO er omtrent likt. Dette kan bety at nærhet har en stor betydning selv om dette er en virksomhet for hele regionen. Sørlandet sykehus er de som benytter Sunnaas sykehus minst. Dette har sannsynligvis sammenheng både med avstand men også med at Sørlandet sykehus i 2012 har omfattende rehabiliteringsvirksomhet selv.

4.8.4 Aktivitet 2030

Tabell 79 viser fremskrevet aktivitet for 2030. I fremskrivingen inngår demografiske endringer, omstilling basert på pasientforløpsanalyser og korrigeringer for de scenariene som er valgt. For Sunnaas er det forutsatt en omstilling som avviker fra de øvrige HF'ene for pasientgruppen med rehabiliteringsdiagnose. Det er for Sunnaas og denne diagnosegruppen ikke forutsatt endring i oppgavedeling mellom kommuner og sykehus. Fremskrivingen gir da en økning for alle aktivitetsområder, og spesielt sterk for dagopphold. Dette forklares med den store omstilling fra døgn til dag som ligger i fremskrivingen og en generell forutsetning om økt dagbehandling og poliklinikk.

Fremskriving av aktivitet for Sunnaas avhenger i stor grad av de øvrige helseforetakenes aktivitet og oppgavedeling mellom HF'ene. Det er ikke forutsatt endringer i dette i analysen.

Tabell 79 Aktivitet 2030 fremskrevet, Sunnaas sykehus HF

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/ending 2012-2030, Sunnaas sykehus HF			
	2012	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Døgnopphold	2788	2763	-1
Liggedager	43190	41129	-5
Dagopphold	10	850	
Polikliniske konsultasjoner	3290	4247	29
Operasjoner	0	0	

4.8.5 Beregnet kapasitetsbehov og kapasitetsbalanse 2030

For Sunnaas sykehus HF er det beregnet et behov for 139 senger i 2030, mens dagens kapasitet er på 159, dvs. det samme som dagens, en overkapasitet på 20 senger. Sunnaas sykehus har en virksomhet som skiller seg fra de øvrige, og fremtidig aktivitet vil i stor grad være styrt av hvor stor del av spesialistrehabilitering de øvrige helseforetakene tar selv.

Tabell 80 Kapasitetsbalanse Sunnaas sykehus HF, 2012 og 2030, utnyttelsesgrad som i basisalternativet og ved høy utnyttelsesgrad

Beregnet kapasitetsbehov, basis utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sunnaas sykehus HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	114		
Observasjonsseng	0		
Pasienthotell	21		
Døgnplasser totalt	139	159	20
Dagplasser	2	0	-2
Poliklinikkrom	2	11	9
Operasjonsstuer	0	0	

Beregnet kapasitetsbehov, høy utnyttelsesgrad , demografi MMMM, inkl omstilling og økt etterspørsel 20 %. Sammenholdt med registrert kapasitet 2014, Sunnaas sykehus HF			
	2030	2014	Diff kapasitetsbehov 2030 og kapasitet 2014
Normalseng	109		
Observasjonsseng	0		
Pasienthotell	21		
Døgnplasser totalt	130	159	29
Dagplasser	2	0	-2
Poliklinikkrom	1	11	10
Operasjonsstuer	0	0	

4.9 Private leverandører

Private sykehus ut over private ideelle sykehus med driftsavtale har begrenset aktivitet for pasientene i Helse Sør-Øst. De private ideelle med driftsavtale er omtalt under de sykehusområder de er lokalisert i.

Den største aktiviteten er knyttet til konsultasjoner hos private avtalespesialister.

Kapasitet i private sykehus er ikke kartlagt i denne analysen.

4.10 Kapasitetsbehov intensivplasser

Kapasitetsbehov for intensivplasser er her satt opp separat på grunn av at det er behov for å se den samlede kapasiteten for Helse Sør-Øst på ett av de områdene som er mest ressurskrevende. Fagutvalg for intensivmedisin i Helse Sør-Øst har i 2014 utarbeidet "*Rapport intensivkapasitet i Helse Sør-Øst*". I dette arbeidet er det kartlagt dagens intensivkapasiteter, både faktiske senger og bemannede. For intensiv er tilgang på og bruk av bemanningsressursen avgjørende. I rapporten står det om fremtidig behov er "at man trenger å tilføre et stort antall nye bemannede intensivsenger, sannsynligvis opp mot 50 % økning. Dersom man bibeholder dagens organisering i sykehusstruktur og funksjon, vil dette behovet øke ytterligere". Det er ikke angitt noe tidsperspektiv for "fremtidig behov".

I tabellen under er det satt opp dagens kartlagte, bemannede senger og med et tillegg på 50 % for fremtidig behov, som gir et kapasitetsbehov på 225 intensivplasser. Dette er satt opp imot beregnet behov ved bruk av Walesmodellen, som gir et kapasitetsbehov på 267 intensivplasser. For hvert sykehusområde er det store forskjeller, men dette skyldes i hovedsak at Walesmodellen kun ser på befolkningsgrunnlag og ikke oppgavedeling mellom HF'ene. Sumlinjen viser det samlede behovet, og dette skal være sammenlignbart (foruten at OUS har noen landsfunksjoner som gir ekstra behov ut over HSØ-området). I totalsummen viser bruk av Walesmodellen et høyere behov enn det som er antydnet i rapporten fra HSØ. Det bemerkes også at Walesmodellen er utviklet for 14 år siden, og befolkningssammensetningen da nok var en annen enn det vi forventer å få i 2030, noe som kan øke behovet ytterligere. For begge beregningsmåter er det laget en forutsetning om samling av intensivfunksjonen. Flere lokasjoner vil øke kapasitetsbehovet for å opprettholde fleksibilitet i kapasitet for å møte behov for variasjon i aktivitet.

Tabell 81 Fremtidig kapasitetsbehov intensiv fordeling per sykehusområde, sammenligning behov fra rapport fra HSØ og beregnet behov ved bruk av Walesmodellen

Intensivkapasitet Helse Sør-Øst				
	Kartlagt ant plasser i dagens HF/sykehus		Beregnet behov ut fra befolkningstall	
	Dagens kapasitet kategori III senger, bemannede senger	Tillegg fremtidig behov 50 %	Beregnet behov Walesmodellen, intensivsenger, 2030	Beregnet behov Walesmodellen, tunge overvåkingsenger, 2030
Akershus SO	10	15	48	86
Oslo SO	76	114	51	90
Diakonhjemmet sykehus	3	4,5		
Lovisenberg D. sykehus	2	3		
Innlandet SO	15	22,5	35	62
Telemark/Vestfold SO	10	15	36	63
Østfold SO	10	15	26	46
Sørlandet SO	11	16,5	28	50
Vestre Viken SO	13	19,5	43	77
Totalt HSØ	150	225	267	474

Tabell 81 viser også beregnet behov for tunge overvåkingsplasser, noe som er en viktig buffer mellom ordinære senger og intensiv. Lokalisering av disse har stor betydning, og dersom sengeområdene tilrettelegges med mulighet for overvåking og visuell kontakt med pasientene kan overvåkingsområder legge i tilknytting til disse. Det er også behov for å legge tunge overvåkingsplasser i tilknytting til intensiv slik at man har en buffermulighet når det er store variasjoner i belegg.

For å beregne behov for intensivplasser og tunge overvåkingsplasser for hvert HF ved bruk av Walesmodellen er det behov for en omfordeling av kapasiteten ved at OUS får en % andel fra hvert av SO'ene. Regneeksemplet under viser at ved bruk av beregnet behov iht Walesmodellen og med lokalisering av intensiv og tung overvåking på en enhet per HF, og med en forutsetning av at 30 % av intensivplassene og 10 % av tunge overvåkingsplasser fra de øvrige HF'ene er lokalisert i OUS HF, vil man få følgende fordeling:

Tabell 82 beregnet behov for intensivkapasitet og kapasitet for tung overvåking i 2030 fordelt per HF samt Diakonhjemmet og Lovisenberg gitt en omfordeling på hhv 30 og 10 % til OUS HF

Intensivkapasitet Helse Sør-Øst				
	Beregnet behov ut fra befolkningstall		Omfordelt kapasitetsbehov	
	Beregnet behov Walesmodellen, intensivsenger, 2030	Beregnet behov Walesmodellen, tunge overvåkingsenger, 2030	Kapasitetsbehov ved omfordeling 30 % av intensivplasser til OUS HF	Kapasitetsbehov ved omfordeling 10 % av tunge overvåkingsplasser til OUS HF
Ahus HF	48	86	34	77
OUS HF	51	90	109	118
Diakonhjemmet sykehus			4	5
Lovisenberg D. sykehus			3	5
Sykehuset Innlandet HF	35	62	25	56
Telemark/Vestfold HF	36	63	25	57
Sykehuset Østfold HF	26	46	18	41
Sørlandet sykehus HF	28	50	20	45
Vestre Viken HF	43	77	30	69
Totalt HSØ	267	474	267	474

Fordelingen mellom HF er vist som et regneeksempel her, og trenger en mer nøyaktig gjennomgang for å avgrense oppgavene mellom HF'ene. For OUS vil det også være et tillegg for intensivkapasitet som knyttes til pasienter fra andre SO. Denne fremskrivingen vil gi en betydelig økning for alle HF sammenlignet med dagens bemannede kapasitet.

Det er ikke gjort en differensiering mellom Telemark og Vestfold her, men dersom det blir lokalisering av intensiv og tung overvåking i begge HF vil det bli en fordeling iht befolkningsgrunnet.

Dersom man får lokalisering av intensiv og tung overvåking på flere lokasjoner enn en per HF, vil behovet øke. Dette har sammenheng med at fordeling på mange små enheter gir behov for

5 Strategiske planer, utviklings- og utbyggingsprosjekter

5.1 Helse Sør-Øst

Økonomiske langtidsplan (ØLP) for Helse Sør-Øst i perioden 2015-2018, som blant annet omhandler prioritering av investeringsprosjekter, ble lagt fram for styret i juni 2014. Dette er tatt til etterretning av styret. Finansiering av utbyggingsprosjektene tas opp under budsjettbehandlingen for 2015.

5.2 Akershus universitetssykehus HF

Det foreligger ikke planer om vesentlige endringer i organisering av tjenestetilbudet for Ahus HF. Som tall for 2012 og driftserfaringene ved Ahus viser så er det i dag underkapasitet som vil vokse i tiden fremover. Det er løpende gjennomført tiltak internt for å effektivisere driften samt øke sengekapasiteten. De viktigste kapasitetstiltakene har vært å omgjøre pasienthotellens plasser til ordinære sengeposter med gruppe 1 rom (Ahus har p.t. kun barselhotell som hotellsenger). For å øke antallet plasser er det foretatt ombygginger for å få inn støtterom som var nødvendig med tyngre pasienter enn hotellpasienter. Derfor måtte flere rom brukes som dobbeltrom. Disse er for små i forhold til arbeidstilsynets krav. Derfor har man nå fått en midlertidig dispensasjon. Ombygging videre er satt på vent.

Det er åpnet senger ved Ski sykehus til erstatning for nedlagte senger ved Stensby.

I tillegg til interne ombygginger og prosjekter for å utnytte tilgjengelig kapasitet er det inngått avtale med private ideelle sykehus i Oslo om kjøp av kapasitet for inntil 10 døgnpasienter pr. dag.

Det at Ahus relativt nylig er bygget ut innebærer at foretaket ikke har utarbeidet en fullstendig ny utviklingsplan. Utover interne løpende tilpasninger av infrastruktur og organisering foreligger det for Ahus derfor ikke ferdigprosjekterte planer om utvidelser av kapasiteten. Med de driftsendringer som vil skje og med den pressede kapasitetssituasjonen Ahus er i, vil det være behov for å utarbeide en helhetlig utviklingsplan for foretaket. Det er gjort en mulighetsstudie i 2012 for hvordan Ahus tomtearealer og eksisterende bygg kan utnyttes videre. Denne viser muligheter for hvordan ytterligere 60 000 m² kan plasseres inn. Alt innenfor nåværende reguleringsplan. Dette er en overordnet mulighetsstudie, men den kan danne grunnlag for raskt å utarbeide utviklingsplaner/prosjekter for kapasitetsutvidelser ved Ahus.

Det er vurdert å flytte Nes kommune fra Innlandet sykehusområde til Akershus sykehusområde. Nes kommune har i overkant av 19 000 innbyggere. Det er også sett på muligheten for å flytte over Vestby kommune med 15 000 innbyggere til Østfold SO fra Ahus SO.

5.3 Oslo universitetssykehus HF

Det pågår planlegging av en ny sykehusenhet i Oslo SO, "Campus Oslo". Beskrivelse av fremtidig utvikling for Oslo SO og OUS HF er hentet fra "Virksomhetsløsninger" som er et av underlagene til idéfaserapporten Idéfase for OUS – Campus Oslo³. For beregning av fremskrevet aktivitet og kapasitetsbehov og de driftsmessige forutsetningene bygger Idéfaserapporten på Utviklingsplanen. Idefaserapporten er ikke godkjent.

I tabell 83 er beregnet kapasitet fra Idefase OUS sammenstilt med fremskrevet kapasitetsbehov i denne analysen.

Tabell 83 Sammenstilling av beregnet kapasitetsbehov i aktivitets- og kapasitetsanalyse for HSØ 2030 med forutsetningene i Idefase OUS

³ Virksomhetsløsninger Idéfase OUS – Campus Oslo, Oslo universitetssykehus, 28. februar 2014

Sammenligning dimensjoneringsgrunnlag Idefase OUS med aktivitets- og kapasitetsanalyse HSØ 2030, OUS HF inkl Oslo komm legevakt, basis utnyttelsesgrad								
	Kapasitets behov normalseng	Kapasitets behov observasjon	Kapasitets behov pasientho tell	Kapasitets behov døgnplasser totalt	Kapasitets behov dagplasser	Kapasitets behov poliklinikkrom ekskl spesialrom	Kapasitets behov operasjon	Kapasitets behov intensiv
Aktivitets- og kapasitetsanalyse, OUS inkl Oslo komm. legevakt	1359	101	172	1632	316	526	112	107
Idefase OUS	1460	42	381	1883	358	245	103	120
Differanse	-101	59	-209	-251	-42	281	9	-13

Når beregnet kapasitetsbehov sammenstilles med planer for Idefase OUS, er den største forskjellen i antall pasienthotellplasser og poliklinikkrom, der Idefase OUS har 209 flere pasienthotellplasser enn det som er beregnet i denne analysen. Idefase OUS har ikke redusert aktivitet som følge av endret oppgavedeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Denne aktivitets- og kapasitetsanalysen har vesentlig høyere antall poliklinikkrom (281 flere). Dette kan ha sammenheng med forskjellige utnyttelsesgrader som er lagt inn i beregningene.

Antall observasjonsplasser skiller seg også ved at Idefase OUS har 59 færre plasser enn beregnet i denne analysen.

5.4 Sykehuset Innlandet HF

Styret ved sykehuset Innlandet har i juni 2014 vedtatt utviklingsplanen, og besluttet å gå videre til idefase med vurdering av alternativene for utvikling av spesialisthelsetjenesten. I idéfase vil Sykehuset Innlandet gå nærmere inn på en fremtidig modell med et hovedsykehus ved Mjøsbrua og vurdere denne opp mot tre alternative strukturelle løsningsmodeller. Dette er modeller for to og tre akuttsykehus i Mjøsregionen, i tillegg til et nullalternativ, bygget på en videreføring av dagens fire sykehus i Mjøsregionen (Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer). En idefaserapport er planlagt ferdigstilt i løpet av våren 2015.

I utviklingsplanen for sykehuset Innlandet beskrives et scenario for Kongsberg sykehus med at sykehuset får en helseforetakstilhørighet til Akershus universitetssykehus. Dette på grunn av at befolkningen i Kongsvingerområdet har en sterkere kommunikasjon sørover mot hovedstadsområdet enn til Mjøsområdet, noe som forsterkes med fremtidens veiutbygging.

5.5 Sykehuset Telemark HF

STHF har utarbeidet en utviklingsplan for 2014-2016. Utviklingsplanen ble behandlet i STHF sitt styre i mai 2014. I Utviklingsplanen for STHF⁴ er det vist til 3 alternative scenarier:

⁴ Høringsdokument Utviklingsplan STHF 2014-2016

Scenarioene



Scenario 1 Nå-situasjonen

Somatikk

- 4 akuttmottak
- 5 sengelokasjoner
- 4 kirurgiske lokasjoner

Psykatri

- 2 Distriktpsikiatrisk senter
- 1 24/7 ø-hjelp lokasjon
- 4 døgnlokasjoner
- Ambulante tjenester

• "Sykehuspsykiatrien" i Skien

Scenario 2 Mellomsituasjonen

Somatikk

- 3 akuttmottak
- 4 sengelokasjoner
- 3 kirurgiske lokasjoner

Psykatri

- 2 Distriktpsikiatrisk senter
- 2 24/7 ø-hjelp lokasjoner
- 4 døgnlokasjoner
- Styrking av ambulante tjenester

• "Sykehuspsykiatrien" i Skien

Scenario 3 Modernisert modell

Somatikk

- 2 akuttmottak
- 2 sengelokasjoner
- 1 kirurgisk lokasjon

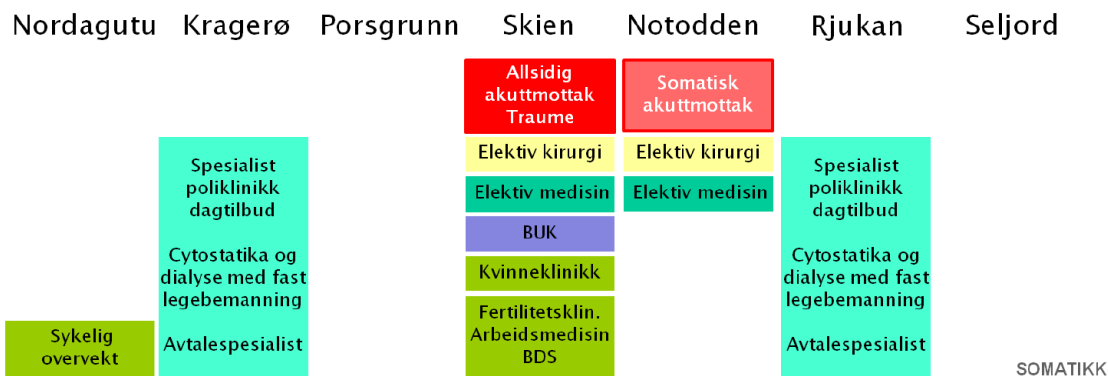
Psykatri

- 2 Distriktpsikiatrisk senter
- 1 24/7 ø-hjelp lokasjon
- 2 døgnlokasjoner
- Styrking av ambulante tjenester

• "Sykehuspsykiatrien" i Skien

Figur 9 Utviklingsplan STHF, tre scenarioer

I Utviklingsplanen står det at "det er klare faglige og økonomiske styrker ved scenario 3. Redusert opplevd tilgjengelighet, vurdert gjennomføringsevne og risiko innebærer at scenario 3 allikevel ikke kan anbefales". Det anbefalte alternativet vil være en blanding av scenario 2 og 3. Noen tiltak som er foreslått er: Flytting av dagkirurgi og poliklinikk fra Porsgrunn til Skien, kun fødsler i Skien, somatisk akuttmottak i Notodden og Skien, men kun traumemottak i Skien.



Figur 10 Utviklingsplan STHF 2014-2016, oppgavedeling mellom sykehuslokasjonene, somatikk

Kapasitetsmessig betyr dette at all akutt operasjonsvirksomhet blir i Skien, og at elektiv kirurgi blir fordelt mellom Skien og Notodden. Det får konsekvenser også for lokalisering av overvåkingsplasser, observasjonsplasser og poliklinikkrom. Det reduserer kapasitetsbehovet totalt i forhold til dagens organisering og kapasitetsbehov.

I økonomisk langtidsplan (2015-2018) for STHF ligger det inne kostander til ny sengefløy Skien (490 mill.), samt forslag om et samleprosjekt for oppfølging av utviklingsplanen, med blant annet oppgradering av nordfløyen i Skien for å øke operasjonskapasiteten (413 mill.).

5.6 Sykehuset i Vestfold HF

Sykehuset i Vestfold har hatt ut- og ombyggingsprosjekter over mange år. Det er nå gjennomført konseptfase for byggetrinn 7 (somatikk og psykiatri). Utbyggingen omfatter erstatning av sengeområder som i dag er plassert i A- og B- blokka i Tønsberg.



Figur 11 Illustrasjon, 7.byggetrinn Tønsbergprosjektet (fra presentasjon I. Aarseth)

Tabell 84 Sammenstilling kapasitetsbehov 2020 HFP Tønsbergprosjektet og aktivitets- og kapasitetsanalyse HSØ 2030

	6.bygge- trinn 2020	7.bygge- trinn 2020	Sum Tønsberg- prosjektet 2020	Sum SiV 2020	HSØ analyse, kap behov 2030
Normalseng	158	119	277	370	368
Observasjonsplasser		35	35	35	39
Føde-barsel		21	21	21	
Nyfødtintensiv		10	10	10	
Barn/ungdomssenter		24	24	24	
Intensiv	10		10	10	
Pasienthotell					39
Totalt	168	209	377	470	446

En sammenstilling av forutsetningene i Tønsbergprosjektet og aktivitets- og kapasitetsanalysen for HSØ 2030 viser at det er forventet et kapasitetsbehov på 24 plasser mer i fremskrivingen for Tønsbergprosjektet er 2020 enn i aktivitets- og kapasitetsanalysen for HSØ til 2030. Kapasitetsberegning for nyfødtintensiv inngår ikke i kapasitetsberegningene for HSØ prosjektet. Dette utgjør 10 plasser for SiV i Tønsbergprosjektet, og gjør at forskjellen mellom beregningsmåtene blir noe mindre.

SiV har tatt initiativ til en gjennomgang av forutsetningene på bakgrunn av analysene for HSØ.

5.7 Sunnaas sykehus HF

Sunnaas Sykehus HF har planlagt og påbegynt utvidelser på Nesodden. Ny fløy er forutsatt ferdig våren 2015, og total kapasitet på døgnplasser vil være det samme som i dag.

5.8 Sykehuset Østfold HF

Nytt østfoldsykehus på Kalnes ved Sarpsborg vil bli klart for innflytting i november 2015. Sykehuset er på ca. 85 500 m² og har både funksjoner for somatikk og PHV. I tillegg til nybygget på Kalnes er det vesentlige oppgraderinger av sykehuset i Moss.



Figur 12 Nytt sykehus på Kalnes

Det er et forslag om å flytte Vestby kommune (ca. 15 000 innbyggere) som i dag ligger i Ahus SO til Østfold SO. Det er gjennomført en utredning for Sykehuset Østfold for å se konsekvensene for nytt østfoldsykehus av dette.

5.9 Sørlandet sykehus HF

Sørlandet sykehus har gjennomført arbeidet med en utviklingsplan. Denne utviklingsplanen er nå ute til kvalitetssikring og på en høringsrunde for berørte parter. Det forventes at en endelig versjon skal foreligge i løpet av 2015. I den foreløpige versjonen foreslås det at man i 2030 centraliserer spesialiserte funksjoner og avansert behandling til en lokasjon.

Sørlandet sykehus HF har satt i gang tidligfaseplanlegging av et nytt bygg for voksenpsykiatri. Det er gjennomført en konseptfase. Denne har vært til kvalitetssikring og skal legges fram for styret i SSHF og i HSØ høsten 2014.

Sammenligning dimensjoneringsgrunnlag Utviklingsplan 2030 SSHF med aktivitets- og kapasitetsanalyse for HSØ, basis utnyttelsesgrad								
	Kapasitets behov normalseng	Kapasitets behov observasjon	Kapasitets behov pasient hotell	Kapasitets behov døgnplasser totalt	Kapasitets behov dagplasser	Kapasitets behov poliklinikkrom ekskl spesialrom	Kapasitets behov operasjon	Kapasitets behov intensiv
Aktivitets- og kapasitetsanalyse HSØ, Sørlandet sykehus HF	461	48	57	566	189	170	33	20
Utviklingsplan SSHF 2030	536	60	72	668	233	139	32	28
Differanse	-75	-12	-15	-102	-44	31	1	-8

Det er relativt store avvik spesielt for døgnplasser og poliklinikkrom i de to fremskrivingene. Dette skyldes flere årsaker:

- Aktivitetsdata for 2012 i HSØ prosjektet er lavere enn utgangspunktet for Utviklingsplanen for SSHF. Antall liggedager er 9 % høyere i 2011 data fra SSHF sammenlignet med HSØ prosjektets tall fra 2012. Forskjellig utgangspunkt 2011 og 2012 forklarer omtrent halvparten av forskjellen.
- Ren demografisk fremskriving gir også en høyere utvikling i SSHF prosjektet. Dette på grunn av at det er benyttet en litt annen metode, knyttet direkte til hver pasientrecord.
- For poliklinikk er det lagt inn en mindre omstilling i HSØ prosjektet enn i SSHF prosjektet.
- HSØ prosjektet har lagt inn en lavere ambisjon om omstilling til observasjonsenheter
- For intensiv er det lagt inn en omfordeling mellom OUS og de øvrige HF'ene i HSØ prosjektet.

5.10 Vestre Viken HF

I Strategi 2025 beholdes alle de 4 somatiske sykehusenheter i VV SO (Bærum, Drammen, Ringerike og Kongsberg). Oppgavefordeling og funksjonsfordeling mellom Drammen, Bærum og Ringerike opprettholdes omtrent som i 2012. Kongsberg sykehus har elektiv kirurgi og fødestue i 2025. Dette påvirker pasientstrømmene noe innenfor HF-et men har ikke betydning for vurdering av aktivitet og kapasitetsbehov samlet for foretaket eller på RHF-nivå.

Planleggingen av et nytt sykehus er startet og det er forventning om at det skal stå ferdig i 2022. Styret i Helse Sør-Øst har i juni 2014 vedtatt at det skal igangsettes arbeid med konseptrapport for nytt sykehus. Det er planlagt for en aktivitet og kapasitetsbehov i 2025 som vist i tabell 85.

Med Vestre Viken HF's fremskriving vil det i 2025 være en underkapasitet på ca. 120 døgnplasser gitt basis utnyttelsesgrad. SINTEF's tall er ikke korrigert for endringer i egedekning. Dette vil påvirke kapasitetsbehovet. I utviklingsplanen opplyses det at Vestre Viken hadde en egedekning i 2011 på 67,8 % men det fremgår ikke hvordan dette beregnes og om det gjelder alle typer aktiviteter. Vi har derfor ikke grunnlag for å beregne aktiviteten i 2025 med 75 % egedekning på samme forutsetninger som i utviklingsplanen.

Tabell 85 Sammenstilling av beregnet kapasitetsbehov i aktivitets- og kapasitetsanalyse for HSØ 2030 med forutsetningene i Idefase Vestre Viken 2025

Sammenligning dimensjoneringsgrunnlag Utviklingsplan Vestre Viken 2025 med aktivitets- og kapasitetsanalyse HSØ 2030, Vestre Viken HF			
	Kapasitets behov døgnplasser	Kapasitets behov dagplasser	Kapasitets behov poliklinikkrom ekskl spesialrom
Aktivitets- og kapasitetsanalyse HSØ 2030, Vestre Viken HF	793	147	130
Utviklingsplan Vestre Viken 2025	903	76	230
Differanse	-110	71	-100

Tabell 82 viser en sammenligning av oppgitt kapasitet 2014 og beregnet kapasitetsbehov Vestre Viken 2025 SINTEF 2030. Fremskrivingen i disse to prosjektene viser en relativt stor forskjell. Utviklingsplan for Vestre Viken har fremskrevet 110 døgnplasser mer enn denne aktivitets- og kapasitetsanalysen, og med en fremskrivingshorisont som er 5 år kortere. Det samme gjelder for poliklinikkrom.

Antall dagplasser er derimot høyere i denne analysen sammenlignet med Utviklingsplanen for Vestre Viken. Det kan tyde på at det er relativt store forskjeller i fremskrivningsmetode. Dersom Vestre Viken har forutsatt å snu pasientstrømmer til OUS for å øke egendekningen kan dette være noe av forklaringen.

5.11 Private tjenesteleverandører

Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus er private ideelle sykehus som har driftsavtale med Helse Sør-Øst. De har ansvar for tilbud for befolkningen i gitte bydeler innenfor Oslo sykehusområde.

LDS beskriver planer for nybygg med om lag 100-120 nye somatiske senger som kan realiseres i løpet av 2-3 år⁵.

Det er i tillegg tre private ideelle sykehus som har driftsavtale, som ikke har ansvar for gitte opptaksområder, men har spesialoppgaver hovedsakelig knyttet til elektiv kirurgi eller rehabilitering. Det gjelder Betanien Hospital, Telemark, Revmatismesykehuset i Lillehammer og Martina Hansens Hospital. Vi er ikke kjent med utbyggingsplaner for disse sykehusene.

Alle sykehus som har driftsavtale med Helse Sør-Øst er beskrevet under det enkelte sykehusområdet.

Landsforeningen for Hjerter- og lungesykes (LHL's) nye sykehus planlegges nå på Gardermoen. Dette skal erstatte dagens virksomhet ved Glittreklinikken og Feiringklinikken, og vil være på ca. 30 000 m². Intensjonen er å starte bygging i 2015 og ha oppstart av virksomheten i 2017.



Figur 13 Illustrasjon fra prosjektet for nytt sykehus for LHL på Gardermoen

Foto: Nordic office of architecture

⁵ Kilde Idefase OUS

6 Kapasitetsbalanse og planlagte investeringsprosjekter HSØ, oppsummert

6.1 Kapasitetsbalanse

Dersom man setter opp beregnet kapasitetsbehov for alle HF'ene i Helse Sør-Øst for 2012 opp imot faktisk kapasitet i 2014 viser det at det med en basis utnyttelsesgrad er ca. 900 senger mer enn beregnet behov. De HF som har størst reservekapasitet er OUS, Sørlandet og Vestre Viken. Det samme gjelder også for poliklinikkrom og operasjonsstuer.

For dagplasser er det et samlet underskudd. Det er imidlertid stor usikkerhet mht registrering av dagens kapasitet på dagplasser, slik at det kan være et høyere antall enn det som er angitt. Mange sykehus benytter poliklinikkrom, ledige sengerom eller andre rom til dagbehandling uten at dette er kategorisert som en dagplass.

Tabell 86 viser at Ahus er det helseforetak som har for lav kapasitet i forhold til beregnet behov, og Sykehuset Østfold er akkurat i balanse i forhold til dagens aktivitet.

Tabell 86 Kapasitetsbalanse SO/HF/sykehus og totalt for HSØ, dagens aktivitet (2012 data) satt opp imot dagens kapasitet (2014), basis utnyttelsesgrad

Oppsummert kapasitetsbalanse 2012-2014, HSØ somatikk, basis utnyttelsesgrad					
Sykehusområde	Helseforetak/sykehus	Senger	Dagplasser	Poliklinikkrom	Operasjonsstuer
Ahus SO	Ahus HF	-78	80	37	2
Innlandet SO	Innlandet HF	82	-47	131	7
	Revmatismesykehuset i Lillehammer	8	-1	12	0
Oslo SO	OUS HF	219	-90	113	24
	Diakonhjemmet sykehus	71	14	19	2
	Lovisenberg Diakonale sykehus	14	-14	17	7
	Sunnaas sykehus HF	20	0	9	0
Sørlandet SO	Sørlandet sykehus HF	233	71	150	16
Telemark og Vestfold SO	Sykehuset Telemark	117	-20	-1	2
	Sykehuset i Vestfold	13	-61	79	5
	Betanien Hospital	11	-1	21	1
Vestre Viken SO	Vestre Viken HF	146	-83	116	18
	Martina hansens Hospital	46	-6	-2	2
Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF	7	50	37	1
Helse Sør-Øst		907	-109	737	87

Kapasitetsdata for Sykehuset Østfold er det som nå bygges i nytt østfoldsykehus og eksisterende kapasitet i Moss.

Når aktiviteten fremskrives til 2030 gir beregnet kapasitetsbehov fremdeles et samlet overskudd på senger, men da 377 senger. Da er det Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Telemark HF som har høyest reservekapasitet. Gitt forutsetningen om basis utnyttelsesgrad vil Ahus ha et underskudd beregnet til 228 senger, mens Sykehuset Østfold får 32 senger færre enn beregnet behov. Dersom Ahus' dispensasjon for å benytte rom i pasienthotellet som dobbeltrom ikke opprettholdes, synker dagens tilgjengelige kapasitet til 660, noe som gir et enda høyere beregnet underskudd, 245 færre enn beregnet behov for Ahus.

Dersom utnyttelsesgraden øker til høy utnyttelsesgrad vil Ahus fremdeles ha et underskudd, da med 137 senger for lite, mens Østfoldsykehuset er omtrent i balanse.

Ahus og Østfoldsykehuset vil også ha underkapasitet på operasjonsstuer, til sammen 12 færre enn beregnet ved basis utnyttelsesgrad.

Tabell 87 Kapasitetsbalanse SO/HF/sykehus og totalt for HSØ, fremtidig aktivitet (2030) satt opp imot dagens kapasitet (2014), basis utnyttelsesgrad

Oppsummert kapasitetsbalanse 2012-2030, HSØ somatikk, basis utnyttelsesgrad					
Sykehusområde	Helseforetak/sykehus	Senger	Dagplasser	Poliklinikkrom	Operasjonsstuer
Ahus SO	Ahus HF	-228	16	-11	-7
Innlandet SO	Innlandet HF	82	-113	98	-1
	Revmatismesykehuset i Lillehammer	15	-3	11	0
Oslo SO	OUS HF	63	-259	-79	-3
	Diakonhjemmet sykehus	54	6	5	0
	Lovisenberg Diakonale sykehus	-7	-28	7	5
	Sunnaas sykehus HF	20	-2	9	0
Sørlandet SO	Sørlandet sykehus HF	178	-18	107	9
Telemark og Vestfold SO	Sykehuset Telemark	116	-48	-18	-1
	Sykehuset i Vestfold	-7	-110	49	0
	Betanien Hospital	12	-3	17	0
Vestre Viken SO	Vestre Viken HF	71	-170	71	9
	Martina Hansens Hospital	40	-12	-6	-1
Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF	-32	2	9	-5
Helse Sør-Øst		377	-742	269	5

Tabell 88 Kapasitetsbalanse SO/HF/sykehus og totalt for HSØ, fremtidig aktivitet (2030) satt opp imot dagens kapasitet (2014), høy utnyttelsesgrad

Oppsummert kapasitetsbalanse 2012-2030, HSØ somatikk, høy utnyttelsesgrad					
Sykehusområde	Helseforetak/sykehus	Senger	Dagplasser	Poliklinikkrom	Operasjonsstuer
Ahus SO	Ahus HF	-137	52	89	0
Innlandet SO	Innlandet HF	120	-89	154	8
	Revmatismesykehuset i Lillehammer	16	-3	13	0
Oslo SO	OUS HF	141	-207	73	23
	Diakonhjemmet sykehus	62	7	17	1
	Lovisenberg Diakonale sykehus	2	-23	17	7
	Sunnaas sykehus HF	29	-2	10	0
Sørlandet SO	Sørlandet sykehus HF	206	16	157	16
Telemark og Vestfold SO	Sykehuset Telemark	136	-39	11	3
	Sykehuset i Vestfold	15	-90	87	5
	Betanien Hospital	13	-3	21	1
Vestre Viken SO	Vestre Viken HF	118	-139	125	18
	Martina Hansens Hospital	43	-10	-1	0
Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF	-8	103	132	1
Helse Sør-Øst		756	-427	905	83

Høy utnyttelsesgrad kan være mulig for sykehus som har høy aktivitet på en eller få lokasjoner og i tillegg har tilrettelagt funksjonsområdene med ensengsrom i sengeområder, fleksible, sammenhengende sengeområder, sammenhengende poliklinikker/dagområder og sammenhengende operasjonsområder. De sykehusene som er nye nyeste er de som i til en viss grad møter disse kriteriene. Det er Ahus, nytt

østfoldsykehus og OUS (Rikshospitalet). Både Rikshospitalet og Ahus har imidlertid en stor andel flersengsrom, og 90 % utnyttelsesgrad er høyt for nye sykehus også når enheter som barneavdelinger og fødeavdelinger og avdelinger med høy andel elektiv virksomhet er inkludert i dette.

I tillegg, og minst like viktig, er tilgang på personell og kompetanse for å drive høy aktivitet gjennom store deler av døgnet, uken og året.

6.2 Investeringsprosjekter oppsummert

Helseforetak/private	Prosjekt	Tidsplan for ferdigstillelse
Akershus universitetssykehus HF	Ombygginger av pasienthotell for å øke kapasitet	Videre ombygginger av pasienthotellet er satt på vent.
Oslo Universitetssykehus	Idefase OUS	Idefaserapport levert mai 2014
Sunnaas sykehus HF	Ny sykehusfløy. Ingen endring i kapasitet	Ny fløy estimert innflyttingsklar våren 2015
Sykehuset Innlandet HF	Idefase sykehusstruktur	Idefaserapport våren 2015
Sykehuset Østfold HF	Nytt østfoldsykehus	Innflytting november 2015
Sykehuset Telemark HF	Ny sengefløy Skien Oppfølgingsprosjekter som følge av utviklingsplan, bl.a. oppgradering Nordfløy Skien	2015-2018 2015-2019
Sykehuset i Vestfold HF	Konseptfase 7.bygetrinn sykehuset i Tønsberg	2018-2020 (somatikk)
Sørlandet sykehus HF	Utviklingsplan ferdigstilles 2014/15	Ingen konkrete investeringsplaner ut over bygg for voksenpsykiatri Kristiansand.
Vestre Viken HF	Konseptfase nytt sykehus i Drammen	Innflytting 2022
Private ideelle sykehus	LHL, Nytt sykehus på Gardermoen Lovisenberg Diakonale sykehus Diakonhjemmet sykehus Martina Hansen hospital	Innflytting 2017 Mulighet for utbygging med 100-120 døgnplasser i løpet av 2-3 år Mulighet til å utvide sin elektive ortopediske virksomhet, noe på kort sikt og ved investeringer på lengre sikt.

Oversikten over investeringsprosjektene viser at det er store forskjeller i planhorisonter for overordnede planer. Det er konkrete utbyggingsprosjekter for Vestre Viken og OUS. Dette vil i hovedsak kunne begrunnes i kvalitet og tilstand for eksisterende bygg og behov for å samle funksjonsområder for å effektivisere drift. Sett i forhold til fremtidig kapasitetsbehov er det Ahus og Østfoldsykehuset som har

behov for en økning, men som ikke har planer for dette. Det er dersom man forutsetter dagens organisering og drift og de forutsetninger som ligger i aktivitets- og kapasitetsanalysen.

7 Drøfting og oppsummering

Strategiske planer og utviklingsplaner i helseforetakene viser at det generelt er en dreining mot større sentralisering av akuttfunksjoner og spesialiserte tjenestetilbud. Samling av kompetanse, avansert utstyr og beredskap gir både en høyere kvalitet i form av at enhetene får høyere aktivitet og derved økt mengdetrening for avanserte oppgaver. I tillegg beskriver flere av helseforetakene at det er ønskelig med desentralisering av tjenester, spesielt ved ambulant poliklinikk, dialysebehandling, kjemoterapi og diagnostikk og behandling i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Hvordan dette skal utføres og modeller som er tilpasset ulikt befolkningsgrunnlag, avstander og kompetanse er i liten grad beskrevet. I en strategisk plan for HF'ene bør dette følges opp og ha et spesielt fokus på samhandlingsrelasjonene mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Fremskriving av aktivitet og kapasitetsberegningene med de forutsetningene som er lagt til grunn viser at spesielt området Akershus og Østfold er områder der befolkningen øker raskt og der kapasiteten kan synes knapp på sikt. Dette er det området som også har de nyeste sykehusene og som er de som best kan utnytte kapasiteten bygningsmessig. I planleggingen av Ahus og nytt østfoldsykehus har det vært benyttet høye utnyttelsesgrader som en forutsetning. Dette forutsetter en vesentlig omlegging av virksomheten, og en slik forutsetning gir lite rom for fleksibilitet for endringer i aktivitet.

Hvordan skal man så møte utfordringen med for lav kapasitet i Akershus/Østfold?

- Bygge ut på Ahus og/eller Østfold
- Endring i opptaksområder
- Endring i oppgavedeling mellom sykehusene i hovedstadsområdet; nettverkssykehus
- Økt bruk av private tjenesteleverandører

Det er mange usikkerhetsmomenter med å beregne et fremtidig aktivitetsnivå i spesialisthelsetjenesten. Analysene viser at det er mange faktorer som virker inn, ikke minst økonomiske insentiver, politiske prioriteringer, nye tilbud og befolkningens forventninger. Å benytte den samme fremskrivingsmetoden for alle helseforetak har også en usikkerhet innebygget ved at foretakene er svært forskjellige i aktivitet og i måten virksomheten drives på. Tilgjengelig kapasitet, avstander, ulik grad av omstilling fra døgn til dag/poliklinikk, effektiviseringspotensialer påvirker forbruket. Dette er ikke justert her, og det vil for hvert foretak være en oppgave å gå videre på dette når utviklingsplaner skal oppdateres/revideres. I denne analysen er det gjennomført kapasitetsanalyser og vist til balanse i forhold til dagens kapasitet. Det er ikke gjennomført egnethetsanalyser for byggene, og vi er kjent med at mye av bygningsmassen er av eldre dato og ikke tilfredsstillende krav til effektiv utnyttelse. Sammenhengende arealer for funksjonsområdene, ensengsrom, nærhet mellom funksjoner for effektive forløp er noen faktorer som i høy grad påvirker utnyttelsesgraden. Med utgangspunkt i kartlagt og klassifisert areal er det mulig for helseforetakene å gå videre på en analyse av egnethet slik at det er et godt grunnlag for videre planer.

Helse Sør-Øst og helseforetakene vil med fordel kunne samordne planer, planforutsetninger og strategier når det gjelder bruk av de samlede ressursene. Utviklingsplanene er svært forskjellige i innhold og noen utviklingsplaner har 2 års perspektiv mens andre har 15-20 år.

Samarbeid mellom private og offentlige leverandører er ikke drøftet inngående i dette prosjektet, men det vil være behov for å se på scenarioer der dette kan bli endret når man har et tidsperspektiv fram mot 2030

og dersom det i tillegg til fritt sykehusvalg blir innført fritt behandlingsvalg også for somatikken. Dette er nå i første rekke foreslått å prøves ut innenfor rusomsorgen.

All fremskriving beregnet i denne analysen forutsetter et høyt ambisjonsnivå mht endret oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. I beregningene er det ikke gjort forskjell på HF/sykehus. Det vil i praksis være store forskjeller på mulighetene til å ta nye oppgaver der en stor kommune slik som Oslo vil ha omfattende og spesialiserte tjenester, mens små kommuner vil være avhengig av samarbeid på tvers av kommuner og/eller utvikling av tjenestemodeller sammen med lokalsykehus. Det vil derfor være størst muligheter til å oppnå ambisjonene om omstilling i de største byene og i områder der det er velutviklet kommunesamarbeid. Det vil også være sannsynlig at de kommunene som har et velutviklet tilbud i kommunehelsetjenesten og gode samarbeidsrelasjoner med spesialisthelsetjenesten alt har overført en del av de pasientene som beskrives i Samhandlingsreformen.

Prosjektnotat 2

Pasientforløpsanalyse for somatikk, Helse Sør-Øst RHF

Vedlegg til rapporten "Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 HSØ RHF"

VERSJON

1

DATO

2014-09-15

FORFATTER(E)Marte Lauvsnes
Hilde Tradin
Rita Konstante
Asmund Myrbostad**OPPDRAGSGIVER(E)**

Helse Sør-Øst RHF

OPPDRAGSGIVERS REF.

Glenn Flandorfer

PROSJEKTNR

102004811

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

121 + vedlegg

UTARBEIDET AV

Marte Lauvsnes, Forskningsleder

GODKJENT AV

Randi E. Reinertsen, Forskningsjef

PROSJEKTNOTAT NR

2

SIGNATUR**SIGNATUR****GRADERING**

Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	5
2	Organisering	5
3	Begrepsavklaringer	5
4	Metode	6
4.1	Datakilder, grunnlag og utvalg.....	7
4.2	Utviklingstrender.....	9
4.3	Forbruksrater.....	9
4.4	Fremskriving.....	10
4.5	Endringsfaktorene.....	11
4.6	Operasjon.....	14
4.7	Intensiv.....	15
4.8	Radiologi og laboratorietjenester.....	16
5	Aktivitet i Helse Sør-Øst	16
5.1	Forbruksrater.....	20
5.2	Barn i Helse Sør-Øst.....	22
6	Aktivitetsanalyse pasientforløp HSØ	24
6.1.1	Ondartede svulster inkl. kjemoterapi, stråleterapi.....	26
6.1.2	Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl. nyresvikt/nefritter og dialyse.....	36
6.1.3	Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA.....	44
6.1.4	Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet.....	49
6.1.5	Iskemiske hjertesykdommer.....	56
6.1.6	Kronisk og obstruktiv lungelidelse, astma.....	61
6.1.7	Rest sykdommer i muskel, skjelettsystemet.....	69
6.1.8	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn.....	72
6.1.9	Skader i hofte og lår, underekstremiteter.....	79
6.1.10	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten.....	86
6.2	Restgruppene pasientforløp for somatikk HSØ.....	95
6.2.1	Dagens virksomhet og demografisk fremskriving.....	96
7	Fremskrevet aktivitet og beregnet kapasitetsbehov i HSØ	98
7.1	Beregnet kapasitetsbehov i 2030 HSØ.....	100
7.2	Operasjon.....	101
7.3	Intensiv.....	104
8	Alternative utviklingsretninger	106

8.1	Alternative befolkningsfremskrivinger	107
8.2	Etterspørsel/pasientatferd/tilbud (teknologi/økonomi)	109
8.3	Forbruksrater	115
8.4	Alternative utnyttelsesgrader	118
9	Sammenstilling av ulike utviklingsretninger.....	120

1 Bakgrunn

Pasientforløpsanalysen er en del av en aktivitets- og kapasitetsanalyse som gjennomføres for Helse Sør-Øst RHF. Analysen følger metode for fremskriving utviklet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS) og det er den kvalitative del av fremskrivingen som behandles i dette dokumentet. Fremskrivingen tar utgangspunkt i analyser av aktivitetsutviklingen de siste 11 år (2002-2012), dagens aktivitet (2012) og en demografisk fremskriving av denne (til 2030). Med denne bakgrunnen og drøfting av drivere for endring i fremtidig aktivitet blir pasientforløpene analysert med tanke på et fremtidig bilde.

Dette dokumentet fokuserer på dagens og fremtidige pasientforløp med beregning av et fremtidig kapasitetsbehov og er underlag for en hovedrapport som sammen med en analyse av helseforetakene, pasientstrømmer og dagens tilgjengelige kapasitet vil gi et grunnlag for beslutninger i Helse Sør-Øst RHF om en strategi for en fremtidig utviklingsretning.

Resultatet fra pasientforløpsanalysene er grunnlaget for beregning av fremtidig kapasitetsbehov, og det belyses alternative scenarier for fremtidig kapasitetsbehov der det drøftes ulike utviklingsretninger, usikkerhet og områder med særskilt behov for å vektlegge fleksibilitet.

2 Organisering

Arbeidet med aktivitetsfremskriving er gjennomført av SINTEF. Det er opprettet en arbeidsgruppe for somatikk som har gitt faglige innspill til SINTEF gjennom 4 møterunder, samt dialog via mail og særmøter. Det vil i tillegg bli et oppsummerende møte for å gjennomgå dette dokumentet og delleveransen før hovedrapporten slutføres. Arbeidsgruppen har representanter fra alle HF'ene og fra pasientorganisasjoner og kommuner. Liste over deltakerne i arbeidsgruppene står i hovedrapporten.

Eierstrategier og resultater fra pasientforløpsanalysene er drøftet underveis med Helse Sør-Øst som prosjekteier. Det er etablert en referansegruppe som har hatt to møter og som har gitt faglige innspill til analysene.

SINTEF har det faglige ansvar for alt innhold i dette underlaget.

3 Begrepsavklaringer

Pasientforløp → Pasientforløp er i denne analysen knyttet til diagnosegrupper og brukt for å beskrive dagens og fremtidig aktivitet og ressursbehov kapasitetsmessig. Pasientforløp brukes i andre sammenhenger oftest på et mer detaljert nivå for å beskrive pasientens vei fra symptomstart til ferdig behandling i helsetjenesten. I slike tilfelle beskrives og visualiseres alle aktivitetene, prosedyrer, dokumentasjon, og kompetanse.

Kapasitet → I denne analysen er det romkapasiteter som knyttes til kapasitetsbegrepet. Dvs. antall senger, dagplasser, poliklinikkrom, operasjonsstuer osv.

Sykehusopphold → Sammenhengende opphold på sykehus for en innlagt pasient. Kan omfatte flytting mellom flere avdelinger.

Dagopphold → Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager. Ved dagopphold kan pasienten motta dagbehandling.

Døgnopphold → Episoder hvor overnatting finner sted på sykehuset eller hvor overnatting var planlagt ved innleggelse.

Poliklinisk konsultasjon → Poliklinisk kontakt som omfatter undersøkelse, behandling og/eller veiledning utført i eller av sykehus. Ved polikliniske kontakter skal det normalt være lege til stede.

ICD10 → International classification of diseases (ICD) er et klassifikasjonssystem som grupperer patologiske enheter i henhold til etablerte kriterier. Gjeldende versjon er ICD10. Klassifisering i ICD10 sier noe om hva som feiler pasienten, men gir i liten grad informasjon om behandling. Systemet består av 22 hovedkapitler, nummerert med romertall, som igjen splittes i kategoriblokker og enkeltkategorier.

Sykehusområder → Opptaksområder med befolkningsgrunnlag på 3-500 000 innbyggere. Opprettet etter modell fra Danmark med mål om å dekke de fleste spesialisthelsetjenester innenfor et område. Helse Sør-Øst består av følgende sykehusområder (SO):

- Akershus SO
- Innlandet SO
- Oslo SO
- Sørlandet SO
- Telemark og Vestfold SO
- Vestre Viken SO
- Østfold SO

4 Metode

Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS) har utviklet en metode for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i spesialisthelsetjenesten. Metoden har som en del av fremgangsmåten å bruke pasientforløp i fremskrivingen. Dette er for å holde fokus på pasientgrupper og ikke på dagens organisatoriske struktur. Ved å ta utgangspunkt i pasientgrupper for analyser av aktiviteten og sykehusområder (SO) for beskrivelse av forbruksrater vil man kunne gjennomføre analysene ut i fra et brukerfokus. I tillegg til dette er det behov for å se konsekvensene av fremskrivingene for helseforetakene (HF) der tjenestene utføres og der kapasitetene finnes.

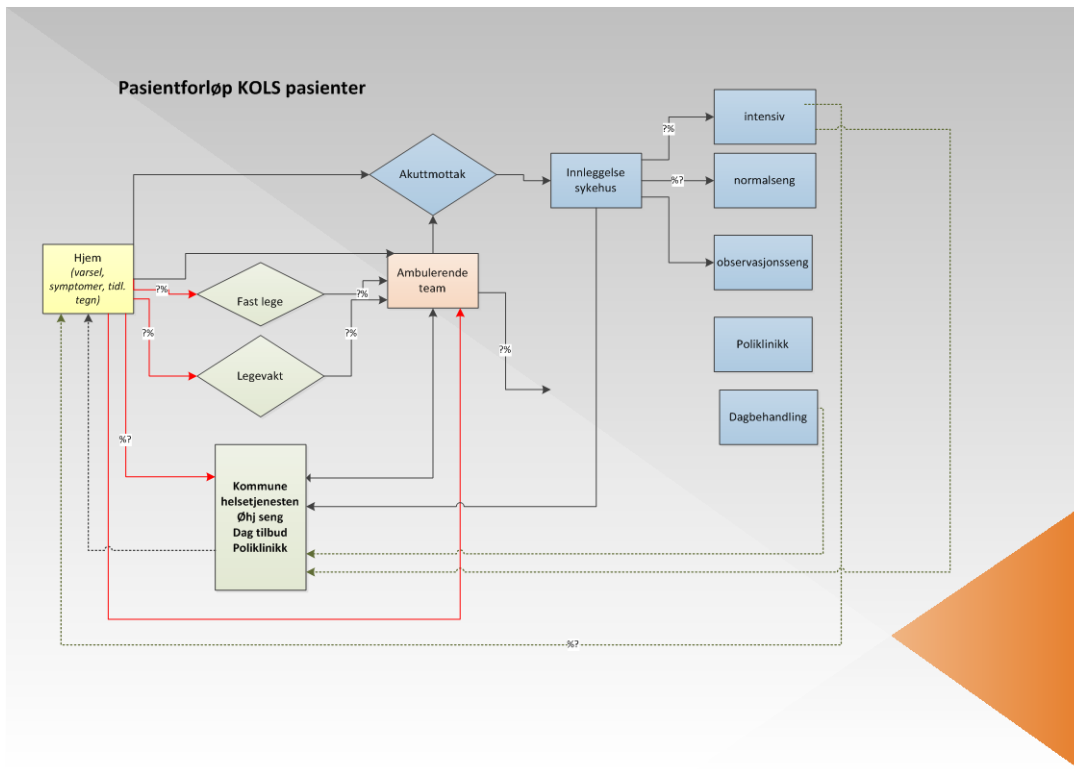
Fremskrivingsmodellen¹ er tidligere benyttet for planlegging av utbyggingsprosjekter og i utviklingsplaner. Den er ikke benyttet for regionale planer tidligere, og det vil derfor i dette prosjektet være noe usikkerhet til nivået pasientforløpsanalysene benyttes på. Et mål med prosjektet er derfor også å videreutvikle modellen også for bruk til dette formålet og å finne ut om pasientforløp egner seg til dette nivået.

Bruk av pasientgrupper som grunnlag for pasientforløpsanalyser for dimensjonering av sykehus er utviklet gjennom et forskningsprosjekt finansiert av Norges Forskningsråd². Fremskriving med bruk av pasientforløp er avgrenset til å gjelde underlag for kapasitetsberegninger for døgnplasser (senger), dagplasser og

¹ Veileder for fremskrivingsmodellen, KNS 2013

² Myrbostad A., Lauvsnes M.: Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester, delprosjekt 2 Behovsdimensjonering ved bruk av pasientforløp, juli 2010

poliklinikkrom. I dette prosjektet, som er på et regionalt nivå med aggregerte aktivitetsdata har det vært lite fokus på forløpsbeskrivelser og detaljerte analyser av pasientens vei fra symptomdebut til ferdig diagnostikk, behandling og pleie. Det ble vist overordnede illustrasjoner av forløp (figur 1) i en workshop med arbeidsgruppen.



Figur 1 Visualisert pasientforløp for bruk i dimensjonering av aktivitet og kapasiteter

Pasientforløp som begrep får derfor en begrenset betydning for pasientgrupper og de ulike behandlingsnivå (kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste) og oppholdsområder (normalsengeområde, observasjon, pasienthotell osv).

4.1 Datakilder, grunnlag og utvalg

Helse Sør-Øst (HSØ) har levert data i tabellformat til SINTEF ut i fra gitte spesifikasjoner. Alle spesifikasjoner baseres på erfaring fra sykehusplanleggingsprosjekter og innspill fra arbeidsgruppen. SINTEF har ansvar for faglig og teknisk kravspesifikasjon for gruppering av ICD10 koder til pasientforløpsanalysene.

I dette dokumentet er det presentert deskriptiv statistikk for å beskrive dagens situasjon, dvs. dagens aktivitet, aldersfordeling innenfor forskjellige aktiviteter og pasientforløp, samt pasientflyt, hyppigste diagnoser, DRG'er og prosedyrer. Alle data som beskriver dagens situasjon er for 2012.

I analysen er aktivitetsdata gruppert ut fra til ICD10 koder og satt sammen til diagnosegrupper som benyttes i pasientforløpsanalysen, tabell 1. Valg av sammensetting av ICD10 koder og diagnosegrupper baseres på erfaring fra sykehusplanleggingsprosjekter og innspill fra arbeidsgruppen, samt på statistikk om aktivitetsdata fra Helse Sør-Øst som omfatter alle aktivitetsområder og fordeling av aktivitetene. I gjennomgangen og presentasjonen i arbeidsgruppen er det valgt 10 pasientforløp som i sum representerer 60-70 % (avhengig av om man teller døgnopphold, liggedager, dagopphold eller poliklinikk) av all aktivitet i

Helse Sør Øst. Disse 10 pasientforløpene er beskrevet mer detaljert i dette dokumentet (markert med blått i tabellen under). De øvrige 21 pasientforløpene er analysert og beskrevet av SINTEF i kapittel 6.3.

Tabell 1 Gruppering av aktivitetsdata i ICD10 koder for bruk i pasientforløpsanalyser, samlet for HSØ 2012

Inndeling i diagnosegrupper, areal- og kapasitetsanalyse Helse Sør-Øst		
Pasient forløp nr.	ICD10 kode	Diagnosegruppe
1	A00-B99	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer
2	C00-C99, Z51	Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling
3	D00-D48	Godartede svulster, in situ svulster
4	D50-D89	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet
5	E00-E90, Z49, N00-N19	Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/ nefritter og dialyse
6	F00-F99	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
7	G00-G99. Ekskl G45.9	Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA
8	H00-H59	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser
9	H60-H95	Sykdommer i øre og ørebensknute
10	I60-I69, G45.9	Hjernerarsykdommer (hjerneslag), inkl TIA
11	I20-I25	Ischemiske hjertesykdommer
12	Rest I	Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm
13	J40-J99	Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma
14	Rest J	Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni
15	K00-K93	Sykdommer i fordøyelsessystemet
16	L00-L99	Sykdommer i hud og underhud
17	M00-M14	Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer
18	M15-M99	Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet
19	N20-N51	Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer
20	N60-N99	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer
21	O00-O99, Z37	Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel
22	P00-P96	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden
23	Q00-Q99	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik
24	R00-R99	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted
25	S00-S09	Hodeskader (commotio mm)
26	S10-S69	Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/underkstr)
27	S70-S99	Skader i hofte og lår, underkstremiteter
28	T40-T65	Intox
29	Rest S T	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker
30	Z50	Rehabilitering
31	Rest Z, ekskl Z37, Z51 og Z49	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten

Det er også gjort følgende bearbeiding av data i forkant av analysene:

- DRG for friske nyfødte er trukket ut fordi de ikke har betydning for kapasitetsberegningen
- Det benyttes sykehusopphold og ikke avdelingsopphold som døgnopphold, slik at interne flyttinger mellom avdelinger ikke tas med.
- Pasienter med døgnopphold og 0 liggedager telles som 0 liggedager. I analyser av prosedyrekoder og tjenesteenhet er disse pasientene i praksis pasienter som har opphold i observasjonsenheter eller har poliklinisk konsultasjon. Fordelingen som er gjort gjennom analyser av prosedyrekoder og tjenesteenhet ved utviklingsplanen for Sørlandet sykehus legges til grunn: 85 % av oppholdene konverteres til polikliniske konsultasjoner og 15 % til opphold med 1 liggedag i observasjonsenhet
- Konsultasjoner hos private avtalespesialister er registrert uten bydelsnummer i Oslo. Det er i analysene av forbruksrater utført en omfordeling slik at en relativ andel (basert på Oslos befolkning i bydelene Alna, Grorud og Stovner) blir tilknyttet Ahus SO
- For beregning av aktivitet i operasjon er det innhentet aktivitetsdata fra operasjonsregistrene i HSØ. Fra disse er det benyttet gjennomsnittlig operasjonsstuetid. For beregning av fremtidig virksomheten er det brukt aktivitetsdata fra Helse Sør-Øst med døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner sortert på kirurgisk DRG, ekskludert friske nyfødte (DRG 390, 391), samt prosedyrekodene 112x for PCI og 115x for pacemakere, defibrillatorer
- I datagrunnlaget er det en andel pasienter som registreres som polikliniske konsultasjoner og som har behov for en dagplass/hvileplass. Som grunnlag for dimensjonering av dagplasser og

poliklinikkrom, er 10 % av poliklinikkrom endret til dagplasser. Dette tilsvarer omfordelingen som ble gjort ved Utviklingsplan Sørlandet sykehus HF (SSHF), der diagnosekoder og prosedyrekoder var analysert særskilt med tanke på aktivitet ut fra riktig type kapasitet.

Datakilde for befolkningsdata for år 2002-2012 er fra SSB for alle kommuner, mens befolkningsgrunnlag for Oslos bydeler er innhentet fra Oslo kommune. Befolkningsprognoser som er brukt i fremskrivingen er innhentet fra SSB.

4.2 Utviklingstrender

I tillegg til aktivitetsdata fra Helse Sør-Øst er det også utlevert data fra Norsk pasientregister (NPR) som brukes til analyser av utviklingen i aktivitet for 2002-2012. Analysene er utført både for Norge og for Helse Sør-Øst. Det er noe ulik praksis i forhold til hvor mange år man bruker for å beskrive eller analysere utviklingstrender. Dette er avhengig av problemstillingen man ønsker å belyse. Etter intern vurdering basert på gjennomgang av forskjellige vitenskapelige artikler som beskriver eller analyserer historiske trender relatert til forbruk av helsetjenester³, har vi vurdert at data fra de siste 11 år representerer utviklingen av forbruk av tjenester ganske godt. Derfor er det brukt perioden 2002-2012 i trendanalyser.

Aktivitetsdata er inndelt i aldersgrupper, døgnopphold, liggedager, dagopphold, polikliniske konsultasjoner, øyeblikkelig hjelp og elektiv virksomhet.

For å beskrive utvikling over tid for hver pasientgruppe har vi brukt data fra NPR for perioden 2002-2012. Disse data er gruppert på samme måte som data fra Helse Sør-Øst, i 31 pasientforløpsgrupper basert på ICD10 koder (se tabell 1). Aktivitetstall for analysen av utviklingstrender for 2002-2012 var knyttet til 4 aldersgrupper: 0-18 år, 19-49 år, 50-69 år og 70+. Inndeling i aldersgrupper representerer ulikheter i bruk av tjenester mellom forskjellige aldersgrupper i analysen.

Utviklingstrender er representert i form av figurer. For å fange opp forskjeller knyttet til befolkningsvekst, er aktivitetsdata i trendanalysen beregnet totalt og pr 1 000 innbyggere. Data i disse figurene er både for Helse Sør-Øst og for hele Norge.

Utviklingen i antall døgnopphold innebærer noe usikkerhet ettersom registreringen av "sykehusopphold" har fått endret innhold etter strukturendringene i norske sykehus de siste 5-10 årene (som f.eks. fusjonen til OUS i 2010). Antall liggedager påvirkes derimot ikke, mens gjennomsnittlig liggetid kan ha noe usikkerhet.

4.3 Forbruksrater

Det er gjennomført en analyse av forbruksrater i 2012 for å se på eventuelle ulikheter i befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester. Forbruksrater er beregnet pr 1 000 innbyggere. Forbruksratene er analysert på sykehusområdenivå.

³ Palacios-Ceña, D., V. Hernández-Barrera, et al. (2013). "Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001–2009) in elderly people? A Spanish population-based survey." *Maturitas* 76(4): 326-333.

Vegda, K., J. X. Nie, et al. (2009). "Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice." *BMC Health Services Research* 9(1): 217.

Wong, A., B. Wouterse, et al. (2012). "Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: Findings and implications." *Social Science & Medicine* 74(2): 263-272.

Det er ulike årsaker til forskjeller i forbruk, og en av forklaringene kan være forhold i befolkningen som gir et ulikt behov. Helseregionene har utviklet behovsindekser som bygger på et sett karakteristika slik som kjønn, fødselsår, sosioøkonomiske forhold (utdanning, levekårsindeks og andre), dødelighet, sykefravær, uføretrygdede og tilbudet av helsetjenester. I sum har disse indikatorene dannet grunnlag for en behovsindeks som fanger opp aldersrelatert og helserelaterte forskjeller i behov mellom geografiske områder.

I tillegg til den nasjonale behovsindeksen har Helse Sør-Øst i forbindelse med kostnadsfordeling internt også egne sett med behovsindekser. Disse behovsindeksene er nærmere beskrevet i "Inntektsmodell for Helse Sør-Øst", sluttrapport fra 24.april i 2009.

Tabell 2 Nasjonal behovsindeks vs Helse Sør-Østs behovsindeks, fordeling på sykehusområde

Behovsidekser		
Sykehusområde	Nasjonal indeks	HSØ indeks 2012
Akershus SO	0,923412	0,910931282
Innlandet SO	1,131028	1,132656799
Oslo SO	0,86431	0,885104855
Sørlandet SO	1,027702	1,020955588
Telemark og Vestfold SO	1,090899	1,087314297
Vestre Viken SO	0,964398	0,968208974
Østfold SO	1,090253	1,076201373

Å korrigere for behovsindekser innebærer store usikkerheter. Forklaring til ulikt forbruk kan ligge i mange andre faktorer enn de som inngår i behovsindeksen. Det kan være forhold rundt f.eks. storbyfenomener med høy innvandring, rusproblematikk, organisering og tilbud i primærhelsetjenesten og befolkningens forventninger til og bruk av spesialisthelsetjenester.

I pasientforløpsanalysene er det vist forbruksrater pr pasientgruppe. Usikkerheten omkring årsaksforhold til ulike forbruksrater og hvilke tiltak som vil ha betydning gjør at det medfører at det er vanskelig å kunne si noe om hva et "riktig" forbruk er. Det presenteres faktiske forbruksrater både samlet for Helse Sør-Øst og for hvert pasientforløp, men det er ikke foretatt justeringer av forbruksratene eller korrigert disse for behovsindeksene.

4.4 Fremskrivning

For demografisk fremskrivning har Helse Sør-Øst koblet aktivitetsdata for 2012 direkte (hver pasientrecord) med beregninger av befolkningsutvikling fra SSB. Endringer i demografi er en viktig forutsetning når man planlegger behovet for sykehustjenester i fremtiden⁴. I denne analysen er alternativ MMMM (middels verdier) for befolkningsfremskrivning benyttet. Forutsetninger for alternativene fra SSB er vist i vedlegg 1. Demografisk fremskrivning har en usikkerhet, som ifølge SSB spesielt gjelder forventet omfang av innvandring. Dette er en usikkerhet som særlig treffer hovedstadsområdet, siden dette området mottar flest innvandrere. Scenarier med alternativ fremskrivning med høy innvandring, MMMH, er vist i kapittel 8 som viser alternative utviklingsretninger.

⁴ Leggat S. (2008) "Hospital planning: the risks of basing the future on past data." *Health Information management Journal* 37 (3)

Fremskriving med bruk av pasientforløp er avgrenset til å gjelde underlag for kapasitetsberegninger for døgnplasser (senger), dagplasser og poliklinikkrom.

For å vurdere drivere og eventuelle potensialer for endring i fremtidig aktivitet er det utført litteratursøk som omhandler trender og utviklingstrekk knyttet til diagnosegrupper, nye behandlingsmåter, forbruksrater, sammenligninger i aktivitet mellom HF, samt analyser av aktivitet spesielt med fokus på endringsfaktorene. Referanser og henvisninger til dette finnes under beskrivelsen av pasientforløpene i kapittel 6 og i kapittel 4.5 om endringsfaktorene.

De 10 utvalgte pasientforløpene som utgjør 60-70 % av all aktivitet for somatikk i HSØ er analysert særskilt. En arbeidsgruppe sammensatt av fagpersonell og ledere fra helseforetakene i Helse Sør-Øst har i en workshop bidratt med faglige innspill til antatt fremtidig utvikling innenfor de gjeldende diagnosegruppene.

Aktivitetsdata som er fremskrevet demografisk er så med bakgrunn i analyser av dagens virksomhet og trender og innspill fra arbeidsgruppen og fra eier (HSØ) forslått justert i henhold til følgende endringsfaktorer:

- Epidemiologi inkl. forebygging, nye behandlingstilbud
- Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, inkl. samhandlingstiltak
- Omstilling fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner
- Bruk av observasjonsenhet og pasienthotell
- Intern effektivisering av arbeidsprosesser

Effekt av etterspørselspress, bruk av ny teknologi generelt, endrede pasientroller, beskrives og beregnes ved scenarioer/alternative utviklingsretninger i kapittel 8 og i hovedrapporten. Det samme gjelder endring i oppgavedeling innad i spesialisthelsetjenesten og eventuell utjevning av forbruk av helsetjenester. Forholdet mellom private (ideelle og kommersielle) og offentlige tjenesteytere blir også drøftet.

Hver av endringsfaktorene har fått en prosentvis vektning i hvert pasientforløp. Når det er et sammensatt grunnlag for vurdering av endringspotensialene vil det være en skjønnsmessig vurdering av den prosentvise omstillingen. Prosentandelen er vurdert og satt av SINTEF. Det er imidlertid en meget stor usikkerhet knyttet til endringsfaktorene som både handler om alle forutsetninger (bygg, organisering, kompetanse, IKT, finansiering mm) som må være til stede for at en slik endring skal kunne gjennomføres og hvor raskt det er mulig å få på plass disse nødvendige forutsetningene.

Fremskrivingen med endringsfaktorene analyseres på SO og HF nivå, og kapasitetsfremskrivingen viser resultat på HF nivå. Dette er for å kunne sammenstille de fremskrevne kapasitetstallene med dagens faktiske kapasitet (kartlagt for 2014).

4.5 Endringsfaktorene

Noen av endringsfaktorene vil være generelle for pasientforløpene og for helseforetakene. Kilder for beskrivelse av endringsfaktorene har vært nasjonale strategier som samhandlingsreformen, regionale planer og strategier og handlingsplaner for helseforetakene knyttet til ulike fagområder. Det har også kommet innspill fra referansegruppen, og målsettinger og forventet utvikling beskrevet i utviklingsplaner og ide-/ og konseptfasedokumenter for helseforetakene ligger til grunn for vurderingene. Tilgjengelig kunnskap om utvikling internasjonalt innenfor endring i tjenestetilbud og organisering av helsetjenester er også en del av underlaget. Alt dette er gjengitt i en litteraturliste i vedlegg 2.

Tabell 3 Oversikt over og beskrivelse av endringsfaktorene i den kvalitative fremskrivingen

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren, forutsetninger
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Sykdomsutvikling ut over endring i befolkning (demografi), effekt av nye diagnostiseringsmåter og behandlingsmetoder, ny medisinsk teknologi, effekt av forebygging, primær- og sekundær). Omfatter også effekt av at flere lever lenger med kroniske sykdommer og oppfølgingsbehov/konsekvenser av å overleve alvorlig sykdom/skade.
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak	Effekt av endring i pasientstrømmer der flere pasienter får tilbud i kommunene i stedet for eller som en del av forløpet som i dag er i sykehus. Denne endringsfaktoren forutsetter at kommunehelsetjenesten har tilgjengelig kompetanse, utstyr og kapasiteter og at samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste er organisert slik at kvalitet opprettholdes eller blir bedre, og at det er god flyt og kommunikasjon mellom nivåene. I denne endringsfaktoren ligger også en omstilling, der en andel av polikliniske konsultasjoner skjer hjemme (ved e-konsultasjon, mobil mm), hos fastlege eller i samhandlingsarenaer sammen med spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette forutsetter gode kommunikasjonssystemer og finansiering av virksomheten både for kommuner og spesialisthelsetjeneste.
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Endring av pasientforløpene fra døgnopphold til dagopphold. Det legges til en generell faktor der 50 % av dagoppholdene som omstilles fra døgn får 1 døgn i pasienthotell som tillegg. Mange sykehus har hatt vesentlige omstillinger alt, og det vil være usikkerhet knyttet til omstillingspotensialet. Dersom finansiering støtter omstilling til dagbehandling og man videreutvikler og tar i bruk nye behandlingsmåter kan flere pasienter få dagopphold, evt. i kombinasjon med pasienthotell eller extended recovery ⁵ .
Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Fordeling av døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet (clinical decision unit) og/eller pasienthotell. For liggedager som overføres til observasjonsenhet forutsettes det at man reduserer antall liggedager for disse med 25 %. Det forutsetter god tilgang på kompetanse og diagnostikkutstyr. Det forutsettes her et døgns gjennomsnittlig liggetid for observasjonspasienter. I praksis har mange pasienter kortere oppholdstid i nye observasjonsenheter. Pasienthotell forutsetter nærhet og varm tilgang til sykehusets kliniske funksjonsområder, samt tilgang på helsepersonell (sykepleiere/barnepleiere/jordmødre) i pasienthotellet.
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Endring i liggetid som konsekvens av kortere ventetider internt. Reduksjon i preoperativ ventetid, ventetid for diagnostikk og behandling og for utskriving. Effekt av ny teknologi på endring i arbeidsprosesser. Denne faktoren har noe usikkerhet fordi det er forskjell på hvor mye omstilling som har skjedd i de enkelte sykehus/HF

Alle endringsfaktorene behandles her likt for alle HF. Dette har den svakhet at det ikke fanger opp forskjellene mellom HF når det gjelder omstilling fra døgn til dag/poliklinikk og generelle effektiviseringstiltak som er satt i gang, samt samhandlingstiltak som er igangsatt i tilknytting til de ulike HF'ene. Dette bør følges opp i etterkant av egne analyser når man skal se på videre utvikling av hvert sykehusområde/HF.

⁵ Extended recovery er innført i sykehus i Australia for å kunne gi dagkirurgiske pasienter med komplekse sykdomsbilder eller avanserte inngrep overvåking over natten

Det er foretatt en korrigerende av omstillingsfaktorene når det gjelder OUS, der det for 20 % av aktiviteten forutsettes at det er regionpasienter fra eget eller andre SO som ikke vil være relevant for omstilling for oppgavedeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune og effekt knyttet til bruk av observasjonsenhet.

For Sunnaas sykehus er omstillingen ut fra oppgavedeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste vurdert som ikke relevant for pasientgruppen rehabilitering.

Denne analysen går ikke spesifikt inn og gjennomfører konsekvensanalyser av de endringene som forutsettes. Som en oppfølging av en slik analyse er det viktig å si noe om konsekvensene i tillegg til kapasitetsbehov for rom, også beskrivelser av behov for ressursallokering, endring i organisering/bemannning, tilgang på kompetanse og behov for opplæring/utdanning.

Tabell 4 viser en oversikt over hvilke kildetyper det er brukt som grunnlag for endringsfaktorene. I litteraturlisten i vedlegg 2 er den totale referanselisten gjengitt.

Tabell 4 Oversikt over endringsfaktorene og kilder for relevant litteratur og referanser

Endringsfaktor	Referanser
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Faglige planer fra HF'ene, fagartikler
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak	Samhandlingsstatistikk, SAMDATA. Utviklingsplaner, tidligfasedokumenter.
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	SAMDATA, Utviklingsplaner for HF. Aktivitetsdata; forhold mellom døgn- og dagopphold for utvalgte grupper
Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Utviklingsplaner for HF. Aktivitetsdata; andel pasienter med korttidsopphold øhj for utvalgte grupper
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Fagartikler, strategiplaner

For beregning av kapasitetsbehov er det tatt utgangspunkt i følgende utnyttelsesgrader:

Tabell 5 Oversikt over utnyttelsesgrader benyttet i pasientforløpsanalysene

Kapasitetsbærende rom	% utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Minutter per konsultasjon/operasjon	% andel på dagtid
Normalseng	85 %				
Observasjon	75 %				
Pasienthotell	75 %				
Dagplass		230	8	240	100 %
Poliklinikkrom		230	7	45	95 %
Operasjon		230	8	90-180 ⁶	90 %

Utnyttelsesgradene vist i tabell 5 er de samme som er benyttet i en del utbyggings- og utviklingsplaner for St. Olavs Hospital, byggefase 1, ny A-fløy UNN Tromsø, Nordlandssykehuset Bodø og Utviklingsplan for Sørlandet sykehus HF. Nytt østfoldsykehus og Ahus har høyere utnyttelsesgrader i

⁶ Operasjonsstuetid, ekskl. rengjøring/klargjøring, 30 minutt

dimensjoneringsgrunnlaget som lå til grunn for bygging av sykehusene. Disse er vist i tabeller og drøftet som en del av scenarioene om alternative utnyttelsesgrader i kapittel 8.

Det finnes lite systematisert kunnskap om hvordan faktiske åpningstider og utnyttelsesgrader er i dag i norske sykehus. En gjennomgang av poliklinikker i Sørlandet sykehus⁷ i forbindelse med utarbeidelse av utviklingsplanen, viste at effektiv driftstid med pasientbehandling var mellom 4 og 5 timer, der noen få poliklinikker, slik som ØNH og Øye var oppe i 6 timer. 7 timers gjennomsnittlig driftstid anses derfor om en relativt høy utnyttelsesgrad. Årsakene til at driftstiden ikke er høyere kan ha sammenheng med at det ikke er lagt til rette bygningsmessig for fleksibel bruk, men også knyttet til organisering, arbeidsavtaler, ønske om skille mellom fagområder og tilgjengelig pasientgrunnlag.

En utnyttelsesgrad på 85 % for "normalsenger" er knyttet til faktiske døgnplasser og ikke til effektive senger slik som man rapporterer i sykehus når tilgjengelig bemanning kobles mot kapasitet. I slike tilfeller vil utnyttelsesgraden ofte være over 85 %. For observasjonsenheter er det forutsatt en lavere utnyttelsesgrad (75 %) enn for normalsenger. Dette begrunnes med at observasjonsenheter har bare øyeblikkelig hjelp med stor variasjon i belegg, det er høy turnover med pasienter på grunn av kort oppholdstid. Enhetene er ofte knyttet til akuttmottak og kan i liten grad ha fleksibel utnyttelse av senger med andre enheter.

Pasienthotell har her også en utnyttelsesgrad på 75 %. Dette begrunnes med at det er lavt belegg i helger og ferier og at disse sengene ikke kan benyttes fullt ut gjennom uken.

Drift timer/dag for poliklinikk, dagplasser og operasjon tilsvarer pasienttid, dvs. i praksis er åpningstiden lengre.

Som en del av scenariodrøftingene i hovedrapporten vil det også bli vist effekt og konsekvenser av alternative utnyttelsesgrader og åpningstider.

For kapasitetsberegning for operasjon postoperativ, intensiv og tung overvåking er det benyttet følgende metode:

4.6 Operasjon

For å finne operasjonsaktivitet er det benyttet aktivitetsdata oversendt fra Helse Sør-Øst med døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner med kirurgisk DRG og ekskludert friske nyfødte (DRG 390, 391), samt prosedyrekodene 112x for PCI og 115x for pacemakere, defibrillatorer. Dette gir et bilde av aktiviteten i operasjonsstuen. Det kan ligge noen prosedyrer i dette materialet som kan betegnes som aktivitet i skiftestuer og spesialrom i poliklinikkene.

I tillegg er det innhentet data fra operasjonsregistrene for 2010-2012 fra hvert HF. Det er ikke alle HF som har lever komplette data, men de fleste har en angivelse av operasjonsstuetid, som er benyttet i beregning av kapasitetsbehov.

Operasjonsdata er så fremskrevet demografisk ved å legge til prosentvis befolkningsutvikling for hvert HF sammenholdt med pasientopphold med kirurgisk DRG fra 2012 til 2030. Andel dagkirurgi er angitt som et estimat for å legge grunnlag for beregning av dagkirurgiske dagplasser. Det differensieres ikke mellom operasjonsstuer for dagkirurgi og for kirurgi for innlagte, men andel dagkirurgi vil påvirke beregning av

⁷ Utviklingsplan for Sørlandet sykehus, Pasientforløpsanalyser 2014

kirurgiske dagplasser. Med utgangspunkt i demografisk fremskriving og forutsetninger om åpningstider er det så beregnet et kapasitetsbehov for operasjonsstuer, dagkirurgiske plasser og postoperative overvåkingsplasser.

SINTEF har fått tilsendt operasjonsstuedata fra helseforetakene, og disse viser at operasjonsstuetid (pasient inn i operasjonsstuen til pasient ut av operasjonsstuen) i dag ligger mellom 70 og 90 minutter for dagkirurgi og 90 og 150 minutter for operasjoner for innlagte pasienter eksklusiv "snutid" (rengjøring, klargjøring). For OUS er det ikke oppgitt spesifikk operasjonsstuetid, men "knivtid" (fra kirurg starter inngrep til inngrepet er avsluttet) som er på 110 minutter.

Det forutsettes tid pr operasjon på gjennomsnittlig 90-180 minutter som operasjonsstuetid, eksklusiv "snutid". Snutid er satt til 30 minutt, og vil sannsynligvis for en del kunne settes noe lavere. OUS har høyere gjennomsnitt enn de øvrige, der er derfor i beregningene lagt inn en operasjonsstuetid i gjennomsnitt på 180 minutter for OUS eksklusiv snutid. For Diakonhjemmet og Lovisenberg som har en stor andel dagkirurgi og som har kortere stuetid enn øvrige sykehus i dag, er det lagt inn en stuetid eksklusiv snutid på 90 minutter i gjennomsnitt.

Det er ikke differensiert i tidsbruk per fagområde i denne analysen. Det vil være behov for å kunne analysere på et mer detaljert nivå ved planlegging av operasjonsenheter.

Det forutsettes en driftstid på 230 dager/år og 8 timer per dag. Dette gir en slakke i beregningen ved at man i praksis har drift 365 dager/år og 24 timer/døgn for å opprettholde beredskap for øyeblikkelig hjelp.

For beregning av behov for postoperative overvåkingsplasser har flere sykehusprosjekter benyttet en gjennomsnittsfaktor på 1,5 postoperativ plass per operasjonsstue. Dette kommer i tillegg til øvrige døgnplasser, intensiv- og tunge overvåkingsplasser. For kirurgiske dagplasser beregnes det 2 plasser per dagkirurgisk operasjonsstue.

Det legges inn ekstra kapasitet for beredskap for sectio. Det er lagt inn 1 pr HF og 2 for OUS HF. Dette vil være avhengig av hvor mange lokasjoner innenfor hvert HF som har fødeavdeling.

4.7 Intensiv

For beregning av intensivkapasitet benyttes det i utviklings- og utbyggingsprosjekter ulike metoder (se vedlegg eget notat om beregning av intensivkapasitet). Det mest vanlige er å angi behov for intensivplasser som en andel av totalt antall senger⁸. Alternativt er også "Walesmodellen" (Lyons 2000) benyttet⁹. Som vedlegg til denne rapporten ligger et eget notat som beskriver beregningsmåtene.

Det presiseres at intensiv for syke nyfødte ikke er inkludert i disse beregningsmetodene. Kapasitet for syke nyfødte vil komme i tillegg.

"Walesmodellen" er lagt til grunn i denne analysen. Metoden er utviklet i en forskningsstudie i Wales, der alle pasienter som hadde behov for intensivplass eller tung overvåkingsplass ble kartlagt, uavhengig av hvor

⁸ Wild, C. and M. Narath (2005). "Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand." *Health Policy* 71(3): 289-301.

⁹ Lyons RA, Wareham K, Hutchings HA et al. Population requirement for adult critical-care beds: a prospective quantitative and qualitative study. *Lancet* 2000; 355: 595-8.

de oppholdt seg i sykehusene. Ut i fra dette er det utviklet en metode der befolkningstall legges til grunn for beregning av kapasitetsbehov for intensiv- og tunge overvåkingsplasser. Metoden har følgende forutsetninger:

- 1 enhet¹⁰/500 000 befolkning = 29 intensiv og 56 intermediær¹¹ senger (gjennomsnittsbehov)
- 1 enhet/500 000 befolkning = 39 intensiv og 69 intermediær senger (for å dekke variasjon i behovet 95 % av tiden)
- 3 enheter/500 000 befolkning = 48 intensiv og 81 intermediær senger (for å dekke variasjon i behovet 95 % av tiden)
- 5 enheter/500 000 befolkning = 51 intensiv og 87 intermediær senger (for å dekke variasjon i behovet 95 % av tiden)

I beregningene er det inkludert alt fra hjerte- og nevrokirurgiske intensivsenger til step down og hjerteovervåkingssenger (intensive-care and high-dependency beds). Antall senger man trenger for å kunne møte variasjoner i etterspørsel avhenger av størrelsen på og antall enheter, samt grad av aksept for å kunne flytte pasienter.

Tung overvåking er et relativt vidt begrep og omfatter både desentrale overvåkingssenger i ordinære sengeområder, slik som for eksempel slagenhet og overvåkingsrom i barneavdelinger og lungeavdelinger, og mer sentraliserte enheter slik som medisinsk overvåking eller tilsvarende.

4.8 Radiologi og laboratorietjenester

Disse funksjonene er svært viktige for effektive helsetjenester. I dette underlaget for aktivitets- og kapasitetsanalysen er fremtidig utvikling og behov for diagnostikktjenester ikke beskrevet spesielt og gitt grunnlag for dimensjonering.

Det anbefales at analysene følges opp med vurdering av konsekvenser for diagnostikk knyttet til pasientforløpsanalysene og endringsfaktorene spesielt og forbruk og forventninger til tilgjengelighet av diagnostikktjenester generelt, både for spesialist- og for kommunehelsetjenesten.

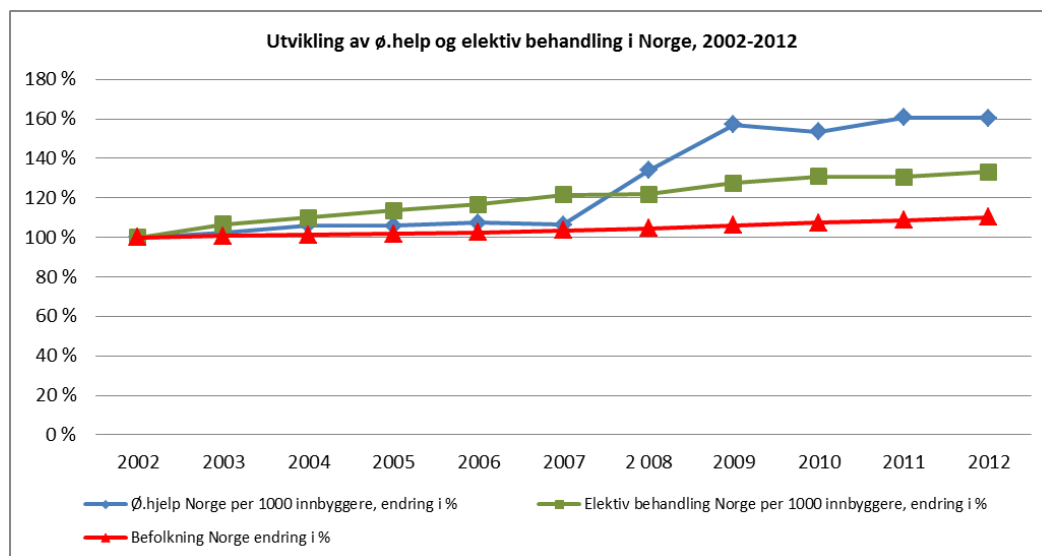
5 Aktivitet i Helse Sør-Øst

For å se på aktivitetsutvikling i Helse Sør-Øst har vi både sett på de lange utviklingstrekkene de siste 11 årene (2002 til 2012) og utviklingen som har skjedd de siste årene. Det har vært utvikling i spesialisthelsetjenesten de siste årene med for eksempel oppstart av innføring av samhandlingsreformen som kan ha betydning for aktiviteten. Vi har derfor valgt å se på utviklingstrekk både for en kort og en lang periode.

Utviklingen over de siste 11 årene viser en jevn stigning i aktivitet pr 1 000 innbyggere som har økt mer enn befolkningsutviklingen. Figuren under viser at øyeblikkelig hjelp har økt sterkt fra 2007. Dette har sannsynligvis sammenheng med kodepraksis, og det er pasientgruppen ondartede svulster/kjemoterapi/stråleterapi som står for en stor andel av denne økningen. Dette er en gruppe som har relativt lav andel øyeblikkelig hjelp.

¹⁰ Enhet = Sykehuslokasjon

¹¹ I dokumentet videre benevnes intermediærsenger som tung overvåking. Dette er en benevnelse som benyttes i klassifikasjonssystem for sykehusbygg. Intermediærsenger benyttes også i andre sammenhenger, slik som i kommunale enheter.



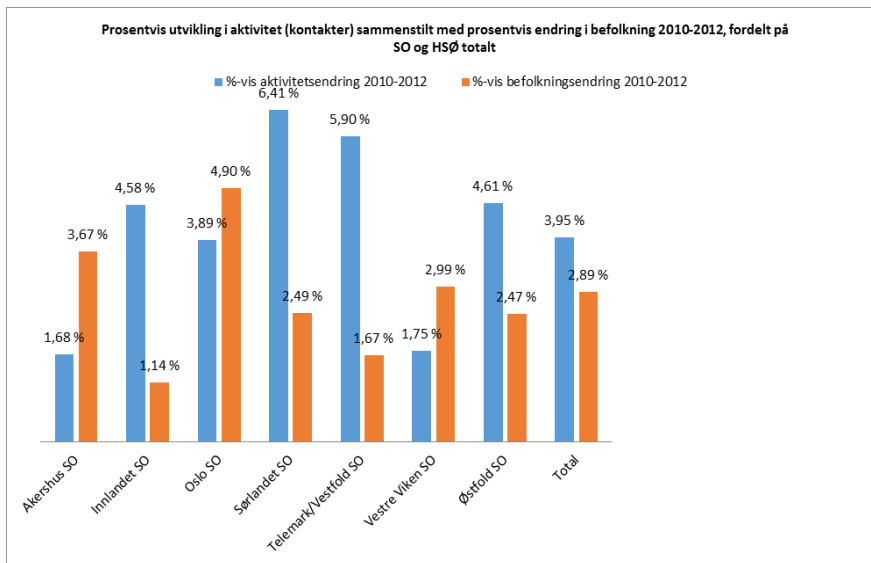
Figur 2 Utvikling i øyeblikkelig hjelp og elektiv virksomhet i Norge i perioden 2002- 2012

Når man ser på utviklingen fra de siste tre årene (2010 til 2012) i sykehusområdene i Helse Sør-Øst, er det for somatikk en økning i aktivitet samlet sett på 3,95 % (figur 2). Det er en økning på 1,1 % for døgnopphold og 4,6 % for polikliniske konsultasjoner. Samtidig har antall liggedager i somatiske sykehus blitt redusert med 6,2 % i denne perioden. I SAMDATA 2012 står det at Helse Sør-Øst var regionen med størst nedgang i antall liggedager (10,7 % fra 2011-2012).

Når det gjelder eldre pasienter har Helse Sør-Øst lavere antall liggedager pr innbygger enn andre regioner (SAMDATA 2012). Dette antas å ha sammenheng med en nedgang i antall utskrivningsklare pasienter. Analyser viser en nedgang på omtrent 60 % i utskrivningsklare liggedager fra 2011 til 2012. Bostedsområdet Sørlandet i Helse Sør-Øst skiller seg også ut ved å ha lave liggedagsrater for de eldre pasientene.

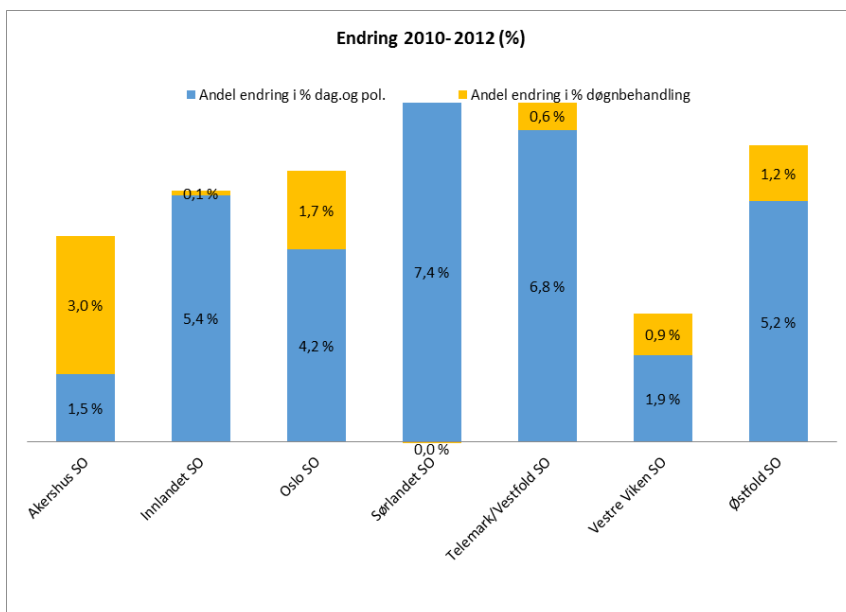
Det var Helse Sør-Øst som hadde kortest gjennomsnittlig liggetid, med et snitt på omtrent 4,5 dager for begge de eldste aldersgruppene. I Helse Sør-Øst var det særlig Telemark som hadde en høy andel reinnleggelser.

I Helse Sør-Øst er det i de siste tre årene 2010 – 2012 en økning i befolkning på 2,89 %. Figuren under viser at det er stor forskjell mellom sykehusområdene der aktivitet (her som antall kontakter = døgn + dag + poliklinikk) for befolkningen bosatt i Oslo SO øker omtrent like mye som befolkningsøkningen. Befolkningen i Akershus SO hadde den laveste økningen i spesialisthelsetjenesten med under halvparten av den prosentvise befolkningsutviklingen. De øvrige SO har en økning i aktivitet som ligger godt over befolkningsøkningen, og Telemark og Vestfold SO har den høyeste aktivitetsutviklingen sett i forhold til befolkningsutviklingen.



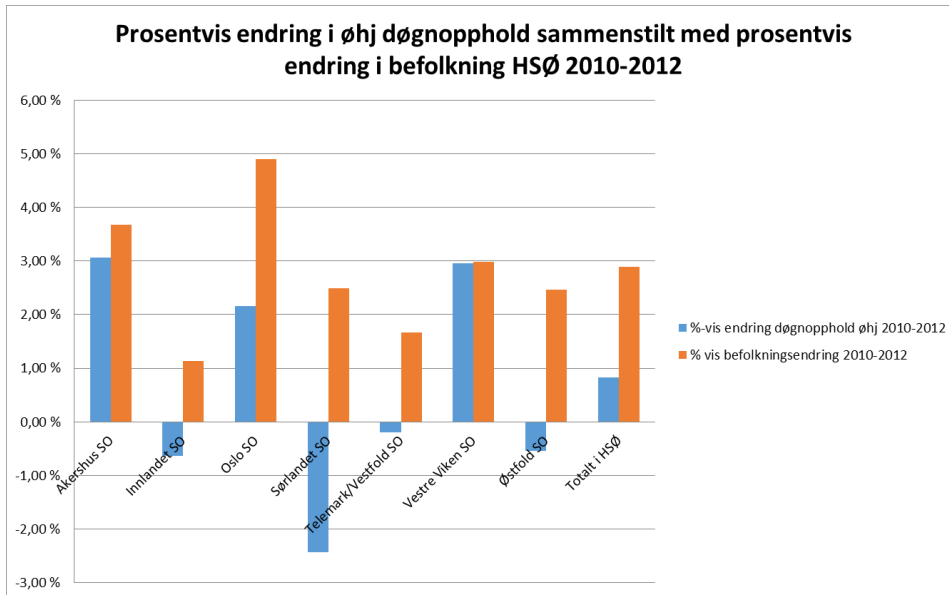
Figur 3 Befolkningsutvikling og aktivitetsutvikling i sykehusområdene i HSØ 2010-2012

Deler man opp kontaktene i døgnopphold og i dag + poliklinikk ser man at det er forskjeller i utviklingen mellom SO'ene. Sørlandet har den sterkeste økningen i dag + poliklinikk og samtidig en reduksjon i antall døgnopphold i denne perioden. Den laveste økningen i dag + poliklinikk og største økningen i antall døgnopphold var for pasienter bosatt i Ahus SO.



Figur 4 Andel av total aktivitetsendring for dagopphold + poliklinikk og døgnopphold fra 2010 til 2012 fordelt på SO i HSØ

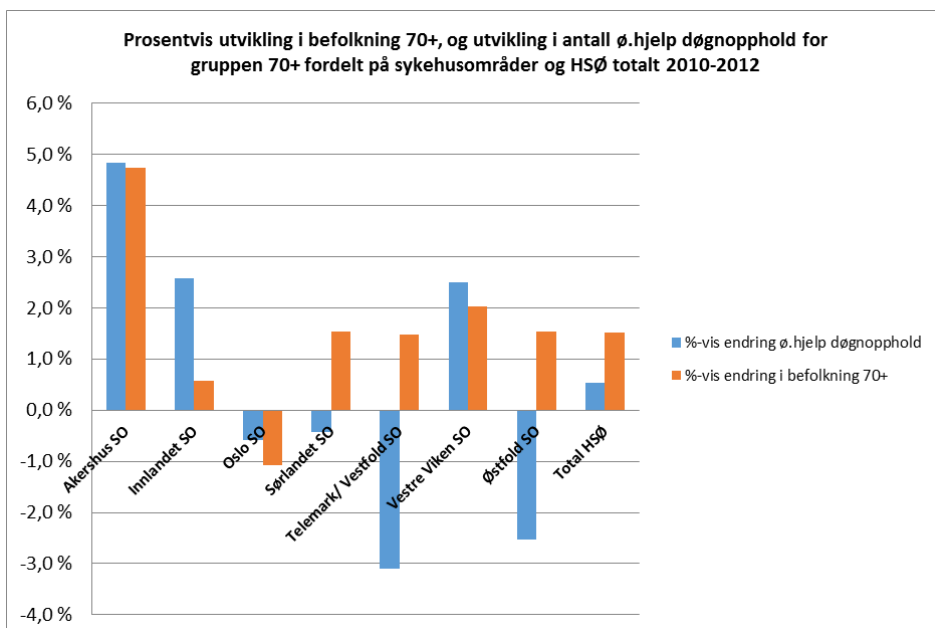
Når det gjelder øyeblikkelig hjelp, økte antall døgnopphold med 0,83 % i Helse Sør-Øst, dvs. lavere enn den demografiske utviklingen, som var på 2,89 %. Figur 5 viser den prosentvise endringen i antall øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasientene bosatt i sykehusområdene i HSØ. Utviklingen de siste tre år viser at det er stor forskjell mellom SO, der det for befolkningen bosatt i Ahus og Vestre Viken sykehusområder har vært den sterkeste økningen i antall øhj-innleggelser i 2010-2012.



Figur 5 Utvikling i antall øyeblikkelig hjelp døgnoophold i HSØ, 2010 - 2012. Fordeling på SO

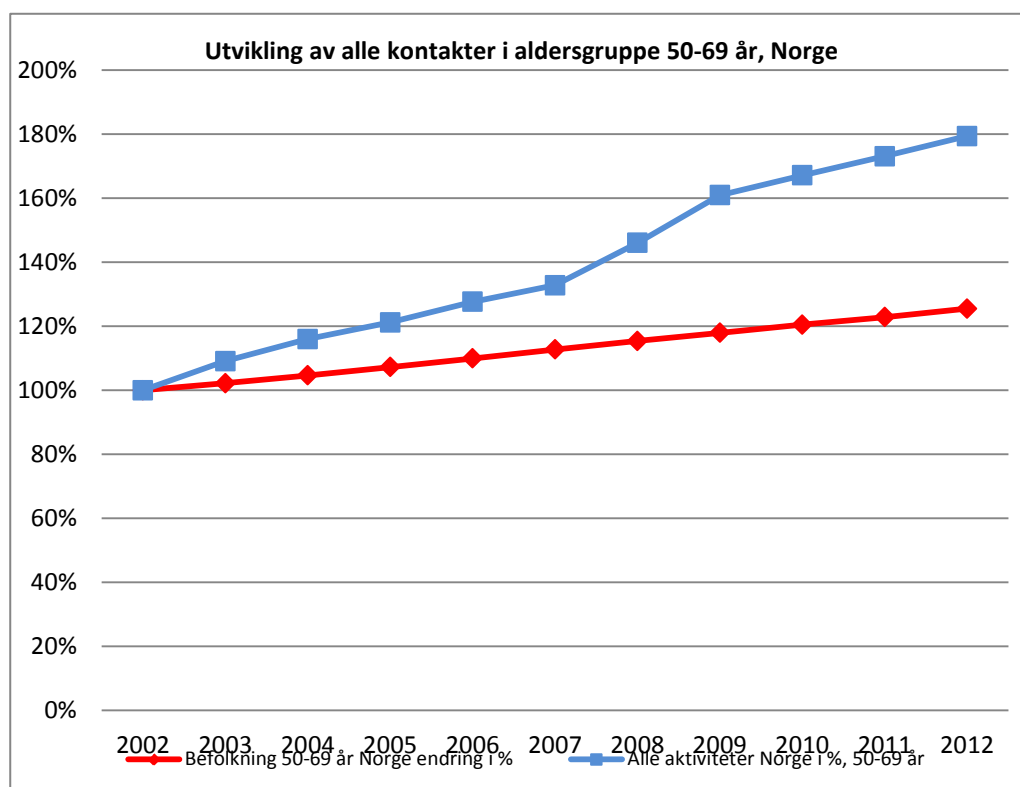
Når utviklingen i øyeblikkelig hjelp-aktivitet sammenstilles med befolkningsutviklingen er det svært store forskjeller mellom sykehusområdene. Det er usikkert hva dette kan bety, men det viser at øyeblikkelig hjelp ikke nødvendigvis er direkte og entydig knyttet til befolkningsgrunnet.

Ser man utviklingen for den eldste aldersgruppen (70+) for øyeblikkelig hjelp innleggelse, har Innlandet, Vestre Viken og Ahus SO den sterkeste økningen, mens Telemark SO hadde den største reduksjonen. En del innenfor denne gruppen er i målgruppene for samhandlingsreformen, spesielt med tanke på øyeblikkelig hjelp døgnplasser og observasjonsplasser i kommunal regi.



Figur 6 Prosentvis endring i øhj døgnoophold totalt og for gruppen 70+ satt opp imot befolkningsutviklingen i sykehusområdene og samlet for HSØ

Ser man på de øvrige aldersgruppene har spesielt aldersgruppen 50-69 år stor betydning for utviklingen fremover. Det er etterkrigskullene som etter hvert gir en sterk økning i antall eldre. Denne gruppen har som figuren under viser hatt en sterk økning i forbruk av spesialisthelsetjenester i de siste 11 årene som er høyere enn befolkningsveksten. Det er først og fremst polikliniske konsultasjoner og dagopphold som utgjør denne økningen.



Figur 7 Prosentvis utvikling i aktivitet og befolkning i alderen 50-69 år for Norge

5.1 Forbruksrater

Vi har her tatt utgangspunkt i befolkningens forbruk av sykehustjenester ved å sammenstille aktivitet og befolkningstall. Tabellene 6 og 7 viser forbruksrater for den totale aktiviteten i alle sykehusområder i Norge. Tabell 6 er aktiviteten i sykehusene, mens tabell har all aktivitet i sykehusene i tillegg til aktivitet hos private avtalespesialister. For HSØ er aktiviteten fordelt på sykehusområdene vist med lys rød markering. Tabellene viser en inndeling av forbruksrater for poliklinikk og dagopphold samlet og i tillegg konsultasjoner hos private avtalespesialister. De viser også forbruksrater for døgnopphold, øyeblikkelig hjelp døgnopphold og liggedager pr 1 000 innbygger i 2012.

Tabell 6 viser at det er stor variasjon i forbruk mellom sykehusområdene, og Helse Sør-Øst ligger samlet sett under landsgjennomsnittet i forbruk av spesialisthelsetjenester. De sykehusområder som har forbruk over gjennomsnittet i Helse Sør-Øst er markert med mørk rød.

Tabell 6 Forbruksrater per sykehusområde i Norge, faktisk aktivitet i 2012, eksklusiv private avtalespesialister

Forbruksrater Norge 2012										
Sykehus område2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikli konsultasjoner	Antall polikliniske kons. pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	888,8
Bergen SO	420521	72029	171,3	120,3	307 767	731,9	39366	93,6	390691	929,1
Finnmark SO	73787	14367	194,7	122,1	57 138	774,4	9580	129,8	77585	1051,5
Fonna SO	174119	33953	195,0	136,2	144 777	831,5	13541	77,8	175392	1007,3
Førde SO	108201	19821	183,2	119,3	85 916	794,0	13118	121,2	126903	1172,8
Helgeland SO	77741	15690	201,8	130,7	68 916	886,5	12003	154,4	99623	1281,5
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	1006,8
Møre og Romsdal SO	254540	44214	173,7	116,8	196 586	772,3	30508	119,9	309567	1216,2
Nord-Norge SO	184561	28016	151,8	103,1	129 898	703,8	24712	133,9	196215	1063,1
Nord-Trøndelag SO	135397	23998	177,2	127,7	94 777	700,0	12978	95,9	137710	1017,1
Nordland SO	134668	24877	184,7	125,1	109 592	813,8	19917	147,9	131465	976,2
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	1050,0
St. Olav SO	298031	42687	143,2	102,1	192 768	646,8	27572	92,5	345342	1158,8
Stavanger SO	339045	49753	146,7	101,6	236 632	697,9	25565	75,4	287659	848,4
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	981,5
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	1111,0
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	916,7
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	875,4
Ukjent SO	0	4670	0,0	0,0	15 614	0,0	482	0,0	9306	0,0
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1 862 621	668,7	294463	105,7	2726267	978,8
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1005,6

Tabell 6 viser at befolkningen i Telemark og Vestfold SO samt Innlandet SO har høyest forbruk i Helse Sør-Øst når det gjelder døgnopphold og liggedager. De ligger også over gjennomsnittet i forbruk av polikliniske konsultasjoner og dagopphold.

Østfold sykehusområde skiller seg fra de øvrige sykehusområdene ved at befolkningen har flere døgnopphold pr 1 000 innbyggere enn gjennomsnittet, men lavere når det gjelder antall liggedager. En forklaring kan være at Sykehuset Østfold har høyest andel døgnopphold med 0 liggedager av totalt antall døgnopphold sammenlignet med de øvrige HF i HSØ, med unntak av Oslo kommunale legevakt. Dette kan være aktivitet som i andre helseforetak blir registrert som polikliniske konsultasjoner. De har også et forbruk under gjennomsnittet for poliklinikk/døgnopphold/private avtalespesialister.

Befolkningen som bor i Akershus SO har forbruk under gjennomsnittet for alle typer aktiviteter.

Når konsultasjoner hos private avtalespesialister legges til slik det er vist i tabell 7, er det befolkningen i Sørlandet SO og Oslo SO som har høyest forbruk av poliklinikk, dagopphold og private avtalespesialister samlet pr 1 000 innbyggere. Tilgang på avtalespesialister har sannsynligvis stor en innvirkning på forbruket. Befolkningen bosatt i Helse Sør-Øst sykehusregion har et høyere forbruk enn de øvrige regionene¹².

¹² Aktivitetsdata for avtalespesialister 2012, Norsk pasientregister

Tabell 7 Forbruksrater per sykehusområde i Norge, faktisk aktivitet i 2012, inklusiv private avtalespesialister

Forbruksrater Norge 2012											
Sykehus område 2012	Befolkning 2012	Antall døgn opphold 2012	Antall døgn opphold pr. 1000 innb.	Antall øhj. døgn pr. 1000 innb.	Liggedager	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr. 1000 innb.	Polikl konsulta sjoner	Antall pol.kons. avtalespesialister	Dag/pol/avt. spes pr. 1000 innb.
Akershus SO	471661	71848	152,3	99,8	299 776	635,6	35680	75,7	419192	221226	1433,4
Bergen SO	420521	72029	171,3	120,3	307 767	731,9	39366	93,6	390691	173899	1436,2
Finnmark SO	73787	14367	194,7	122,1	57 138	774,4	9580	129,8	77585	8900	1301,9
Fonna SO	174119	33953	195,0	136,2	144 777	831,5	13541	77,8	175392	46188	1350,4
Førde SO	108201	19821	183,2	119,3	85 916	794,0	13118	121,2	126903	19998	1478,9
Helgeland SO	77741	15690	201,8	130,7	68 916	886,5	12003	154,4	99623	18748	1677,0
Innlandet SO	392917	71748	182,6	117,8	291 680	742,4	41564	105,8	395596	116377	1408,8
Møre og Romsdal SO	254540	44214	173,7	116,8	196 586	772,3	30508	119,9	309567	39595	1491,6
Nord-Norge SO	184561	28016	151,8	103,1	129 898	703,8	24712	133,9	196215	34859	1385,9
Nord-Trøndelag SO	135397	23998	177,2	127,7	94 777	700,0	12978	95,9	137710	61651	1568,3
Nordland SO	134668	24877	184,7	125,1	109 592	813,8	19917	147,9	131465	32208	1363,3
Oslo SO	508168	73822	145,3	104,4	318 949	627,6	42623	83,9	533566	230915	1588,3
St. Olav SO	298031	42687	143,2	102,1	192 768	646,8	27572	92,5	345342	88867	1549,4
Stavanger SO	339045	49753	146,7	101,6	236 632	697,9	25565	75,4	287659	79571	1158,5
Sørlandet SO	285819	45498	159,2	106,8	178 052	623,0	48043	168,1	280543	133255	1615,9
Telemark/ Vestfold SO	391186	74606	190,7	128,8	296 714	758,5	44049	112,6	434614	131778	1560,5
Vestre Viken SO	457844	71988	157,2	104,0	296 093	646,7	53614	117,1	419688	206124	1484,0
Østfold SO	277664	47705	171,8	124,2	181 357	653,2	28890	104,1	243068	143299	1495,5
Ukjent SO	0	4670	0,0	0,0	15 614	0,0	482	0,0	9306	153366	0,0
Helse Sør-Øst	2785259	457215	164,2		1862621	668,7	294463	105,7	2726267	1182974	1509,3
Norge	4985870	831290	166,7	113,9	3 503 002	702,6	523805	105,1	5013725	1940824	1499,9

Årsaker til ulike forbruksrater kan være mange. Tilgjengelighet kan være en årsak til høyt forbruk, spesielt av polikliniske tjenester og bruk av private avtalespesialister. For alle typer forbruk vil henvisningspraksis fra fastleger og legevakt kunne ha betydning for forbruket. Befolkningens forventninger til tilgang på og bruk av spesialisthelsetjenester påvirker også forbruket. Det kan også forklares av en ønsket dreining av virksomheten i retning av reduksjon i døgnopphold og liggedager og økning av polikliniske tjenester. For døgnopphold og liggedager kan et høyt forbruk forklares med høy eller lav tilgjengelig kapasitet og avstander til sykehus.

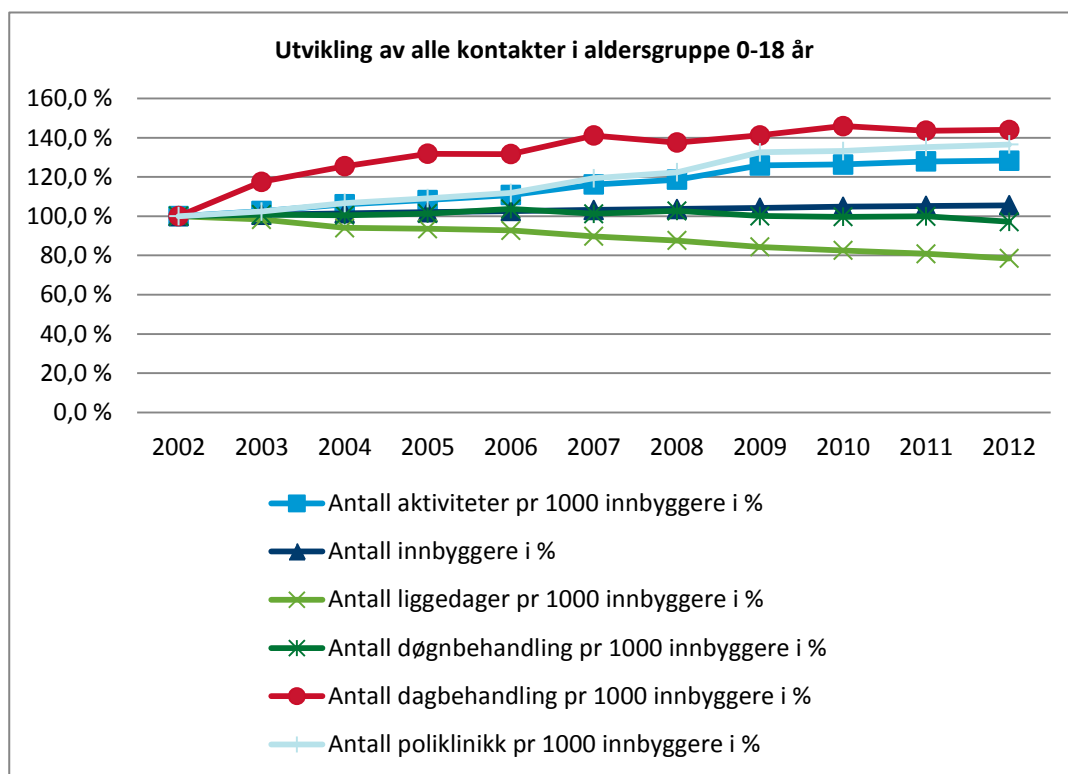
I kapittel 8 og i hovedrapporten blir det en gjennomgang av forbruksratene og årsaker til forskjellene i forbruk av spesialisthelsetjenester, som kan være andre forhold enn det som er lagt til grunn i behovsindeksene blir drøftet:

- Befolkningens forventninger og krav til tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester
- Diagnostikk og behandling av pasienter på for høyt nivå
- Tilgjengelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten
- Kompetanse, bemanning og kapasitet i primærhelsetjenesten
- Kjennetegn ved befolkningen som ikke inngår i behovsindeksen; f.eks. innvandreres bruk av spesialisthelsetjenester

5.2 Barn i Helse Sør-Øst

Utviklingen de siste 10 år viser at det er en reduksjon i både døgnopphold og liggedager for barn i alderen 0 -18 år. Av de store gruppene som har hatt en økning er det endokrine sykdommer og kreft, sykdommer i nervesystemet og Z-gruppa som har økt mest. Kronisk obstruktiv lungelidelse/astmagruppen er den diagnosegruppen som har hatt størst reduksjon.

Polikliniske konsultasjoner har økt mer enn hva befolkningsutviklingen tilsier.



Figur 8 Utvikling i antall kontakter for barn i aldersgruppen 0-18 år

For aldersgruppen 15 tom 19 år ser man en økning både i døgnopphold og antall liggedager i HSØ.

Tabell 8 Forbruksrater alle kontakter, barn under 15 år, fordeling på sykehusområde i 2012

Forbruket ved SO for aldersgruppen 0-14 i HSØ, 2012									
Sykehusområde	Antall innbyggere	Antall døgnopphold	Antall døgnopphold pr 1000 innbyggere	Liggedager	Antall liggedager pr 1000 innbyggere	Dagopphold	Antall dagopphold pr 1000 innbyggere	Polikli konsultasjoner	Antall polikliniske konsultasjoner pr 1000 innbyggere
Akershus SO	94568	5842	61,8	23789	251,6	2557	27,0	49318	521,5
Innlandet SO	65905	5184	78,7	18282	277,4	2057	31,2	35155	533,4
Oslo SO	84435	5133	60,8	24890	294,8	2476	29,3	49129	581,9
Sørlandet SO	55349	4732	85,5	15713	283,9	2723	49,2	35980	650,1
Telemark/ Vestfold SO	68614	5841	85,1	17709	258,1	2604	38,0	37255	543,0
Vestre Viken SO	87914	4568	52,0	17409	198,0	2552	29,0	42632	484,9
Østfold SO	49832	2952	59,2	9747	195,6	1537	30,8	23631	474,2
Total	506617	34252	67,6	127539	251,7	16506	32,6	273100	539,1

Tabell 8 viser faktiske forbruksrater (ikke behovsjustert) for barn under 15 år¹³. Den viser at det for barn er store forskjeller i forbruk av spesialisthelsetjenester. Barn i Sørlandet SO har 40 % høyere forbruk av spesialisthelsetjenester enn barn i aldersgruppen 0-14 år i Innlandet SO. Dette kan antakelig begrunnes i tilgjengelighet på tjenester og ikke i store forskjeller i sykkelighet i befolkningen.

¹³ Data har kun vært tilgjengelig for barn i aldersgruppen over og under 15 år, og ikke på 18-årskutt slik man nå definerer barn i sykehus

For aktivitets- og kapasitetsanalyser for barn har andel barn betydning for utnyttelsesgrader og med det beregning av kapasitetsbehov. Døgnplasser for barn er i liten grad fleksible i bruk for andre fagområder og aktiviteten er erfaringsmessig preget av store sesongsvingninger. Barn blir ikke behandlet særskilt for hver pasientgruppe, men drøftes i forbindelse med beregning av total kapasitet.

6 Aktivitetsanalyse pasientforløp HSØ

De følgende kapitlene er en gjennomgang av pasientforløpene. 10 forløp for somatikk (tabell 9) er gjennomgått detaljert, der arbeidsgruppen har kommet med innspill. De øvrige forløpene er analysert av SINTEF.

Tabell 9 10 utvalgte diagnosegrupper for pasientforløpsanalyse, aktivitetstall for HSØ 2012

10 utvalgte diagnosegrupper til pasientforløpsanalyse. Aktivitet i 2012						
Diagnosegruppe	Antall døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	39504	88,80 %	3,20 %	66213	5793	128876
Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling	37755	42,70 %	31,60 %	229547	24053	359197
Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	34616	72,30 %	24,00 %	132794	6325	124996
Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	28055	32,60 %	54,30 %	114134	27874	220592
Ischemiske hjertesykdommer	20212	88,70 %	26,10 %	54166	1972	30005
Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/ nefritter og dialyse	16537	68,60 %	18,30 %	69922	83312	142843
Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	13225	82,80 %	4,00 %	88032	1276	33256
Skader i hofte og lår, underekstremiteter	13121	93,30 %	72,70 %	66015	809	70636
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	12382	60,40 %	11,30 %	32220	13104	474945
Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	10926	90,80 %	6,60 %	67722	1160	8629

De 10 diagnosegruppene representerer grupper med høy aktivitet enten som innlagte pasienter, polikliniske konsultasjoner eller begge deler. Det er også diagnosegrupper der man har eller kan forvente en stor endring i aktivitet enten som følge av endring i befolknings sammensetning eller ved endring i forløpene som følge av endring i arbeidsprosesser, samhandling, organisering av tjenestene eller medisinsk utvikling. Gruppen som omfatter ondartede svulster, kjemoterapi og stråleterapi utgjør flest liggedager, mens restgruppe Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjeneste er den største gruppen når det gjelder dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Arbeidsgruppen har ikke faglig kunnet dekke alle områder, og SINTEF har derfor innhentet informasjon fra andre, tilsvarende analyser gjennomført i Norge, slik som konseptfase for UNN HF og utviklingsplan fra Sørlandet Sykehus. Det er i tillegg innhentet tilgjengelig informasjon fra strategi- og handlingsplaner, samt relevante forsknings- og utviklingsarbeider knyttet til pasientforløpsgruppene (se referanser i vedlegg 2).

Ser man på utviklingen fra 2010 til 2012 samlet sett innenfor alle diagnosegruppene i HSØ finner man for mange grupper en tendens til reduksjon i antall døgnopphold og økning i poliklinikk/dagopphold. For ICD10 gruppene R og Z er det imidlertid en markant økning både for døgn- og poliklinikk/dagopphold. Dette er også grupper med høy aktivitet. Tabell 8 viser utviklingen for døgnopphold og liggedager de siste tre årene. Rehabilitering er den gruppen som har hatt sterkest reduksjon i aktivitet.

Tabell 10 Utvikling i aktivitet døgnoophold og liggedager for pasientforløpsgruppene i HSØ, 2010-2012

Aktivitetsutvikling for døgnoophold og liggedager i HSØ, fordeling på pasientforløpsgrupper, HSØ 2010-2012										
Pasientforløp	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012
	Antall døgnoophold	Antall døgnoophold	Antall døgnoophold	Liggedager	Liggedager	Liggedager	Endring antall døgnoophold	Endring antall liggedager	% endring døgnoophold	% endring liggedager
Total	455333	454345	460082	1 996 411	1 967 235	1 874 519	4749	-121 892	1,0	-6,1
Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og	17540	15388	16537	71 993	68 311	69 922	-1003	-2 071	-5,7	-2,9
Faktorer som har betydning for helsestatus og	9545	10793	12382	24 593	32 367	32 220	2837	7 627	29,7	31,0
Godartede svulster, in situ svulster	7923	8052	8085	31 091	31 461	30 022	162	-1 069	2,0	-3,4
Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	11006	11106	10926	75 120	74 350	67 722	-80	-7 398	-0,7	-9,8
Hodeskader (conmatio mm)	7655	7367	7772	15 924	15 610	15 963	117	39	1,5	0,2
Infeksiøse og inflammatoriske ledde sykdommer	4184	3960	3676	16 674	15 942	15 068	-508	-1 606	-12,1	-9,6
Intox	3389	3418	3491	4 092	4 167	4 387	102	295	3,0	7,2
Iskemiske hjertesykdommer	22178	21381	20212	64 068	58 230	54 166	-1966	-9 902	-8,9	-15,5
Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	14116	13429	13225	98 883	94 317	88 032	-891	-10 851	-6,3	-11,0
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromos	3971	4061	4225	20 436	19 902	20 349	254	-87	6,4	-0,4
Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebeha	39090	38219	37755	254 171	252 801	229 547	-1335	-24 624	-3,4	-9,7
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	6619	6665	6788	19 121	18 652	18 701	169	-420	2,6	-2,2
Rehabilitering	9434	7881	7151	124 154	106 901	91 596	-2283	-32 558	-24,2	-26,2
Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	26849	27242	28055	118 098	117 328	114 134	1206	-3 964	4,5	-3,4
Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/un	13927	14139	14069	44 611	42 822	39 160	142	-5 451	1,0	-12,2
Skader i hofte og lår, underkstremiteter	13311	13366	13121	83 210	80 144	66 015	-190	-17 195	-1,4	-20,7
Skader, forgiftninger og visse andre konsekven	12650	12652	12856	68 850	67 836	67 286	206	-1 564	1,6	-2,3
Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat a	41759	40758	40671	134 499	129 427	128 038	-1088	-6 461	-2,6	-4,8
Sykdommer i blod og bloddannende organer og	3942	4087	4187	12 742	13 469	13 692	245	950	6,2	7,5
Sykdommer i fordøyelsessystemet	32944	33429	33793	136 923	138 748	137 108	849	185	2,6	0,1
Sykdommer i hud og underhud	4400	4462	4243	22 287	23 161	21 687	-157	-600	-3,6	-2,7
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	5681	5701	5544	12 093	11 910	10 969	-137	-1 124	-2,4	-9,3
Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	18442	19286	18803	65 779	69 381	67 390	361	1 611	2,0	2,4
Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmi, hj	32892	32556	34616	135 121	131 176	132 794	1724	-2 327	5,2	-1,7
Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorgan	11739	11883	11748	35 964	35 976	34 745	9	-1 219	0,1	-3,4
Sykdommer i øre og ørebenskne	2240	2208	2217	4 818	4 602	4 433	-23	-385	-1,0	-8,0
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	2575	2867	2794	7 414	7 932	7 485	219	71	8,5	1,0
Sykdommer i åndrettssystemet, øvre luftveis	22823	24043	24728	107 431	112 969	108 431	1905	1 000	8,3	0,9
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og lab	35120	36854	39504	60 368	63 089	66 213	4384	5 845	12,5	9,7
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdom	14187	14046	13984	85 178	84 358	78 252	-203	-6 926	-1,4	-8,1
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioder	3135	3019	2878	40 185	39 848	38 921	-257	-1 264	-8,2	-3,1
Ingen forløp	67	27	46	520	48	71	-21	-449		

Økningen i aktivitet for gruppene Z og R har økt med hhv 12 og 29 % for døgnoophold fra 2010 til 2012, eller liggedager tilsvarende 43 senger i denne perioden. Med en gjennomsnittlig liggetid på 1,8 døgn er dette grupper med høy aktivitet og rask gjennomstrømming og som utfordrer sykehusene i å opprettholde god flyt. Nærmere beskrivelser av pasientforløp for diagnosegruppene R og Z kommer i kapittel 6.2. Her vil det også bli vist trender over flere år tilbake for hver av gruppene, samt forbruksrater.

For poliklinikk og dagopphold har det vært en økning de siste tre årene på 2,7 % for poliklinikk og 1,3 % for dagopphold. Endringer mellom poliklinikk og dagopphold kan være forårsaket av forskjellig kodepraksis. For rehabilitering ser vi imidlertid at det er en stor reduksjon for både dagopphold og poliklinikk, tilsvarende ca. 7 300 kontakter samlet. En økning for gruppen ondartede svulster i poliklinikk utgjør alene en aktivitetsøkning på mer enn 15 000 konsultasjoner i denne perioden.

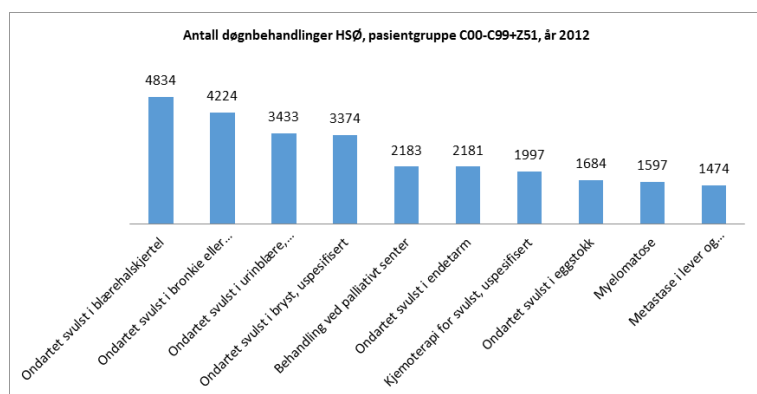
Tabell 11 Utvikling i aktivitet dagopphold og polikliniske konsultasjoner for pasientforløpsgruppene i HSØ, 2010-2012

Aktivitetsutvikling for dagopphold og polikliniske konsultasjoner i HSØ, fordeling på pasientforløpsgrupper, HSØ 2010-2012										
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012	2010-2012
Pasientforløp	Antall dagopphold	Antall dagopphold	Antall dagopphold	Antall polikliniske konsultasjoner	Antall polikliniske konsultasjoner	Antall polikliniske konsultasjoner	Endring antall dagopphold	Endring antall polikliniske konsult	% endring dagopphold	% endring polikli konsult
Total	283506	2578326	287132	2655166	285923	2727774	3 626	72608,0	1,3	2,7
Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og	82218	132646	82189	136851	83312	142843	-29	5992,0	0,0	4,4
Faktorer som har betydning for helsetilstand og	11335	455701	12638	466746	13104	474945	1 303	8199,0	11,5	1,8
Godartede svulster, in situ svulster	6182	49176	6438	54792	6238	56404	256	1612,0	4,1	2,9
Hjernesykdommer (hjerneslag), inkl TIA	2107	8889	907	8343	1160	8629	-1 200	286,0	-57,0	3,4
Hodeskader (commotio mm)	303	23313	223	23918	195	23710	-80	-208,0	-26,4	-0,9
Infeksiøse og inflammatoriske ledde sykdommer	4699	37677	3131	42992	2815	46504	-1 568	3512,0	-33,4	8,2
Intox	21	539	-	592	6	601	-	9,0	-	1,5
Iskemiske hjertesykdommer	2491	23391	2256	28270	1972	30005	-235	1735,0	-9,4	6,1
Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	1292	34823	1162	34778	1276	33256	-130	-1522,0	-10,1	-4,4
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromos	2633	31771	2784	32522	2649	35063	151	2541,0	5,7	7,8
Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebeha	24633	333208	23864	343493	24053	359197	-779	15704,0	-3,2	4,6
Psykiske lidelser og affektforstyrrelser	2570	23674	1465	23586	1319	25030	-1 105	1444,0	-43,0	6,1
Rehabilitering	23471	42031	26781	44732	27808	48749	3 310	4017,0	14,1	9,0
Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	25172	203830	28703	212273	27874	220592	3 531	8319,0	14,0	3,9
Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/un	2063	109813	1808	111743	1862	109419	-255	-2324,0	-12,4	-2,1
Skader i hofte og lår, underekstremiteter	899	70553	691	71055	809	70636	-208	-419,0	-23,1	-0,6
Skader, forgiftninger og visse andre konsekver	3321	47002	3496	43322	3374	40669	175	-2653,0	5,3	-6,1
Svangerskap, fødsel og barselid, inkl resultat a	7387	81370	6772	81332	4879	81436	-615	104,0	-8,3	0,1
Sykdommer i blod og bloddannende organer og	1861	14840	1840	15990	2005	15962	-21	-28,0	-1,1	-0,2
Sykdommer i fordøyelsessystemet	10753	99362	10232	102946	9256	107441	-521	4495,0	-4,8	4,4
Sykdommer i hud og underhud	3040	70485	2773	70072	2678	70016	-267	-56,0	-8,8	-0,1
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	4735	53030	4909	54906	4981	55338	174	432,0	3,7	0,8
Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	12061	89107	11385	91949	11463	97685	-676	5736,0	-5,6	6,2
Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hj	6610	120995	6390	123274	6325	124996	-220	1722,0	-3,3	1,4
Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorgan	3958	53326	3661	55787	3737	56166	-297	379,0	-7,5	0,7
Sykdommer i øre og ørebenknute	3445	75215	3899	77343	4175	77004	454	-339,0	13,2	-0,4
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	22710	101516	24025	109215	23406	113238	1 315	4023,0	5,8	3,7
Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveis	5978	35058	6357	37038	6280	37176	379	138,0	6,3	0,4
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og lab	4312	109318	5127	122067	5793	128876	815	6809,0	18,9	5,6
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdom	1137	25709	1180	26474	1022	28454	43	1980,0	3,8	7,5
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioder	24	6497	21	5624	29	4110	-3	-1514,0	-12,5	-26,9
Ingen forløp	85	14461	35	1141	68	3624	-50	2483,0	-	-

De 10 gruppene er beskrevet hver for seg i de følgende kapitlene. De øvrige gruppene er summert opp i et samlet kapittel. Fremskrevet aktivitet oppsummert og beregnet kapasitetsbehov er vist i kapittel 7.

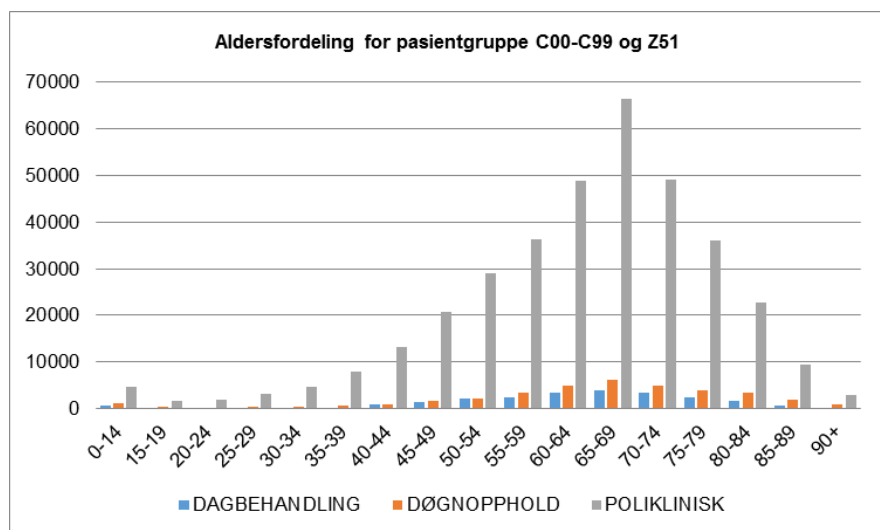
6.1.1 Ondartede svulster inkl. kjemoterapi, stråleterapi

Denne pasientforløpsgruppen omfatter både pasienter med ondartede svulster (ICD10 gruppe C) samt kjemoterapi og stråleterapi (ICD 10 gruppe Z 51). ICD10 gruppe C er underinndelt i hoveddiagnosegrupper. Diagnosegruppene som har høyest antall døgnopphold i HSØ er ondartet svulst i blære/halskjertel og ondartet svulst i bronkie eller lunge.



Figur 9 Fordeling på de 10 hyppigste hoveddiagnosegrupper, antall døgnopphold totalt HSØ

Aldersfordeling for pasientgruppen C00-C99+Z51 er som vist i figurer under:



Figur 10 Aldersfordeling for pasientgruppe C00-C99 og Z51

Figuren viser at hovedtyngden av aktiviteten er for pasienter i de eldre aldersgrupper.

Dagens virksomhet

Den samlede aktiviteten for denne pasientforløpsgruppen er vist i tabell 13. Dette er den største av alle pasientforløpsgruppene i aktivitet. Tabell 14 viser hvordan denne aktiviteten er fordelt på HF'ene, og OUS HF har den høyeste aktiviteten både for alle typer aktiviteter. De har imidlertid den laveste andelen øyeblikkelig hjelp for denne gruppen, noe som sannsynligvis skyldes at de har en stor andel planlagte utredninger og behandling fra hele regionen. Gjennomsnittlig liggetid er i overkant av 6 døgn. Lovisenberg har lengst liggetid, noe som sannsynligvis forklares med opphold i en hospiceenhet.

Tabell 12 Samlet aktivitetsdata for ICD10 gruppe C, Ondartede svulster og Z51, totalt i HSØ i 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnoophold 2012	Øhj døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Antall polikonsultasjoner
Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling	37 755	16127	42,70 %	31,60 %	229 547	6,08	24 053	359 197

Tabell 13 Aktivitetsdata for ICD10 gruppe C, Ondartede svulster og Z51, totalt i 2012, fordelt på HF

Aktivitetsdata pasientforløp Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling i HSØ i 2012, fordelt på HF							
Helseforetak	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Sum	37755	42,7 %	31,6 %	229547	6,1	24053	359197
Oslo universitetssykehus HF	14437	19,7 %	37,5 %	90179	6,3	4638	196079
Akershus universitetssykehus	4138	57,4 %	30,1 %	27346	6,6	1772	27110
Vestre Viken HF	4127	57,3 %	29,5 %	23874	5,8	5853	22723
Sykehuset Innlandet HF	4068	56,8 %	26,8 %	22893	5,6	2290	33003
Sørlandet sykehus HF	3077	48,3 %	29,6 %	16861	5,5	6079	27311
Sykehuset i Vestfold HF	2362	47,6 %	26,2 %	11909	5,0	163	20748
Sykehuset Østfold HF	2321	60,2 %	30,3 %	14864	6,4	469	17275
Sykehuset Telemark HF	2200	69,1 %	29,9 %	13065	5,9	397	12439
Lovisenberg	546	54,4 %	0,2 %	5714	10,5	2386	1244
Diakonhjemmet	464	85,6 %	14,4 %	2820	6,1	6	1241
Oslo kommunale legevakt	9	100,0 %	0,0 %	7	0,8	0	0
Betanien hospital (Telemark)	5	0,0 %	80,0 %	14	2,8	0	15
Martina Hansens hospital	1	0,0 %	0,0 %	1	1,0	0	1
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	8

Det brukes forskjellige ressurser for stråleterapi og kjemoterapi. Tabellen under viser aktivitetsomfanget for kjemoterapi og strålebehandling samlet.

Tabell 14 Aktivitetsdata for ICD10 gruppe Z51, kjemoterapi og stråleterapi totalt i HSØ i 2012

Aktivitetsdata kjemoterapi og strålebehandling samletfor HSØ 2012								
Diagnosegruppe	Antall døgnoophold	Antall døgnoophold ø. hjelp	% andel ø.hjelp av total	Antall døgnoophold med Kir DRG	Liggedager	Gj.liggetid	Antall dagopphold	Antall polikli konsultasjoner
Kjemoterapi, strålebehandling Z51	2 301	769	33,4	37	12 885	5,6	14 852	66 892

Det gjøres ca. 190 000 polikliniske stråleterapi konsultasjoner i Norge totalt. For Helse Sør-Øst er den største aktiviteten i OUS HF med ca. 87 000 konsultasjoner, mens Innlandet og Sørlandet som også har stråleterapienheter har til sammen i underkant av 20 000 konsultasjoner med prosedyrekode for stråleterapi.

Tabell 15 Aktivitetsdata for stråleterapi*, Norge i 2012, fordelt på HF

Stråleterapi, aktivitet i Norge, i 2012, prosedyrekode WEOA 00, 05, 10, 15							
Helseforetak	Antall døgnoophold	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
SUM	629	261	14	8117	13	20	190878
Oslo universitetssykehus HF	177	89	6	1945	11	0	87628
Helse Bergen HF	178	58	0	2229	12,5	4	29114
St. Olavs Hospital HF	7	2	3	45	6,43	0	18483
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	62	27	2	1103	17,8	15	14828
Sørlandet sykehus HF	0	0	0	0	0	0	11992
Helse Stavanger HF	13	8	1	117	13,6	0	10350
Helse Møre og Romsdal HF	6	1	0	126	21	0	8577
Sykehuset Innlandet HF	174	72	1	2487	14,3	0	7685
Nordlandssykehuset HF	12	4	1	65	5,45	1	2221

*) Det er brukt prosedyrekoder for å finne antall strålebehandlinger, fordi disse behandlingene kan ligge under andre hoveddiagnoser i datamaterialet. 97,2 % av strålebehandlinger er for pasienter med diagnose C (ondartet svulst) og 2,7 % pasienter har diagnose D (godartet svulst).

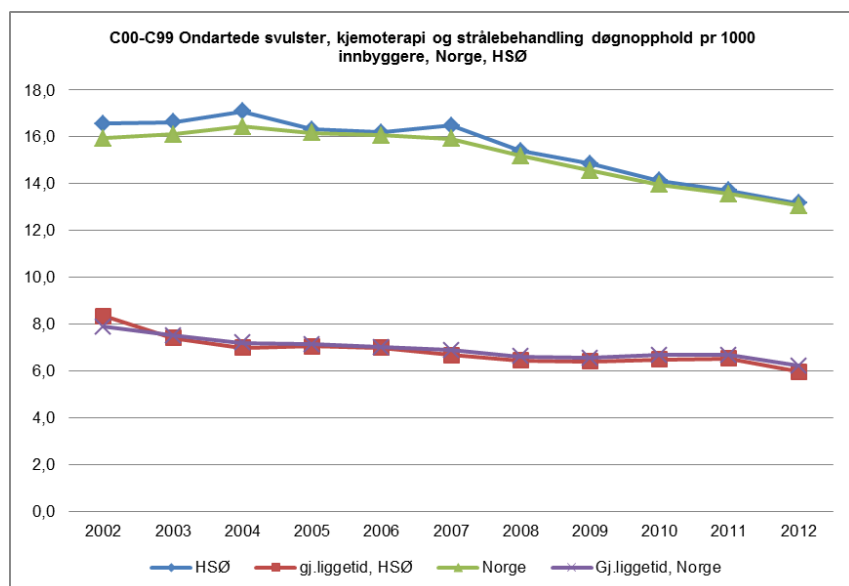
Tabell 16 Aktivitetsdata for kjemoterapi i HSØ i 2012, fordelt på HF

Kjemoterapi, aktivitet HSØ, i 2012, prosedyrekoder: WBOC, 05, 08, 10, 15, 20, 25, 30, 32, 34, 39							
Helseforetak	Antall døgnoophold	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
SUM	2937	554	18	15989	5,4	9596	48252
Oslo universitetssykehus HF	2321	274	13	12160	5,2	394	16299
Vestre Viken HF	139	63	4	1034	7,4	4235	5358
Sørlandet sykehus HF	113	32	0	566	5,0	3910	2298
Sykehuset Innlandet HF	94	40	0	504	5,4	438	3338
Akershus universitetssykehus	92	66	0	791	8,6	400	8302
Sykehuset Østfold HF	64	30	1	425	6,6	143	7191
Sykehuset i Vestfold HF	63	18	0	243	3,9	12	1396
Sykehuset Telemark HF	41	22	0	221	5,4	64	3555
Lovisenberg	10	9	0	45	4,5	0	176
Diakonhjemmet	0	0	0	0	0,0	0	326
Martina Hansens hospital	0	0	0	0	0,0	0	13

Det er brukt prosedyrekoder for å finne ut antall kjemoterapibehandlinger, fordi disse kan ligge under andre hoveddiagnoser i datamaterialet. 89,5 % av kjemoterapi er for pasienter med diagnose i gruppe Z og 9,26 % pasienter har diagnose C (ondartet svulst).

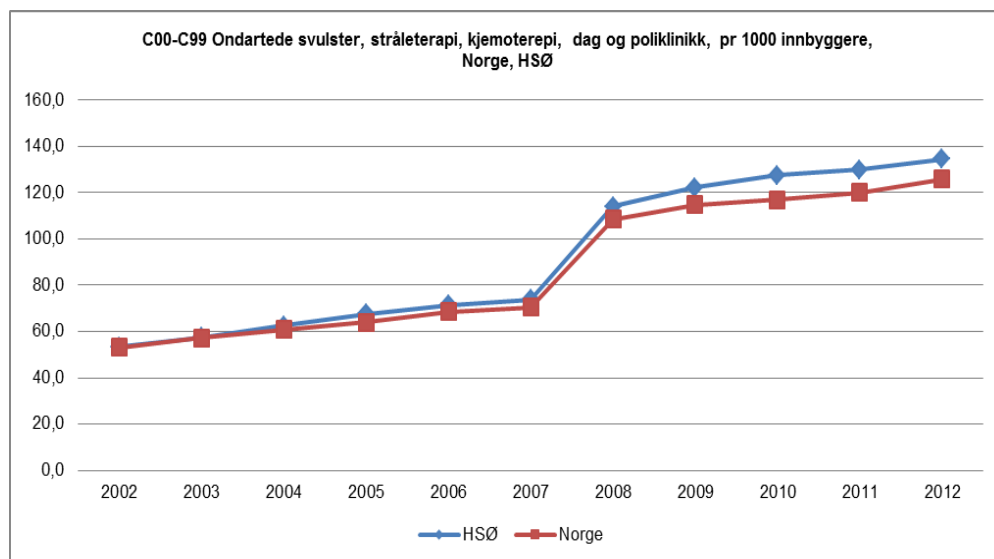
Tabell 17 viser noe forskjell mellom helseforetakene i forholdet mellom dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Dette har sannsynligvis sammenheng med kodepraksis, der man har gått fra å registrere som dagopphold til registrering som poliklinisk konsultasjon. Dette er en gruppe pasienter som trenger dagplass, selv om aktiviteten er registrert som poliklinisk. Dette korrigeres i kapasitetsberegningene ved en omfordeling mellom poliklinikkrom og dagplasser.

I perioden 2002 til 2012 har antall døgnoophold for gruppen C00-C99 + Z51 gått ned med 20,5 % pr 1000 innbyggere. Dette er samme utvikling som landet for øvrig.



Figur 11 Utvikling i døgnopphold i HSØ og Norge for gruppen Ondartede svulster, kjemoterapi og strålebehandling, 2002- 2012

I tillegg har antall dagbehandlinger økt med 92,7 % pr 1 000 innbyggere i samme perioden. Det har vært en økning i poliklinisk aktivitet på ca. 45,9 % pr 1 000 innbyggere. Den kraftige økning i poliklinisk aktivitet og dagbehandling skyldes sannsynligvis endring i kodepraksis i tillegg til en økning i aktiviteten for denne gruppen.



Figur 12 Utvikling i poliklinikk og dagbehandling i HSØ og Norge, gruppen Ondartede svulster, kjemoterapi og strålebehandling, 2002- 2012

Det er variasjoner mellom sykehusområder i forbruket. Telemark sykehusområde skiller seg ut med det høyeste forbruket av døgnopphold og liggedager.

Forbruk av spesialisthelsetjenester i SO

Forbruket for denne diagnosegruppen er høyest for pasienter fra Telemark/Vestfold SO for alle typer aktiviteter. Befolkningen i Oslo SO har det laveste forbruket av døgnopphold og liggedager.

Tabell 17 Forbruksrater C00-C99, fordelt på sykehusområder

Sykehusområde 2012	Forbruk pr.1000 innb./år døgnopphold	Forbruk pr.1000 innb./år liggedager	Forbruk pr.1000 innb./år dag/pol/avt.spes.
Akershus SO	12,47	80,17	142,54
Innlandet SO	14,95	86,76	146,70
Oslo SO	10,41	70,39	145,95
Sørlandet SO	13,80	77,49	136,67
Telemark/ Vestfold SO	16,13	93,23	152,94
Vestre Viken SO	13,83	79,87	150,53
Østfold SO	12,78	80,62	143,21
Total HSØ	13,35	80,87	145,99

Pasientstrømmer

For denne pasientgruppen har det vært en utvikling over flere år med sentralisering av avansert kreftbehandling og desentralisering av kjemoterapi og stråleterapi og deler av behandlingsforløpet. Det er derfor for denne gruppen sett spesielt på pasientstrømmene.

Tabellen nedenfor viser pasientstrømmen til OUS og hvilke sykehusområder pasientene kommer fra (fordelt C00-C99). HF i HSØ er markert. Dette viser at pasienter fra Sørlandet sykehusområde er de som i minst grad bruker OUS.

Tabell 18 Pasientstrøm til OUS HF fra sykehusområdene i 2012, ICD10 gruppe C00-C99

Oslo universitetssykehus HF, pasientflyt, 2012							
Sykehusområde 2012	Antall døgnopphold	Dagopphold	Polikli konsultasjoner	Polikli kontroller	Andel % døgnopphold	Andel % dagopphold	Andel % poliklinikk
Sum	14437	4638	196079	73807	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Oslo SO	4254	1256	64596	32568	29,5 %	27,1 %	32,9 %
Vestre Viken SO	2152	680	32965	10646	14,9 %	14,7 %	16,8 %
Akershus SO	1863	805	34545	11754	12,9 %	17,4 %	17,6 %
Telemark/ Vestfold SO	1862	492	21819	5773	12,9 %	10,6 %	11,1 %
Innlandet SO	1593	523	16728	5649	11,0 %	11,3 %	8,5 %
Østfold SO	1210	387	18895	4538	8,4 %	8,3 %	9,6 %
Sørlandet SO	851	244	3823	1623	5,9 %	5,3 %	1,9 %
Stavanger SO	153	63	339	179	1,1 %	1,4 %	0,2 %
Møre og Romsdal SO	91	20	393	191	0,6 %	0,4 %	0,2 %
Bergen SO	75	23	144	58	0,5 %	0,5 %	0,1 %
St. Olav SO	67	16	221	120	0,5 %	0,3 %	0,1 %
Finnmark SO	57	19	203	54	0,4 %	0,4 %	0,1 %
Nord-Norge SO	54	34	246	125	0,4 %	0,7 %	0,1 %
Nordland SO	47	26	539	231	0,3 %	0,6 %	0,3 %
Fonna SO	33	15	176	86	0,2 %	0,3 %	0,1 %
Helgeland SO	32	20	180	70	0,2 %	0,4 %	0,1 %
Nord-Trøndelag SO	26	11	123	52	0,2 %	0,2 %	0,1 %
Førde SO	9	-	90	50	0,1 %		0,0 %
0	8	-	54	40	0,1 %		0,0 %

Når man ser på de øvrige HF'ene er det stort sett pasienter fra eget sykehusområde (mer enn 95 % av døgnoppholdene) som kommer til sykehusene. Ahus har noen pasienter i denne gruppen fra Innlandet SO.

Tabell 19 Pasientstrøm til Ahus HF fra sykehusområdene i 2012, ICD10 gruppe C00-C99

Ahus HF, pasientflyt, 2012							
Sykehusområde 2012	Antall døgnopphold	Dagopphold	Polikli konsultasjoner	Polikli kontroller	Andel % døgnopphold	Andel % dagopphold	Andel % poliklinikk
Sum	4138	1772	27110	20630	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Akershus SO	3883	1677	25519	19352	93,8 %	94,6 %	94,1 %
Innlandet SO	172	68	1028	841	4,2 %	3,8 %	3,8 %
Oslo SO	39	13	300	245	0,9 %	0,7 %	1,1 %
Østfold SO	14	3	81	58	0,3 %	0,2 %	0,3 %
Telemark/ Vestfold SO	8	0	11	7	0,2 %	0,0 %	0,0 %
Finnmark SO	6	0	13	5	0,1 %	0,0 %	0,0 %
Vestre Viken SO	6	10	111	85	0,1 %	0,6 %	0,4 %
Sørlandet SO	0	0	5	5	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Førde SO	0	0	18	11	0,0 %	0,0 %	0,1 %
St. Olav SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Helgeland SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Møre og Romsdal SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nord-Norge SO	0	0	11	10	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Bergen SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nordland SO	0	0	6	6	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Tabell 20 Pasientstrøm til Sykehuset i Vestfold HF fra sykehusområdene i 2012, ICD10 gruppe C00-C99

Sykehuset i Vestfold HF, pasientflyt, 2012							
Sykehusområde 2012	Antall døgnoophold	Dagopphold	Polikl konsultasjoner	Polikl kontroller	Andel % døgnoophold	Andel % dagopphold	Andel % poliklinikk
Sum	2362	163	20748	9244	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Telemark/ Vestfold	2250	157	20147	8963	95,3 %	96,3 %	97,1 %
Vestre Viken SO	93	5	470	239	3,9 %	3,1 %	2,3 %
Østfold SO	0	0	23	6	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Oslo SO	0	0	36	16	0,0 %	0,0 %	0,2 %
Akershus SO	0	0	5	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Innlandet SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Fonna SO	0	0	16	0	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Bergen SO	0	0	11	0	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Sørlandet SO	0	0	7	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Finnmark SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Førde SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nord-Norge SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nordland SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ukjent SO	5	0	23	2	0,2 %	0,0 %	0,1 %

Tabell 21 Pasientstrøm til Vestre Viken HF fra sykehusområdene i 2012, ICD10 gruppe C00-C99

Vestre Viken HF, pasientflyt, 2012							
Sykehusområde 2012	Antall døgnoophold	Dagopphold	Polikl konsultasjoner	Polikl kontroller	Andel % døgnoophold	Andel % dagopphold	Andel % poliklinikk
Sum	4127	5853	22723	11864	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Vestre Viken SO	4054	5772	22342	11638	98,2 %	98,6 %	98,3 %
Innlandet SO	28	2	124	102	0,7 %	0,0 %	0,5 %
Telemark/ Vestfold SO	15	38	73	46	0,4 %	0,6 %	0,3 %
Oslo SO	13	13	65	35	0,3 %	0,2 %	0,3 %
Akershus SO	11	21	71	19	0,3 %	0,4 %	0,3 %
Møre og Romsdal SO	0	0	6	6	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Stavanger SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sørlandet SO	0	0	10	6	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nord-Norge SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nordland SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
St. Olav SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Østfold SO	0	0	9	7	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Helgeland SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Fonna SO	0	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Andre HF behandler stort sett pasienter fra sitt eget opptaksområde.

Strålebehandling

Som tabell 22 viser, er det stor andel av polikliniske konsultasjoner som tilhører andre sykehusområder og hvor aktiviteten foregår ved Oslo universitetssykehus HF. Disse polikliniske konsultasjonene hovedsakelig er for befolkningen som er bosatt ved kommunene som ligger nært Oslo. En annen forklaring er at stråleterapi er sentralisert og det er oppgavefordeling mellom HF som har stråleterapi.

Tabell 22 Pasientstrøm til Oslo universitetssykehus HF fra sykehusområdene i 2012, strålebehandling, prosedyrekoder WEOA 00, 05, 10, 15, poliklinikk

Oslo universitetssykehus HF	Polikliniske konsultasjoner	% andel
Sykehusområde 2012	87628	100,0%
Oslo SO	18176	20,7%
Vestre Viken SO	17730	20,2%
Akershus SO	16934	19,3%
Telemark SO	12726	14,5%
Østfold SO	11474	13,1%
Innlandet SO	8348	9,5%
Sørlandet SO	1349	1,5%
Nordland SO	217	,2%
Finnmark SO	100	,1%
Nord-Norge SO	94	,1%
Møre og Romsdal SO	88	,1%
Stavanger SO	81	,1%
Helgeland SO	68	,1%
St. Olav SO	66	,1%
Fonna SO	52	,1%
Bergen SO	50	,1%
Nord-Trøndelag SO	50	,1%
Førde SO	25	,0%
Sykehusområder utenfor HSØ, sum	891	1,0%

OUS får en relativt stor andel pasienter til strålebehandling fra andre SO, særlig fra Vestre Viken og Ahus. Innlandet og Sørlandet har egne stråleterapientheter og har derfor mindre aktivitet knyttet til OUS. Tabell 24 og 25 viser at det er en relativt liten andel som kommer fra de øvrige SO til Innlandet og Sørlandet sammenlignet med pasientstrømmen som går til OUS.

Tabell 23 Pasientstrøm til Sykehuset Innlandet HF fra sykehusområdene i 2012, strålebehandling, prosedyrekoder WEOA 00, 05, 10, 15, poliklinikk og døgnopphold

Sykehuset Innlandet HF	Polikliniske konsultasjoner	% andel poliklinikk	Døgnopphold	% andel døgnopphold
Sykehusområde 2012	7685	100,0%	174	100,0%
Innlandet SO	7265	94,5%	170	97,7%
Vestre Viken SO	208	2,7%	1	,6%
Akershus SO	126	1,6%	2	1,1%
Telemark SO	26	,3%	0	,0%
Førde SO	25	,3%	0	,0%
Helgeland SO	25	,3%	0	,0%
Oslo SO	10	,1%	0	,0%
Førde SO			1	,6%
Sykehusområder utenfor Innlandet HF, sum	420	5,5%	4	2,3%

Tabell 24 Pasientstrøm til Sørlandet sykehus HF fra sykehusområdene i 2012, strålebehandling, prosedyrekoder WEOA 00, 05, 10, 15, poliklinikk

Sørlandet sykehus HF	Polikliniske konsultasjoner	% andel
Sykehusområde 2012	11992	100,00 %
Sørlandet SO	11059	92,22 %
Telemark SO	831	6,93 %
Vestre Viken SO	64	0,53 %
Oslo SO	38	0,32 %
Sykehusområder utenfor Sørlandet HF, sum	933	7,8 %

En artikkel i Tidsskrift for legeforeningen viser til at halvparten av pasientene har nytte av strålebehandling i løpet av sykdomsperioden¹⁴. Det er forventet at ca. 20 000 nye kreftpasienter vil få strålebehandling mot 2031. Det forventes at OUS vil ha negativ realvekst for strålebehandling¹⁵, men generelt i Helse Sør- Øst forventes det økning med 10 %. Dette forutsetter en kapasitetsøkning for stråleterapi i HSØ.

Kjemoterapi

Tabell 24 viser at OUS hadde ca. 16 000 polikliniske konsultasjoner for kjemoterapi i 2012. 13 % (n=2115) av disse kom fra Akershus SO. Dette er hovedsakelig pasienter som bor i Alna og Stovner.

Tabell 25 Pasientstrøm til Oslo universitetssykehus HF fra sykehusområdene i 2012, kjemoterapi, prosedyrekoder WBOC0

Kjemoterapi, aktivitet HSØ, år 2012, prosedyrekoder: WBOC, 05, 08, 10, 15, 20, 25, 30, 32, 34, 39						
Oslo universitetssykehus HF	Polikliniske konsultasjoner	% andel polikliniske konsultasjoner	Døgnopphold	% andel døgnopphold	Dagopphold	% andel dagopphold
SUM	16299	100,0%	2321	100,0%	394	100,0%
Oslo SO	10667	65,4%	613	26,4%	166	42,1%
Akershus SO	2115	13,0%	307	13,2%	70	17,8%
Vestre Viken SO	1384	8,5%	333	14,3%	40	10,2%
Innlandet SO	710	4,4%	304	13,1%	24	6,1%
Østfold SO	597	3,7%	162	7,0%	11	2,8%
Telemark SO	520	3,2%	335	14,4%	76	19,3%
Sørlandet SO	185	1,1%	169	7,3%	7	1,8%
Nordland SO	30	,2%	12	,5%	0	0
Møre og Romsdal SO	20	,1%	14	,6%	0	0
Stavanger SO	16	,1%	18	,8%	0	0
Fonna SO	12	,1%	0	,0%	0	0
Førde SO	7	,0%	-	,1%	0	0
Helgeland SO	-	,0%	5	,2%	0	0
Nord-Norge SO	-	,0%	10	,4%	0	0
St. Olav SO	-	,0%	-	,1%	0	0
Nord-Trøndelag SO	-	,0%	0	,0%	0	0
Ukjent	24	,1%	0	,0%	0	0
Finnmark SO	-	,0%	19	,8%	0	0
Bergen SO	-	,0%	14	,6%	0	0
(-, <5)						

Tabell 25 og 26 viser at det er en betydelig "lekkasje" (ca. 20 %) av pasienter fra Akershus og Vestre Viken sykehusområder til OUS for kjemoterapi. For de øvrige sykehusområdene er det nesten ingen aktivitet ut over eget sykehusområde.

¹⁴ Jetne V., Kvaløy S., Smeland S., Johannsen T.B., Tveit K.M. *Bruk av stråleterapi i Helse Sør- Øst*, Tidsskrift for Den norske legeforening, 24, 2009; 129: 2602-5

¹⁵ Idefase OUS- Campus Oslo, Virksomhetsløsninger, OUS HF, leveranse 28.02.2014., side23

Tabell 26 Pasientstrøm fra Akershus SO i 2012, kjemoterapi, prosedyrekoder WBOC0

Kjemoterapi, aktivitet i Akershus SO, år 2012		
SUM	10059	100,0 %
Akershus universitetssykehus HF	7843	78,0 %
Diakonhjemmet	48	0,5 %
Martina Hansens hospital	5	0,0 %
Oslo universitetssykehus HF	2115	21,0 %
Sykehuset Innlandet HF	25	0,2 %
Sykehuset Østfold HF	15	0,1 %
Vestre Viken HF	8	0,1 %
prosedyrekoder: WBOC, 05, 08, 10, 15, 20, 25, 30, 32, 34, 39		

Tabell 27 Pasientstrøm fra Vestre viken SO i 2012, kjemoterapi, prosedyrekoder WBOC0

Kjemoterapi, aktivitet i Vestre viken SO, år 2012		
SUM	6821	100,0 %
Akershus universitetssykehus HF	50	0,7 %
Diakonhjemmet	6	0,1 %
Martina Hansens hospital	6	0,1 %
Oslo universitetssykehus HF	1384	20,3 %
Sykehuset i Vestfold HF	25	0,4 %
Sykehuset Innlandet HF	32	0,5 %
Sykehuset Telemark HF	-	-
Sørlandet sykehus HF	-	-
Vestre Viken HF	5316	77,9 %
prosedyrekoder: WBOC, 05, 08, 10, 15, 20, 25, 30, 32, 34, 39		
(-, <5)		

Andre HF behandler stort sett pasienter fra egne opptaksområder.

Endringer knyttet til demografi

Denne diagnosegruppen (C00-C99 + Z51) omfatter en stor andel av aktiviteten i HSØ. Det har derfor stor betydning når det skjer endringer. Tabell 29 viser en økning på 42 %, eller nesten 100 000 for liggedager fra 2012 til 2030. Dette utgjør et økt kapasitetsbehov på 320 senger forutsatt 85 % utnyttelse og ingen endring eller omstillinger i forløpene.

Tabell 28 Effekt av demografisk fremskriving, summert C00-C99, Z51

Ar	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Poliklinisk konsultasjoner
2012	37755	229547	24053	359197
2020	44476	270737	28367	426895
2025	49051	298698	30918	467673
2030	53555	326222	33291	503482
%-vis endring 2012-2030	42 %	42 %	38 %	40 %

Tabellen over viser en forventet økning på ca. 144 000 polikliniske konsultasjoner i HSØ fra 2012 til 2030 dersom man kun legger demografisk fremskriving til grunn for beregningen.

Omstilling/ending

For dette pasientforløpet foreslås det følgende endring ut over den demografiske fremskrivingen:

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	<p>Det er beregnet at antallet krefttilfeller i Norge vil øke med 42 % for menn og 36 % for kvinner fra 1995 fram til 2020¹⁶. Den største delen av økningen skyldes den generelle aldringen i befolkningen, mens en mindre del skyldes risikoøkning. Lungekreft er den kreftformen som forventes å øke mest pga kvinners røykevaner. Prognosene frem mot 2030 tyder på at¹⁷:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antall personer som får kreft vil fortsette å øke, hovedsakelig på grunn av den økende andelen eldre i befolkningen. Kreft hos eldre over 70 år vil bidra til mer enn halvparten av økningen i kreftforekomst hos menn, og nesten halvparten av økningen hos kvinner. • antall nye krefttilfeller pr 1 000 innbyggere (insidens) etter justering for alder, forventes å flate ut, dersom dagens trender fortsetter. • antall personer som lever etter å ha fått en kreftdiagnose (prevalens) forventes å øke. <p>I Helse Sør-Øst er det forventet 39888 nye krefttilfeller i tidsperioden 2012-2031¹⁸.</p>	<p>Døgnopphold: +10 % Liggedager: +10 % Dagopphold: + 10 % Poliklinikk: + 10 %</p>
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Reduksjon i antall konsultasjoner ved at pasientene får tilbud i kommunene, evt. i samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune. Utvikling fremover vil være slik at det blir mer peroral kjemoterapi enn i dag. Enklere administrering av legemidlene vil gjøre det mulig å utføre dette i kommunene.	<p>Døgnopphold: 0 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: - 10 %</p>
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Ytterligere omstilling til fra døgnopphold til dagopphold	Døgnopphold: 10 % til dagopphold
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet.	<p>Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: 0 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: 5 %</p>
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % pr år.	Liggedager: - 8 %

6.1.2 Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl. nyresvikt/nefritter og dialyse

I denne pasientforløpsgruppen inngår pasienter med diabetes, nyresvikt og nefritter og fedme. Tabellen under viser de hyppigste hoveddiagnosene for døgnopphold og for polikliniske konsultasjoner. Dialyse registreres i hovedsak som dagopphold.

¹⁶ Helse og omsorgsdepartementet, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03/6/4.html?id=152659>

¹⁷ Helsedirektoratet, Fagrapport: Status utviklingstrekk og utfordringer på kreftområde, Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområde 2013-2017

¹⁸ Tall er hentet fra NORDCAN rapportgenerator: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp>

Tabell 29 De 10 hyppigste hoveddiagnoser innenfor endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkludert nyresvikt/nefritter og dialyse. ICD 10 E00-E90, Z49, N00-N19

"Ti på topp" hoveddiagnoser døgntilrettelagt 2012		
Kode	Hoveddiagnose	Antall
Sum alle diagnoser		16537
N10	Akutt tubulointerstitiell nefritt	1779
E86	Væsketap	1532
N18	Kronisk nyresykdom, stadium 5	1106
N18	Uspesifisert kronisk nyresykdom	1039
N17	Uspesifisert akutt nyresvikt	997
E66	Annen spesifisert fedme	670
E10	Diabetes mellitus type I uten komplikasjoner	615
E11	Diabetes mellitus type II uten kompl	604
N19	Uspesifisert nyresvikt	363
E10	Diabetes mellitus type I med ketoacidose	358

Tabell 30 De 10 hyppigste hoveddiagnoser ved polikliniske konsultasjoner

"Ti på topp" hoveddiagnoser poliklinikk 2012		
Kode	Hoveddiagnose	Antall
Sum alle diagnoser		142843
E10	Diabetes mellitus type I uten komplikasjoner	21430
E11	Diabetes mellitus type II uten kompl	15886
E66	Annen spesifisert fedme	11723
E66	Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	7969
E10	Diabetes mellitus type I med øyekomplikasjoner	5618
E05	Tyreotoksikose med diffust struma	4476
E83	Forstyrrelser i jernmetabolismen	4390
E66	Uspesifisert fedme	4300
N18	Uspesifisert kronisk nyresykdom	3779
N18	Kronisk nyresykdom, stadium 5	3595

Tabellen viser en stor andel konsultasjoner for diabetes 2. En del av disse pasientene bør kunne få sin oppfølging i kommunen etter den første konsultasjon i spesialisthelsetjenesten.

Ca. 125 000 personer i aldersgruppen 0-79 år bruker legemidler mot diabetes (Folkehelseinstituttet) i Norge. En undersøkelse fra Nord-Trøndelag og Romsås bydel i Oslo viste at antall uoppdagede tilfeller av type 2 diabetes var like stort som antallet med kjent diagnose¹⁹

Norge, Sverige og Finland er blant de landene i verden som har høyest forekomst av diabetes type 1. Årsaken til dette er ukjent. Forekomsten har økt i Norge de siste årene. Det anslås ca 600 nye tilfeller pr år. ca 300 nye tilfeller hos barn og unge i alderen 0-18 år.

Forekomsten av diabetes i Oslo er høyere enn i andre fylker. 1,7 % av 40-åringene har diabetes, sammenlignet med andre fylker varierer det fra 0,6 til 1,3 % i samme aldersgruppe. Forskjellen kan forklares med at forekomsten er høyere blant norskfødte menn i østlige bydeler og blant innvandrere fra Asia (Helseprofil Oslo 2000). Helseundersøkelse MoRo på Romsås viste at blant innvandrere fra India, Pakistan og Sri-Lanka hadde 20-35% av menn og kvinner i alderen 40- 60 år diabetes (Folkehelseinstituttet)

¹⁹ Folkehelseinstituttet. Forekomst av diabetes- faktaark oppdatert 22.10.2013

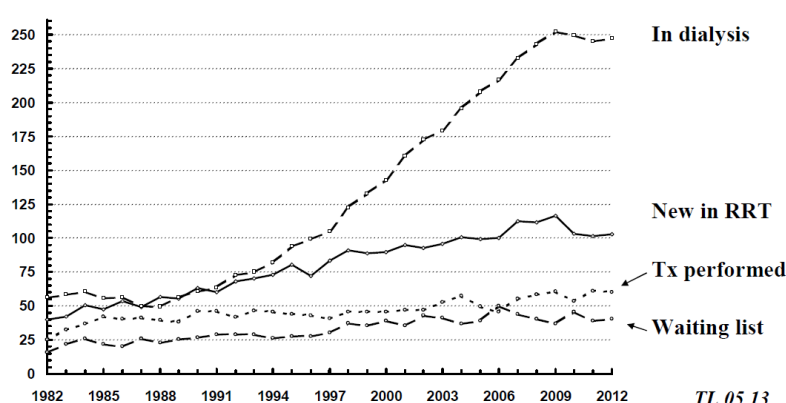
Forekomsten av overvekt i Europa ligger på mellom 20- 30 % for unge. HUNT²⁰-undersøkelsen viser at hver femte jente og hver fjerde gutt kunne klassifiseres som overvektige eller med fedme.

En av fem nordmenn har KMI > 30 og er da definert med fedme. Som en følge av dette vil vektrelaterte sykdommer øke, eksempler på dette er diabetes 2 og høyt blodtrykk. Dette er en dobling av andel i befolkningen med fedme i løpet av de siste 20 årene²¹. Forekomsten øker med alder og er høyest hos 50-60 åringer. Selv om denne "epidemien" vil snu, så vil det være noen helseutfordringer i 2030 for de som er overvektige i dag og de som allerede har utviklet en sykkelig overvekt.

Antall nyretansplantasjoner har vært stabilt de siste årene, ca. 300 i året (Norsk Nefrologiregister 2012). Antall eldre som har behov for behandling for sin nyresvikt vil øke. Dette vil også være en gruppe med økt morbiditet. Transplanterte med sviktende ny nyre vil også ha behov for annen og tredje gangs nyretransplantasjon.

Renal replacement therapy in Norway

Status by end of year - pats. pr mill. inhabitants



Figur 13 Utvikling i antall pasienter som venter på nyretransplanatsjon i Norge, 1982-2012, Annual report 2012. The Norwegian Renal registry

Figur 13 viser at i utgangen av 2012 var det 202 pasienter som ventet på nyregraft. Dette er en økning på 11 % fra 2011. Av de 1 240 pasientene som i 2012 fikk dialysebehandling var det 52 % som ikke var kandidater for transplantasjon²²

Bruk av peritoneal dialyse (PD) er lavere i Norge, enn andre land som for eksempel Australia og New Zealand, hvor ca. 50 % av dialysepasienter har PD. I Nefrologiregister 2009 var det registrert ca. 18,8 % av

²⁰ Folkehelse i endring Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, 2011 HUNT forskningscenter NTNU

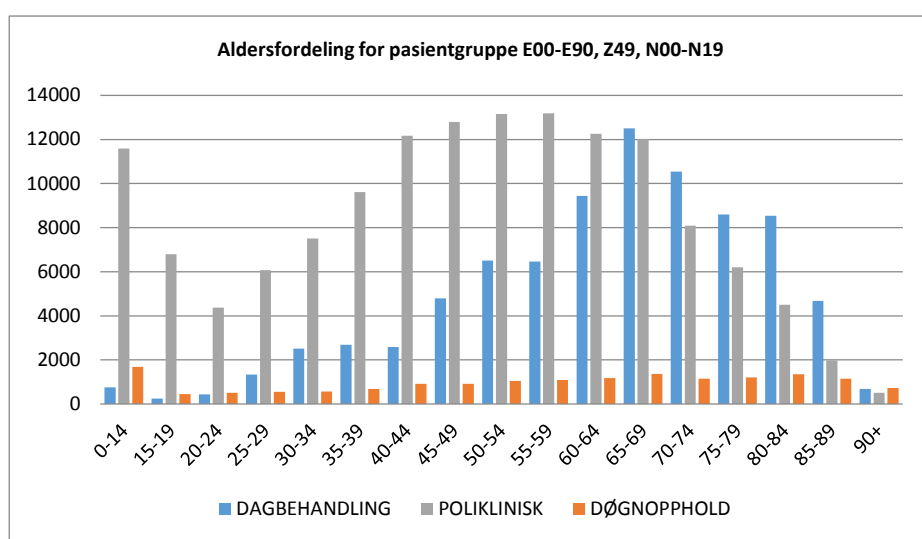
²¹ HDIR. -1S-1735 Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten

²² Annual Report 2012. The Norwegian Renal Registry

dialysepasientene i PD ved utgangen av 2009²³. I rapporten "Antall dialysepasienter i Norge øker. Hvordan møte denne utviklingen best mulig i årene fremover", uttales det at 30 % av alle dialysepasienter bør ha PD.

PD er like effektiv som HD og kan oppleves mer pasientvennlig²⁴. En av ulempene er peritonitt. Det er en avflating av insidensen av dialystrengende nyresvikt (Norsk Nefrologiregister) i Norge. Den samme erfaring ser man også i USA, Nederland²⁵. Dette vil kunne endre mot seg mot 2030 ved at folk lever lenger.

Denne pasientgruppen har en pasientpopulasjon med fordeling i alle aldersgrupper, men med hovedtyngden i de eldre aldersgrupper. Gruppen 0-14 år har et vesentlig omfang av polikliniske konsultasjoner og gjelder barn med astma og luftveisproblemer.



Figur 14 Aldersfordeling endokrine sykdommer, døgntilrettelagt 2012

Dagens virksomhet i HF

Dagens virksomhet samlet for HSØ for denne pasientgruppen er vist i tabellen nedenfor. Døgnoppholdene for denne gruppen utgjør 3,6 % av alle døgnoppholdene i HSØ.

Tabell 31 Total aktivitet pasientgruppe Endokrine sykdommer, nyresvikt mfl HSØ, 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nyrefritter og dialyse	16 537	11 348	68,6 %	18,3 %	69 922	4,23	83 312	142 843

²³ HDIR: Handlingsplan for forebygging og behandling for kronisk nyresykdom (2011-2015)

²⁴ <http://www.medpagetoday.com/Nephrology/ESRD/22451>

²⁵ Avdelingssjef Knut Aasarød, avdeling for nyresykdommer, St Olavs Hospital, Trondheim

Ca. 70 % av døgnoppholdene for denne pasientgruppen er registrert som øyeblikkelig hjelp. Den gjennomsnittlige liggetiden er 4,2 døgn hvorav halvparten av døgnoppholdene har 0-2 liggedøgn.

Nyresvikt/nefritt utgjør ca. 46 % av innleggelsene og endokrine sykdommer 52 %.

Denne diagnosegruppen har en stor andel dagopphold. Dialysebehandling utgjør 94 % av dagoppholdene, se tabell 36.

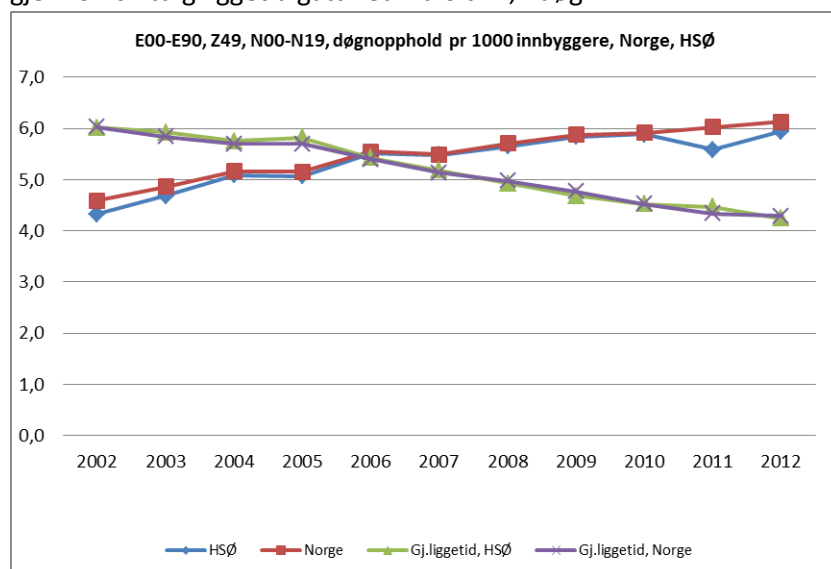
Tabell 32 Total aktivitet for diagnosegruppen Dialyse HSØ 2012

Aktivitetsdata pasientforløp for Dialyse for HSØ, 2012								
Diagnosegruppe	Antall døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Dialyse Z49	140	34	24,3%	15,0%	474	3,39	78402	2012

Tabell 33 Total aktivitet for diagnosegruppen Nyresvikt/nefritt, HSØ 2012

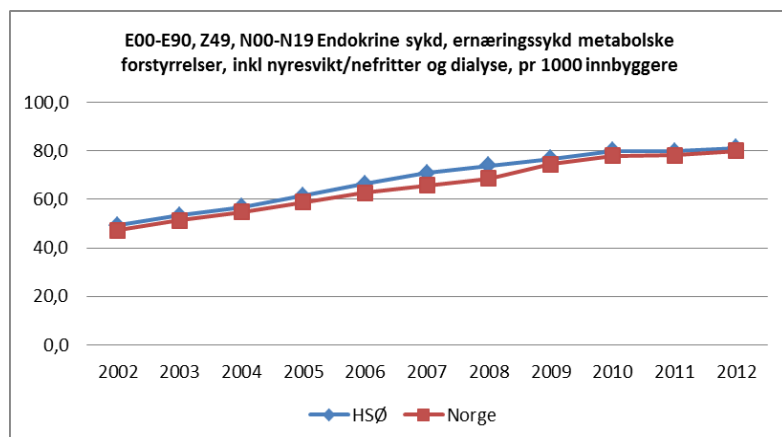
Aktivitetsdata pasientforløp for nyresvikt/nefritt i HSØ, 2012								
Diagnosegruppe	Antall døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Nyresvikt/ Nefritt N00-N19	7686	5668	73,7%	11,2%	38 766	5,04	2461	17935

I perioden 2002 til 2012 har det vært en økning i døgnopphold på 26,7 % pr 1 000 innbyggere samlet for HSØ for denne pasientgruppen. Det er det samme som landet for øvrig. I denne perioden har gjennomsnittlig liggetid gått ned fra 6 til 4,2 døgn.



Figur 15 Utvikling av døgnbehandling for pasientforløp E00-E90, Z49, N00-N19

I perioden fra 2002 til 2012 har dag- og poliklinisk aktivitet økt med ca 65 %.



Figur 16 Utvikling av dagopphold og poliklinikk for pasientforløp E00-E90, Z49, N00-N19

Utvikling i behandlingsmåter og sykdomsforekomst er betydelig endret de siste årene.

Forbruk av spesialisthelsetjenester i SO

For denne pasientgruppen viser tabellen under at det er forskjell i forbruk av helsetjenester for befolkningen bosatt i sykehusområdene HSØ. Pasienter bosatt i Telemark og Vestfold SO har høyest forbruk av døgnopphold og liggedager og også for poliklinikk/dagopphold/private avtalespesialister.

Tabell 34 Forbruksrater endokrine sykdommer, sammenligning av SO

Sykehusområde 2012	Antall døgnopphold pr. 1000 innbyggere	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Antall dag/pol/avt.sp es. pr. 1000 innbyggere
Akershus SO	4,69	20,68	84,04
Innlandet SO	6,28	26,01	98,14
Oslo SO	4,73	20,20	92,00
Sørlandet SO	6,44	26,26	97,19
Telemark/ Vestfold SO	8,50	34,03	109,36
Vestre Viken SO	5,20	22,86	90,46
Østfold SO	5,94	23,12	96,69
Total HSØ	5,85	24,39	94,70

Tabell 35 Total aktivitet for hele diagnosegruppen endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser inkludert nyresvikt/ nefritter og dialyse fordelt på HF

Aktivitetsdata pasientforløp: endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser inkludert nyresvikt/ nefritter og dialyse fordelt på HF							
Helseforetak	Antall døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Sum Alle	16537	68,6 %	18,3 %	69922	4,23	83312	142843
Oslo universitetssykehus HF	2720	48,1 %	37,1 %	13742	5,05	15524	36462
Vestre Viken HF	2188	69,7 %	16,2 %	9328	4,26	13654	17322
Sykehuset Innlandet HF	2159	72,1 %	12,1 %	9102	4,22	12253	17213
Akershus universitetssykehus	1903	75,8 %	9,6 %	8573	4,5	12984	11232
Sykehuset i Vestfold HF	1903	66,9 %	18,0 %	6775	3,56	4609	17711
Sørlandet sykehus HF	1739	69,9 %	13,5 %	6837	3,93	9310	13523
Sykehuset Telemark HF	1628	67,2 %	26,3 %	6984	4,29	5790	12043
Sykehuset Østfold HF	1399	76,2 %	15,0 %	5525	3,95	9177	12454
Lovisenberg	420	96,7 %	0,0 %	1699	4,05	3	2819
Diakonhjemmet	256	96,1 %	2,7 %	1178	4,6	7	1479
Oslo kommunale legevakt	213	100,0 %	0,0 %	154	0,72	0	0
Betanien hospital (Telemark)	6	50,0 %	0,0 %	22	3,67	1	562
Martina Hansens hospital	3	0,0 %	0,0 %	3	1	0	12
Revmatismesykehuset	0			0		0	8
Lillehammer							
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	3

Tabell 35 viser variasjoner mellom HF i gjennomsnittlig liggetid og andel øyeblikkelig hjelp. Telemark har foruten OUS en relativt høy andel døgnopphold med kirurgisk DRG sammenlignet med de øvrige HF. Tallgrunlaget gir ikke informasjon om det er spesielle prosedyrer som utføres her.

Pasientstrømmer

Tabell 36 viser at for døgnoppholdene ved OUS er ca. 54 % fra eget opptaksområde. Sykehusområdene Akershus, Innlandet, Vestre Viken og Østfold har en større tilstrømming til OUS enn andre SO. Årsaken til dette kan være at det er grensekommuner og korte vei til OUS enn eget sykehus.

Tabell 36 Pasientstrøm til OUS fra sykehusområdene, 2012

Oslo universitetssykehus HF, pasientflyt, 2012						
Sykehusområde	Antall døgnopphold 2012	Dagopphold	Polikli konsultasjoner	Andel (%) døgnopphold	Andel (%) dagopphold	Andel (%) polikliniske konsultasjoner
Akershus SO	279	244	8276	10,3 %	1,6 %	22,7 %
Innlandet SO	196	86	1977	7,2 %	0,6 %	5,4 %
Østfold SO	153	44	1654	5,6 %	0,3 %	4,5 %
Oslo SO	1468	14513	19391	54,0 %	93,5 %	53,2 %
Nord-Trøndelag SO	23	8	66	0,8 %	0,1 %	0,2 %
Finnmark SO	10	0	37	0,4 %	0,0 %	0,1 %
Nord-Norge SO	20	7	54	0,7 %	0,0 %	0,1 %
Nordland SO	25	10	45	0,9 %	0,1 %	0,1 %
Helgeland SO	8	6	17	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Sørlandet SO	71	60	337	2,6 %	0,4 %	0,9 %
St. Olav SO	44	12	70	1,6 %	0,1 %	0,2 %
Stavanger SO	48	5	103	1,8 %	0,0 %	0,3 %
Telemark/ Vestfold SO	104	178	920	3,8 %	1,1 %	2,5 %
Bergen SO	28	8	108	1,0 %	0,1 %	0,3 %
Vestre Viken SO	174	170	3114	6,4 %	1,1 %	8,5 %
Førde SO	18	39	56	0,7 %	0,3 %	0,2 %
Møre og Romsdal SO	31	23	162	1,1 %	0,1 %	0,4 %
Fonna SO	0	8	55	0,0 %	0,1 %	0,2 %
Ukjent	17	101	20	0,6 %	0,7 %	0,1 %
Sum	2717	15522	36462	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Endringer knyttet til demografi.

Tabell 37 Fremskrivning av aktivitet for den samlede diagnosegruppen demografisk, uten andre endringsfaktorer

Fremskrevet aktivitetsdata for pasientgruppe: Endokrine sykdommer, nyresvikt				
År	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner
2012	16537	69922	83312	142843
2020	18804	79603	99801	161373
2025	20490	86733	111109	172131
2030	22184	93867	122240	180920
%-vis endring 2012-2030	34,1 %	34,2 %	46,7 %	26,7 %

Dersom man kun legger til effekt av befolkningsutviklingen, øker både antall liggedager og døgnopphold for denne pasientgruppen med 34 % mot 2030 for hele HSØ. Antall dagopphold vil øke med nesten 47 %.

Omstilling/ending

Den demografiske utviklingen med flere eldre og flere med kroniske sykdommer, som f.eks. sykkelig overvekt og diabetes, medfører at det vil bli en økning av antall pasienter med kronisk nyresykdom. Den høye forekomsten av disse tilstandene blant personer med ikke norsk etnisk bakgrunn, spesielt fra det afrikanske og enkelte områder i Asia, representerer en spesiell utfordring.

Forebygging og tidlig intervensjon av høyt blodtrykk og diabetes vil kunne påvirke sykdomsforekomsten og alvorlighetsgraden.

Det er foreløpig ingen behandling av fedme utenom konservativ behandling og kirurgi. Langtidseffekten av fedmeoperasjoner er ikke avklart. Endring av livsstil, kosthold og økt aktivitet vil kunne forebygge fedme hos den kommende generasjon. De som er definert som overvektige i dag, vil være disponert for kroniske sykdommer og ha behov for behandling i årene fremover.

For dette pasientforløpet foreslås det følgende endringer ut over den demografiske utviklingen:

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Nyresykdommer: Omlag 10 % av befolkningen har tegn på kronisk nyresykdom. Insidensen på HD er ca 500 nye pr år, en ser nå at diabetes 2 og hypertensjon som en medvirkende årsak til Nyresvikt har økt de siste 10 årene. ²⁶ Forutsettes at det er flates ut, primær, sekundær forebygging. Effekt av tidlig intervensjon og forebygging av livsstilssykdommer. Det forventes ingen endringer ut over effekten av befolkningsutviklingen.	Døgnopphold: 0 % Liggedager: 0 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: 0 %
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Reduksjon i liggetid og døgnopphold for eldre pasienter med væsketap. Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner ved at pasientene får tilbud i kommunene, evt. i samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune. Diabetes 2 følges opp i kommunen, diabetes sykepleiere. Økning i peritoneal dialyse fremfor hemodialyse. Peritoneal dialyse som hjemmedialyse, må følges opp i kommunen. Etablering av kommunale lavterskel tilbud, styrket primærhelsetjeneste. Øke kommunehelsetjenestens kompetanse til å behandle flere pasienter med kronisk sykdom Regionale helsesenter for sykkelig overvekt Tverrfaglige kompetanseteam i kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, lage felles forløpsprogram Frisklivssenter med forebygging	Døgnopphold: - 0 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: - 15 % Poliklinikk: -15 %
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Ytterligere omstilling til dagopphold	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: +5

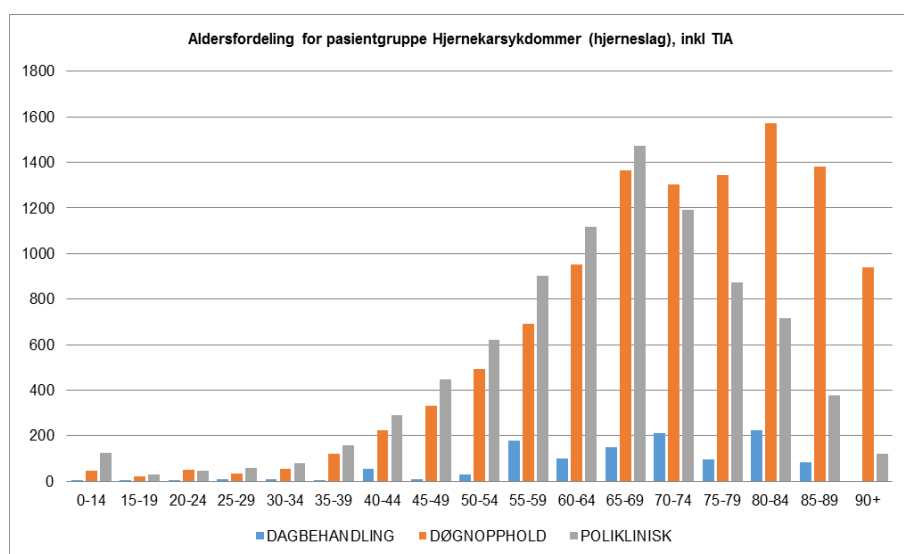
²⁶ HDIR Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)

Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet. 50 % av innleggelsene har 0-2 liggedøgn, en del av disse vil kunne få behandling i en observasjonsenhet.	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: -10 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: - 5 %
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % per år.	Liggedager: - 8 %

6.1.3 Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA

Diagnosegruppen hjernekar sykdommer inkluderer også TIA. Hjerneslag er en av våre største og alvorligste folkesykdommer, den tredje største hyppigste dødsårsak og en dominerende årsak til funksjonshemming. Ca. 1 500 personer rammes hvert år av hjerneslag i Norge²⁷. Det eneste behandlingstilbudet ved akutt hjerneslag som har dokumentert effekt på dødelighet, er behandling i egne slagenheter. Studiene viser også at de som har en bedre overlevelse også har et bedre funksjonsnivå enn de som behandles i ordinære indremedisinske eller nevrologiske avdelinger (HDIR).

Mer enn 90 % av pasientene legges inn som øyeblikkelig hjelp



Figur 17 Alderssammensetningen pasientgruppe Hjernekar sykdommer inkludert TIA.

Denne diagnosegruppen omfatter 2,9 % av alle døgnoppholdene i HSØ i 2012.

Forbruk av spesialisthelsetjeneste i SO

Antall liggedager pr 1 000 innbyggere er høyest for befolkningen bosatt i Sørlandet SO. Dette kan ha sammenheng med bruk av egen rehabiliteringsinstitusjon for denne pasientgruppen.

²⁷ Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1688. HDIR 04/2010

Tabell 38 Forbruksrater, Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA, 2012

Sykehusområde 2012	Antall døgnoophold pr. 1000 innbyggere	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Antall dag/pol/avt.spe s. pr. 1000 innbyggere
Akershus SO	3,07	25,74	2,82
Innlandet SO	4,78	23,87	4,27
Oslo SO	3,21	25,03	6,29
Sørlandet SO	4,11	28,35	3,64
Telemark/ Vestfold SO	4,39	24,03	3,14
Vestre Viken SO	4,10	21,98	3,10
Østfold SO	3,91	18,80	2,49
Total HSØ	3,88	24,06	3,80

Dagens virksomhet i HF

Dagens virksomhet for HSØ for denne diagnosegruppen er vist i tabellen under. Ca. 91 % av døgnoopholdene er registrert som øyeblikkelig hjelp og liggetiden er 6,2 døgn. Pasientgruppen utgjør 18 % av døgnoopholdene.

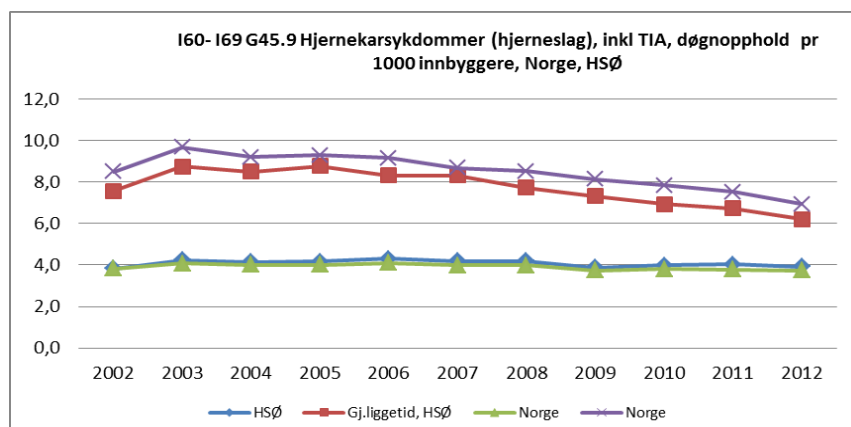
Tabell 39 Total aktivitet pasientgruppe hjernekar sykdommer, inkl TIA HSØ 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnoophold 2012	Øhj døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnitt lig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	10 926	9 919	90,8 %	6,6 %	67 722	6,2	1 160	8 629

Tabell 40 Total aktivitet pasientgruppe TIA HSØ 2012

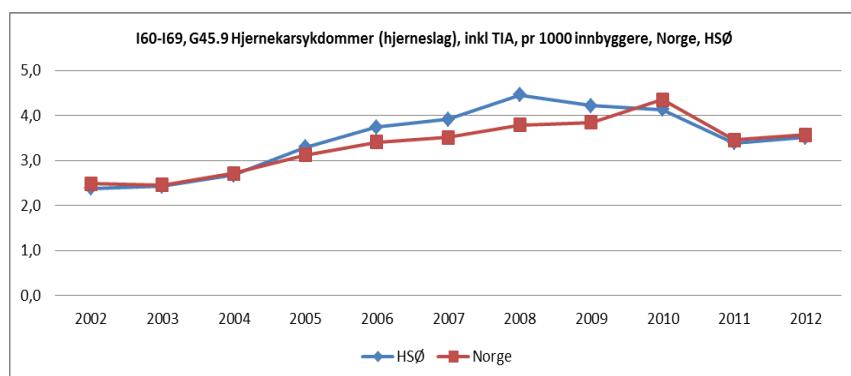
Aktivitet TIA (uspesifisert forbigående cerebralt iskemisk anfall) HSØ 2012							
Diagnosegruppe	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnitt lig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Uspesifisert forbigående cerebralt iskemisk anfall (TIA)	1972	97,5%	0,2%	5 214	2,64	50	1053

Figur 18 viser utviklingen med en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid de siste årene, mens antall døgnoophold pr 1 000 innbyggere har ligget nærmest uforandret. Denne utviklingen er den samme i HSØ som for resten av landet.



Figur 18 Utvikling av døgnopphold for diagnosegruppe I60-I69, G45.9

Polikliniske konsultasjoner og dagopphold har økt siden 2002. Figuren for dag- og poliklinisk behandling viser noe nedgang i aktivitet siden 2008 for denne pasientgruppen.



Figur 19 Utvikling av dag og poliklinikk for pasientgruppe I60-I69, G45.9

Aktivitet fordelt på HF

Tabellen under viser total aktivitet for denne pasientgruppen fordelt på HF. Ahus og OUS skiller seg ut med den høyeste liggetiden på 8,9 og 8 døgn, mens Vestfold, Innlandet og Østfold har under 5 døgn.

Tabell 41 Total aktivitet for pasientgruppen hjernekarsykdommer inkl TIA 2012 fordelt på HF

Aktivitetsdata pasientforløp Hjernekarsykdommer (hjerneslag) inkl TIA 2012, fordelt på HF							
Helseforetak	Antall døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnitt lig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Sum	10926	90,80 %	6,60 %	67722	6,2	1160	8629
Sykehuset Innlandet HF	1774	95,50 %	3,90 %	8497	4,79	11	1341
Oslo universitetssykehus HF	1715	70,80 %	28,30 %	13682	7,98	1006	2777
Vestre Viken HF	1710	97,10 %	2,60 %	9229	5,4	44	771
Akershus universitetssykehus HF	1335	98,60 %	1,50 %	11904	8,92	3	746
Sørlandet sykehus HF	1112	90,80 %	0,80 %	7559	6,8	41	833
Sykehuset Østfold HF	994	93,50 %	4,40 %	4683	4,71	45	346
Sykehuset i Vestfold HF	943	84,20 %	4,80 %	4420	4,69	8	578
Sykehuset Telemark HF	659	94,40 %	0,30 %	4237	6,43	0	424
Diakonhjemmet	373	99,50 %	0,30 %	2103	5,64	1	360
Lovisenberg	297	99,30 %	0,00 %	1402	4,72	1	314
Oslo kommunale legevakt	14	100,00 %	0,00 %	6	0,43	0	0
Betanien hospital (Telemark)	0			0		0	2
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	137

Pasientgruppen med transient ischemic attack (TIA) har korte oppholdstider, med gjennomsnitt på 2,64 døgn.

Tabell 42 Total Aktivitet for diagnosegruppen TIA HSØ 2012

Aktivitet TIA (uspesifisert forbigående cerebralt iskemisk anfall) HSØ 2012							
Helseforetak	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnitt lig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Sum alle	1972	97,5%	0,2%	5 214	2,64	50	1053
Akershus universitetssykehus H	203	99,0%	0,0%	704	3,47	0	65
Diakonhjemmet	92	100,0%	0,0%	175	1,90	0	32
Lovisenberg	67	100,0%	0,0%	170	2,54	0	14
Oslo kommunale legevakt	5	100,0%	0,0%	4	0,80	0	0
Oslo universitetssykehus HF	134	97,0%	0,7%	546	4,07	43	417
Sykehuset i Vestfold HF	131	98,5%	0,0%	212	1,62	0	21
Sykehuset Innlandet HF	382	97,1%	0,0%	924	2,42	3	225
Sykehuset Telemark HF	160	95,6%	0,0%	411	2,57	0	29
Sykehuset Østfold HF	206	92,2%	1,0%	678	3,29	1	34
Sørlandet sykehus HF	253	98,8%	0,0%	487	1,92	1	134
Vestre Viken HF	339	98,5%	0,0%	903	2,66	2	82

Pasientstrømmer

De fleste pasientene i denne gruppen har forløp innenfor "eget HF". Tabellen viser at de pasienter som kommer til OUS HF, kommer fra de nærliggende sykehusområdene.

Tabell 43 Pasientstrøm til OUS HF fra sykehusområdene, 2012

Oslo universitetssykehus HF, pasientflyt (I60-I69, G459), 2012						
Sykehusområde2012	Antall døgnoophold	Dagopphold	Polikl konsultasjoner	Andel (%) døgnoophold	Andel (%) dagopphold	Andel (%) polikliniske konsultasjoner
Fonna SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nord-Norge SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nord-Trøndelag SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Bergen SO	6	0	0	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Finnmark SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Møre og Romsdal SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Helgeland SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nordland SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Oslo SO	919	992	1378	53,6 %	98,6 %	49,6 %
St. Olav SO	7	0	0	0,4 %	0,0 %	0,0 %
Førde SO	0	0	0	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Stavanger SO	8	0	8	0,5 %	0,0 %	0,3 %
Sørlandet SO	89	0	116	5,2 %	0,0 %	4,2 %
Østfold SO	95	0	164	5,5 %	0,0 %	5,9 %
Telemark/ Vestfold SO	133	0	139	7,8 %	0,0 %	5,0 %
Innlandet SO	116	0	229	6,8 %	0,0 %	8,2 %
Vestre Viken SO	170	0	322	9,9 %	0,0 %	11,6 %
Akershus SO	144	7	397	8,4 %	0,7 %	14,3 %
Ukjent	11	0	0	0,6 %	0,0 %	0,0 %
Sum	1715	1006	2777	100,0 %	100,0 %	100,0 %
(-, <5)						

Endringer knyttet til demografi

Dersom en legger til effekten av befolkningsutvikling uten endringsfaktorer, øker antall liggedager for denne gruppen med 47,9 % frem mot 2030 for hele HSØ.

Tabell 44 Fremskrevet aktivitet for diagnosegruppen hjernekar sykdommer inkl. TIA demografisk (befolkningsutvikling) uten andre endringsfaktorer

Fremskrevet aktivitetsdata for pasientgruppe: Hjernekar sykdommer				
År	Antall døgnoophold	Liggedager	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner
2012	10926	67722	1160	8629
2020	12697	79132	1346	10226
2025	14269	88952	1503	11232
2030	16056	100142	1680	12218
%-vis endring 2012-2030	47,0 %	47,9 %	44,8 %	41,6 %

Omstilling/ending

Organisering av prehospitaltjenester er en forutsetning for at pasienten skal komme raskt til sykehus, transporten er med ambulanse, helikopter ambulansefly der det er mulig. Varsling skjer via 113.

Pasienter med akutt hjerneslag skal ha akuttbehandling og tidlig rehabilitering. Dersom det er medisinsk forsvarlig bør pasientene rehabiliteres i hjemmet.

Høyere oppmerksomhet rundt slag kan gi mer effektive forløp. Det er opplysningskampanjer som skal rette publikums oppmerksomhet mot hjerneslagsymptomer, slik at man kan komme raskt til med diagnostikk og behandling.

HDIR har utarbeidet korrigerede pasientforløp for Akutt hjerneslag og for TIA og det anbefales at sykehus uten slagenhet ikke bør behandle pasienter med akutthjerneslag.

Tidlig intervensjon

- Det vil utvikles ulike former for intervensjonsbehandling
- Telemedisin for overføring av informasjon fra prehospitaltjenester²⁸ og lokalsykehus til spesialister er under utprøving. Utvikling av diagnostikk for hjerneslag vil i fremtiden med stor sannsynlighet styrkes prehospitalt ved for eksempel CT i ambulanse (utprøves nå i Stavanger) og biomarkører som kan utelukke blødning. Dette kan gi muligheter for å gi trombolyse prehospitalt, noe som igjen kan gi effekter med reduksjon i sekveler og med det forbruk av spesialisthelsetjenester.

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Pasienter som får hjerneslag kommer tidligere til behandling og lever lenger og med færre sekveler. Økt levetid, og risiko for nye tilfeller med hjerneslag kan gi økt antall kontakter med spesialisthelsetjenesten.	Døgnoophold: + 5 % Liggedager: + 5 % Dagopphold: + 5 % Poliklinikk: + 5 %
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Reduksjon i liggetid og døgnoophold forutsetter at kommunen har bygd opp rehabiliteringskompetanse. Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner ved at pasientene får tilbud i kommunene, evt. i samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune.	Døgnoophold: 0 Liggedager: - 15 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: 0

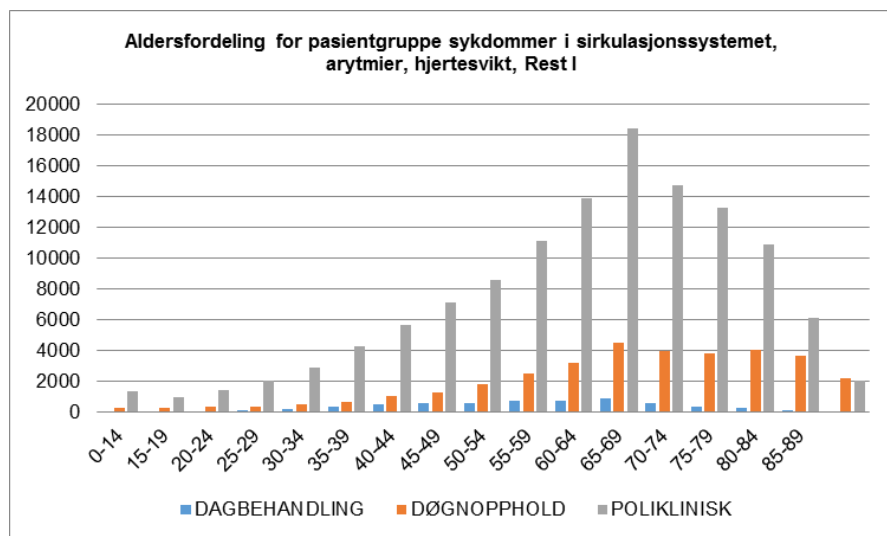
²⁸ Lossius M., Lund CG: Prehospital hjerneslagbehandling - Tid er hjerne. Tidsskrift for den Norske legeforsening, nr.16, 4.sept 2012

Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Strømlinjete pasientforløp med akutt hjerneslag og TIA, vil ikke kunne overføres til dagbehandling. Det kan være noen som innlegges for TIA som vil kunne få et dagtilbud, men det er ubetydelig.	Døgnopphold: 0 Liggedager: 0 Dagopphold: 0
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet.	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: - 5 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: 0
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % per år.	Liggedager: - 8 %

6.1.4 Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet

Diagnosegruppen "Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet" er alle pasienter innenfor ICD10 gruppe I med unntak av pasienter med iskemiske hjertesykdommer og hjernekar sykdommer (hjerneslag). Det er en stor andel pasienter med medisinske problemstillinger slik som arytmier og hjertesvikt, men det er også pasienter med dagopphold og polikliniske konsultasjoner for kirurgiske inngrep for hemoroider og åreknuter.

Dette er en gruppe pasienter der 80 % av aktiviteten er for pasienter over 50 år. Dvs. det er en gruppe der aktiviteten påvirkes mye av den forventede økningen i antall eldre.



Figur 20 Alderssammensetning pasientgruppe Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet

Diagnosegruppen iskemiske hjertesykdommer omfatter 7,5 % av alle døgnopphold i HSØ.

Forbruk av spesialisthelsetjenester i SO

For diagnosegruppen rest sykdommer i sirkulasjonssystemet viser tabellen under at det er forskjell i forbruket av helsetjenester for befolkningen bosatt i sykehusområdene i HSØ. Pasienter bosatt i Telemark og Vestfold og Sørlandet SO har et langt høyere forbruk samlet av polikliniske konsultasjoner, dagopphold

enn de øvrige sykehusområdene når også private avtalespesialister regnes med. For liggedager er det befolkningen bosatt i sykehusområdene Telemark og Vestfold og Vestre Viken som har høyest forbruk.

Tabell 45 Forbruksrater rest sykdommer i sirkulasjonssystemet

Sykehusområde 2012	Antall døgnopphold pr. 1000 innbyggere	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Antall dag/pol/avt.spes. pr. 1000 innbyggere
Akershus SO	11,18	43,80	52,42
Innlandet SO	13,78	49,68	46,29
Oslo SO	10,49	41,02	55,09
Sørlandet SO	11,20	39,25	62,82
Telemark/ Vestfold SO	14,35	50,97	81,65
Vestre Viken SO	14,32	57,72	54,85
Østfold SO	13,11	49,65	54,96
Total HSØ	12,58	47,53	57,87

Årsakene kan være tilgjengelig kapasitet i de HF som knyttes til SO'ene, samt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, både offentlig og privat.

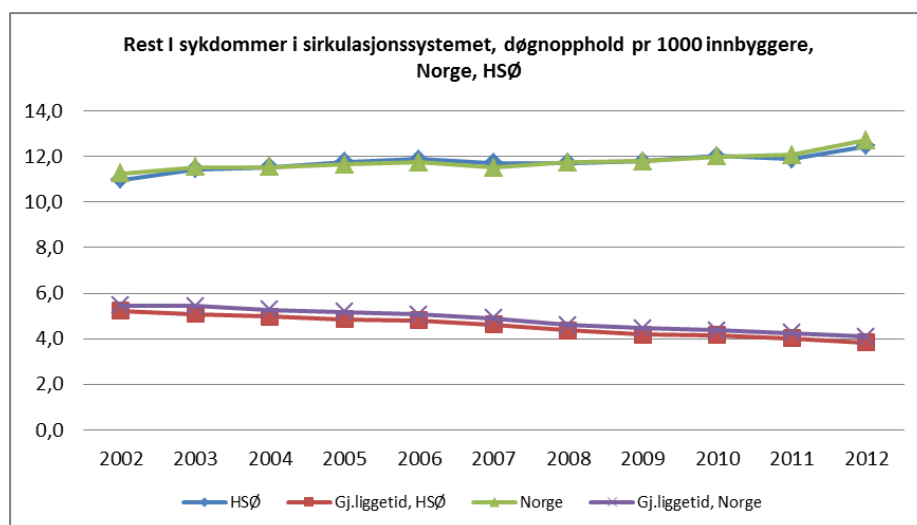
Dagens virksomhet i HF

Dagens virksomhet samlet for HSØ for denne diagnosegruppen er vist i tabellen under. Den viser at gruppen har 72 % av døgnoppholdene registrert som øyeblikkelig hjelp og gjennomsnittlig liggetid er på 3,8 døgn.

Tabell 46 Total aktivitet pasientgruppe Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet HSØ, 2012

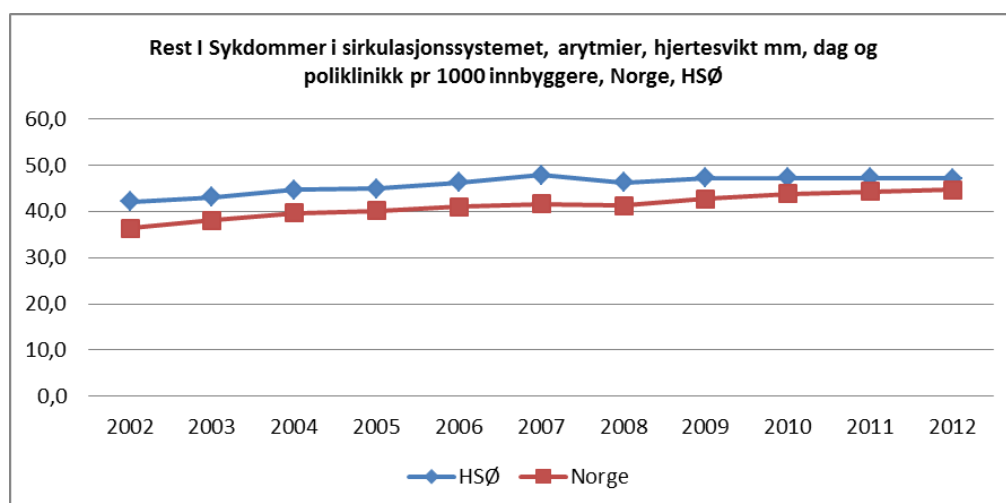
Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	34 616	25 042	72,30 %	24,00 %	132 794	3,84	6 325	124 996

For denne diagnosegruppen har det ikke vært store endringer i antall opphold og polikliniske konsultasjoner i de siste årene. Her har også antall liggedager vært relativt stabilt.



Figur 21 Utvikling av døgntilrettelagt behandling for pasientgruppe Rest ICD10 gruppe I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt

Gjennomsnittlig liggetid er redusert til under 4 døgn i gjennomsnitt for denne pasientgruppen. Figur 20 viser at antall polikliniske konsultasjoner har økt noe.



Figur 22 Utvikling av dag og poliklinikk for pasientgruppe Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt

Aktivitet fordelt på HF

Tabellen under viser total aktivitet for denne pasientgruppen fordelt på HF.

Tabell 47 Total aktivitet pasientgruppe Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet 2012, fordelt på HF

Aktivitetsdata pasientforløp sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm i HSØ, fordelt på HF, 2012							
Helseforetak	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Sum	34616	72,30 %	24,00 %	132794	3,84	6325	124996
Oslo universitetssykehus HF	7705	45,20 %	47,00 %	30165	3,91	1341	21255
Vestre Viken HF	5520	77,60 %	21,40 %	23352	4,23	1004	18306
Sykehuset Innlandet HF	4578	76,20 %	20,80 %	16548	3,61	719	14012
Akershus universitetssykehus HF	4115	82,60 %	12,40 %	17732	4,31	153	12304
Sykehuset Østfold HF	3000	85,80 %	15,00 %	11835	3,94	591	10432
Sørlandet sykehus HF	2922	73,60 %	23,70 %	10005	3,42	1315	14140
Sykehuset i Vestfold HF	2475	69,90 %	26,30 %	9419	3,81	568	14494
Sykehuset Telemark HF	2192	87,30 %	9,80 %	7659	3,49	179	9487
Diakonhjemmet	946	96,90 %	2,20 %	2727	2,88	94	5390
Lovisenberg	840	95,50 %	0,20 %	3151	3,75	350	4952
Oslo kommunale legevakt	299	100,00 %	0,00 %	114	0,38	0	0
Betanien hospital (Telemark)	11	18,20 %	0,00 %	37	3,36	0	28
Martina Hansens hospital	7	14,30 %	0,00 %	11	1,57	1	15
Revmatismesykehuset	6	0,00 %	0,00 %	39	6,5	0	33
Sunnaas sykehus HF	0			0		10	148

Private kommersielle sykehus utgjorde i tillegg 888 døgnoophold i tillegg i 2012, samt 233 dagopphold for pasienter bosatt i sykehusområder tilknyttet HSØ. For denne pasientgruppen (både kir og med DRG) utgjorde konsultasjoner hos private avtalespesialister i underkant av 28 000 konsultasjoner i 2012, dvs. i underkant av 2 % av det samlede antall konsultasjoner.

Gjennomsnitt liggetid for pasienter med døgnoophold er 3,84 for denne gruppen for HSØ. Ahus og Vestre Viken HF har lengst liggetid når man ser bort i fra HF med lav aktivitet. OUS hadde 3,91 i gjennomsnittlig liggetid, men median liggetid på 2 døgn. OUS har et stort antall pasienter med kort liggetid, og noen pasienter som sannsynligvis har komplekse sykdomsbilder og behandling som gir lang liggetid. Tabellen viser at OUS skiller seg ut ved at de har en lavere andel øyeblikkelig hjelp og høyere andel pasienter med kirurgisk DRG. De har også lavest andel dag/poliklinikk i forhold til antall døgnoophold. Her har Sykehuset i Vestfold og Lovisenberg de høyeste andelenene.

Ser man bort i fra enhetene som har svært lav aktivitet innenfor denne gruppen, er det relativt stor forskjell mellom de andre i andel dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Ahus, Innlandet og OUS har den høyeste andel døgnoophold sammenstilt med andel dag/poliklinikk.

Denne gruppen har mer enn 70 % øyeblikkelig hjelp innleggelser. Dersom man tar ut gruppen øyeblikkelig hjelp pasienter med 0-2 liggedager, utgjør de 13 412 døgnoophold og i overkant av 13 500 liggedager. En andel av disse pasientene kan være aktuelle for opphold i en observasjonsenhet.

Tabell 48 Antall døgnopphold med 0-2 liggedager for pasientgruppe: Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet, øyeblikkelig hjelp, HSØ, 2012

Aktivitet HSØ: Sykdommer i sirkulasjonssystemet, antall døgnopphold ø.hj.0-2 liggedager, 2012	
Helseforetak	Antall døgnopphold
Sum	13412
Vestre Viken HF	2180
Sykehuset Innlandet HF	1768
Oslo universitetssykehus HF	1682
Akershus universitetssykehus HF	1674
Sørlandet sykehus HF	1356
Sykehuset Østfold HF	1298
Sykehuset Telemark HF	1119
Sykehuset i Vestfold HF	1044
Diakonhjemmet	589
Lovisenberg	402
Oslo kommunale legevakt	299
Betanien hospital (Telemark)	1

Hva er de hyppigste diagnosene og prosedyrene

Denne gruppen er en relativt heterogen gruppe som både har karkirurgisk aktivitet, hjertekirurgi og behandling av arytmier og hjertesvikt i gruppen.

Tabell 49 De 10 hyppigste hoveddiagnoser innenfor Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet, alle typer opphold, HSØ 2012

10 hyppigste hoveddiagnoser innenfor Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet, alle typer opphold, HSØ 2012		
ICD kode	Hoveddiagnose	Antall
I48	Atrieflimmer og atrieflutter	30293
I70	Aterosklerose i arterie i ekstremitet	14158
I10	Essensiell (primær) hypertensjon	13984
I50	Uspesifisert hjertesvikt	13441
I83	Åreknuter i underekstremiteter uten ulcus eller betennelse	10335
I35	Ikke-reumatisk aortastenose	6131
I84	Uspesifiserte hemoroider uten komplikasjoner	5523
I49	Uspesifisert hjertearytmi	5137
I71	Abdominalt aorta-aneurisme uten opplysning om ruptur	3931
I47	Supraventrikulær takykardi	2971
I35	Ikke-reumatisk mitralinsuffisiens	2953
I26	Lungeemboli uten opplysning om akutt cor pulmonale	2919
I80	Flebitt og tromboflebitt i andre dype kar i u.eks.	2904
I50	Venstresidig ventrikkelsvikt	2645
I50	Kongestiv hjertesvikt	2436
I34	Ikke-reumatisk mitralinsuffisiens	2329
I84	Indre hemoroider uten komplikasjoner	2113
I47	Ventrikulær takykardi	2084
I49	Syk-sinus-syndrom (SSS)	1954
I44	Atrioventrikulært blokk, totalt	1873

Pasientstrømmer

De fleste pasienter i denne gruppen har forløpet innenfor "eget" HF. Behandling som er sentralisert er i hovedsak avansert hjerte-/karkirurgi til OUS. Tabellen under viser at OUS får ca. 40 % av disse pasientene

fra eget sykehusområde. Det er en overvekt av pasienter fra de nærmeste sykehusområdene, Vestre Viken SO og Ahus SO.

Tabell 50 Pasientstrøm til OUS HF fra sykehusområdene, Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet, 2012

Oslo universitetssykehus HF, pasientflyt, 2012						
Sykehusområde	Antall døgnoophold	Dagopphold	Polikli konsultasjoner	Andel (%) døgnoophold	Andel (%) dagopphold	Andel (%) polikliniske konsultasjoner
Sum	7705	1341	21255	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Oslo SO	3149	403	11671	40,9 %	30,1 %	54,9 %
Vestre Viken SO	990	254	2304	12,8 %	18,9 %	10,8 %
Akershus SO	966	212	3473	12,5 %	15,8 %	16,3 %
Telemark/ Vestfold SO	698	158	1004	9,1 %	11,8 %	4,7 %
Innlandet SO	622	90	1139	8,1 %	6,7 %	5,4 %
Østfold SO	528	86	858	6,9 %	6,4 %	4,0 %
Sørlandet SO	376	65	353	4,9 %	4,8 %	1,7 %
Stavanger SO	54	8	52	0,7 %	0,6 %	0,2 %
Nordland SO	46	0	47	0,6 %	0,0 %	0,2 %
Bergen SO	39	14	42	0,5 %	1,0 %	0,2 %
Møre og Romsdal SO	36	6	77	0,5 %	0,4 %	0,4 %
St. Olav SO	36	6	36	0,5 %	0,4 %	0,2 %
Nord-Norge SO	25	11	34	0,3 %	0,8 %	0,2 %
Førde SO	24	2	34	0,3 %	0,1 %	0,2 %
Helgeland SO	20	13	19	0,3 %	1,0 %	0,1 %
Fonna SO	20	7	29	0,3 %	0,5 %	0,1 %
Finnmark SO	19	0	24	0,2 %	0,0 %	0,1 %
Nord-Trøndelag SO	12	0	16	0,2 %	0,0 %	0,1 %
Ukjent	45	0	43	0,6 %	0,0 %	0,2 %

Dersom man ser på behandling av pasienter innenfor diagnosegruppen I4 – Arytmier (hyppigste diagnose for døgnbehandling, som utgjør 39 % av alle døgnbehandlinger i pasientforløpet Rest I) er det ulikt forbruk for befolkningen bosatt i sykehusområdene i HSØ. Vestre Viken ligger høyest i antall døgnoophold og liggedager, og også over gjennomsnittet for polikliniske konsultasjoner.

Tabell 51 Forbruket for pasientgruppe I4 (arytmier)

Forbruk for diagnosegruppe I4 (arytmier), HSØ 2012, fordeling på SO									
Sykehusområde	Befolkning	Antall døgnoophold	Antall døgnoophold pr 1000	Liggedager	Liggedager pr 1000 innbyggere	Dagopphold	Dagopphold pr 1000 innbyggere	Polikli konsultasjoner	Polikli konsultasjoner pr 1000 innbyggere
Akershus SO	471661	2064	4,38	5 145	10,9	181	0,38	4177	8,9
Innlandet SO	392917	1951	4,97	4 107	10,5	95	0,24	4232	10,8
Oslo SO	508168	2144	4,22	5 671	11,2	232	0,46	6088	12,0
Sørlandet SO	285819	1170	4,09	2 125	7,4	307	1,07	4356	15,2
Telemark/ Vestfold SO	391186	1824	4,66	3 648	9,3	243	0,62	10665	27,3
Østfold SO	457844	1491	3,26	3 627	7,9	233	0,51	2725	6,0
Vestre Viken SO	277664	2742	9,88	7 328	26,4	428	1,54	5555	20,0
Totalt HSØ	2785259	13386	4,81	31 651	11,4	1719	0,62	37798	13,6

Endringer knyttet til demografi

Dersom man fremskriver dagens aktivitet for denne diagnosegruppen demografisk (befolkningsutvikling) uten andre endringsfaktorer vil effekten være som vist i tabell 52.

Tabell 52 Fremskrevet aktivitet demografisk for gruppen Rest Sykdommer i sirkulasjonssystemet

Fremskrevet aktivitetsdata for pasientgruppe: Rest sykdommer i sirkulasjonssystemet				
År	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner
2012	34616	132794	6325	124996
2020	40343	155021	7220	147077
2025	44888	172623	7752	162188
2030	49944	192164	8237	176136
%-vis endring 2012-2030	69 %	69 %	77 %	71 %

Dersom man kun legger til effekt av befolkningsutvikling, øker antall liggedager for denne gruppen med 69 % fram mot 2030 for hele HSØ.

Omstilling/ending

Atrieflimmer kan gi risiko for hjerneslag og hjertesvikt. Det finnes støtte for at langvarig, intens utholdenhetstrening (ikke normal trening) kan gi økt risiko for hjerteflimmer med opptil fem ganger.

Tidlig diagnostikk og intervensjon vil kunne føre til at behandling iverksettes tidlig, og større komplikasjoner unngås.

For dette pasientforløpet foreslås det følgende endring ut over den demografiske fremskrivingen:

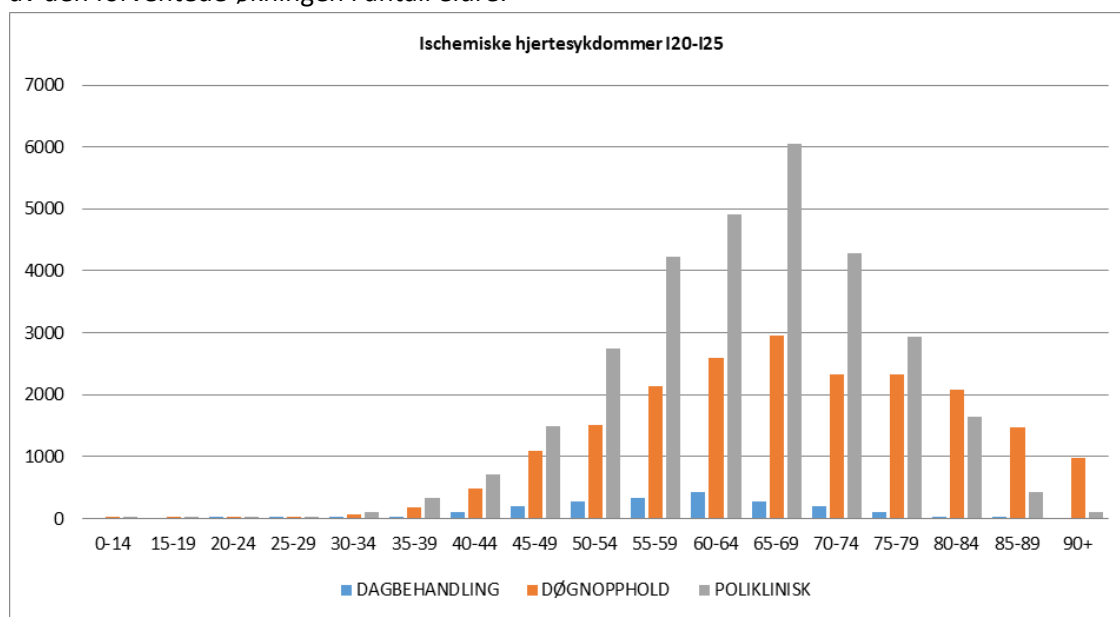
Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Det forventes noe økning på grunn av raskere intervensjon med pacemakerinnleggelser, økt levealder og behov for oppfølging ved kronisk sykdom.	Døgnopphold: + 5 % Liggedager: + 5 % Dagopphold: + 5 % Poliklinikk: + 5 %
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Reduksjon i liggetid og døgnopphold for pasienter med kjent sykdom og som har gjentatte innleggelser. Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner ved at pasientene får tilbud i kommunene, evt. i samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: - 10 %
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Ytterligere omstilling til dag/poliklinikk. Ahus og Innlandet har lavest andel dag/poliklinikk sammenlignet med de øvrige. OUS har også en lav andel, men har en noe annen pasientsammensetning.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	En andel av pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet.	Liggedager til observasjonsenhet: 20 % Liggedager til pasienthotell: 0
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % per år.	Liggedager: - 8 %

6.1.5 Ischemiske hjertesykdommer

Diagnosegruppen ischemiske hjertesykdommer omfatter 4-5 % av alle døgnopphold i HSØ. Denne gruppen har opp imot 90 % døgnopphold registrert som øyeblikkelig hjelp og gjennomsnittlig liggetid under 2,7 døgn.

Nye behandlingsmåter og diagnostikk og behandling prehospitalt har endret forløpet for denne gruppen de siste årene.

Dette er en gruppe pasienter der de fleste er over 50 år. Dvs. det er en gruppe der aktiviteten påvirkes mye av den forventede økningen i antall eldre.



Figur 23 Alderssammensetning pasientgruppe ischemiske hjertesykdommer

I denne gruppen er de fleste pasientene registrert med hoveddiagnose aterosklerotisk hjertesykdom. Tabellen under viser en fordeling av de 10 hyppigste hoveddiagnosene innenfor denne gruppen.

Tabell 53 De 10 hyppigste hoveddiagnoser innenfor ischemiske hjertesykdommer, alle typer opphold, HSØ 2012

"10 på topp" ICD hoveddiagnoser, alle typer opphold, HSØ 2012		
Kode	Hoveddiagnose	Antall
Sum		52189
I25	Aterosklerotisk hjertesykdom	21682
I20	Uspesifisert angina pectoris	5621
I21	Akutt subendokardialt infarkt	5491
I25	Gammelt hjerteinfarkt	4859
I21	Uspesifisert akutt hjerteinfarkt	3250
I25	Uspesifisert kronisk iskemisk hjertesykdom	2681
I21	Akutt transmuralt hjerteinfarkt i nedre vegg	2309
I20	Ustabil angina	2201
I21	Akutt transmuralt hjerteinfarkt i fremre vegg	1947
I22	Påfølgende hjerteinfarkt med uspesifisert lokalisasjon	518

Innenfor denne diagnosegruppen har vi pasienter som har fått utført PCI. Dersom man tar utgangspunkt i DRG for PCI, viser den at det er opp imot 4 600 pasienter i HSØ som fikk utført en slik behandling.

Tabell 54 Antall pasientopphold døgn og dag for pasienter som har fått utført PCI i Norge i 2012

Aktivitet: PCI med AMI (112 C,D,E,F), år 2012					
Helseforetak	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold
Sum	10320	62,9%	23 996	2,33	362
Oslo universitetssykehus HF	3065	82,5%	4 978	1,62	358
Private sykehus (Feiring)	1758	0,0%	2 344	1,33	0
St. Olavs Hospital HF	1255	91,2%	4 144	3,30	0
Helse Bergen HF	1199	73,5%	3 909	3,26	1
Sørlandet sykehus HF	1187	60,3%	2 531	2,13	3
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1010	62,1%	3 191	3,16	0
Helse Stavanger HF	845	70,5%	2 897	3,43	0
Sykehuset Telemark HF	1	100,0%	2	2,00	0

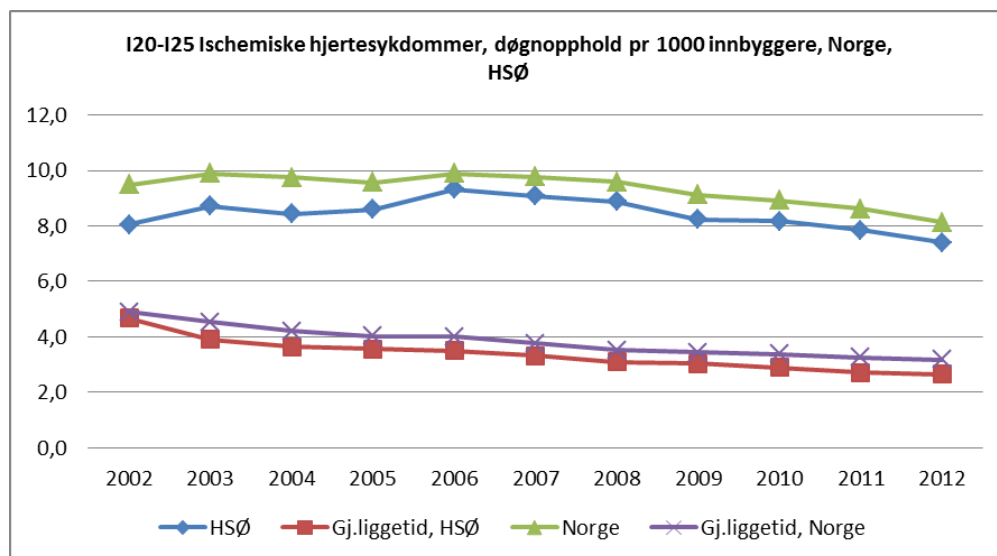
Av totalt 10-11 000 pasienter med PCI var 4 252 utført i HSØ. Disse fordeler seg mellom Oslo universitetssykehus og Sørlandet sykehus. 72 % av disse var registrert som øyeblikkelig hjelp. De aller fleste pasientene var registrert med døgnoophold (kun 362 som dagopphold). Den gjennomsnittlige liggetiden var 2,3 døgn.

Dagens virksomhet

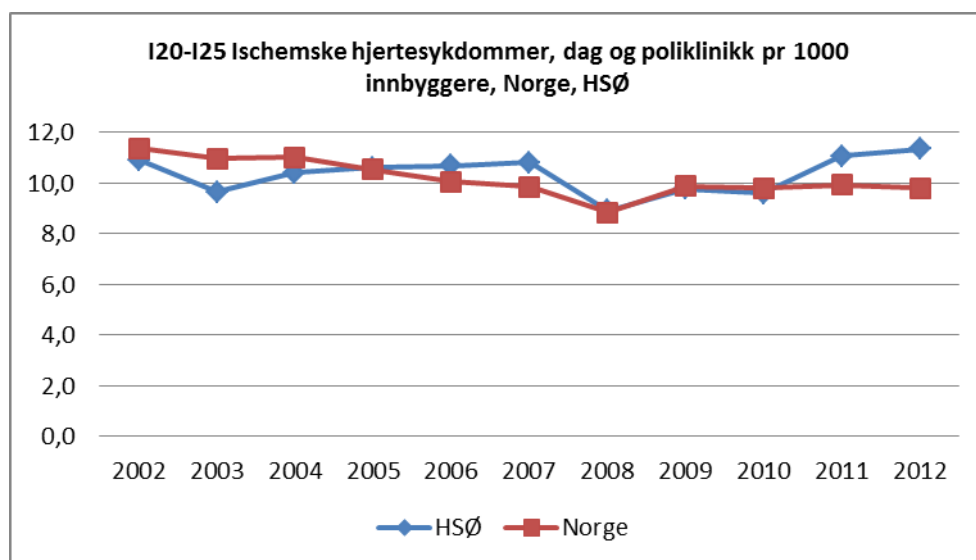
Tabell 55 Total aktivitet pasientgruppe iskemiske hjertesykdommer HSØ, 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnoophold 2012	Øhj døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Iskemiske hjertesykdommer	20 212	17 922	88,70 %	26,10 %	54 166	2,68	1 972	30 005

I perioden 2002 til 2012 har det vært en reduksjon i antall liggedager på 39 % samlet for HSØ for denne pasientgruppen. Samtidig har antall døgnoophold gått ned med ca. 8,1 % fra 2002-2012. Aktivitet for dag og poliklinisk behandling har gått noe opp i de 2 siste år.



Figur 24 Utvikling av døgnopphold for pasientgruppe I20-I25



Figur 25 Utvikling av dag og poliklinikk for pasientgruppe I20-I25

Aktivitet fordelt på HF

Tabell 56 Total aktivitet pasientgruppe iskemiske hjertesykdommer 2012, fordelt på HF

Aktivitetsdata for pasientgruppe I20-I25, HSØ, 2012							
Helseforetak	Antall døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Sum	20212	88,70 %	26,10 %	54166	2,68	1972	30005
Oslo universitetssykehus HF	5784	77,60 %	68,90 %	13533	2,34	1477	3765
Vestre Viken HF	2721	96,50 %	0,90 %	8891	3,27	14	2517
Sykehuset Innlandet HF	2591	96,30 %	0,40 %	6784	2,62	8	2592
Akershus universitetssykehus HF	2210	98,70 %	0,50 %	7394	3,35	69	2031
Sørlandet sykehus HF	2085	72,30 %	58,70 %	4544	2,18	390	4401
Sykehuset Østfold HF	1671	97,80 %	0,20 %	5103	3,05	5	4472
Sykehuset Telemark HF	1307	99,00 %	0,70 %	3525	2,7	0	2800
Sykehuset i Vestfold HF	788	83,20 %	0,40 %	1705	2,16	3	5644
Lovisenberg	530	97,70 %	0,00 %	1730	3,26	1	821
Diakonhjemmet	436	99,50 %	0,20 %	919	2,11	5	961
Oslo kommunale legevakt	89	100,00 %	0,00 %	38	0,43	0	0
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	1

Sørlandet og OUS HF skiller seg ut med lavest andel øyeblikkelig hjelp og høyest andel kirurgisk DRG. Begge sykehus utfører PCI, noe som innvirker på aktivitetstallene. Det er stor forskjell i antall polikliniske konsultasjoner mellom HF'ene, der OUS og Vestre Viken har den laveste andel satt opp imot antall døgnopphold.

Tabell 57 Forbruk Iskemiske hjertesykdommer, 2012, fordelt på SO

Sykehusområde 2012	Forbruk pr.1000 innb./år døgnopphold	Forbruk pr.1000 innb./år liggedager	Forbruk pr.1000 innb./år dag/pol/avt.spes.
Akershus SO	8,48	21,22	11,95
Innlandet SO	11,81	27,31	9,91
Oslo SO	4,70	15,75	9,72
Sørlandet SO	5,90	15,14	19,04
Telemark/ Vestfold SO	9,31	19,82	27,52
Vestre Viken SO	8,73	23,64	9,79
Østfold SO	10,61	26,57	19,80
Total HSØ	8,37	21,19	14,60

Tabellen over viser at Innlandet SO har det høyeste forbruket mht døgnopphold og liggedager. Telemark/Vestfold SO har høyeste forbruket av dag, poliklinikk og private avtalespesialister samlet.

Pasientstrømmer

De fleste pasienter i denne gruppen har forløpet innenfor "eget" HF. Behandling som er sentralisert er i hovedsak PCI, noe som utgjør ca. 20 % av døgnoppholdene i HSØ. OUS er ett av de to HF'ene der det foregår PCI. Tabellen under viser at pasienter som kommer til OUS HF i hovedsak kommer fra de nærliggende sykehusområder i tillegg til Oslo sykehusområde.

Tabell 56 Pasientstrøm til OUS HF fra sykehusområdene, 2012

Oslo universitetssykehus HF, pasientflyt, 2012							
Sykehusområde 2012	Antall døgnopphold	Dagopphold	Polikli konsultasjoner	Polikli kontroller	Andel % døgnopphold	Andel % dagopphold	Andel % poliklinikk
Sum	5784	1477	3765	1480	100 %	100 %	100 %
Oslo SO	1296	330	1527	751	22 %	22 %	41 %
Akershus SO	1112	308	726	278	19 %	21 %	19 %
Vestre Viken SO	1021	447	751	162	18 %	30 %	20 %
Innlandet SO	909	68	210	124	16 %	5 %	6 %
Telemark/ Vestfold SO	649	252	343	50	11 %	17 %	9 %
Østfold SO	630	60	182	104	11 %	4 %	5 %
Sørlandet SO	58	3	10	3	1 %	0 %	0 %
Stavanger SO	12	2	0	0	0 %	0 %	0 %
St. Olav SO	11	0	1	0	0 %	0 %	0 %
Nord-Norge SO	7	1	1	0	0 %	0 %	0 %
Nordland SO	7	1	1	0	0 %	0 %	0 %
Fonna SO	7	0	4	4	0 %	0 %	0 %
Bergen SO	7	1	0	0	0 %	0 %	0 %
Møre og Romsdal SO	6	2	4	2	0 %	0 %	0 %
Nord-Trøndelag SO	5	0	0	0	0 %	0 %	0 %
Førde SO	3	1	1	1	0 %	0 %	0 %
Helgeland SO	3	0	1	1	0 %	0 %	0 %
Finnmark SO	2	0	0	0	0 %	0 %	0 %
Ukjent	39	1	3	0	1 %	0 %	0 %

Endringer knyttet til demografi

Dersom man fremskriver dagens aktivitet for denne diagnosegruppen demografisk (befolkningsutvikling) uten andre endringsfaktorer får man et bilde som fremgår av tabell 58.

Tabell 58 Aktivitet for pasientgruppe iskemiske hjertesykdommer kun demografisk fremskrevet

Demografisk fremskriving for pasienter med iskemisk hjertesykdom, HSØ				
2012-2030				
År	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Poliklinisk konsultasjoner
2012	20212	54166	1972	30005
2020	23790	63798	2377	35707
2025	26492	71135	2632	39136
2030	29119	78318	2830	41816
%-vis endring 2012-2030	44 %	45 %	44 %	39 %

Dersom man kun legger til effekt av befolkningsutvikling, øker liggedager for denne gruppen med 45 % frem mot 2030 for hele HSØ.

Omstilling/ending

HSØ har gjennomført utredninger for å vurdere en fremtidig funksjonsfordeling for intervensjonskardiologi. Rapporten beskriver at det i dag ikke er kapasitetsmangel i dag for hjerteoperasjoner eller PCI i Norge og at man ved en eventuell ny organisering må omfordele virksomhet og ressurser. Dersom det blir et økt behov knyttet til en demografisk utvikling vil det kunne bli en økt etterspørsel. På den annen side vil primærforebygging kunne fortsette å redusere forekomsten av iskemiske hjertesykdommer.

Viktige faktorer for god behandling er rask tilgang til diagnostikk og behandling prehospitalt og i sykehus. Utviklingen fremover i tid kan fortsatt påvirkes av livsstil og forebyggende virksomhet, men også av nye

diagnostikk- og behandlingsmetoder. Hvor stor andel av aktiviteten for denne pasientgruppen som kan ivaretas av kommunehelsetjenesten avhenger av kompetanse, diagnostikk- og behandlingsmuligheter og samhandlingsarenaer mellom tjenestenivåene. Bildene under er tatt fra en presentasjon av Erik Fosse i Helsedirektoratet der fremtidig utvikling var tema.

<p style="text-align: center;">Akutt hjertesykdom Teknologiutvikling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas kontakter allmenlege over sosiale medier, videokonferanse på mobiltelefon • Tar selv EKG med en app på mobiltelefonen • Legen lytter på brystet med telefonapp og hører blærer – lungeødem • Legen sender alle data til sykehus som sender ambulanse for å hente pasienten. Ambulansepersonell gir nitroglycerin, antikoagulantia og diuretika overvåket fra sykehus 	<p style="text-align: center;">Coronarsykdomkirurgi Teknologi-forskning jobbgledning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lengre levealder fører til økning i koronarsykdom? • Non invasiv diagnostikk – CT vs angiografi tillater screening og bedre diagnostikk-flere coronare plaques oppdages • Mindre kirurgi -mer PCI (1:4 i dag) • Akutt PCI har ført til dramatisk reduksjon i mortalitet ved hjerteinfarkt <p>Konklusjon: det blir mer behov PCI, men mindre kirurgi Kirurgien sentraliseres til et eller to sentre PCI spres på sentralsykehus</p>
---	---

Kilde: Helsedirektoratet, Presentasjon fra Erik Fosse

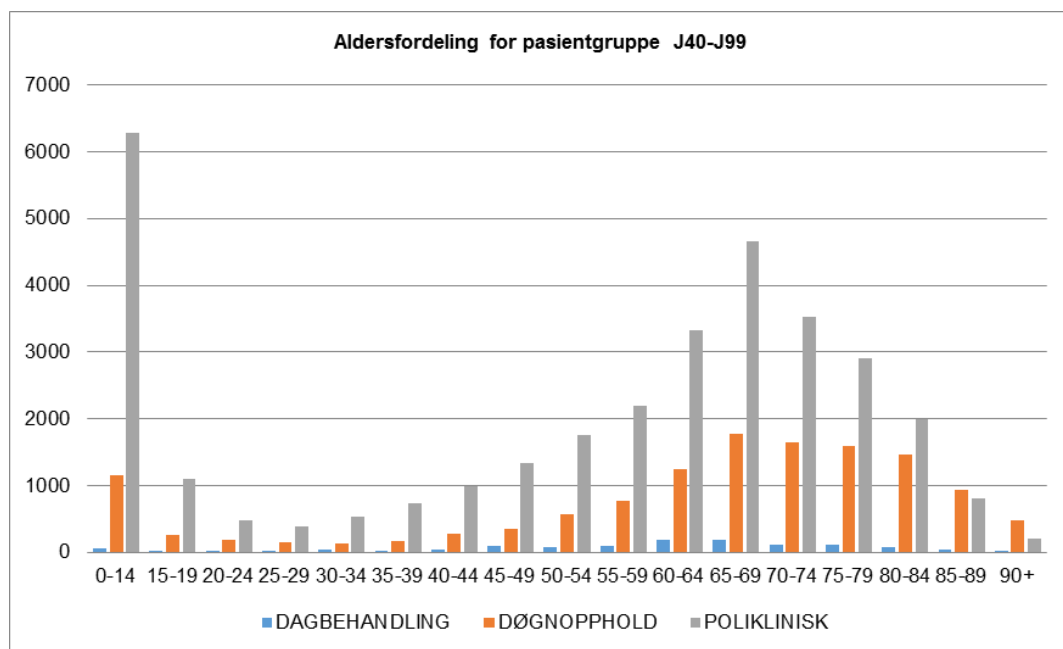
For dette pasientforløpet foreslås det følgende endring ut over den demografiske fremskrivingen:

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Forebygging, livsstil. Mer kunnskap i befolkningen om risikofaktorer → reduksjon i sykdomstilfeller? Det forutsettes ingen endringer ut over effekten av befolkningsutviklingen mot 2030	Døgnopphold: 0 Liggedager: 0 Dagopphold: 0 Poliklinikk: 0
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Reduksjon i liggetid og døgnopphold for pasienter med kjent sykdom og som har gjentatte innleggelser. Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner ved at pasientene får tilbud i kommunene, evt. i samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune.	Døgnopphold: 0 Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: - 10 %
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner	Ytterligere omstilling til dag/poliklinikk.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: + 5 % Poliklinikk: 0
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet.	Liggedager til observasjonsenhet: 15 % Liggedager til pasienthotell: 0
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % per år.	Liggedager: - 8 %

6.1.6 Kronisk og obstruktiv lungelidelse, astma

Denne diagnosegruppen utgjør 2,9 % av alle døgnopphold i HSØ. 83 % av døgnoppholdene er øyeblikkelig hjelp og gjennomsnittlig liggetid er 6,7 døgn.

Pasientgruppen består i en stor grad av pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS) og astma. KOLS øker med alder, og vis er en økt frekvens for alle oppholdstyper i de høye aldersgruppene. I tabellen utgjør aldersgruppen 0 til 19 år 23 %. Astma forekommer ca. 20 % hos barn og unge, 8 % hos voksne²⁹.



Figur 26 Aldersfordeling for samlet omsorgsnivå³⁰

De fleste er registrert med hoveddiagnose uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykd. om.

Tabell 59 De 10 hyppigste diagnosegrupper for denne pasientgruppen, alle kontakttyper

Kode	Hoveddiagnose	Antall
J44	Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykd. om	13725
J45	Uspesifisert astma	11021
J44	Kronisk obstruktiv lungesykd. om med akutt uspes. forverring	2535
J96	Kronisk respirasjonssvikt	2485
J90	Pleuraeffusjon, ikke klassifisert annet sted	1800
J44	Kronisk obstr. lungesykd. m. akutt infek. i nedre luftveier	1746
J45	Hovedsakelig allergisk astma	1645
J45	Blandet astma	1638
J96	Akutt respirasjonssvikt	1503
J45	Ikke-allergisk astma	1045

²⁹ Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma-og allergisjukdommer 2008-2012

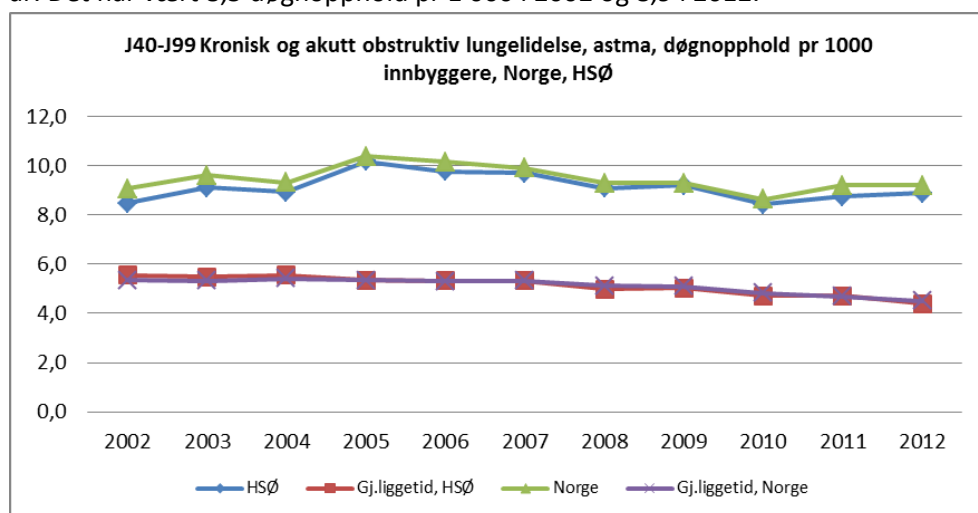
³⁰ Aldersfordelingen i grafen er ujevn mht aldersgrupper og gir derfor et noe misvisende aktivitetsbilde for de yngste aldersgruppene sammenlignet med de eldste

Dagens virksomhet

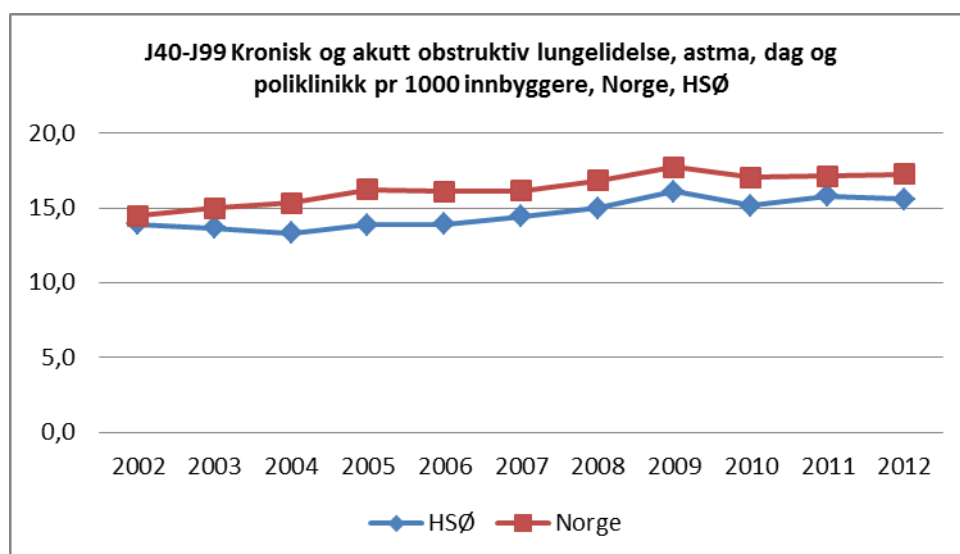
Tabell 60 Total aktivitet for pasientgruppen

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnoophold 2012	Øhj døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	13 225	10 953	82,8 %	4,0 %	88 032	6,7	1 276	33 256

I perioden 2002 til 2012 har det vært en reduksjon i antall liggedager på 33,4 % pr 1 000 innbyggere samlet for HSØ og gjennomsnittlig liggetid er også gått noe ned. Døgnoopholdene er ikke endret mye i løpet av 10 år. Det har vært 8,5 døgnoophold pr 1 000 i 2002 og 8,9 i 2012.



Figur 27 Utvikling av døgnavtivet for diagnosegruppen J40- J99 i perioden 2002-2012



Det er en viss økning i polikliniske konsultasjoner og dagopphold pr 1000 innbyggere for denne pasientgruppe i tidsperioden 2002- 2012 i HSØ og i Norge.

Aktivitet fordelt på HF

Tabell 61 Total aktivitet for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma fordelt på HF

Aktivitet i 2012 for pasientgruppe Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, fordeling på HF							
Helseforetak	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Sum	13225	82,8 %	4,0 %	88032	6,7	1276	33256
Sykehuset Innlandet HF	2183	73,2 %	1,9 %	19915	9,1	11	6021
Oslo universitetssykehus HF	2048	49,9 %	8,6 %	14679	7,2	343	5042
Vestre Viken HF	1809	93,0 %	6,1 %	11537	6,4	172	3989
Akershus universitetssykehus HF	1690	91,4 %	5,4 %	12867	7,6	510	3953
Sykehuset i Vestfold HF	1175	87,7 %	2,5 %	6998	6,0	15	4630
Sykehuset Østfold HF	1153	95,7 %	1,9 %	6303	5,5	22	1822
Sørlandet sykehus HF	1146	89,3 %	2,5 %	5532	4,8	175	3256
Sykehuset Telemark HF	989	95,3 %	1,6 %	5434	5,5	9	2371
Lovisenberg	563	97,3 %	1,6 %	2888	5,1	19	1497
Diakonhjemmet	310	97,4 %	1,3 %	1765	5,7	0	668
Oslo kommunale legevakt	157	100,0 %	0,0 %	109	0,7	0	0
Betanien hospital (Telemark)	1	0,0 %	0,0 %	4	4,0	0	1
Martina Hansens hospital	1	0,0 %	0,0 %	1	1,0	0	1
Revmatismesykehuset Lillehammer	0	0,0 %	0,0 %	0		0	4
Sunnaas sykehus HF	0	0,0 %	0,0 %	0		0	1

Tabellen viser store variasjoner i gjennomsnittlig liggetid, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

En undersøkelse ved Sørlandet sykehus i 2010 viste at 25 % av KOLS pasientene som ankom akuttmtottaket kunne vært behandlet hjemme. Videre viste reinnleggelser et gjennomsnitt på 1,8 innleggelser pr pasient.³¹

Forbruksrater viser at det er forskjeller mellom sykehusområder. Både Innlandet SO og Telemark og Vestfold SO har et relativt høyt forbruk av liggedager sammenlignet med de øvrige SO i HSØ. Sørlandet skiller seg ut ved et høyt forbruk av poliklinikk/dag/avtalespesialist samtidig som de har det laveste forbruket i antall liggedager. Det tyder på at pasientforløpene for de ulike SO'ene er svært forskjellige.

Tabell 62 Forbruket for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma fordelt på SO, 2012

Sykehusområde 2012	Forbruk pr.1000 innb./år døgnoophold	Forbruk pr.1000 innb./år liggedager	Forbruk pr.1000 innb./år dag/pol/avt.spes.
Akershus SO	4,37	40,53	33,41
Innlandet SO	5,58	44,24	18,57
Oslo SO	4,22	28,21	21,29
Sørlandet SO	4,25	24,53	37,46
Telemark/ Vestfold SO	6,25	42,38	22,44
Vestre Viken SO	4,51	33,43	28,28
Østfold SO	4,80	35,13	27,70
Total HSØ	4,83	35,72	26,57

Som tabellen ovenfor viser er det Innlandet SO som har den høyeste forbruket av antall døgnoophold og liggedager pr 1 000 innbyggere og lavest forbruk av dag/poliklinikk/avtalespesialist. Sørlandet SO hadde høyest forbruk av dag/poliklinikk/avtalespesialist og lavest mht liggedager. Det kan ha sammenheng med overgang fra innleggelser til dag/poliklinisk behandling i SSHF.

³¹ www.songdalen.kommune.no/.../Samhandling%20mellom%20sykehus%20

Pasientstrøm

Det noe av aktiviteten som foregår i OUS fra Akershus sykehusområde.

Tabell 63 Pasientstrøm til Akershus universitetssykehus HF og Akershus sykehusområde, for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, 2012

Akershus universitetssykehus HF	Døgnopphold		Dagopphold		Poliklinikk	
	Antall	Andel %	Antall	Andel %	Antall	Andel %
SUM	1690	100,0 %	510	100,0 %	3953	100,0 %
Akershus SO	1603	94,9 %	492	96,5 %	3751	94,9 %
Innlandet SO	36	2,1 %	3	0,6 %	113	2,9 %
Oslo SO	13	0,8 %	7	1,4 %	55	1,4 %
Telemark SO	5	0,3 %			-	0,0 %
Førde SO	-	0,2 %				
Vestre Viken SO	-	0,2 %			5	0,1 %
Nord-Norge SO	-	0,2 %				
Østfold SO	-	0,2 %			15	0,4 %
Bergen SO	-	0,1 %			-	0,0 %
St. Olav SO	-	0,1 %			-	0,1 %
Finnmark SO	-	0,1 %			-	0,0 %
Fonna SO	-	0,1 %				
Helgeland SO	-	0,1 %				
Møre og Romsdal SO	-	0,1 %	8	1,6 %	-	0,1 %
Sørlandet SO					-	0,0 %
Nordland SO					-	0,0 %
Ukjent	11	0,7 %			-	0,1 %

Tabell 64 Pasientstrøm fra Akershus sykehusområde, for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, 2012

Akershus SO	Døgnopphold		Dagopphold		Poliklinikk	
	Antall	Andel %	Antall	Andel %	Antall	Andel %
SUM	2062	100,0 %	524	100,0 %	4462	100,0 %
Akershus universitetssykehus HF	1603	77,7 %	492	93,9 %	3751	84,1 %
Private sykehus	213	10,3 %			2	0,0 %
Oslo universitetssykehus HF	140	6,8 %	32	6,1 %	563	12,6 %
Sykehuset Innlandet HF	39	1,9 %			19	0,4 %
Oslo kommunale legevakt	30	1,5 %				
Vestre Viken HF	6	0,3 %			10	0,2 %
Lovisenberg	5	0,2 %			69	1,5 %
Sykehuset Østfold HF	5	0,2 %			11	0,2 %
St. Olavs Hospital HF	-	0,2 %			7	0,2 %
Sørlandet sykehus HF	-	0,1 %				
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	-	0,1 %			-	0,1 %
Diakonhjemmet	-	0,1 %			11	0,2 %
Helse Bergen HF	-	0,1 %			7	0,2 %
Helgelandssykehuset HF	-	0,0 %				
Helse Finnmark HF	-	0,0 %			-	0,0 %
Helse Førde HF	-	0,0 %				
Helse Møre og Romsdal HF	-	0,0 %			-	0,0 %
Helse Nord-Trøndelag HF	-	0,0 %				
Sykehuset i Vestfold HF	-	0,0 %			6	0,1 %
Sykehuset Telemark HF	-	0,0 %				
Martina Hansens hospital					-	0,0 %

Det er pasienttilstrømming (døgnopphold, poliklinikk) til OUS HF fra andre SO for denne pasientgruppen:

Tabell 65 Pasientstrøm til Oslo universitetssykehus HF og Oslo sykehusområde, for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, 2012

Oslo universitetssykehus HF	Døgnopphold		Dagopphold		Poliklinikk	
	Antall	Andel %	Antall	Andel %	Antall	Andel %
SUM	2048	100,0 %	343	100,0 %	5042	100,0 %
Oslo SO	993	48,5 %	49	14,3 %	3474	68,9 %
Akershus SO	140	6,8 %	32	9,3 %	563	11,2 %
Bergen SO	133	6,5 %	15	4,4 %	2	0,0 %
Vestre Viken SO	130	6,3 %	27	7,9 %	449	8,9 %
Telemark SO	129	6,3 %	49	14,3 %	117	2,3 %
Innlandet SO	121	5,9 %	20	5,8 %	201	4,0 %
Stavanger SO	61	3,0 %	25	7,3 %	13	0,3 %
Sørlandet SO	54	2,6 %	29	8,5 %	32	0,6 %
Østfold SO	52	2,5 %	12	3,5 %	137	2,7 %
Møre og Romsdal SO	40	2,0 %	20	5,8 %	10	0,2 %
St. Olav SO	36	1,8 %	15	4,4 %	6	0,1 %
Nord-Norge SO	34	1,7 %	5	1,5 %	-	0,0 %
Nordland SO	31	1,5 %	6	1,7 %	17	0,3 %
Fonna SO	30	1,5 %	7	2,0 %	7	0,1 %
Finnmark SO	29	1,4 %	7	2,0 %	5	0,1 %
Helgeland SO	12	0,6 %	17	5,0 %	-	0,0 %
Førde SO	7	0,3 %	-	1,2 %	5	0,1 %
Nord-Trøndelag SO	6	0,3 %	-	0,9 %	-	0,0 %
Ukjent	10	0,5 %	-	0,3 %	-	0,0 %

Pasienter fra Oslo SO får stort sett behandling lokalt i OUS, Diakonhjemmet og Lovisenberg.

Tabell 66 Pasientstrøm fra Oslo sykehusområde, for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, 2012

Oslo SO	Døgnopphold		Dagopphold		Poliklinikk	
	Antall	Andel %	Antall	Andel %	Antall	Andel %
SUM	2142	100,0 %	68	100,0 %	5660	100,0 %
Oslo universitetssykehus HF	993	46,4 %	49	72,1 %	3474	61,4 %
Lovisenberg	545	25,4 %	12	17,6 %	1382	24,4 %
Diakonhjemmet	305	14,2 %			637	11,3 %
Oslo kommunale legevakt	117	5,5 %				
Private sykehus	116	5,4 %				
Sykehuset Innlandet HF	17	0,8 %			17	0,3 %
Akershus universitetssykehus HF	13	0,6 %	7	10,3 %	55	1,0 %
Sykehuset Østfold HF	8	0,4 %				
Vestre Viken HF	7	0,3 %			13	0,2 %
Helse Bergen HF	-	0,2 %			11	0,2 %
St. Olavs Hospital HF	-	0,2 %			5	0,1 %
Sykehuset i Vestfold HF	-	0,2 %			12	0,2 %
Helse Møre og Romsdal HF	-	0,1 %			34	0,6 %
Sykehuset Telemark HF	-	0,1 %			7	0,1 %
Sørlandet sykehus HF	-	0,1 %			6	0,1 %
Helgelandssykehuset HF	-	0,0 %				
Helse Finnmark HF	-	0,0 %				
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	-	0,0 %			5	0,1 %
Helse Førde HF					-	0,0 %
Nordlandssykehuset HF					-	0,0 %

Vestre Viken HF behandler stort sett pasienter fra eget opptaksområde.

Tabell 67 Pasientstrøm til Vestre Viken HF og Vestre Viken sykehusområde, for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, 2012

Vestre Viken HF	Døgnopphold		Dagopphold		Poliklinikk	
	Antall	Andel %	Antall	Andel %	Antall	Andel %
SUM	1809	100,0 %	171	1,0 %	3989	100,0 %
Vestre Viken SO	1767	97,7 %	170	99,4 %	3881	97,3 %
Innlandet SO	7	0,4 %			54	1,4 %
Oslo SO	7	0,4 %			13	0,3 %
Telemark SO	7	0,4 %	-	0,6 %	23	0,6 %
Akershus SO	6	0,3 %			10	0,3 %
Bergen SO	2	0,1 %				
Fonna SO	-	0,1 %				
Møre og Romsdal SO	-	0,1 %				
Sørlandet SO	-	0,1 %			-	0,0 %
Helgeland SO	-	0,1 %				
St. Olav SO	-	0,1 %				
Stavanger SO	-	0,1 %				
Østfold SO	-	0,1 %			-	0,1 %
Nord-Norge SO					-	0,1 %
Helgeland SO					-	0,0 %
Ukjent	-	0,2 %			-	0,0 %

Tabell 68 Pasientstrøm fra Vestre Viken sykehusområde, for pasientgruppen Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, 2012

Vestre Viken SO	Døgnopphold		Dagopphold		Poliklinikk	
	Antall	Andel %	Antall	Andel %	Antall	Andel %
SUM	2063	100,0 %	199	100,0 %	4468	100,0 %
Vestre Viken HF	1767	85,7 %	171	85,9 %	3881	86,9 %
Oslo universitetssykehus HF	130	6,3 %	27	13,6 %	449	10,0 %
Private sykehus	102	4,9 %				
Sykehuset Innlandet HF	27	1,3 %			10	0,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	5	0,2 %			57	1,3 %
Akershus universitetssykehus HF	-	0,2 %			5	0,1 %
Helse Finnmark HF	-	0,1 %			-	0,0 %
Lovisenberg	-	0,1 %			18	0,4 %
Sørlandet sykehus HF	-	0,1 %				
Helse Bergen HF	-	0,1 %			4	0,1 %
Helse Førde HF	-	0,1 %			-	0,0 %
Oslo kommunale legevakt	-	0,1 %				
St. Olavs Hospital HF	-	0,1 %	-	0,5 %	10	0,2 %
Sykehuset Telemark HF	-	0,1 %			10	0,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	-	0,1 %			6	0,1 %
Diakonhjemmet	-	0,0 %			8	0,2 %
Helgelandssykehuset HF	-	0,0 %			5	0,1 %
Helse Fonna HF	-	0,0 %			-	0,0 %
Helse Nord-Trøndelag HF	-	0,0 %				
Helse Stavanger HF	-	0,0 %			-	0,0 %
Martina Hansens hospital	-	0,0 %				
Nordlandssykehuset HF	-	0,0 %				
Sykehuset Østfold HF					-	0,0 %

Andre HF behandler hovedsakelig pasienter fra sine opptaksområder.

Endringer knyttet til demografi

Tabell 69 Demografisk framskriving uten andre endringsfaktorer

Demografisk framskriving pasientgruppe kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, HSØ 2012-2030				
Ar	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Poliklinisk konsultasjoner
2012	13225	88032	1276	33256
2020	15538	103213	1489	38635
2025	17269	114600	1647	42152
2030	18975	125723	1789	45080
2012-2030	43 %	43 %	40 %	36 %

Dersom man kun legger til effekt av befolkningsutvikling og ingen endringsfaktorer, øker liggedager for denne gruppen med 43 % fram mot 2030 for hele HSØ. Antall døgnopphold øker tilsvarende med 43 %.

Omstilling/ending

For dette pasientforløpet foreslås det følgende endringer ut over den demografiske utviklingen:

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Røykeslutt, mindre eksponering for passiv røyk og mindre luftforurensing på arbeidsplassene kan hindre utviklingen av Kols. Det har vært også nedgang av daglige røykere både blant menn og kvinner fram mot 2012 ³² .	0
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Samhandlingsreformen – noen av pasientene i denne gruppen vil være aktuelle for å ha deler av eller hele forløpet i kommunehelsetjenesten. Etablering av KAD. Når det gjelder forholdet til kommunehelsetjeneste, det er anbefalt at ved utskrivelse bør det avtales kontroll og oppfølging hos fastlege innen 4 uker ³³ .	Døgnopphold: - 20 % Liggedager: - 20 % Dagopphold: - 5 % Poliklinikk: -5 %
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Ytterligere omstilling til dag/poliklinikk.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk:
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet. 70 % av innleggelsene har 0-2 liggedøgn, en del av disse vil kunne få behandling i en observasjonsenhet.	Døgnopphold: - 10 % Liggedager: - 10 % Dagopphold: 0 Poliklinikk:
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % per år.	Liggedager: - 8 % ok

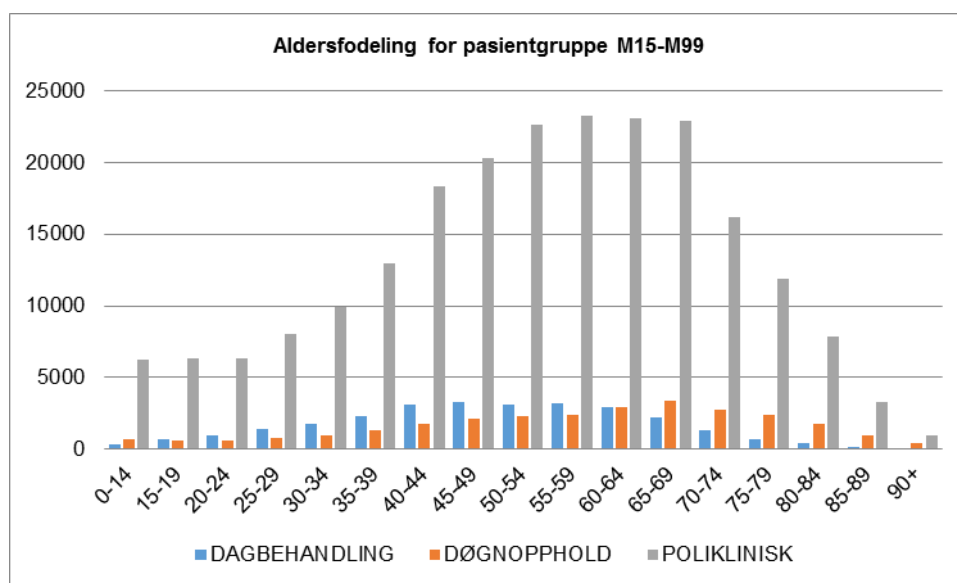
³² Folkehelseinstituttet, Fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), primærkilde: Kilde: Statistisk sentralbyrå.

³³ Helsedirektoratet. Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging, november 2012,s.18

6.1.7 Rest sykdommer i muskel, skjelettsystemet

Diagnosegruppen "rest Sykdommer i muskelskjelettsystemet" er alle pasienter innenfor ICD10 gruppe M15-M99. Dette er i hovedsak elektive pasienter som får implantert totalprotese hoft og kneprotese, men også yngre aldersgrupper som får utført artroskopier og meniskoperasjoner.

På landsbasis har det vært en økning i primære kneproteser på 7 % siden 2011 og 87 % de siste 10 årene, fra 2002 til 2012. Gjennomsnittsalderen i 2012 var 68 år³⁴ Det er de store årskullene født etter krigen som nå kommer til kirurgi. Artrose er den dominerende årsak til kneprotesekirurgi. 90 % av hoftebruddene opereres med hemiprotese (Nasjonal hoftebruddregister).



Figur 28 Alderssammensetningen for pasientgruppen restsykdommer i muskelskjelettsystemet M15-M99

Dagens virksomhet i HF

Aktivitetsdata samlet for HSØ for denne pasientgruppen er vist under. Diagnosegruppen restsykdommer i muskelskjelettsystemet utgjør 6,1 % av alle liggedøgn i HSØ 2012. Ca. 54 % av døgnoppholdene har en kirurgisk DRG og gjennomsnittlig liggetid er 4 døgn. Det er i hovedsak planlagt kirurgi, hvor totalprotese i hoft og kneledd er dominerende.

Tabell 70 Samlet aktivitet for pasientgruppen restsykdommer i muskelskjelettsystemet HSØ, 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnitt lig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Rest sykdommer i muskel/skjelettsystemet	28 055	9 137	32,6 %	54,3 %	114 134	4,07	27 874	220 592

³⁴ Nasjonalt Register for Leddproteser, Rapport juli 2013

49 % av døgnoppholdene har gjennomsnittlig liggetid på 1,1 dag. Hoveddiagnosen til denne pasientgruppen er myalgi, lidelse i lumbalskive/mellomvirvelskive, smerter i ekstremiteter, lumbago m.m

Tabell 71 Hyppigste kirurgiske prosedyrekoder, restsykdommer i muskelskjelettsystemet M15-M99, fordeling på poliklinikk/dagopphold og døgnopphold

Hyppigste kirurgiske prosedyrekoder, pasientgruppen M15-M 99, HSØ 2012					
Dag og poliklinikk			Døgnbehandling		
Prosedyrkode	Prosedyrenavn	Antall	Prosedyrkode	Prosedyrenavn	Antall
NGD11	Endoskopisk meniskreseksjon	4406	NFB30	Implantasjon av primær totalprotese i hofteledd med hybrid teknikk	2172
NGA11	Artroskopi i kneledd	1382	NGB40	Implantasjon av primær totalprotese i kneledd med sement	1729
NBA11	Artroskopi i skulder	1310	ABC16	Mikrokirurgisk ekstirpasjon av lumbalt skiveprolaps	1150
NHK57	Osteotomi i metatars med aksekorreksjon, rotasjon eller forskyvning	1189	NFB20	Implantasjon av primær totalprotese i hofteledd uten sement	1143
QDB10	Større sårskifting på underekstremitet	1003	NFB40	Implantasjon av primær totalprotese i hofteledd med sement	965
TNB11	Injeksjon av terapeutisk substans i skulderledd	928	ABC56	Dekompresjon av spinalkanal og nerverøtter i lumbalkolumna	894
TOX40	Fjerning av hudsturer	849	ABC36	Dekompresjon av nerverøtter i lumbalkolumna	562
NDM49	Spalting av seneskjede i håndledd eller hånd	614	NBA11	Artroskopi i skulder	467
TNG10	Artrocentese i kneledd	576	NGB30	Implantasjon av primær totalprotese i kneledd med hybrid teknikk	431

I perioden 2010 til 2012 har det vært en reduksjon i antall liggedager på 4,5 % samlet for HSØ for denne pasientgruppen. Samtidig har den polikliniske aktiviteten økt med ca. 8 %

Aktivitet fordelt på HF

Tabell 72 Samlet aktivitet for pasientgruppen restsykdommer i muskel-/skjelettsystemet HSØ, 2012 fordelt på HF

Aktivitetsdata pasientforløp restsykdommer i muskelskjelettsystemet M15-M99, HSØ i 2012, fordelt på HF							
Helseforetak	Antall døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Sum	28055	32,60 %	54,3 %	114134	4,07	27874	220592
Oslo universitetssykehus HF	4138	30,40 %	51,8 %	20045	4,84	3149	42768
Sykehuset Innlandet HF	3575	38,70 %	58,2 %	15039	4,21	4130	24899
Vestre Viken HF	3034	40,30 %	57,4 %	12085	3,98	3881	20011
Sørlandet sykehus HF	2631	29,20 %	65,8 %	12321	4,68	2112	21640
Sykehuset i Vestfold HF	2459	20,80 %	42,5 %	8277	3,37	8069	14290
Akershus universitetssykehus HF	2343	59,40 %	43,9 %	9133	3,9	134	16039
Martina Hansens hospital	2203	1,40 %	78,4 %	10220	4,64	2234	19101
Lovisenberg	1844	8,80 %	89,5 %	8121	4,4	864	10768
Sykehuset Østfold HF	1827	49,90 %	40,9 %	5781	3,16	1583	13616
Sykehuset Telemark HF	1377	47,90 %	43,9 %	5758	4,18	1190	10224
Diakonhjemmet	1067	22,30 %	57,8 %	3569	3,34	363	16165
Betanien hospital (Telemark)	740	8,40 %	15,5 %	2057	2,78	16	5011
Oslo kommunale legevakt	533	100,00 %	0,0 %	312	0,59	0	0
Revmatismesykehuset Lillehammer	284	1,80 %	0,0 %	1416	4,99	149	5571
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	489

Gjennomsnittlig liggetid for denne pasientgruppen er 4,07 døgn for HSØ. Vestfold har lavest liggetid på 3,37 døgn mens Revmatismesykehuset i Lillehammer er på nesten 5 døgn.

Forbruk av spesialisthelsetjenester i SO

For denne diagnosegruppen er det forskjell i forbruk mellom sykehusområdene både faktisk forbruk og når forbruksratene blir korrigert for behovsindex.

Tabell 73 Forbruksrater for pasienter i gruppen rest muskel-/skjelettsystemet, 2012, fordeling på SO

Sykehusområde 2012	Forbruk pr.1000 innb./år døgnoophold	Forbruk pr.1000 innb./år liggedager	Forbruk pr.1000 innb./år dag/pol/avt.spe s.
Akershus SO	9,32	36,07	104,95
Innlandet SO	10,83	44,73	107,40
Oslo SO	7,75	34,98	116,34
Sørlandet SO	10,07	46,11	101,61
Telemark/ Vestfold SO	12,27	44,02	116,37
Vestre Viken SO	9,94	40,95	104,81
Østfold SO	9,70	34,11	103,77
Total HSØ	9,88	39,85	108,49

Tabellen over viser at befolkningen i Telemark sykehusområde har forbruk over gjennomsnittet for døgnoophold. Befolkningen i Sørlandet SO har det høyeste forbruket av antall liggedager. Fra Telemark sykehusområde er det et forbruk av private avtalespesialister over gjennomsnittet.

OUS har et lavt forbruk av døgnoophold og liggedager sammenlignet med de øvrige SO og samtidig et høy forbruk av dag/poliklinikk/private avtalespesialister. Dette kan bety at pasientene har tilbud om behandling ved dag/poliklinikk i større grad enn pasienter fra andre SO.

Endringer knyttet til demografi

Dersom man fremskriver demografisk med utgangspunkt i dagens aktivitet i HSØ og med SSB's alternativ MMM for demografisk utvikling øker aktiviteten med 28 % fram mot 2030.

Tabell 74 Fremskrevet aktivitet for samlet diagnosegruppe 2012-2030

Effekt av demografisk fremskriving, Rest sykdommer i muskel-/skjelettsystemet, 2012-2030				
	Døgnoophold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012
		114134	27874	220592
2012	28055	114134	27874	220592
2020	31904	129794	31698	250858
2025	34045	138501	33825	267688
2030	35829	145760	35598	281717
Endring 2012-2030, %	27,7	27,7	27,7	27,7

Omstilling/ending

Tidlig diagnostikk er viktig. Det er i dag minimal ventetid på slike operasjoner. Etterspørselen vil sannsynligvis øke både på grunn av økt antall eldre, mange med overvektsproblemer, men også fordi dagens eldre ønsker å være aktive og ikke ha redusert funksjonsevne. Det som kan redusere etterspørselen er tilrettelagt trening som kan gi utsettelse og redusere behovet for kirurgi. Forskningsfokus på effekt av trening kan gi endringer i forhold til etterspørsel av slik behandling.

En randomisert studie fra 2012³⁵ viste at artroskopisk menisk-kirurgi kombinert med fysikalsk behandling ikke hadde bedre effekt enn fysikalsk behandling alene. Pasientene hadde meniskskade kombinert med kneledds-artrose. I den aktuelle studien sammenlignes effekten av standard meniskoperasjon med narrekirurgi ved degenerativ meniskskade av medial menisk i knær uten artroseforandringer. Slike resultater kan gi mindre etterspørsel.

Endret operasjonsteknikk kan øke andelen dagkirurgi. MIS kirurgi (Minimal Invasive Surgery) eller MSS kirurgi (Muscle Saving Surgery) er innført i noen helseforetak som metode, men foreløpig er denne ikke blitt en god nok for vesentlig omstilling til dagkirurgi

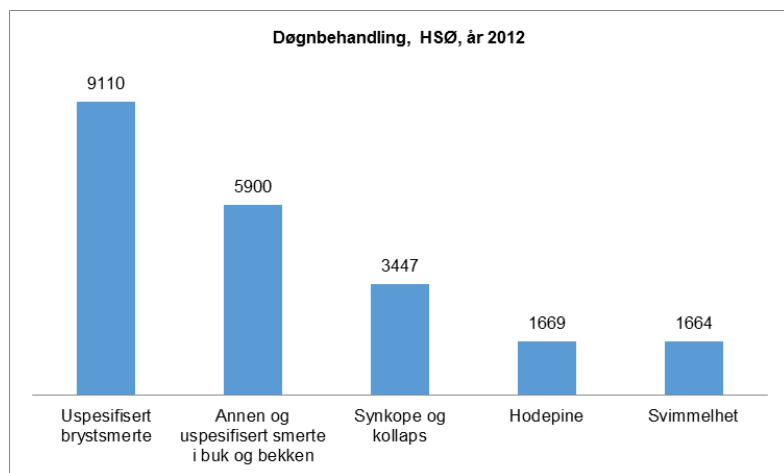
Noen av de polikliniske konsultasjonene (kontroller) kan utføres av fysioterapeuter, og en andel av de polikliniske konsultasjonene kan overføres til fastleger, evt. i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (ambulant virksomhet).

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Det forventes ingen endringer ut over effekten av befolkningsutviklingen.	0
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Reduksjon i liggetid og døgnopphold pga korrigerede pasientforløp. Rehabilitering i kommunen/hjemmet. Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner ved at pasientene får tilbud i kommunene, evt. i samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: - 10 %
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner	Ytterligere omstilling til dag/poliklinikk.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: + 5 %
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet, evt prehospitalt.	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: 5 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: 5
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 1 % per år.	Liggedager: - 15 %

6.1.8 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn

For døgnopphold er det hovedsakelig pasienter med øyeblikkelig hjelp innleggelser i denne gruppen, og gjennomsnittlig liggetid er på 1,7 døgn. Figur 29 viser at døgnoppholdene hovedsakelig er pasienter med uspesifiserte smerter, eller besvimelse, svimmelhet og hodepine.

³⁵ Raine Shivonen mfl: Arthroscopic Partial Meniscectomy versus Sham Surgery for a degenerative Meniscal Tear. New England Journal of Medicine, 2013, 369: 2515-24. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1305189>



Figur 29 Hyppigste hoveddiagnoser innenfor ICD10 gruppe R, HSØ 2012, døgnopphold

Aktiviteten som er knyttet til dag- og polikliniske konsultasjoner er i en stor grad utredninger med ulike medisinske og kirurgiske undersøkelser. Dette er pasienter som utskrives uten en spesifikk diagnose. Det kan også være pasienter som senere i sykdomsforløpet får en diagnose som en konsekvens av flere undersøkelser. Fysiologiske hjerteundersøkelser er den hyppigste DRG'en (samlet for poliklinikk, døgnopphold og dagopphold).

Tabell 75 Hyppigste DRG for ICD10 gruppe R, Sykdommer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, alle HF i HSØ, alle typer aktiviteter (pol., dag, døgn.) 2012

DRG	Diagnoselatertgruppe	Antall
805S	Fysiologisk hjerteundersøkelse	16863
906C	Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	15248
901E	Annen poliklinisk konsultasjon vedr smerterelaterte tilstander	9099
901O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet	7972
904O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/ lunge	7447
911O	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nyre og urinveier	7046

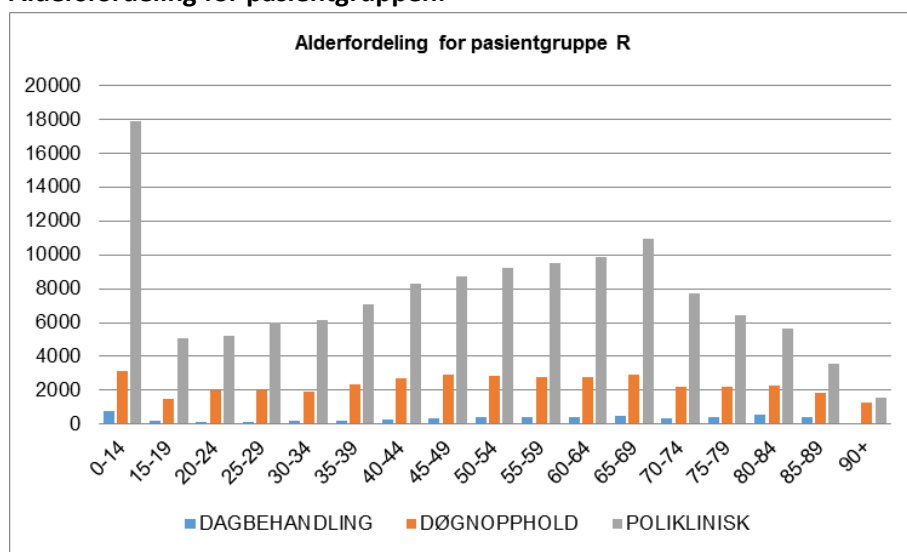
Når man ser på prosedyrekoder slik det er vist i tabell 76 er en stor andel endoskopier og biopsier. De medisinske prosedyrene er stort sett hjerte-/lungeundersøkelser, neurologiske prosedyrer, ultralyd og aktiviteter, slik som lærings- og mestringsaktivitet, ernæringsstatus og legemiddelhåndtering.

Tabell 76 Hyppigste kirurgiske prosedyrer for ICD10 gruppe R, alle oppholdstyper, HSØ 2012

Hyppigste kirurgiske prosedyrer utført for diagnosegruppe R00-R99, HSØ, 2012		
Kode	Proedyrenavn	Antall
UKC02	Cystoskopi	3826
UJD05	Gastroskopi med biopsi	3176
TKC20	Blærekateterisering	2912
UJD02	Gastroskopi	2834
TKC10	Perkutan punksjon av blære	1449
UJF32	Koloskopi	1362
DKW00	Koagulasjon av neselimhinne	1234
TAB00	Lumbalpunksjon	1229
UJF35	Koloskopi med biopsi	1125
UDH02	Rhinofaryngoskopi	1031
TKE00	Nålebiopsi av prostata	957
UDQ12	Fleksibel laryngoskopi	731
UGC12	Fleksibel bronkoskopi	577
UJG02	Rektoskopi	507
ZXD00	Øyeblikkelig hjelp	434
TFC10	Venstresidig hjertekateterisering	427
TPJ05	Nålebiopsi av lymfeknute	365
ACW99	Annen operasjon på perifer nerve	323
DKW10	Fremre nesetamponade	295

Tabell 77 Hyppigste medisinske prosedyrer for ICD10 gruppe R, alle oppholdstyper, HSØ 2012, øyeblikkelig hjelp og elektiv

Ø.hjelp			Elektiv		
Kode	Proedyrenavn	Antall	Kode	Proedyrenavn	Antall
Totalt		58051			116122
-		47506	-		62440
FPFE50	Arbeids-EKG	2177	FPFE50	Arbeids-EKG	6423
FYDE30	-	1138	FPFE15	Holter-EKG	4674
AAFE00	Standard elektroencefalografi (EEG)	1099	FYDE30	-	3924
LXDE05	Ultralydundersøkelse med vaginal probe	985	GDFC00	Spirometri	3292
FPFE30	Langtids EKG med hendelsesregistrering	548	KCDE41	Ekstern ultralydundersøkelse av blære	1900
PYDE05	Fullstendig ultralydundersøkelse av halskar	351	AAFE00	Standard elektroencefalografi (EEG)	1803
GDFC00	Spirometri	336	LXDE05	Ultralydundersøkelse med vaginal probe	1744
MADE10	Abdominal ultralydundersøkelse av gravid livmor	270	ACFE05	Sensorisk nevrografi med overflateelektrode	1562
WBG00	Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel	249	AAF00	Polygrafisk monitorering av respiratoriske parametre (polygrafi)	1407
FPFE15	Holter-EKG	246	KXFF00	Uroflowmetri	1349
FYDB11	Angiokardiografi ved venstre hjertekateterisering	236	WDAL15	Akupunktur	1142
WDAL09	Overflateanestesi IKA	232	WMCA00	-	1066
WBG15	Peroral administrasjon av legemiddel	202	KEDE52	Transluminal ultralydundersøkelse av prostata	972
FYDB12	Koronar angiografi ved venstre hjertekateterisering	181	WBG00	Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel	968
MADE00	Vaginal ultralydundersøkelse av livmorhals	121	FPFE30	Langtids EKG med hendelsesregistrering	897
KCDE41	Ekstern ultralydundersøkelse av blære	92	WJFX99	Vurdering av ernæringsstatus IKA	719
DBFT00	Otomikroskopi	87	WPCK00	Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand	618
WBG25	Nasal administrasjon av legemiddel	78	AAF20	Multipel søvnløstest med minst åtte parametre under søvn	612
REGG00	Transfusjon av allogene erythrocytter	57	ACFE39	Motorisk og sensorisk elektroneurografi IKA	575

Aldersfordeling for pasientgruppen:

Figur 30 Aldersfordeling for gruppe R Symptomer tegn, kliniske funn. HSØ i 2012

Aldersfordelingen er relativt jevn, med høyt antall polikliniske konsultasjoner for den yngste aldersgruppen.

Dagens virksomhet

Tabellen under viser all aktivitet i Helse Sør-Øst for denne diagnosegruppen. Den viser at en gruppe med høy aktivitet og kort liggetid for døgnoppholdene. Døgnoppholdene utgjør 8,6 % av det samlede antall døgnopphold i 2012. Nesten 90 % av døgnoppholdene er registrert som øyeblikkelig hjelp. Tabell 78 viser samlet aktivitet for HSØ for denne pasientgruppen, mens tabell 79 viser fordelingen av aktiviteten på HF og private ideelle sykehus.

Tabell 78 Samlet aktivitet for ICD10 gruppe R, Sykdommer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, HSØ 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	39 504	35 080	88,8 %	3,2 %	66 213	1,68	5 793	128 876

Når aktiviteten sees fordelt på HF ser vi at de fleste HF som har en aktivitet knyttet til denne diagnosegruppen har en høy andel øyeblikkelig hjelp og kort gjennomsnittlig liggetid

Tabell 79 Samlet aktivitet for ICD10 gruppe R, Sykdommer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, fordelt på helseforetak, 2012

Aktivitetsdata pasientforløp M15-M99 i HSØ i 2012, fordelt på HF							
Helseforetak	Antall døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Sum	39504	88,8 %	3,2 %	66213	1,68	5793	128876
Akershus universitetssykehus HF	5628	88,2 %	3,6 %	9798	1,74	681	14729
Sykehuset Innlandet HF	5323	81,3 %	3,2 %	9401	1,77	300	17185
Vestre Viken HF	5200	91,8 %	3,6 %	9250	1,78	827	22369
Sykehuset Østfold HF	5093	94,2 %	2,7 %	7150	1,4	257	9327
Oslo universitetssykehus HF	4980	80,9 %	5,9 %	12102	2,43	2200	25061
Sykehuset Telemark HF	3419	88,6 %	2,3 %	4873	1,43	329	9387
Sørlandet sykehus HF	3407	88,2 %	2,6 %	5329	1,56	593	12361
Oslo kommunale legevakt	2461	100,0 %	0,0 %	1288	0,52	0	0
Sykehuset i Vestfold HF	2341	90,9 %	3,4 %	3774	1,61	581	11425
Diakonhjemmet	812	96,9 %	1,7 %	1579	1,94	9	3643
Lovisenberg	807	95,8 %	0,9 %	1591	1,97	15	3160
Martina Hansens hospital	20	5,0 %	0,0 %	27	1,35	1	89
Betanien hospital (Telemark)	10	20,0 %	0,0 %	34	3,4	0	17
Revmatismesykehuset	3	0,0 %	0,0 %	17	5,67	0	10
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	113

Det er variasjoner mellom HF'ene for døgnbehandlinger som har liggetid fra 0-2 liggedager. Ahus har den største andelen av totalt antall døgnopphold med korte oppholdstider for denne pasientgruppen.

Tabell 80 antall døgnbehandlinger og % andeler med liggedag 0-2 for ICD10 gruppe R, Sykdommer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, HSØ 2012

Helseforetak	Antall alle døgnbehandlinger	Alle døgnbehandlinger, med 0-2 liggedager		Ø.hjelp døgnbehandlinger, med 0-2 liggedager		Elektive døgnbehandlinger, med 0-2 liggedager	
		Antall døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	% vis andel av alle døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	Antall døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	% vis andel av alle døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	Antall døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	% vis andel av alle døgnbehandlinger med 0-2 liggedager
SUM	39504	32693	83 %	29217	74 %	3476	9 %
Oslo universitetssykehus HF	4980	3614	9 %	3078	8 %	536	1 %
Sykehuset Østfold HF	5093	4306	11 %	4065	10 %	241	1 %
Akershus universitetssykehus HF	5628	4598	12 %	4008	10 %	590	1 %
Sykehuset i Vestfold HF	2341	1965	5 %	1783	5 %	182	0 %
Sykehuset Innlandet HF	5323	4361	11 %	3498	9 %	863	2 %
Vestre Viken HF	5200	4241	11 %	3915	10 %	326	1 %
Sykehuset Telemark HF	3419	2950	7 %	2603	7 %	347	1 %
Sørlandet sykehus HF	3407	2944	7 %	2623	7 %	321	1 %
Lovisenberg	807	589	1 %	561	1 %	28	0 %
Diakonhjemmet	812	643	2 %	623	2 %	20	0 %
Oslo kommunale legevakt	2461	2459	6 %	2459	6 %	0	0 %
Martina Hansens hospital	20	18	0 %	0	0 %	17	0 %
Betanien hospital (Telemark)	10	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	0	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Forbruk av spesialisthelsetjenester i SO

Det er forskjeller i forbruket mellom sykehusområder. Dersom man ser på antall døgnopphold pr 1000 innbyggere (ikke alders- og kjønnsjustert) er det forskjeller mellom helseforetakene. Pasienter som bor i

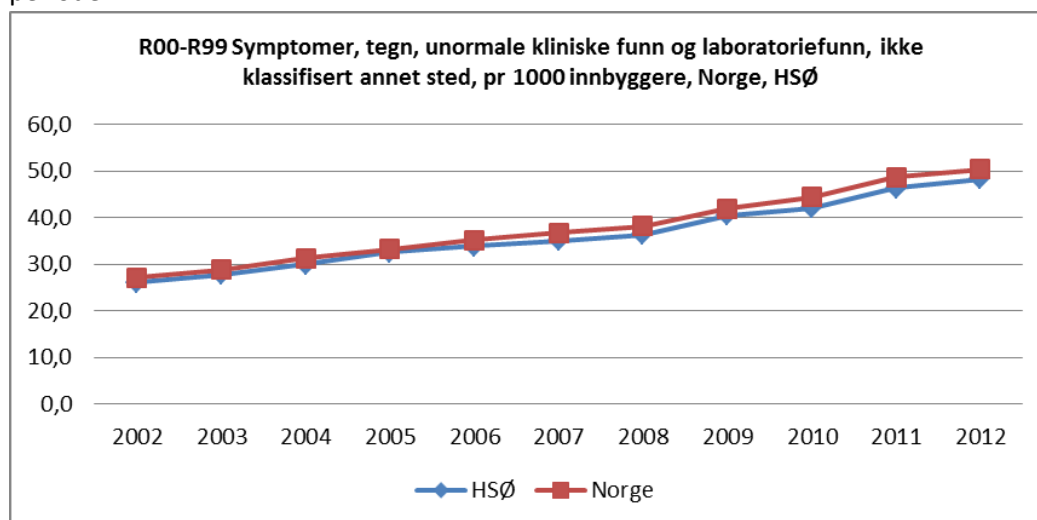
Østfold sykehusområde har høyest forbruk av døgnopphold og liggedager, og lavest forbruk av dag/poliklinikk/avtalespesialister, mens Sørlandet ligger lavest forbruk av døgnopphold og liggedager.

Befolkningen bosatt i Oslo SO har et forbruk som ligger høyest for dag/poliklinikk/avtalespesialist, og de ligger også over gjennomsnittet for HSØ for døgnopphold og liggedager.

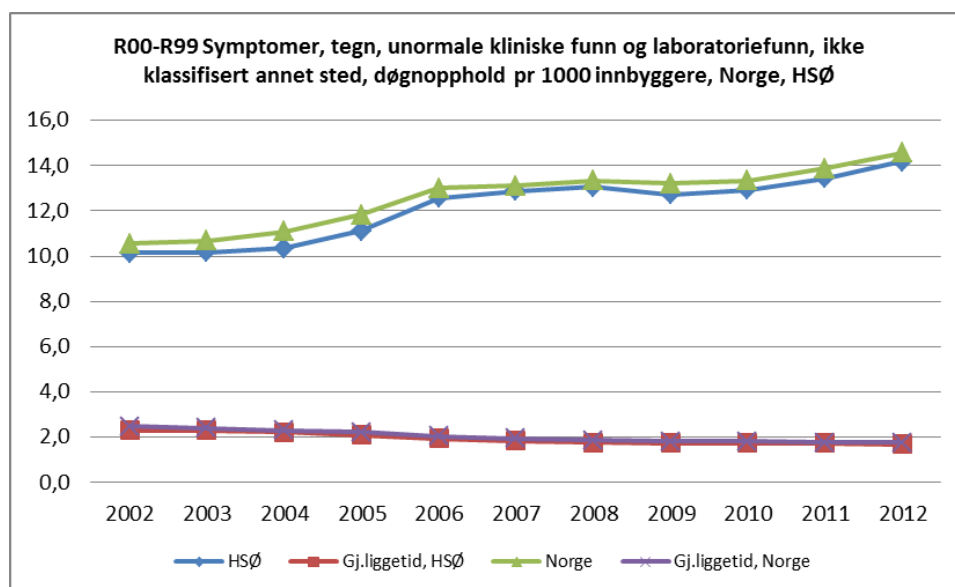
Tabell 81 Forbruket i sykehusområder for ICD10 gruppe R, Sykdommer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, HSØ 2012, ikke korrigert

Sykehusområde 2012	Antall døgnopphold pr. 1000 innbyggere	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Antall dag/pol/avt.s pes. pr. 1000 innbyggere
Akershus SO	13,52	22,35	63,39
Innlandet SO	14,44	25,49	58,47
Oslo SO	14,30	24,96	77,08
Sørlandet SO	11,97	19,35	71,95
Telemark/ Vestfold SO	15,27	23,28	70,26
Vestre Viken SO	12,32	21,84	76,31
Østfold SO	19,17	27,64	55,45
Total HSØ	14,25	23,54	68,37

Figuren under viser at det for de ti siste år (2002-2012) har vært en betydelig økning i aktivitet. I perioden 2002 til 2012 har antall aktiviteter pr 1 000 innbyggere samlet sett økt med 73 %. Det er den samme utviklingen i HSØ som i resten av landet i denne perioden. Det utgjør en økning fra ca. 25 000 til 40 000 døgnopphold i HSØ og en økning fra 65 000 til 135 000 dagopphold/polikliniske konsultasjoner i denne perioden.



Figur 31 Dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2002-2012, ICD10 gruppe R, endring pr 1000 innbyggere 2002-2012, totalt for HSØ



Figur 32 Utvikling i døgnopphold pr 1000 innbyggere og gjennomsnittlig liggetid 2002-2012 for HSØ og Norge, ICD10 gruppe R

For denne pasientgruppen har antall liggedager blitt redusert, mens antall døgnopphold har økt betydelig de siste 10 årene. Det betyr mange og korte opphold, og det er en gruppe pasienter som i en stor grad kommer som øyeblikkelig hjelp med uspesifiserte mage- og brystmerter til akuttmttak og observasjonsheter.

For poliklinikk/dagbehandling er det i hovedsak elektiv virksomhet med utredninger som f.eks. endoskopier. Årsaken til denne økningen i alle typer aktiviteter for denne pasientgruppen kan relateres til økt forventningspress, krav om utredninger fra pasienter og lavere terskel for leger i primærhelsetjenesten til å henvise til utredninger i spesialisthelsetjenesten.

For denne pasientgruppen er det liten pasientstrøm mellom HF.

Endringer knyttet til demografi

Dersom aktiviteter fordelt på HF kun fremskrives demografisk vil det bli en økning på ca. 30 % for denne pasientgruppen. Det gir en økning på ca. 20 000 liggedager og ca. 40 000 dagopphold/polikliniske konsultasjoner.

Tabell 82 Aktivitet for pasientgruppe R00-R99, demografisk fremskrevet, HSØ

Effekt av demografisk fremskriving diagnosegruppe R Symptomer, tegn og kliniske funn, HSØ 2012-2030				
År	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Poliklinisk konsultasjoner
2012	39504	66123	5793	128876
2020	44467	74817	6425	146579
2025	47798	80463	6971	157405
2030	51124	86083	7596	167007
%-vis endring 2012-2030	29 %	30 %	31 %	30 %

Omstilling/ending

Dette er en pasientgruppe det er knyttet stor usikkerhet til dersom utviklingen over de siste årene knyttes til økt forventningspress. I tillegg til endringsfaktorene som beskrives her i pasientforløpsanalysen, vil drøftingen rundt befolkningens forventninger, etterspørselspress og bruk av ny teknologi komme som et tillegg og omtales under scenariene.

For dette pasientforløpet foreslås det følgende endringer ut over den demografiske utviklingen:

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Det forventes ingen endringer ut over effekten av befolkningsutviklingen	0
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Samhandlingsreformen – noe av pasientene i denne gruppen som vil være aktuelle for å ha deler av eller hele forløpet i kommunehelsetjenesten. Etablering av KAD. Noen utredninger kan gjennomføres i kommunehelsetjenesten forutsatt tilgang på kompetanse og utstyr.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: - 15 % Poliklinikk: -15 %
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Ytterligere omstilling til dag/poliklinikk. Det forutsetter organisering av øyeblikkelig hjelp poliklinikk, der man kan gjennomføre hurtige avklaringer og har god tilgang på diagnostikk. Noen pasienter vil ha behov for opphold i pasienthotell.	Døgnopphold: - 50 % Liggedager: - 50 %
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet. 70 % av innleggelsene har 0-2 liggedøgn, en del av disse vil kunne få behandling i en observasjonsenhet.	Døgnopphold: - 75 % Liggedager: - 75 %
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % per år.	Liggedager: - 8 %

6.1.9 Skader i hofte og lår, underekstremiteter

Diagnosegruppen utgjør 2,8 % av alle liggedøgn i HSØ. Årlig er det ca. 9 000 hoftebrudd i Norge.

Av døgnoppholdene er det brudd i lårhalsen, pertrokantære brudd og brudd i laterale malleol som dominerer, hvor over 90 % er øyeblikkelig hjelp. For poliklinikk er det forstuing av ankel, kontusjon av kne, ankel, hofte og brudd i laterale malleol og metatarsalben som dominerer.

Dette er en gruppe med høy alder og høy grad av komorbiditet og også en svært høy mortalitet. Det er derfor viktig at denne pasientgruppen får den oppmerksomhet som den fortjener, slik at antall per- og postoperative komplikasjoner reduseres til et minimum ³⁶

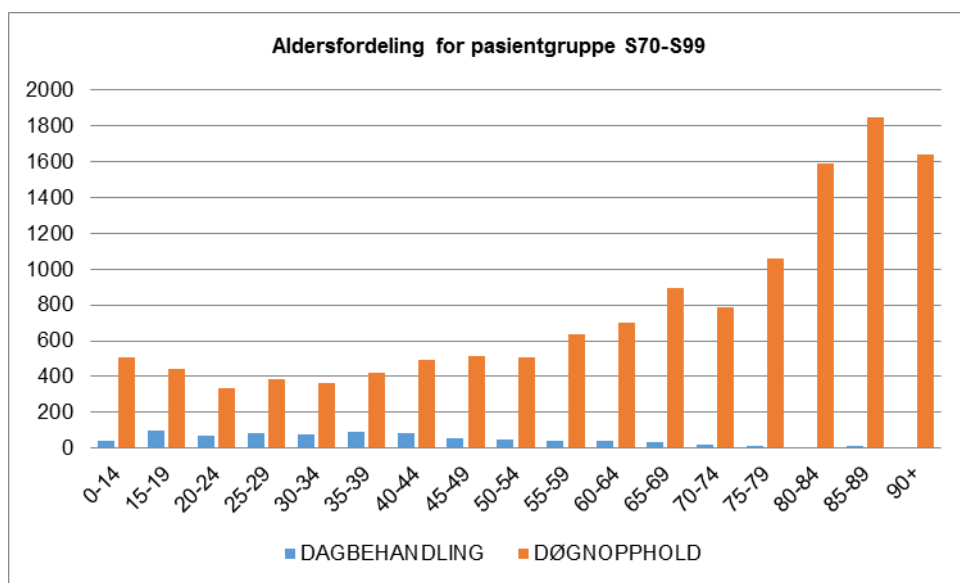
DRG 210, operasjoner i hofte/bekken, er den som forekommer hyppigst innenfor kirurgiske DRG'er.

³⁶ Nasjonalt Register for Leddproteser, Rapport 2013

Tabell 83 Hyppigste døgnopphold med Kirurgisk DRG HSØ 2012

DRG kode	Diagnose relatertgruppe	Antall
210	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år m/bk	2288
219	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år u/bk	1970
209D	Innsetting av hofteleddsprotese m/bk	1522
211	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år u/bk	1116
209E	Innsetting av hofteleddsprotese u/bk	660
231O	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur, dagkirurgisk behandling	426
218	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 år m/bk	385
227	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	379
227O	Bløtdelsoperasjoner ITAD, dagkirurgisk behandling	279
222	Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	243
222O	Annen operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	222
220	Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop 0-17 år	158
220O	Op på humerus & kne/legg/fot, dagkirurgisk behandling	152
222P	Større operasjon på kne eller legg, dagkirurgisk behandling	147
225	Operasjoner på ankel & fot	135
212	Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop 0-17 år	111
225O	Operasjoner på ankel og fot, dagkirurgisk behandling	61
443	Operasjoner etter skade ITAD u/bk	52

Figuren under viser aldersfordelingen. Den viser at det er et høyt antall pasienter i de høyeste aldersgrupper, og som i stor grad omfattes av pasienter med brudd i øvre ende av lårbenet. Andre brudd rammer i hovedsak de andre aldersgruppene, og vi ser at det er forekomst i alle aldersgrupper, og av figuren ser vi at disse i større omfang behandles ved dagopphold.


Figur 33 Aktivitet fordelt på alder

Forbruk av spesialisthelsetjenester i SO

For denne diagnosegruppen viser tabellen under at det er forskjell i forbruk av helsetjenester for befolkningen i HSØ.

Tabell 84 Forbruksrater for pasientgruppen skade i hofte og lår, underekstremiteter S70-S99

Sykehusområde 2012	Antall døgnopphold pr. 1000 innbyggere	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Antall dag/pol/avt.sp es. pr. 1000 innbyggere
Akershus SO	4,12	21,51	33,05
Innlandet SO	5,04	23,34	27,51
Oslo SO	4,64	24,43	33,85
Sørlandet SO	4,51	19,65	27,47
Telemark/ Vestfold SO	4,73	26,93	20,70
Vestre Viken SO	4,40	22,00	20,28
Østfold SO	5,20	26,05	18,35
Total HSØ	4,63	23,41	26,54

Som tabell 84 viser, har befolkningen i Østfold SO det høyeste forbruket i døgnopphold og det laveste for dag/poliklinikk/avtalespesialist. Ahus ligger motsatt med lavt forbruk på døgnopphold og liggedager, men høyt på dag/poliklinikk/avtalespesialist. Det kan bety at sykehusene som brukes av befolkningen i Ahus sykehusområde tilbyr mer dag- og poliklinisk behandling i stedet for innleggelse.

Telemark og Vestfold SO er høyest mht forbruk av liggedager og Oslo SO har det høyeste forbruket av dag/poliklinikk/avtalespesialist.

Dagens virksomhet i HF

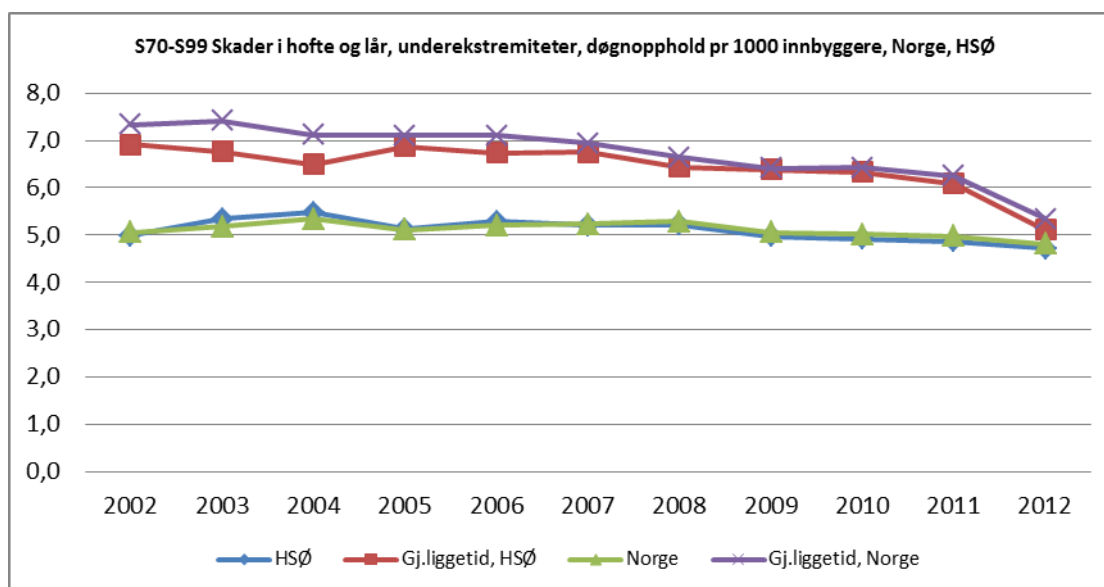
Dagens virksomhet samlet for HSØ for denne pasientgruppen er vist i tabellen under. Den viser at 73 % utgjør kirurgisk DRG og andel øyeblikkelig hjelp er 93 %. Den gjennomsnittlige liggetiden er 5 dager.

Tabell 85 Samlet aktivitet for ICD 10 gruppe S70-S99, totalt, HSØ 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ								
Pasientforløp	Antall døgnopphold 2012	Øhj døgnopphold 2012	% andel døgnopphold øhj	% andel døgnopphold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnitt lig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Skader i hofte og lår, underekstremiteter	13 121	12 238	93,3 %	72,7 %	66 015	5,03	809	70 636

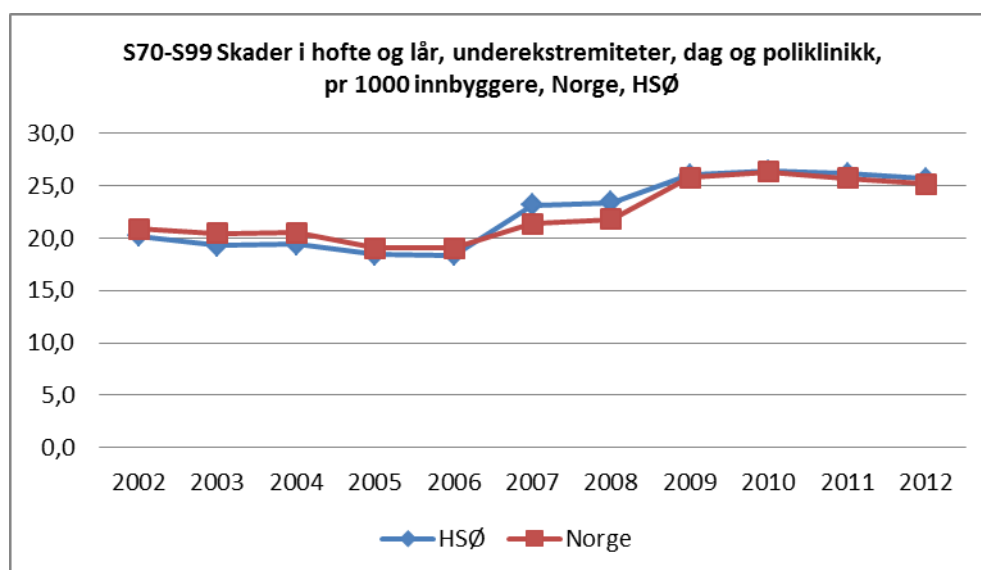
Ca. 40 % av døgnoppholdene hadde en gjennomsnittlig liggetid på 1,2 døgn. Det var i hovedsak kontusjonskader og brudd.

I perioden 2010 til 2012 er antall liggedager for denne pasientgruppen redusert med 20 %.



Figur 34 Utviklingstrender for diagnosegruppen S70-S99 i perioden 2002-2012, døgnetbehandling

Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner pr 1 000 innbygger har vært rimelig stabilt i tidsperioden 2009-2012.



Figur 35 Utviklingstrender for diagnosegruppen S70-S99,2002-2012, poliklinikk og dagbehandling

Aktivitet fordelt på HF

Tabell 86 Samlet aktivitet for pasientgruppen Skader i hofte og lår, underekstremiteter, HSØ i 2012, fordelt på HF

Aktivitetsdata pasientforløp S70-S99 i HSØ i 2012, fordelt på HF							
Helseforetak	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennom snittlig liggetid	Dagopphold	Polikl konsultasjoner
Sum	13121	93,3 %	72,7 %	66015	5,03	809	70636
Sykehuset Innlandet HF	2140	95,0 %	79,9 %	9410	4,4	167	10640
Vestre Viken HF	2046	93,0 %	76,1 %	9973	4,87	158	8501
Akershus universitetssykehus	1795	95,2 %	68,2 %	9594	5,34	8	12122
Sykehuset Østfold HF	1438	94,9 %	69,8 %	7070	4,92	88	2472
Oslo universitetssykehus HF	1380	89,1 %	62,5 %	9378	6,8	176	19561
Sørlandet sykehus HF	1326	94,3 %	77,6 %	5713	4,31	97	8007
Sykehuset i Vestfold HF	945	80,7 %	82,4 %	4871	5,15	41	4561
Sykehuset Telemark HF	904	97,2 %	73,8 %	5587	6,18	50	3078
Diakonhjemmet	859	97,3 %	80,2 %	4078	4,75	12	1532
Oslo kommunale legevakt	239	100,0 %	0,0 %	165	0,69	0	0
Lovisenberg	34	88,2 %	14,7 %	122	3,59	5	69
Martina Hansens hospital	14	7,1 %	92,9 %	47	3,36	7	82
Betanien hospital (Telemark)	1	100,0 %	0,0 %	7	7	0	1
Revmatismesykehuset	0			0		0	2
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	8

Tabellen viser at man for liggetid i sykehus har en differanse på 2,5 døgn. OUS og Telemark ligger høyest på over 6 døgn, og Sørlandet og Innlandet har ca. 4 døgn. Riksrevisjonens funn viste at sykehus med kort liggetid har en pasientbehandling med like god effekt som sykehus med lengre liggetid og at de sykehus som hadde korrigerende pasientforløp var mer effektive³⁷

Liggetid kan ha sammenheng med rehabiliteringsopphold i eget HF, i private rehabiliteringsinstitusjoner eller om man har overført rehabiliteringsoppgaver til kommunehelsetjenesten. Vi har ikke tilgjengelig informasjon spesifikt om denne pasientgruppen når det gjelder private rehabiliteringsinstitusjoner, men vi vil anta at HF med lang gjennomsnittlig liggetid kan ha den del av pasientforløpet som omfatter rehabilitering i egen institusjon. Tabell 88 kan styrke denne antakelsen ved at man ser at pasienter bosatt i Oslo SO og Telemark og Vestfold SO, som har et lavere forbruk av private rehabiliteringsinstitusjoner enn gjennomsnittet i HSØ. Dette gjelder alle pasientkategorier og det er derfor en usikkerhet i sammenligningen.

Sørlandet SO og Innlandet skiller seg fra de øvrige ved at de har hhv svært lavt og høyt forbruk. Sørlandet HF har egen rehabiliteringsinstitusjon, men har også kort liggetid. Her er det også uklart om pasientene kodes til to opphold i egen institusjon.

³⁷ Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014)

Tabell 87 Forbruk av private rehabiliteringsinstitusjoner for alle pasientkategorier i HSØ i 2012

Forbruk private rehabiliteringsinstitusjoner i 2012 for pasienter bosatt i HSØ, fordeling på sykehusområder						
Sykehusområde	Antall innb 2012	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Liggedager/1000 innb. 2012	Dag/pol 2012	Dag/pol/1000 innb 2012
Akershus SO	471661	2 276	50320	106,7	2 087	4,4
Innlandet SO	392917	3 234	72246	183,9	8 748	22,3
Oslo SO	508168	2 122	46368	91,2	2 781	5,5
Sørlandet SO	285819	1 085	21355	74,7	46	0,2
Telemark/Vestfold SO	391186	1 884	40164	102,7	182	0,5
Vestre Viken SO	457844	3 111	68667	150,0	2 088	4,6
Østfold SO	277664	1 480	32235	116,1	1 769	6,4
HSØ	2 785 259		331 355	119,0	17701	6,4

Endringer knyttet til demografi

Tabellen nedenfor viser en demografisk framskrivning (befolkningsutvikling) av dagens aktivitet for denne diagnosegruppen uten andre endringsfaktorer

Tabell 88 Fremskrevet aktivitet for samlet diagnosegruppe 2012-2030

Effekt av demografisk framskrivning for pasientgruppe Skader i hofte og lår, HSØ, 2012-2030				
År	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner
2012	13121	66015	809	70636
2020	14562	73388	888	78789
2025	15992	80531	927	83343
2030	17927	90183	952	87758
%-vis endring 2012-	36,6 %	36,6 %	17,7 %	24,2 %

Tabellen viser en demografisk framskrivning uten andre endringsfaktorer. I perioden 2012 til 2030 vil det medføre en økning i liggedager på ca. 36 %.

Omstilling/ending

En undersøkelse utført av forskningsnettverket NOREPOS- Norske Epidemiologiske Osteoporosestudier i perioden 1999-2008 viste at gjennomsnittsalderen for lårhalsbrudd var 81,8 år for kvinner og 78,8 for menn³⁸. Det var en nedgang på 13 % hos kvinner og 5 prosent hos menn i perioden 1999-2008³⁹. Studien viser at Finland og Danmark har den samme erfaringen fra. Årsaken til dette er ukjent, men en mulig forklaring kan være osteoporoseprofylakse, generell bedre helse, fokus på aktivitet og ernæring.

For hoftebruddpasienter anbefales det i nasjonale faglige retningslinjer operasjon innen 24 timer etter at bruddet har oppstått⁴⁰. Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet på 29 sykehus viste at 9 av 10 pasienter ble opererte innenfor 48 timer, og at mindre enn halvparten av pasientene blir operert innen denne fristen. Det bør tilstrebes skjermet øyeblikkelig hjelp forløp, slik at denne gruppen ikke konkurrerer med elektiv kirurgi, med operasjon innen 24 timer.

³⁸ Eur J Epidemiol (2012) 27:807-814

³⁹ Folkehelseinstituttet. <http://www.fhi.no/artikler/?id=100499>. Publisert 30.08.2012, oppdatert 23.11.2012

⁴⁰ Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014)

Rapporten anbefalte tverrfaglige korrigerede pasientforløp som inkluderer prehospital tjeneste. Pasientforløpet bør også inkludere en rehabiliteringsplan.

Riksrevisjonen viser til en beste praksis med gjennomsnittlig liggetid på 4 døgn for hoftebrudd pasientene. Videre viser brukerundersøkelsen at ca. halvparten av pasientene hadde et opphold på en opptreningsinstitusjon i etterkant. Ved St. Olavs Hospital benyttet hver fjerde pasient seg av dette og målet for 2013 var at 90 % av hoftepasientene skulle skrives ut til eget hjem og rehabiliteres der.

Når det gjelder rehabilitering har trenden har vært å få pasientene raskt ut fra sykehus til rehabilitering hjemme, i kommunale institusjoner eller i private rehabiliteringsinstitusjoner. Noen kommuner kan ha noen kapasitetsproblemer, men det er sjelden. St. Olavs Hospital mener at de fleste bør utskrives til hjemmet, og få oppfølging av kommunalt tverrfaglig team. Dersom de av medisinske eller sosiale årsaker ikke kan skrives ut til hjemmet, vil sykehjem, rehabiliteringsinstitusjon evt regionale (kommunale) helsesenter være et alternativ.

En undersøkelse (NORPEOS) av data fra alle sykehus i Norge som behandlet hoftebrudd i perioden 1999 til 2008 viste at syv av ti pasienter var kvinner og at risiko for nytt hoftebrudd var dobbelt så stort hos kvinner som har hatt brudd tidligere. Hos menn økte risikoen 5 ganger⁴¹

Forventet levealder spiller en viktig rolle. Siden forventet levealder øker og størrelsen på aldersgruppa over 70 år øker, er det grunn til å tro at hoftebrudd vil fortsette å være et stort folkehelseproblem. I årene framover bør det fokuseres *både* på forebygging og behandling av hoftebrudd. Det etterlyses i fagmiljøene en ny handlingsplan for forebygging og behandling av slike brudd. Den forrige gikk ut i 2008.

<http://www.fhi.no/artikler/?id=100499>

Faktorer som kan innvirke på aktiviteten i spesialisthelsetjenesten:

Forebygging av osteoporose, en doktorgradsavhandling ved Folkehelseinstituttet viser for eksempel at bare 17 prosent av kvinnene og 5 prosent av mennene som har hatt et hoftebrudd, fikk behandling med legemidler etterpå (Devold 2012). Det er viktig å identifisere risikogrupper og intervenere.

Økt kunnskap i befolkningen om risiko og forebygging kan påvirke sykdoms- og skadeforekomst. Rus og kosthold kan påvirke men vil heller ikke gi store utslag.

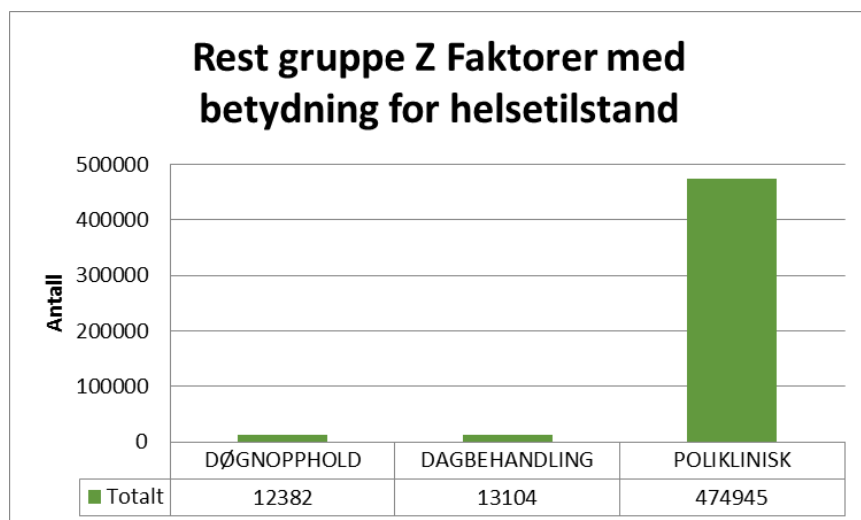
Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Det forventes ingen endringer ut over effekten av befolkningsutviklingen	0
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Korrigerede pasientforløp som Rehabilitering i kommunen/hjemme. Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner ved at pasientene får tilbud i kommunene, evt. i samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommune.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: - 10 % Alternativt: Reduksjon i forbruk for SO der forbruket er høyest til

⁴¹ <http://www.fhi.no/artikler/?id=100499> Tone Omstand, Folkehelseinstituttet/Universitet i Bergen.

		et gjennomsnitt
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner	Pasienter som ikke kan opereres pga hevelse (må vente i 3 dg) venter hjemme og opereres som dagkirugi.	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk: + 5 %
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet.	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: 5% Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: 0
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Operasjon for øhj innen 24 timer. Korrigerte tverrfaglige pasientforløp. Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling	Liggedager: - 10 %

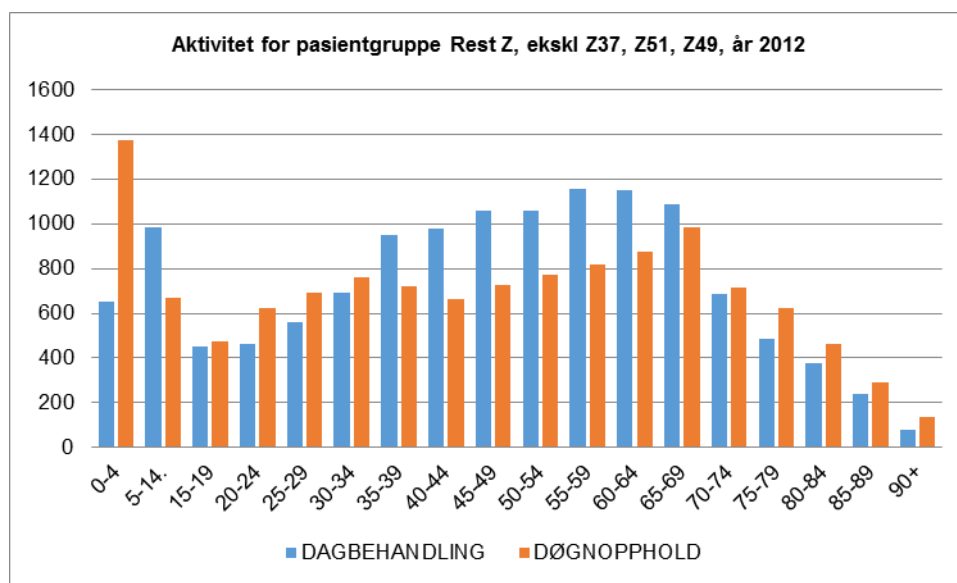
6.1.10 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten

Dette er en pasientgruppe der vi har ekskludert fødsler, dialyse, stråleterapi og kjemoterapi, slik at "restgruppe Z" består av mindre spesifikke diagnoserettede opphold og konsultasjoner. Denne pasientgruppen er sammensatt og består av pasienter som kommer til spesialisthelsetjenesten med symptomer og blir innlagt til observasjon, men hovedandelen av pasientene i denne gruppen kommer til polikliniske konsultasjoner.



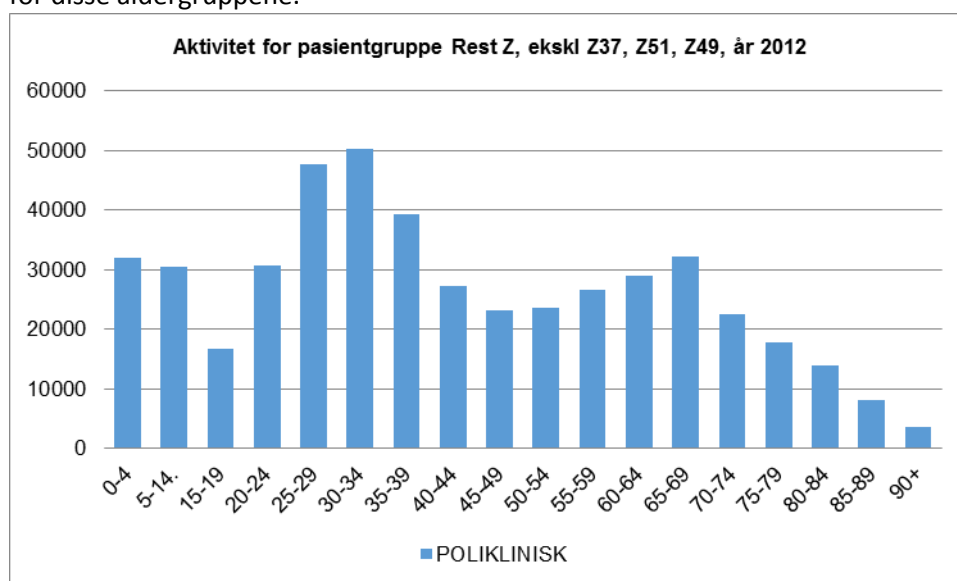
Figur 36 Fordeling av aktivitet mellom døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner for rest gruppe Z Faktorer med betydning for helsetilstand, HSØ 2012

Pasienter i denne gruppen som kommer til dag- og døgnopphold er jevnt fordelt i aldersmessig.



Figur 37 Aldersfordeling for døgntilrettelagt og dagbehandling, Rest Z, ekskl Z37, Z51, Z49, år 2012

For polikliniske konsultasjoner er det aldersgruppen 25-39 år som har flest konsultasjoner i poliklinikken. I disse tallene ligger det også en del svangerskapskontroller, som kan være årsaken til aktivitetsfordelingen for disse aldersgruppene.



Figur 38 Aldersfordeling for poliklinikk, Rest Z, ekskl Z37, Z51, Z49, år 2012

Tabell 89 De 10 hyppigste diagnosegruppene for pasientgruppen Rest Z, ekskl Z37, Z51, Z49, 2012

"10 på topp" ICD10 hoveddiagnose for døgnopphold		
Kode	Hoveddiagnose	Antall
Sum alle diagnoser		12382
Z03	Observasjon ved mistanke om forstyrrelse i nervesystemet	1393
Z03	Observasjon ved mistanke om annen spes. sykdom og tilstand	803
Z04	Undersøkelse og observasjon etter transportulykke	699
Z03	Observasjon ved mistanke om andre hjerte-karsykdommer	510
Z38	Enkeltfødsel på sykehus	488
Z03	Observasjon ved mistanke om uspes. sykdom eller tilstand	426
Z95	Status med angioplastisk koronarimplantat og -transplantat	424
Z95	Status med aortakoronart bypasstransplantat	328
Z53	Tiltak ikke utført av andre spesifiserte årsaker	326
Z48	Kont. med h.tj. for annen spes. etterbeh. etter operasjon	309
"10 på topp" ICD10 hoveddiagnose for dagbehandling og poliklinikk		
Kode	Hoveddiagnose	Antall
Sum alle diagnoser		488049
Z09	Etterundersøkelse etter behandling av brudd	51378
Z09	Etterundersøkelse etter kir. behandling for andre tilstander	37624
Z08	Etterundersøkelse etter kir. behandling for ondartet svulst	21349
Z09	Etterundersøkelse etter annen spes. behand. for andre tilstander	20005
Z20	Kontakt med og eksposisjon for seksuelt overførbart infeksjonsmiddel	18655
Z03	Observasjon ved mistanke om annen spes. sykdom og tilstand	17962
Z34	Kontroll av normalt sv.sk., uspes. om 1. eller senere sv.sk.	16858
Z94	Status etter transplantert nyre	15937
Z03	Observasjon ved mistanke om forstyrrelse i nervesystemet	14630
Z00	Generell helseundersøkelse	12988

Tabell 89 viser hoveddiagnosene for døgnopphold og for dag- og polikliniske konsultasjoner, mens tabell 90 og 91 viser de hyppigst prosedyrekodene for denne pasientgruppen. De medisinske prosedyrene er i hovedsak hjerte/lunge undersøkelser samt nevrologiske undersøkelser, men også vaksinasjoner, bentetthetsmålinger og ultralydundersøkelser.

Tabell 90 Hyppigste medisinske prosedyrer for øyeblikkelig hjelp og elektive pasienter for restgruppe Z, alle oppholdstyper, HSØ 2012

Hyppigste prosedyrer for pasienter, ø.hjelp., med medisinsk DRG		
Prosedyre kode	Prosedyre navn (hyppigste)	Antall
AAFE00	Standard elektroencefalografi (EEG)	218
FPE50	Arbeids-EKG	210
MADE10	Abdominal ultralydundersøkelse av gravid livmor	115
FPE30	Langtids EKG med hendelsesregistrering	101
PYDE05	Fullstendig ultralydundersøkelse av halskar	97
FPE15	Holter-EKG	69
MAFX00	Kardiotokografi	69
WBG00	Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel	68
LXDE05	Ultralydundersøkelse med vaginal probe	55
DFX87	Registrering av otoakustiske emisjoner	45
WBG15	Peroral administrasjon av legemiddel	41
REG00	Transfusjon av allogene erythrocytter	31
FYDB12	Koronar angiografi ved venstre hjertekateterisering	30
WAGX09	Vaksinasjoner INA	28
GFX20	Transkutan noninvasiv monitorering av pO2 og pCO2	23
FYDB11	Angiokardiografi ved venstre hjertekateterisering	22
GDFC00	Spirometri	20
KAGD40	Hemodialyse, kronisk	20
FPGT05	Kontroll, omprogrammering av to-kammer pacemaker/defibrillator	16
WBG10	Subkutan injeksjon av legemiddel	16
MADE00	Vaginal ultralydundersøkelse av livmorhals	14
WLXG30	Isolasjon	14
ACFE05	Sensorisk nevrografi med overflateelektrode	13
WDAG09	Generell anestesi INA	13

Hyppigste prosedyrer for pasienter elektive, med medisinsk DRG		
Prosedyre kode	Prosedyre navn (hyppigste)	Antall
FYDB12	Koronar angiografi ved venstre hjertekateterisering	282
NXF05	Bentetthetsmåling	244
WBG00	Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel	221
AAAA00	EEG overvåking med ekstrakranielle elektroder	220
KAGD40	Hemodialyse, kronisk	207
WDAG09	Generell anestesi INA	165
AAFE05	Søvndepriert EEG	137
KCDE41	Ekstern ultralydundersøkelse av blære	128
AAFE00	Standard elektroencefalografi (EEG)	125
AAFE10	EEG langtidsregistrering	108
FYDB11	Angiokardiografi ved venstre hjertekateterisering	105
GDFC00	Spirometri	92
WNDA00	-	66
MADE10	Abdominal ultralydundersøkelse av gravid livmor	56
AAFX10	Polysomnografi (PSG) med respiratoriske parametre	44
A0093	-	42
KAFX00	Glomerulær filtrasjonsrate ved lohoxolmåling	38
WMBF00	-	36
FPE50	Arbeids-EKG	34
WMBE00	-	33
WGFX45	Provokasjonstest med legemiddel	29
AAFX00	Polygrafisk monitorering av respiratoriske parametre (polygrafi)	27
JAGD30	Kronisk peritonealdialyse	27
LXDE05	Ultralydundersøkelse med vaginal probe	26

For kirurgiske prosedyrer er det en stor andel ortopedi med fjerning av osteosyntesemateriale etter operasjoner og fjerning av fremmedlegemer, rekonstruksjoner etter skader og sterilisering.

Tabell 91 Hyppigste kirurgiske prosedyrer for øyeblikkelig hjelp og elektive pasienter for restgruppe Z, alle oppholdstyper, HSØ 2012

Hyppigste prosedyrer for pasienter, ø.hjelp., med kirurgisk DRG		
Prosedyre kode	Prosedyre navn (hyppigste)	Antall
NDU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra håndledd eller hånd	128
NDU99	Fjerning av annet implantat fra håndledd eller hånd	126
LCA20	Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	60
LFB20	Destruksjon av lesjon i vulva eller perineum	56
KGD10	Destruksjon av lesjon i penis	31
HAE99	Annen rekonstruksjon av mamma	29
NHU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra ankel eller fot	25
HAE20	Rekonstruksjon av areola og brystvorte med transplantat eller lapp	23
JHA30	Termisk behandling av lesjon i analkanalen eller perianalt	21
NCU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra albue eller underarm	19
DOE00	Innlegging av taleprotese etter laryngektomi	16
NDL41	Sutur eller reinsering av ekstensorene i håndledd eller hånd	16
HAE00	Rekonstruksjon av mamma med protese	12
JAH01	Laparoskopi	12
NBU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra skulder eller overarm	12
MCA10	Keisersnitt på nedre uterinsegment	11
NFU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra femur	10

Hyppigste prosedyrer for pasienter, elektiv., med kirurgisk DRG		
Prosedyre kode	Prosedyre navn (hyppigste)	Antall
NHU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra ankel eller fot	1509
NDU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra håndledd eller hånd	1086
KFD46	Bilateral vaskotomi eller ligatur av ductus deferens	939
NCU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra albue eller underarm	751
LCA20	Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	741
LGA11	Laparoskopisk sterilisasjon ved destruksjon eller deling av tubene	379
NGU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra kne eller legg	316
CJE20	Fakoemulsifikasjon med implantasjon av kunstig linse i bakre kamr	265
NBU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra skulder eller overarm	264
HAE20	Rekonstruksjon av areola og brystvorte med transplantat eller lapp	247
NFU49	Fjerning av osteosyntesemateriale fra femur	247
HAE00	Rekonstruksjon av mamma med protese	193
HAE10	Rekonstruksjon av mamma med transplantat eller lapp	151
HAD30	Reduksjonsmammoplastikk med transposisjon av areola	150
LAF11	Laparoskopisk bilateral salpingo-ooforektomi	140
JFG00	Lukking av bøyleenterostomi uten reseksjon	137
LCH00	Vakuumaspirasjon av graviditetsprodukter i uterus	127

Denne diagnosegruppen utgjør 2,7 % av alle døgnopphold i HSØ. 60 % av døgnoppholdene er øyeblikkelig hjelp og 11 % er kirurgisk DRG, gjennomsnittlig liggetid er 2,6 døgn. Det er nesten 475 000 polikliniske konsultasjoner for denne gruppen.

Tabell 92 Total aktivitet for pasientgruppen Rest Z, ekskl. Z37, Z51, Z49, 2012

Aktivitetsdata pasientforløp samlet for HSØ, 2012								
Pasientforløp	Antall døgnoophold 2012	Øhj døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsevesensten	12 382	7 473	60,4 %	11,3 %	32 220	2,6	13 104	474 945

Tabell 93 viser fordeling av aktiviteten på helseforetak og private ideelle sykehus.

Tabell 93 Total aktivitet for pasientgruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden og kontakt med helsevesenet, Rest Z ekskl. Z37, Z51, Z49, fordelt på HF

Totalt aktivitet for Pasientgruppe Rest Z faktorer som har betydning for helsetilstanden og kontakt med helsevesenet, HSØ i 2012, fordeling på HF							
Helseforetak	Antall døgnoophold 2012	% andel døgnoophold øhj	% andel døgnoophold kir DRG	Liggedager	Gjennomsnittlig liggetid	Dagopphold	Polikli konsultasjoner
Sum	12382	60,4 %	11,3 %	32220	2,6	13104	474945
Oslo universitetssykehus HF	3447	29,4 %	17,6 %	11626	3,37	4998	156546
Akershus universitetssykehus HF	1760	84,5 %	4,9 %	4326	2,46	363	40204
Sykehuset Østfold HF	1638	78,0 %	7,3 %	2308	1,41	978	51737
Sykehuset Innlandet HF	1243	72,9 %	6,2 %	3192	2,57	719	50629
Sykehuset i Vestfold HF	1223	66,2 %	9,0 %	3138	2,57	683	26588
Vestre Viken HF	1083	64,2 %	10,1 %	3174	2,93	3227	56570
Sørlandet sykehus HF	835	69,5 %	14,9 %	1875	2,25	1286	38786
Sykehuset Telemark HF	811	64,1 %	17,0 %	1937	2,39	661	40451
Lovisenberg	176	36,4 %	6,3 %	290	1,65	152	3933
Diakonhjemmet	92	76,1 %	18,5 %	288	3,13	24	4816
Oslo kommunale legevakt	48	100,0 %	0,0 %	29	0,6	0	0
Martina Hansens hospital	14	14,3 %	0,0 %	14	1	3	1432
Betanien hospital (Telemark)	9	0,0 %	0,0 %	10	1,11	10	2515
Revmatimesykehuset	3	0,0 %	0,0 %	13	4,33	0	714
Sunnaas sykehus HF	0			0		0	24

Det er også forskjeller i forbruket mellom sykehusområdene for denne pasientgruppen.

Tabell 94 Forbruksrater for pasientgruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden og kontakt med helsevesenet, Rest Z ekskl. Z37, Z51, Z49 fordelt på SO

Sykehusområde 2012	Antall døgnoophold pr. 1000 innbyggere	Antall liggedager pr. 1000 innbyggere	Antall dag/poll/avt.s pes. pr. 1000 innbyggere
Akershus SO	4,71	12,18	200,23
Innlandet SO	4,07	10,91	192,74
Oslo SO	2,71	8,50	262,37
Sørlandet SO	3,59	9,29	204,95
Telemark/ Vestfold SO	5,82	14,90	238,88
Vestre Viken SO	3,43	9,89	213,61
Østfold SO	6,36	10,30	256,04
Total HSØ	4,25	10,85	224,19

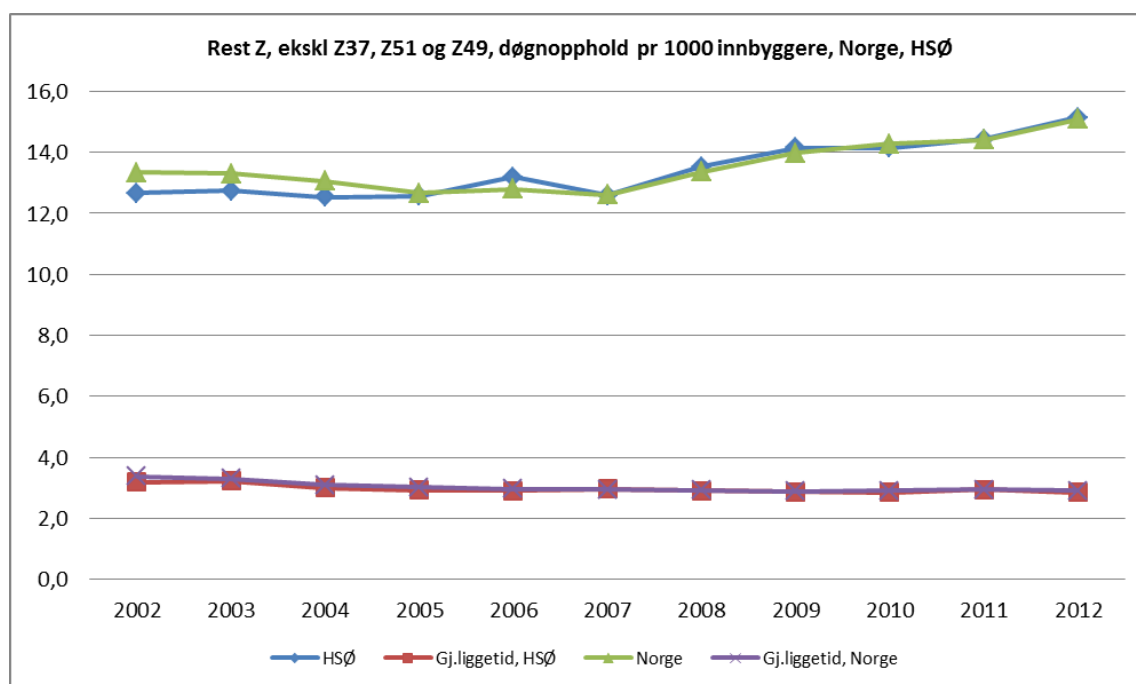
Tabell 94 viser at det er pasienter fra Telemark og Vestfold SO og Ahus SO som har høyest antall liggedager for denne gruppen, mens forbruk av poliklinikk/dag/private avtalespesialister er høyest hos befolkningen fra Oslo SO og Østfold SO. Østfold SO har også høyt forbruk for døgnoophold.

70 % av alle døgnopphold er registrert med 0-2 liggedager. Det finnes også variasjoner i andeler mellom HF'ene for denne pasientgruppe både for øyeblikkelig hjelp og elektiv virksomhet.

Tabell 95 Liggedager (0-2) for pasientgruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden og kontakt med helsevesenet, Rest Z ekskl Z37, Z51, Z49 fordelt på HF

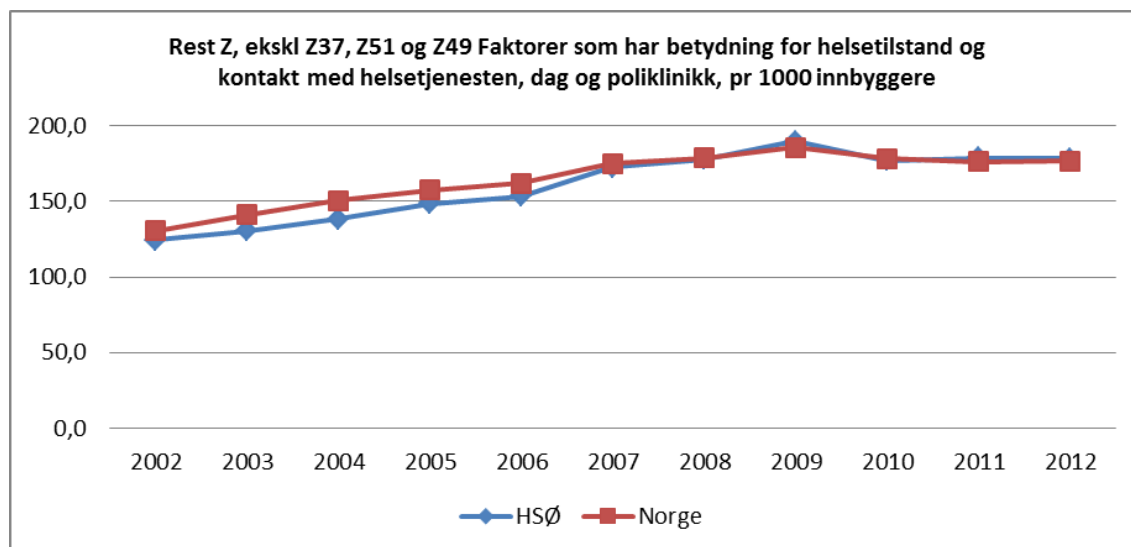
Helseforetak	Antall alle døgnbehandlinger	Alle døgnbehandlinger, med 0-2 liggedager		Ø.hjelp døgnbehandlinger, med 0-2 liggedager		Elektive døgnbehandlinger, med 0-2 liggedager	
		Antall døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	% vis andel av alle døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	Antall døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	% vis andel av alle døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	Antall døgnbehandlinger med 0-2 liggedager	% vis andel av alle døgnbehandlinger med 0-2 liggedager
SUM	12382	8696	70 %	5359	43 %	3337	27 %
Oslo universitetssykehus HF	3447	2270	66 %	786	23 %	1484	43 %
Sykehuset Østfold HF	1638	1384	84 %	1074	66 %	310	19 %
Akershus universitetssykehus HF	1760	1233	70 %	1034	59 %	199	11 %
Sykehuset i Vestfold HF	1223	909	74 %	631	52 %	278	23 %
Sykehuset Innlandet HF	1243	775	62 %	525	42 %	250	20 %
Vestre Viken HF	1083	632	58 %	355	33 %	277	26 %
Sykehuset Telemark HF	811	624	77 %	407	50 %	217	27 %
Sørlandet sykehus HF	835	606	73 %	413	49 %	193	23 %
Lovisenberg	176	137	78 %	37	21 %	100	57 %
Diakonhjemmet	92	59	64 %	48	52 %	11	12 %
Oslo kommunale legevakt	48	47	98 %	47	98 %	0	0 %
Martina Hansens hospital	14	13	93 %	0	0 %	11	79 %
Betanien hospital (Telemark)	9	7	78 %	0	0 %	7	78 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	0	0	0 %	0	0 %	0	0 %

I perioden 2010 til 2012 har det vært en økning i antall liggedager på 31 % samlet for HSØ og døgnoppholdene er økt tilsvarende med ca. 30 %.



Figur 39 Utviklingstrender for diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, ekskl. Z37, Z51 og Z49, døgnbehandling

Det har vært økning av dagbehandling og poliklinikk for denne pasientgruppe i tidsperiode 2002-2012, men siden 2009 har situasjonen vært stabil. Totalt har det fra 2002 til 2012 vært en økning på 60 %, eller 310 000 til 497 000 konsultasjoner og dagopphold pr år for denne gruppen.



Figur 40 Utviklingstrender for diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, ekskl Z37, Z51 og Z49, dag og poliklinikk, 2002-2012

For denne gruppen er den største økningen i døgnopphold i Telemark sykehusområde. Akershus sykehusområde har neste største økning. Antall polikliniske konsultasjoner har økt i alle sykehusområder med unntak av Vestre Viken og Sørlandet sykehusområde. Den største økningen har vært i Oslo sykehusområde.

Det er Oslo universitetssykehus HF som får størst pasienttilstrømming innenfor denne pasientgruppe.

Tabell 96 Pasientstrøm til Oslo universitetssykehus HF, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, ekskl Z37, Z51 og Z49, år 2012

Pasientstrøm, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, ekskl Z37, Z51 og Z49, år 2012					
Oslo universitetssykehus HF	Døgnopphold	Øhj døgnopphold	Dagopphold	Poliklinisk konsult.	Øhj polikl. konsult
SUM	3447	1013	4998	156546	77212
Oslo SO	1006	494	931	96262	49525
Akershus SO	502	141	690	24225	12234
Vestre Viken SO	396	83	627	12774	4625
Telemark SO	326	51	390	4070	1651
Innlandet SO	303	73	413	5338	2116
Østfold SO	176	42	266	4622	1630
Sørlandet SO	157	28	286	2079	1037
Andre SO	581	101	1395	7176	4394

Oslo universitetssykehus HF produserer mange fler døgnopphold, dagopphold og poliklinikk enn det er behov for deres opptaksområde. (differanse mellom aktivitet i Oslo universitetssykehus HF og Oslo sykehusområde)

Tabell 97 Pasientstrøm fra Oslo sykehusområde, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, eksl Z37, Z51 og Z49, år 2012

Oslo SO	Døgnopphold	Dagopphold	Poliklinisk konsult.
Helseforetak, SUM	1379	1206	107408
Oslo universitetssykehus HF	1006	931	96262
Lovisenberg	107	86	2531
Diakonhjemmet	81	20	3840
Akershus universitetssykehus HF	47	12	2109
Oslo kommunale legevakt	39	0	0
Sykehuset Østfold HF	23	0	168
Sykehuset Telemark HF	14	11	151
Sykehuset i Vestfold HF	13	0	135
Sykehuset Innlandet HF	12	0	228
Vestre Viken HF	0	131	1146
Martina Hansens hospital	0	0	59
Sørlandet sykehus HF	0	0	63
Andre HF	37	15	716

Akershus universitetssykehus HF har en produksjon av tjenester som er mindre enn behovet for Akershus sykehusområde:

Tabell 98 Pasientstrøm til Akershus universitetssykehus HF, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, eksl Z37, Z51 og Z49, 2012

Pasientstrøm, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, eksl Z37, Z51 og Z49, år 2012					
Akershus universitetssykehus HF	Døgnopphold	Øhj døgnopphold	Dagopphold	Poliklinisk konsult.	Øhj polikl. konsult
SUM	1760	1487	363	40204	1915
Akershus SO	1565	1317	339	35849	1672
Innlandet SO	63	59	6	1455	63
Oslo SO	47	35	12	2109	95
Ukjent	18	18	0	34	20
Østfold SO	15	11	2	357	23
Vestre Viken SO	14	11	3	220	15
Telemark SO	9	8	0	45	-
Sørlandet SO	7	6	0	27	-
Andre SO	22	22	-	108	20

Tabell 99 Pasientstrøm fra Akershus sykehusområde, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, eksl Z37, Z51 og Z49, 2012

Akershus SO	Døgnopphold	Dagopphold	Poliklinisk konsult.
Helseforetak, SUM	2223	1360	63936
Akershus universitetssykehus HF	1565	339	35849
Oslo universitetssykehus HF	502	690	24225
Private sykehus			
Sykehuset Østfold HF		12	
Sykehuset Innlandet HF		9	
Lovisenberg		42	
Martina Hansens hospital			
Sykehuset i Vestfold HF		-	
Vestre Viken HF		190	
Sykehuset Telemark HF		30	
Diakonhjemmet			
Andre HF	156	44	3862

Vestre Viken HF produserer færre tjenester enn det er behovet viser for Vestre Viken sykehusområde. Andre HF'ene behandler hovedsakelig pasienter fra eget opptaksområde.

Tabell 100 Pasientstrøm til Vestre Viken HF, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, ekskl Z37, Z51 og Z49, 2012

Vestre Viken HF	Døgnopphold	% andel døgnopphold	Dagopphold	% andel dagopphold	Poliklinisk konsult.	% andel polik.kons.
SUM	1083	100 %	3227	100 %	56570	100,0 %
Vestre Viken SO	1014	94 %	2427	75 %	53194	94,0 %
Innlandet SO	15	1 %	183	6 %	735	1,3 %
Telemark SO	12	1 %	35	1 %	603	1,1 %
Oslo SO	11	1 %	131	4 %	1146	2,0 %
Akershus SO	8	1 %	190	6 %	418	0,7 %
Østfold SO	-	-	240	7 %	187	0,3 %
andre SO	19	2 %	21	1 %	260	0,5 %

Tabell 101 Pasientstrøm fra Vestre Viken sykehusområde, diagnosegruppen Faktorer som har betydning for helsetilstanden, Rest Z, ekskl Z37, Z51 og Z49, 2012

Vestre Viken SO	Døgnopphold	% andel døgnopphold	Dagopphold	% andel dagopphold	Poliklinisk konsult.	% andel polik.kons.
Helseforetak, SUM	1570	100,0 %	3230	100 %	69429	100,0 %
Vestre Viken HF	1014	64,6 %	2427	75 %	53194	76,6 %
Oslo universitetssykehus HF	396	25,2 %	627	19 %	12774	18,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	28	1,8 %	42	1 %	532	0,8 %
Sykehuset Telemark HF	27	1,7 %	37	1 %	395	0,6 %
Private sykehus	18	1,1 %	-	0 %	-	0,0 %
Lovisenberg	15	1,0 %	7	0 %	258	0,4 %
Akershus universitetssykehus HF	14	0,9 %	-	-	220	0,3 %
Sykehuset Østfold HF	14	0,9 %	-	-	58	0,1 %
Sykehuset Innlandet HF	10	0,6 %	-	-	241	0,3 %
Andre HF	34	2,2 %	80	2 %	1757	2,5 %

Endringer knyttet til demografi

Tabell 102 Demografisk framskriving uten andre endringsfaktorer

Effekt av demografisk framskriving på pasientgruppen Rest Z Faktorer med betydning for helsetilstanden. HSØ 2012-2030				
År	Antall døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Poliklinisk konsultasjoner
2012	12382	32220	13104	474945
2020	14166	36838	14771	538668
2025	15140	39349	15734	571661
2030	15886	41220	16533	595501
%-vis endring 2012-	28,3 %	27,9 %	26,2 %	25,4 %

Dersom man kun legger til effekt av befolkningsutvikling og ingen endringsfaktorer, øker liggedager for denne gruppen med 27,9 % fram mot 2030 for hele HSØ.

Omstilling/ending

For dette pasientforløpet foreslås det følgende endringer ut over den demografiske utviklingen:

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren	Prosentvis endring
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Det forventes ingen endringer ut over effekten av befolkningsutviklingen	0
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Reduksjon i liggetid og døgnopphold for en del eldre pasienter. Samhandlingsreformen – noe av pasientene i denne gruppen som vil være aktuelle for å ha deler av eller hele forløpet i kommunehelsetjenesten. Etablering av KAD gjør det mulig.	Døgnopphold: - 20 % Liggedager: - 20 % Dagopphold: - 5 % Poliklinikk: - 5 %
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Ytterligere omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Døgnopphold: - 5 % Liggedager: - 5 % Dagopphold: 0 Poliklinikk:
Endring i oppholdsmåter; til observasjonsenhet og til pasienthotell	Pasienter som har kort liggetid og er innlagt som øhj kan være innlagt i observasjonsenhet. 70 % av innleggelsene har 0-2 liggedøgn, en del av disse vil kunne få behandling i en observasjonsenhet.	Døgnopphold: - 20 % Liggedager: - 20 % Dagopphold: 0 Poliklinikk:
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Generell reduksjon i ventetider for diagnostikk og behandling, ca. 0,5 % per år.	Liggedager: - 8 %

6.2 Restgruppene pasientforløp for somatikk HSØ

I tillegg til de 20 pasientforløpsgrupper for somatikk og PHV/TSB er det gjennomført analyser for "restgruppene". Disse er utført av SINTEF med referanser til strategiske planer, handlingsplaner, forskningsmateriale og planer i nye sykehusprosjekter. De er ikke behandlet av arbeidsgruppen.

Pasientforløpene er listet under. I det følgende kapittelet beskrives det summarisk dagens aktivitet, demografisk fremskriving og endring for 2012 til 2030 for disse gruppene.

Tabell 103 Oversikt ovenfor diagnoser som inngår i "restgruppen"

21 pasientforløp- "restgruppe", inndeling i diagnosegrupper	
ICD10 kode	Diagnosegruppe
A00-B99	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer
D00-D48	Godartede svulster, in situ svulster
D50-D89	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet
F00-F99	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
G00-G99. Ekskl G45.9	Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA
H00-H59	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser
H60-H95	Sykdommer i øre og ørebensknute
Rest J	Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni
K00-K93	Sykdommer i fordøyelsessystemet
L00-L99	Sykdommer i hud og underhud
M00-M14	Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer
N20-N51	Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer
N60-N99	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer
O00-O99, Z37	Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel
P00-P96	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden
Q00-Q99	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik
S00-S09	Hodeskader (commotio mm)
S10-S69	Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/underekstr)
T40-T65	Intox
Rest S T	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker
Z50	Rehabilitering

6.2.1 Dagens virksomhet og demografisk fremskriving

Tabellen under er en oversikt over aktivitetsdata for "restgruppene". Disse data er på samme måte som de øvrige pasientforløpene fremskrevet med en effekt av befolkningsutviklingen (SSB's alternativ MMMM).

Tabell 104 Aktivitetsdata for "restgruppene" med demografisk fremskriving (uten omstillingen) for perioden 2012-2030

Pasientforløp	Døgnopphold 2012	Liggedager 2012	Dagopphold + poliklinikk 2012	Døgnopphold 2030	Liggedager 2030	Dagopphold + poliklinikk 2030	Prosentvis endring døgnopphold 2012-2030	Prosentvis endring liggedager 2012-2030	Prosentvis endring dag og poliklinikk 2012-2030
Godartede svulster, in situ svulster	8085	30022	62642	10775	40095	82150	33,3 %	33,6 %	31,1 %
Hodeskader (commotio mm)	7772	15963	23905	9893	20605	29865	27,3 %	29,1 %	24,9 %
Infeksjoner og inflammatoriske leddsykdommer	3676	15068	49319	4885	20219	64601	32,9 %	34,2 %	31,0 %
Intox	3491	4387	607	4201	5312	741	20,3 %	21,1 %	22,1 %
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	4225	20349	37712	5077	24435	45314	20,2 %	20,1 %	20,2 %
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	6788	18701	26349	8630	23655	32737	27,1 %	26,5 %	24,2 %
Rehabilitering	7151	91596	76557	8891	114286	96446	24,3 %	24,8 %	26,0 %
Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofter/lår/underkstr)	14069	39160	111281	18137	50594	138756	28,9 %	29,2 %	24,7 %
Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	12896	67286	44043	17140	90185	55992	33,3 %	34,0 %	27,1 %
Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	40671	128038	86315	48525	152874	103231	19,3 %	19,4 %	19,6 %
Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	4187	13692	17967	5777	18814	23276	38,0 %	37,4 %	29,5 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	33793	137108	116697	44754	181889	146935	32,4 %	32,7 %	25,9 %
Sykdommer i hud og underhud	4243	21687	72694	5472	28003	92346	29,0 %	29,1 %	27,0 %
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	5544	10969	60319	6737	13327	73095	21,5 %	21,5 %	21,2 %
Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	18803	67390	109148	23865	85004	137771	26,9 %	26,1 %	26,2 %
Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	11748	34745	59903	16315	48254	78906	38,9 %	38,9 %	31,1 %
Sykdommer i øre og ørebensknute	2217	4433	81179	2843	5704	110315	28,2 %	28,7 %	35,9 %
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	2794	7485	136644	3819	10261	153407	38,7 %	37,1 %	41,5 %
Sykdommer i åndedrettsystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	24728	108431	43456	34162	150087	82673	38,2 %	38,4 %	21,2 %
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	13964	78252	29476	18792	105411	36378	34,4 %	34,7 %	23,4 %
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2878	38921	4139	3502	47406	5023	21,7 %	21,2 %	21,4 %
Sum alle 21 pasientforløp	233703	953683	3013697	302192	1236420	3925124	29,3 %	29,6 %	30,2 %

Det er forventet størst effekt av befolkningsutviklingen på grupper som er preget av et høyt antall eldre, slik som øyesykdommer, infeksjon/pneumoni, blodsykdommer og pasienter med sykdommer i urinveier/mannlige kjønnsorganer.

Kort beskrivelse av hver gruppe med omstilling/endring, utvikling

Det benyttes den samme metode som for de øvrige gruppene også når det gjelder analyser av endringspotensialer og vurdering av prosentvis endringer for hver pasientforløpsgruppe.

Pasientforløpsgruppe	Beskrivelse, faglige innspill
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	Det har vært en sterk økning i antall døgnopphold samlet de siste 10 år. Økningen var sterkest de første 4 årene, mens fra 2006 har det vært nærmest uendret aktivitet. Forekomst av infeksjonssykdommer vist i statistikker fra Folkehelseinstituttet viser en stabil forekomst de siste 7-8 år.
Godartede svulster, in situ svulster	Ingen store endringer for denne gruppen. Kan bruke pasienthotell.
Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	Ingen store endringer for denne gruppen. Kan bruke pasienthotell. Pasienter med behov for beskyttende isolering. Ikke behandlet spesielt her, men tas med under planlegging av kapasiteter videre.
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	Pasienter som utskrives fra somatisk sykehus med denne diagnosen. Omstilling av en andel liggedager til kommunehelsetjeneste.
Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	Potensial for økning i dagopphold (fra døgn)
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	Mest poliklinisk virksomhet. Lite innlagte/liggedager. Private avtalespesialister har en stor andel av disse. Usikkert om det har betydning for fremtidig aktivitet.
Sykdommer i øre og ørebensknute	Utvikling i retning av mer dagkirurgi (har alt en stor andel dagkir.). Sterk økning i demografi.
Sykdommer i åndedrettsystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	Sammensatt gruppe med alle aldre. For eldre er det et potensial for omstilling av liggedager til kommunehelsetjeneste.

Sykdommer i fordøyelsessystemet	Omfatter pasienter med kroniske betennelsestilstander. Øker både i liggedager, dagopphold og poliklinikk.
Sykdommer i hud og underhud	Private avtalespesialister har en stor andel av disse. Usikkert om det har betydning for fremtidig aktivitet. Hovedsakelig poliklinikk.
Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	Gruppen omfattes i stor grad av pasienter med revmatisk sykdom. Her har det vært en sterk endring de siste 10-15 år forårsaket av bruk av biologiske legemidler. Endringer gir redusert behov for innleggelser og økning i dagopphold.
Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	Utvikling fremover i retning mer dagkirurgi.
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	Utvikling fremover i retning mer dagkirurgi.
Svangerskap, fødsel og barselstid, inkl resultat av fødsel	Følger demografisk fremskriving. Forutsetter at en stor andel kan ha opphold i pasienthotell. Utvikling som i Danmark der flere reiser direkte hjem etter fødsel? Dette forutsetter styrket barseltilbud i kommunene og evt. oppfølging i poliklinikk.
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	Det har vært en reduksjon i antall for tidlig fødte og nyfødte med lav fødselsvekt, noe som kan knyttes til færre som røyker i svangerskapet. Denne trenden vil sannsynligvis fortsette. Flere syke nyfødte og premature behandles med mer avanserte medisinske metoder. Dette kan gi lengre opphold for pasienter som har komplekse sykdomsbilder.
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	Flere pasienter behandles med mer avanserte behandlingsmetoder for misdannelser og overlever. Dette kan igjen gi lange opphold.
Hodeskader	Gruppe med lav aktivitet. Commotiopasienter vil i hovedsak være i observasjonsenheter.
Skader i ekstremiteter og buk (ekskl. hofte/lår/underekstr.)	Denne gruppen har økt de siste årene. Alle aldre. Stor andel poliklinikk. Omstilling av noe poliklinikk til kommunehelsetjeneste. Sluttbehandling døgnoophold i kommunehelsetjeneste. Liggedager også til observasjonsenhet.
Intox	En del av disse vil være i observasjonsenhet.
Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	Liggedager også til observasjonsenhet.
Rehabilitering	SAMDATA 2012: Det har vært en nedgang i primær og sekundær døgnerhabilitering fra 2010 til 2012. Fortsatt har Helse Sør-Øst den høyeste døgnraten i Norge for rehabilitering. Høyest rate var det i Innlandet, Vestfold og Telemarks område. Det har samtidig vært en nedgang i bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner. Forutsatt fortsatt reduksjon i antall liggedager ved oppgavedeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

7 Fremskrevet aktivitet og beregnet kapasitetsbehov i HSØ

Demografisk fremskrevet til 2030 er det pasienter med hjernekar sykdommer, iskemiske hjertesykdommer og sykdommer i sirkulasjonssystemet som øker mest. Disse gruppene er direkte relatert til alder og økningen i antall eldre vil virke direkte inn, forutsatt at behandlingsmåter og sykdomsforekomst uavhengig av alder er likt dagens.

Tabell 105 Aktivitet for 10 pasientforløp og demografisk fremskriving for døgnopphold, dag og poliklinikk, 2012-2030, HSØ

Aktivitet pasientforløpsanalyser somatikk HSØ, 2012-2030							
ICD kode	Pasientforløp	År 2012			År 2030		
		Døgn opphold	Ligge dager	Dag og pol. 2012	Døgn opphold	Ligge dager	Dag og pol.
I20-I25	Ischemiske hjertesykdommer	20212	54 166	31977	29 117	78 031	44645
I60-I69, G45.9	Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	10926	67722	9789	16056	99520	13897
S70-S99	Skader i hofte og lår, underekstremiteter	13121	66 015	71445	17 931	90 217	88723
J40-J99	Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	13225	88 032	34532	18 976	126 313	46869
R00-R99	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	39504	66 213	134669	51 120	85 683	174600
Rest I	Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	34616	132 794	131321	49 943	191 593	184376
M15-M99	Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	28055	114 134	248466	37 212	151 388	315936
E00-E90, Z49, N00-N19	Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og	16537	69 922	226155	22 183	93 792	303144
C00-C99, Z51	Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling	37755	229 547	383250	53 554	325 605	536774
Rest Z, ekskl Z37, Z51, Z4	Faktorer som har betydning for helsestilstand og kontakt med helsetjenesten	12382	32 220	488049	15 886	41 337	612032

Tabell 106 Effekt av demografisk fremskriving på døgnopphold, liggedager og dag/polikliniske konsultasjoner, fordeling på 10 utvalgte diagnosegrupper

Effekt av demografisk fremskriving 2012-2030, 10 utvalgte pasientforløp				
ICD kode	Pasientforløp	År 2012-2030		
		%-vis endring døgnopphold	%-vis endring liggedager	%-vis endring dag og poliklinikk
I20-I25	Ischemiske hjertesykdommer	44,1 %	44,1 %	39,6 %
I60-I69, G45.9	Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	47,0 %	47,0 %	42,0 %
S70-S99	Skader i hofte og lår, underekstremiteter	36,7 %	36,7 %	24,2 %
J40-J99	Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	43,5 %	43,5 %	35,7 %
R00-R99	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	29,4 %	29,4 %	29,7 %
Rest I	Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	44,3 %	44,3 %	40,4 %
M15-M99	Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	32,6 %	32,6 %	27,2 %
E00-E90, Z49, N00-N19	Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og	34,1 %	34,1 %	34,0 %
C00-C99, Z51	Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling	41,8 %	41,8 %	40,1 %
Rest Z, ekskl Z37, Z51, Z4	Faktorer som har betydning for helsestilstand og kontakt med helsetjenesten	28,3 %	28,3 %	25,4 %

Når alle endringsfaktorene er oppsummert i tillegg til effekten av den demografiske utviklingen, vil aktivitetsutviklingen for hver diagnosegruppe (alle 31) bli som vist i tabell 107

Tabell 107 Fremskrevet aktivitet i HSØ 2012-2030 forutsatt en demografisk fremskriving, alternativ MMMM, samt endringer som vist i pasientforløpsanalysene

Oppsummert fremskrevet og omstilt aktivitet i Helse Sør-Øst, 2012-2030 fordelt på diagnosegrupper i pasientforløpsanalysen (alle grupper), før scenarioanalyser													
Diagnosegruppe	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Døgn opphold normalseng 2030	Liggedager totalt 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Endring døgnopphold 2012-2030	Endring liggedager 2012-2030	Endring dagopphold 2012-2030	Endring polikliniske konsultasjoner 2012-2030	
Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nyfritter og	16537	69922	83312	142843	21075	76507	105595	155206	4538	6585	22283	12363	
Faktorer som har betydning for helsestilstand og kontakt med helsetjenesten	12382	32220	13104	474945	13599	31480	17965	537897	1217	-740	4861	62952	
Godartede svulster, in situ svulster	8085	30022	6238	56404	10236	28886	8608	70613	2151	-1136	2370	14209	
Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	10926	67722	1160	8629	16859	80949	1764	12829	5933	13227	604	4200	
Hodeskader (commotio mm)	7772	15963	195	23710	9893	17383	241	29624	2121	1420	46	5914	
Infeksiøse og inflammatoriske ledde sykdommer	3676	15068	2815	46504	4152	14055	4236	51984	476	-1013	1421	5480	
Intox	1331	1178	4	429	4201	3806	8	624	2870	2628	4	195	
Ischemiske hjertesykdommer	20212	54166	1972	30005	27663	61685	4286	39778	7451	7519	2314	9773	
Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	13225	88032	1276	33256	14525	85058	2553	38522	1300	-2974	1277	5266	
Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	4225	20349	2649	35063	4062	19137	4204	42125	-163	-1212	1555	7062	
Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling	37755	229547	24053	359197	53019	290046	42511	504476	15264	60499	18458	145279	
Pasientforløp ikke matchet diagnose	12	9	0	25	0	0	0	0	-12	-9	0	-25	
Pasientforløp ikke registrert diagnose	34	62	68	3599	0	0	0	1	-34	-62	-68	-3598	
Psyriske lidelser og atferdsforstyrrelser	6788	18701	1319	25030	5895	14854	2724	25098	-893	-3847	1405	68	
Rehabilitering	7151	91596	27808	48749	6247	78722	36663	49367	-904	-12874	8855	618	
Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	28055	114134	27874	220592	37119	124722	37219	253739	9064	10588	9345	33147	
Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofter/lår/underekstr)	14069	39160	1862	109419	17230	38889	3171	117130	3161	-271	1309	7711	
Skader i hofter og lår, underekstremiteter	13121	66015	809	70636	17927	67715	952	79478	4806	1700	143	8842	
Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	15016	70495	3376	40841	16321	72135	4203	46877	1305	1640	827	6036	
Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	40671	128038	4879	81436	48525	145536	5660	88416	7854	17498	781	6980	
Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	4187	13692	2005	15962	5459	17000	3352	20663	1272	3308	1347	4701	
Sykdommer i fordøyelsessystemet	33793	137108	9256	107441	38386	141015	13352	126179	4593	3907	4096	18738	
Sykdommer i hud og underhud	4243	21687	2678	70016	4169	20871	4285	72903	-74	-816	1607	2887	
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	5544	10969	4981	55338	3369	8881	9230	64064	-2176	-2088	4249	8726	
Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	18803	67390	11463	97685	21491	67973	17310	117368	2688	583	5847	19683	
Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	34616	132794	6325	124996	47437	154522	11146	168368	12821	21728	4821	43372	
Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	11748	34745	3737	56166	8158	28876	12696	66972	-3591	-5869	8959	10806	
Sykdommer i øre og ørebensknute	2217	4433	4175	77004	2274	4323	5780	99937	57	-110	1605	22933	
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	2794	7485	23406	113238	3208	8072	36816	167063	414	587	13410	53825	
Sykdommer i åndedrettsystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	24728	108431	6280	37176	27455	101085	7606	36307	2727	-7346	1326	-869	
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	39504	66213	5793	128876	40852	47563	15594	150111	1348	-18650	9801	21235	
Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	13984	78252	1022	28454	17830	75778	2252	33509	3846	-2474	1230	5055	
Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2878	38921	29	4110	3502	43614	33	4990	624	4693	4	880	
Ingen forløp	0	0	0	0	56	98	86	4469	56	98	86	4469	
Totalt	460082	1874519	285923	2727774	552193	1971235	422101	3276688	92111	96716	136178	548914	

De gruppene som får den største reduksjonen i antall liggedager er gruppen R Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted og gruppen Rehabilitering. De gruppene som øker mest i antall liggedager er gruppen Ondartede svulster, kjemoterapi og stråleterapi og gruppen Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt. Når det gjelder endring i dagopphold og polikliniske konsultasjoner er det samlet sett en sterk økning, der gruppen Ondartede svulster, kjemoterapi og stråleterapi og gruppen Endokrine sykdommer øker mest.

For å kunne dimensjonere kapasiteter for sykehusene er fremskrivingen i pasientforløpene knyttet direkte til aktivitetstall for hvert HF og private ideelle sykehus i HSØ. Dersom man har dagens oppgavedeling som forutsetning og dersom man legger til grunn aktivitet i 2012 og fremskriver demografisk med alternativ MMMM, samt legger inn de endringer som er forutsatt i pasientforløpsanalysen, får man følgende aktivitet i HF'ene:

Tabell 108 Aktivitet i HSØ 2012 fordelt på HF og private ideelle sykehus, fremskrevet demografisk med alt MMM og omstilt til 2030

Fremskriving demografisk, alt MMMM og omstilling/endring 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus													
HF					Demografisk fremskriving MMMM				Demografisk fremskriving + omstilling				
	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	
Akershus universitetssykehus HF	59121	233896	20870	264314	85670	340606	31507	363618	76931	270819	35031	333193	
Betanien hospital, Telemark	1936	7482	340	22018	2437	9457	444	28331	2143	6986	735	26871	
Diakonhjemmet	10975	43696	1031	66665	15779	63022	1336	91160	14178	47531	2486	80893	
Lovisenberg	10908	42488	6232	53738	15600	60966	8061	74863	14044	47927	9471	67537	
Martina Hansens hospital	2970	14317	2860	29372	4163	20101	3707	39391	3982	15920	4161	34903	
Oslo kommunale legevakt	7907	4820	0	2814	9680	6003	0	3659	8386	4660	865	3659	
Oslo universitetssykehus HF	97427	452890	67658	817064	128042	595291	93476	1075940	118269	487517	102832	1026360	
Revmatismehuset Lillehammer	1412	10044	656	13264	1650	11738	736	15214	1246	7723	970	13130	
Sunnaas sykehus HF	2788	43190	10	3290	3453	53493	17	4097	2763	41129	708	3539	
Sykehuset i Vestfold HF	34566	132179	29142	210129	45522	174678	35455	272206	40521	133754	38613	249246	
Sykehuset Innlandet HF	61419	241592	33465	334898	76999	303609	42147	402846	68674	233638	46553	369364	
Sykehuset Telemark HF	31940	122633	11709	178223	39381	151886	14757	213811	35022	118579	16897	194430	
Sykehuset Østfold HF	40811	138971	24226	204956	54158	185519	31445	263720	48387	145515	34435	240850	
Sørlandet sykehus HF	43502	158434	45944	271636	59000	215613	62469	361616	52902	169783	66380	330895	
Vestre Viken HF	60156	235643	41780	299332	80971	318323	57364	389042	72979	249836	61961	358937	
Totalt Helse Sør-Øst	369220	1882273	285923	2771713	492607	2510303	382921	3599514	440994	1962068	422100	3309189	

Tabellen over viser den fremskrevne aktiviteten for døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Dette danner grunnlaget for beregning av kapasitet.

Tabell 108 har noe høyere tall for 2012 for døgnopphold og liggedager sammenlignet med tabell 107. Dette er på grunn av at pasienter med 0 liggedager er lagt til som aktivitet.

Tabellen viser en økning i antall dagopphold i helseforetakene med 47 % fra 2012 til 2030 og polikliniske konsultasjoner med nesten 20 %. Dagopphold øker på grunn av omstilling fra døgn- til dagopphold. Med de endringsfaktorene som forutsettes implementert i pasientforløpene vil det beregnede antall liggedager øke med 4 %. Det betyr en vesentlig reduksjon når man relaterer det til effekten av befolkningsutviklingen, som alene fra 2012 til 2030 gir en økning på 33 %. Endringene som medfører den største reduksjonen i liggedager er omstilling fra døgn- til dagopphold og oppgavedeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Omstilling ut fra endret oppgavedeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste utgjør 226 000 liggedager, dvs. ca. 9 % av totalt antall liggedager fremskrevet demografisk til 2030 for HSØ. Omregnet utgjør dette samlet for HSØ ca. 730 senger.

7.1 Beregnet kapasitetsbehov i 2030 HSØ

Forutsatt utgangspunkt i dagens aktivitet, demografisk fremskriving med alternativ MMMM for befolkningsutvikling og de omstillinger som er beskrevet og beregnet i pasientforløpsanalysene, samt de utnyttelsesgrader for kapasitet som er beskrevet i metodekapittelet, er det beregnet følgende kapasitetsbehov i 2030:

Tabell 109 Beregnet kapasitetsbehov Helse Sør-Øst i 2030 inkl. demografisk fremskriving alt MMMM, omstilling som vist i pasientforløpsanalysene

Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, demografi MMMM, inkl omstilling				Ant dager/år	230	230		
Utnyttelsesgrad døgnplasser				Ant timer/dag	8	7		
85 %		75 %		75 %		Tid per konsult	4	0,75
HF	Kapasitets- behov normalseng	Kapasitets- behov observasjon	Kapsitets- behov pasient- hotell	Kapasitets- behov senger totalt	Kapasitets- behov dagplasser	Kapasitets- behov poliklinikkrom		
Akershus universitetssykehus HF	737	72	82	886	92	140		
Betanien hospital, Telemark	20	0	3	23	3	11		
Diakonhjemmet	134	13	9	155	9	34		
Lovisenberg	136	12	8	156	24	28		
Martina Hansens hospital	47	1	4	52	11	15		
Oslo kommunale legevakt	9	5	2	13	2	2		
Oslo universitetssykehus HF	1350	81	170	1593	271	430		
Revmatismehuset Lillehammer	22	0	3	25	3	6		
Sunnaas sykehus HF	114	0	21	135	2	1		
Sykehuset i Vestfold HF	368	33	39	437	96	104		
Sykehuset Innlandet HF	638	57	73	765	118	155		
Sykehuset Telemark HF	322	31	38	387	46	82		
Sykehuset Østfold HF	391	44	44	475	86	101		
Sørlandet sykehus HF	461	40	57	556	160	139		
Vestre Viken HF	680	66	76	818	151	150		
Totalt HSØ	5429	456	629	6477	1073	1398		

Det er viktig å understreke at et beregnet kapasitetsbehov for 2030 har mange usikkerheter. Selv om tabellen har presise tall vil dette kun gi en retning mot en fremtidig utvikling. Og det presiseres at for å kunne gjennomføre endringer og omstillinger slik det er vist i pasientforløpsanalysen er det flere forutsetninger som må være til stede (bygg/lokaler, diagnostikkutstyr, kompetanse, samhandling, økonomi som understøtter endringstiltakene og organisering som understøtter nye pasientforløp)

Disse beregningene av aktivitet og kapasitetsbehov er grunnlaget for scenariene og drøftingene av alternative fremtidsbilder.

7.2 Operasjon

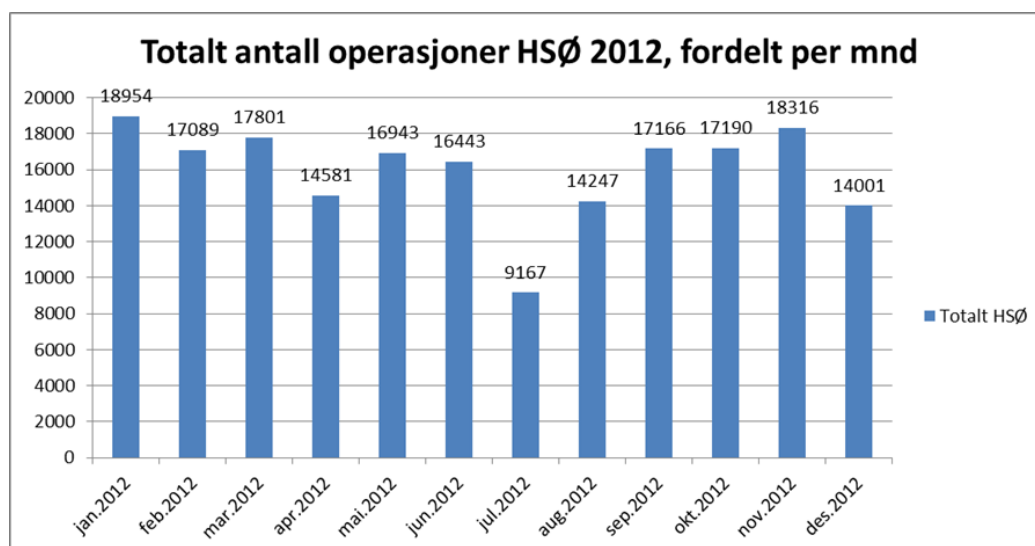
For å beregne et fremtidig kapasitetsbehov for operasjonsstuer er det tatt utgangspunkt i aktivitetsdata fra HSØ sortert på de ulike omsorgsnivåene (døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner) med Kirurgisk DRG, slik det er beskrevet i metodekapittelet. Det er ekskludert friske nyfødte og prosedyrekoder for PCI og pacemakerinnleggelser (som ikke benytter operasjonsstuer). Det kan være noen prosedyrer som inngår i materialet og som foregår i poliklinikkene. I poliklinikkene vil det være spesialrom (skiftstuer mm) som kommer i tillegg til poliklinikkrom og operasjonsstuer. Det betyr at det vil kunne være noe overkapasitet i beregningene.

Tabell 110 Operasjonsaktivitet i HSØ i 2012, fordeling på døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner og helseforetak og private ideelle sykehus

Aktivitet opphold og polikl konsult m Kir DRG, ekskl friske nyfødte og prosedyrekoder 112xx og 115xx, HSØ i 2012				
Helseforetak	Døgnopphold 2012	Dagopphold 2012	Poliklinisk konsult. 2012	Totalt 2012
Akershus universitetssykehus HF	10 579	188	8 870	19 637
Betanien hospital (Telemark)	340	239	2 101	2 680
Diakonhjemmet	2 858	638	1 111	4 607
Lovisenberg	2 836	3100	77	6 013
Martina Hansens hospital	2 027	2495	102	4 624
Oslo universitetssykehus HF	34 519	13468	6 402	54 389
Sykehuset i Vestfold HF	7 742	6575	692	15 009
Sykehuset Innlandet HF	13 761	12473	4 150	30 384
Sykehuset Telemark HF	6 337	4106	2 274	12 717
Sykehuset Østfold HF	7 853	7189	1 324	16 366
Sørlandet sykehus HF	11 668	8647	1 332	21 647
Vestre Viken HF	13 915	9775	2 240	25 930
Total	114 435	68893	30 685	214 003

Figur 41 bygger på lokalt innsamlede data fra operasjonsregistrene for 2012 (samt data fra OUS fra NPR meldingen for 2013) og viser oversikt over operasjonsaktiviteten per måned ved HF-ene.

Aktivitetsoversikten fra 2012 viser at det er stor variasjon gjennom året når det gjelder antall operasjoner, med "lavdriftsperiodene" ved sommerferie, påske og jul. Utnyttelsesgradene gjenspeiler noe av denne variasjonen.



Figur 41 Antall operasjoner i HSØ, fordelt per måned i 2012

En gjennomgang av dagens aktivitet i operasjonsenhetene i HSØ viser at tid per operasjon ligger mellom 90 og 150 minutter ("stuetid") for innlagte pasienter og 70 og 90 minutter for dagkirurgiske. Med en stadig

sterkere omlegging til dagkirurgi med mer omfattende komplekse prosedyrer for pasienter med sammensatte sykdomsbilder vil tidsbruken bli mer lik. I nye prosjekter går man også i retning av å benytte felles operasjonsstuer og ikke dele dagkirurgi opp i separate enheter.

Beregning av fremtidig behov for operasjonsstuer i HSØ tar utgangspunkt i dagens aktivitet og oppgavedeling. Endring i pasientstrømmer og oppgavedeling vil påvirke dimensjoneringen. Dette må beregnes særskilt dersom det blir aktuelt.

Dersom vi legger til grunn den samme demografiske fremskriving som gjennomsnittet for all aktivitet for pasienter med kirurgisk DRG (= operasjonsstuekrevene prosedyrer) i hvert helseforetak, vil en operasjonsaktivitet i 2030 bli som følger:

Tabell 111 Demografisk fremskriving av operasjonsaktivitet i HSØ fra 2012 til 2030, fordelt på HF

Beregnet aktivitet i operasjon 2012-2030, Helse Sør-Øst			
Helseforetak	Totalt antall operasjoner 2012	Demografisk endring 2012-2030	Antall operasjoner totalt 2030
Akershus Universitetssykehus HF	19 637	43 %	28081
Betanien hospital	2 680	25 %	3350
Diakonhjemmet	4 607	38 %	6339
Lovisenberg Diakonale sykehus	6 013	35 %	8106
Martina Hansens hospital	4 624	40 %	6478
Oslo Univesitetssykehus HF, inkl legevakt	54 389	32 %	71902
Sykehuset i Vestfold HF	15 009	32 %	19767
Sykehuset Innlandet	30 384	24 %	37646
Sykehuset Telemark	12 717	23 %	15642
Sykehuset Østfold HF	16 366	32 %	21554
Sørlandet sykehus HF	21 647	36 %	29462
Vestre Viken HF	25 930	34 %	34772
Totalt HSØ	214 003		283098

Med utgangspunkt i dagens aktivitet i operasjonsenhetene og en forutsetning om en demografisk utvikling tilsvarende 25-43 % og utnyttelsesgrader som vist i metodekapittelet, vil et beregnet kapasitetsbehov for operasjonsstuer i HSØ være som følger:

Tabell 112 Fremskrevet kapasitetsbehov for operasjonsstuer i HSØ i 2030. Fordeling på HF og private ideelle sykehus.

Aktivitet og beregnet kapasitetsbehov 2030 operasjon Helse Sør-Øst									
	Antall operasjoner totalt 2030	Andel dagkirurgi, %	Antall dagkirurgi 2030	Antall dager/år	Antall timer/dag	Timer per operasjon (snitt dag og innlagt), inkl klargjøring 30 min	Andel operasjoner innenfor dagtid	Beregnet kapasitetsbehov 2030	Forhøyning per HF 2030 + 1 scetioetue
Akershus universitetssykehus HF	28081	60 %	16849	230	8	2,5	80 %	30,5	32
Betanien hospital	3350	70 %	2345	230	8	2	100 %	3,6	4
Diakonhjemmet	6339	70 %	4437	230	8	2	100 %	6,9	7
Lovisenberg	8106	70 %	5674	230	8	2	100 %	8,8	9
Martina Hansens hospital	6478	70 %	4535	230	8	2	100 %	7,0	7
Oslo universitetssykehus HF	71902	50 %	35951	230	8	3,5	80 %	109,4	112
Sykehuset i Vestfold HF	19767	60 %	11860	230	8	2,5	80 %	21,5	23
Sykehuset Innlandet HF	37646	60 %	22587	230	8	2,5	80 %	40,9	42
Sykehuset Telemark HF	15642	60 %	9385	230	8	2,5	80 %	17,0	18
Sykehuset Østfold HF	21554	60 %	12932	230	8	2,5	80 %	23,4	25
Sørlandet sykehus HF	29462	60 %	17677	230	8	2,5	80 %	32,0	33
Vestre Viken HF	34772	60 %	20863	230	8	2,5	80 %	37,8	39
Totalt Helse Sør-Øst	283098		165096					339	351

Dersom man forutsetter at ca. 70 % av all elektiv virksomhet i sykehusene blir utført dagkirurgisk, evt. med opphold i extended recovery eller pasienthotell, vil det være behov for kapasitet for dagkirurgi tilsvarende 139 operasjonsstuer, og med 2 dagplasser per operasjonsstue blir det behov for 278 dagkirurgiske plasser.

Med en forutsetning om 1,5 postoperativ overvåkingsplass per operasjonsstue vil det bli behov for totalt 527 overvåkingsplasser. Disse kommer i tillegg til normalsenger og intensiv/tung overvåking.

Tabell 113 Beregnet kapasitetsbehov for operasjon og postoperative overvåkingsplasser for HSØ i 2030 med fordeling på HF og private ideelle sykehus

Kapasitetsbehov 2030 operasjon Helse Sør-Øst		
Helseforetak	Beregnet kapasitetsbehov operasjon	Postoperativ ov.plass
Akershus universitetssykehus HF	32	48
Betanien hospital	4	6
Diakonhjemmet	7	11
Lovisenberg	9	14
Martina Hansens hospital	7	11
Oslo universitetssykehus HF	112	168
Sykehuset i Vestfold HF	23	35
Sykehuset Innlandet HF	42	63
Sykehuset Telemark HF	18	27
Sykehuset Østfold HF	25	38
Sørlandet sykehus HF	33	50
Vestre Viken HF	39	59
Totalt Helse Sør-Øst	351	527

7.3 Intensiv

Aktivitetsdata for intensiv er ikke registrert separat men inngår som en del av totalt antall liggedager for det enkelte HF og SO. Aktivitetsregistrering for intensivpasienter er ikke komplett, og norsk intensivregister har også mangler når det gjelder komplett registrering av pasienter som har behov for en intensivplass.

Dersom man som i Walesmodellen (Lyons 2000) tar utgangspunkt i befolkningsgrunnlaget i Helse Sør-Øst i 2012, vil det fremtidige kapasitetsbehovet for intensivplasser og tunge overvåkingsplasser⁴² bli som følger:

Tabell 114 Beregnet behov for intensivplasser og tunge overvåkingsplasser (intermediær) i HSØ i 2012 basert på Walesmodellen og sammenlignet med modeller med prosent av totalt ant senger

Sykehus område, 2012	Antall innbyggere	"Wales modell"						Beregning basert på % andel av alle normalsenger			
		Antall intensiv plasser			Antall intermediær senger			Antall effektive senger*	Antall intensiv senger, 6,1% andel av antall senger	Antall intensiv senger, 4,1% andel av antall senger	Differanse mellom Wales modellen og % andeler (6,1%)
		1 intensiv enhet	3 intensiv enheter	5 intensiv enheter	1 intensiv enhet	3 intensiv enheter	5 intensiv enheter				
Akershus SO	471661	37	45	48	65	76	82	650	40	27	-8
Innlandet SO	392917	31	38	40	54	64	68	814	50	33	10
Oslo SO	508168	40	49	52	70	82	88	1754	107	72	55
Sørlandet SO	285819	22	27	29	39	46	50	562	34	23	5
Telemark/Vestfold SO	391186	31	38	40	54	63	68	877	53	36	14
Vestre Viken SO	457844	36	44	47	63	74	80	748	46	31	-1
Østfold SO	277664	22	27	28	38	45	48	421	26	17	-3
SUM Helse Sør Øst	2785259	217	267	284	384	451	485	5826	355	239	71
*effektive senger, data hentet fra SAMDATA2012											

Det vil si at Walesmodellen gir et beregnet behov for 284 intensivplasser + 485 tunge overvåkingsplasser for befolkningen i Helse Sør-Øst gitt 5 intensivenheter (dvs. en fordeling på flere lokasjoner). Det er ikke beskrevet i modellen om det får betydning om det er flere enn 5 enheter.

I noen prosjekter beregnes antall intensivplasser som en prosentandel av totalt antall senger. Det er oppgitt to ulike prosentandeler 4,1 og 6,1. For HSØ vil resultatet bli 355 eller 239 intensivplasser, dersom man legger til grunn dagens sengetall i HSØ. Her er det ikke angitt kapasitetsbehov for tunge overvåkingsplasser. Svakheten med en slik beregningsmåte er at når sengetallet går ned i et sykehus f.eks. ved generell omstilling til dagopphold eller oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner, går antall intensivplasser ned tilsvarende.

I dette prosjektet har det vært to møter med fagmiljø for intensiv i Helse Sør-Øst for å diskutere metode. Det presiseres at bemanningskapasitet og kompetanse er det viktigste for denne funksjonen og at fysisk tilrettelegging med mulighet for fleksibel bruk med samlokalisering av intensivplasser og tunge overvåkingsplasser kan styrke utnyttelse av bemanningskapasitet og fleksibiliteten i overvåkingsplasser for aktivitetssvingninger som skjer i slike enheter.

Vi vil presisere at Walesmodellen har den svakhet at den ikke er korrigert i forhold til befolkningens alderssammensetning, og slik vi kjenner intensivvirksomheten i dag er det et høyt antall eldre pasienter i intensivene. Walesmodellen er en beregning av kapasitetsbehov for befolkningen over 18 år. Ved en planlegging av kapasitetsbehov i hvert HF må det korrigeres for alder og fordeles etter oppgavedeling.

Syke nyfødte er holdt utenfor disse beregningene. Behandling av syke nyfødte er endret betydelig de siste 10-15 årene der man har fokus på familiesentret nyfødtebehandling der det skal være plass for foreldre sammen med barnet, noe som gir betydelig større arealbehov enn tidligere anbefalinger. Kapasitets- og arealbehov for syke nyfødte bør behandles særskilt og følges opp i etterkant av denne utredningen.

⁴² Tunge overvåkingsplasser benevnes i Walesmodellen som intermediærplasser

Dersom man legger befolkningsprognosene fra SSB for 2030 til grunn vil beregnet behov for intensivplasser (eksklusiv kapasitet for syke nyfødte) i HSØ bli som følger:

Tabell 115 Beregnet behov for intensivplasser og tunge overvåkingsplasser (intermediær) i HSØ i 2030 basert på Walesmodellen. Samlet befolkning

Sykehus område, 2030	Antall innbyggere	'Wales modell'					
		Antall intensiv plasser			Antall intermediær senger		
		1 intensiv enhet	3 intensiv enheter	5 intensiv enheter	1 intensiv enhet	3 intensiv enheter	5 intensiv enheter
Akershus SO	621768	48	60	63	86	101	108
Innlandet SO	445928	35	43	45	62	72	78
Oslo SO	650352	51	62	66	90	105	113
Sørlandet SO	358822	28	34	37	50	58	62
Telemark/Vestfold SO	456100	36	44	47	63	74	79
Vestre Viken SO	557481	43	54	57	77	90	97
Østfold SO	336390	26	32	34	46	54	59
SUM Helse Sør Øst	3426841	267	329	350	473	555	596

Tabellen over viser at det blir en økning fra dagens behov på 284 intensivplasser til 350 i 2030 dersom Walesmodellen legges til grunn. I tillegg har OUS noen landsfunksjoner som vil øke det totale behovet for intensivplasser i HSØ noe.

Fordeling av intensivkapasitet på hvert HF er ikke diskutert i arbeidsgruppen eller med fagmiljøene. Når det skal gjennomføres er det viktig å se på forventet fremtidig utvikling når det gjelder sentralisering/desentralisering og drivere som påvirker dette, f.eks. tilgang på kompetanse/personell og bemanning, forholdet til prehospitaltjenester/transport og organisering av avansert kirurgisk virksomhet med behov for intensiv behandling og overvåking.

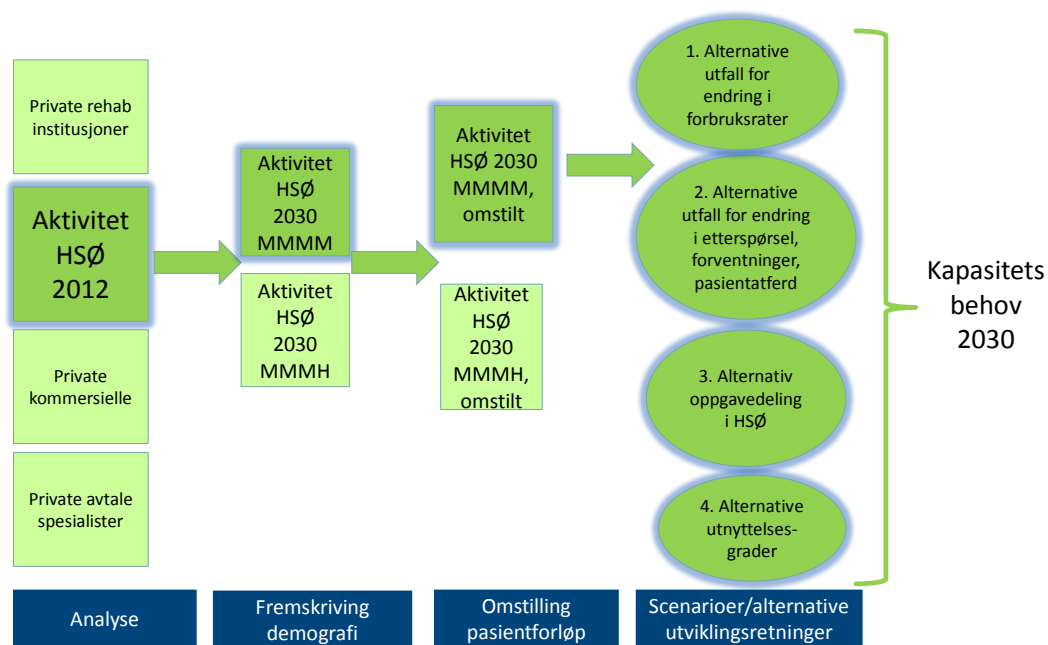
Den største utfordringen når det gjelder intensivkapasitet er fremtidig tilgang på bemanning og kompetanse. Det er stor usikkerhet ved kapasitetsberegning for intensiv, slik at de fysiske løsningene som etableres i HF'ene må ha en stor grad av fleksibilitet for variasjoner i behov.

Antall intensivplasser og tunge overvåkingsplasser inngår som en del av den totale sengekapasiteten i HF'ene, dvs. fradrag fra "normalseng". Dette gjelder ikke fullt ut, for noen pasienter som har behov for korttidsopphold i en intensiv enhet i forbindelse med operasjon vil ha sin "normalseng" disponibel mens de har opphold i intensiv enheten.

8 Alternative utviklingsretninger

I dette kapitlet beskrives ulike scenarier, eller ulike utviklingsretninger som vil kunne påvirke aktiviteten og kapasitetsbehovet i HSØ. Figuren under viser fremgangsmåten for fremskriving av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov når de ulike utviklingsretningene legges til. Den viser at beregningene og utfallsrommene for scenariene 1-4 vil bli beregnet parallelt og ikke addert eller trukket fra hverandre. Det vil inngå i drøftingene dersom noen av disse scenariene inneholder elementer som overlapper.

Fremskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov



Figur 42 Fremskrivingsmodellen og bruk av alternative fremskrivningsscenarier i HSØ

8.1 Alternative befolkningsfremskrivinger

I fremskrivningen i de foregående kapitlene har vi benyttet alternativ MMMM (middels verdier) for befolkningsutvikling. I høyalternativet (H) forutsettes det at dagens inntektsforskjeller mellom Norge og resten av verden videreføres til 2100. Det innebærer en fortsatt høy innvandring i årene framover. Siden utvandringen også øker fordi det blir flere potensielle utvandrere, vil nettoinnvandringen gradvis bli lavere. Nettoinnvandringen vil i følge dette alternativet ikke komme under 25 000 årlig.

Dersom man forutsetter innvandring ut over middelsverdiene MMMM, dvs. alternativ MMMH vil det gi følgende utslag på demografisk fremskrivning:

Tabell 116 Demografisk fremskriving av aktivitet i HSØ, alternativene MMMM og MMMH, fordelt på HF og private ideelle sykehus, 2012-2030

Fremskriving demografisk, alt MMMM og MMMH 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus												
HF	Demografisk fremskriving MMMM				Demografisk fremskriving MMMH							
	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030
Akershus universitetssykehus HF	59121	233896	20870	264314	85670	340606	31507	363618	88953	353762	32346	380838
Betanien hospital, Telemark	1936	7482	340	22018	2437	9457	444	28331	2494	9682	451	28884
Diakonhjemmet	10975	43696	1031	66665	15779	63022	1336	91160	16144	64486	1400	94547
Lovisenberg	10908	42488	6232	53738	15600	60966	8061	74863	16152	63135	8412	78116
Martina Hansens hospital	2970	14317	2860	29372	4163	20101	3707	39391	4264	20593	3837	40692
Oslo kommunale legevakt	7907	4820	0	2814	9680	6003	0	3659	10113	6256	0	3659
Oslo universitetssykehus HF	97427	452890	67658	817064	128042	595291	93476	1075940	134343	624963	97277	1131956
Revmatismehuset Lillehammer	1412	10044	656	13264	1650	11738	736	15214	1697	12076	765	15723
Sunnaas sykehus HF	2788	43190	10	3290	3453	53493	17	4097	3631	56251	17	4333
Sykehuset i Vestfold HF	34566	132179	29142	210129	45522	174678	35455	272206	47093	180751	37201	282178
Sykehuset Innlandet HF	61419	241592	33465	334898	76999	303609	42147	402846	79233	312473	43147	417103
Sykehuset Telemark HF	31940	122633	11709	178223	39381	151886	14757	213811	40613	156691	15184	222176
Sykehuset Østfold HF	40811	138971	24226	204956	54158	185519	31445	263720	55778	191133	32393	272807
Sørlandet sykehus HF	34502	158434	45944	271636	59000	215613	62469	361616	61150	223522	64575	376100
Vestre Viken HF	60156	235643	41780	299332	80971	318323	57364	389042	83915	329982	59145	407086
Totalt Helse Sør-Øst	369220	1882273	285923	2771713	492607	2510303	382921	3599514	509196	2605734	396150	3756198

Forskjellen mellom alternativene MMMM og MMMH for demografisk fremskriving utgjør ca. 3,5-4 % for aktiviteten i HSØ. Dvs. ca. 95 000 flere liggedager (dvs. et kapasitetsbehov i underkant av 300 senger) og 157 000 flere polikliniske konsultasjoner, dersom man forutsetter høy innvandring som alternativ.

En alternativ befolkningsutvikling med høy innvandring (MMMh) vil sannsynligvis kunne berøre avgrensede områder og bydeler i Oslo, og enkelte kommuner i hovedstadsområdet mer enn landet for øvrig. Dersom høy innvandring legges til grunn for hovedstadsområdet vil det gi et økt kapasitetsbehov på 188 senger i dette området. Dette drøftes som en del av behovet for å tilrettelegge for fleksibilitet i hovedrapporten.

Oslo og hovedstadsområdet er de deler av Norge som har den høyeste innvandringen. SSB beregner⁴³ at det fra landsgruppe 3 ("resten av verden", dvs. eksklusiv Vest-Europa, USA og Australia og Øst-Europa) vil være den største innvandrerguppen i Oslo, og der andelen vil øke fra 14 % i 2011 til 20-28 % i 2040. Det er imidlertid usikkert om innvandringen blir like høy fremover. Oslo hadde en nedgang i innvandring på 10 % fra 2011 til 2012.

Datagrunnlaget som våre analyser bygger på gir ikke grunnlag for å si noe om ulikheter i forbruk av sykehustjenester for befolkningsgrupper ut over alder, kjønn og bosted, og vi har ikke funnet kvantitative analyser som kan vise en slik sammenheng. Det finnes studier som viser at innvandrere, særlig fra Asia og Afrika, har overhyppighet av noen helseplager i forhold til gjennomsnittet i befolkningen. Det vises også til at noen innvandrergupper har høyere fødselsrater enn gjennomsnittet. Dette blir nærmere drøftet under pkt 8.3 om forbruksrater.

Intern flytting er en viktig faktor når det gjelder befolknings sammensetning internt i Helse Sør-Øst. De mest sentrale kommunene hadde et samlet flytteoverskudd på 7 200 flyttinger i 2012 (kilde SSB). Sentraliseringen, eller flytteoverskuddet i de mest sentrale kommunene, har vært økende fra 2010. Sju av fylkene hadde innenlandsk flytteoverskudd. Det var **Akershus og Østfold** som skilte seg ut med innenlandsk nettoutflytting på henholdsvis 3 000 og 1 650. De andre tolv fylkene hadde innenlandsk nettoutflytting.

⁴³ Brunborg H.: Hvor mange innvandrere er det – og blir det – i Norge? Framskrivning av innvandrere og norskfødte barn av innvandrere. Samfunnspeilet 3/2013

Nordland hadde størst flyttetap med 1 400 flyttinger. Deretter var det Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Oppland og Oslo som hadde størst innenlandsk netto flyttetap med mellom 800 og 900 flere utflyttinger enn innflyttinger. Østfold og deretter Akershus hadde størst flytteoverskudd i prosent av folketallet i 2012.

8.2 Etterspørsel/pasientatferd/tilbud (teknologi/økonomi)

Trendene fra 2002 til 2012 viser en sterk økning i poliklinikk og dagbehandling, som til sammen utgjør mer enn økning og sammensetning i befolkningen. I Helsedirektoratets kunnskapsoppdatering om sammenhenger mellom medisinsk-teknisk utvikling og utvikling av kostnader til spesialisthelsetjenesten⁴⁴ vises det til at forventet behovsvekst (kostnadsvekst) for spesialisthelsetjenester på grunn av demografisk fremskriving fra 2014 til 2015 vil være på 1,6 % per år. Over en periode på 18 år fra 2012 til 2030 utgjør det en samlet kostnadsvekst på ca. 29 %.

Teknologi og nye tilbud, tilbuds- eller etterspørselsdrevet?

Når en så høy andel av den forventede kostnadsveksten tilskrives ny teknologi og nye medisinske behandlingsmåter (ref. Helsedirektoratets analyser av medisinsk teknisk utvikling) indikerer det at økningen er tilbudsdrivet. Sykehusene og de ansatte har faglige interesser og ambisjoner som innebærer at man ønsker å ta i bruk nye teknologier og metoder. På den annen side kan media og publikums orientering på nettet øke kunnskap om og etterspørsel etter de nyeste metodene.

Helsedirektoratets kunnskapsoppdatering om medisinsk-teknisk utvikling viser til at den sterkeste driveren ut over demografiske endringer er medisinsk-teknisk utvikling, som i denne sammenhengen er summen av alle faktorer ut over demografiske endring. Selv om målestokken er kostnader og behovsendring er lik kostnadsendring, vil det også kunne ha gyldighet for endringer i aktivitet og kapasitetsbehov. Dyr, medikamentell behandling øker kostnadene for sykehuset, men behandling kan være grunnlaget for å overføre pasienten fra døgn- til dagbehandling og gir dermed reduksjon eller omfordeling av aktivitet i sykehuset. Dyr legemidler og avansert utstyr benyttes også for akutt kritisk syke pasienter og for pasienter i livets slutfase. Dette vil i noen tilfeller gi behov for behandling over lengre tid, og som igjen kan øke ressursbehovet i form av antall liggedager.

Disse endringene kan forklare en andel av reduksjonen i den døgnbaserte behandling og noe økning i liggedager for enkelte pasientgrupper. Effekten av denne omstillingen er tatt inn som en faktor i pasientforløpsanalysene. Det er her tatt hensyn til at noen pasientgrupper forventes i økende grad å bli behandlet i dagenheter og poliklinikker, eventuelt i kombinasjon med opphold i pasienthotell, i stedet for innleggelse i ordinære sengeområder.

Effektiv kommunikasjon og informasjonsdeling

I tabell 117 har vi listet opp noen forhold som kan gi økte og redusert forbruk. Dette påvirkes bl.a. av hvordan ny teknologi påvirker publikums atferd og helsevesenets evne til å innføre og ta i bruk teknologien på en god måte.

⁴⁴ Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader. En gjennomgang av aktuell kunnskap, Helsedirektoratet desember 2013

Tabell 117 Illustrasjon av faktorer som kan føre til endringer i forbruk av helsetjenester

Kan gi redusert forbruk	Kan gi økt forbruk
Kunnskap om risikofaktorer reduserer risikoatferd og styrker forebygging	Fritt behandlingsvalg og politisk støtte styrker pasientrollen
Tett kontakt med fagmiljøer reduserer behovet for oppmøte	Faglig, individualisert behandling øker muligheter og krav
Målrettet behandling på individnivå reduserer risiko og behandlingsbehov	Ny teknologi gir tilgang til informasjon om sykdom som skaper utrygghet
Ny teknologi styrker samhandlingen	Økt fokus på individet og på individuelle løsninger øker behovet

En rapport fra Policy Innovation Research Unit, PIRU beskriver en scenarioanalyse på hvordan innføringstakten på ny informasjonsteknologi (gadgets) kan komme til å påvirke forbruket av helsetjenester.⁴⁵

Fire scenarier ble vurdert langs aksene "omfanget av ibruktaking av ny teknologi" og graden av publikums involvering i helsetjenesten som de brukte". De fire scenariene omfattet:

1. høy innføringstakt for teknologi – høyt engasjement hos publikum
2. lav innføringstakt for teknologi – høyt engasjement hos publikum
3. lav innføringstakt for teknologi – lavt engasjement hos publikum
4. høy innføringstakt for teknologi – lavt engasjement hos publikum

Konklusjoner på hva de ulike scenarioene ville føre til omfattet:

- Den velstående delen av befolkningen vil øke sitt forbruk selv om det blir en lav innføringstakt og de vil søke å løse sine helseproblemer der tilbudet er best.
- Fortsatt sentralisering av akutttilbudet med mange tilbydere på samme sted.
- Behov for hjemmetjenester og sykehjem vil ikke falle ved bruk av selvhjelps-utstyr.
- Økte problemer med informasjonssikkerhet og kompatibilitet mellom systemer. Regulering av informasjonssikkerhet vil i økende grad kompliseres.
- Ved høy innføringstakt og høyt engasjement hos publikum vil behovet for konsultasjoner hos fastleger bli redusert.
- Systemer som gir muligheter til å teste og måle kliniske forhold kan bidra til å erstatte eller komplementere klinisk aktivitet.
- DNA basert individuell behandling kan øke effekten av behandlingen. Hvordan dette endrer pasientrolle og –atferd er usikkert.
- Integrering av informasjon vil gi muligheter for bedre integrert behandling. På den andre siden kan dette føre til at tilbyderne vil ha problemer med å gi samordnede tilbudene på tvers av fag og tjenestetilbydere.
- Psykiatri vil i økende grad bli integrert med somatikk og økt samarbeid mellom profesjoner og skoler.

⁴⁵ Twenty-Thirty. Health Care Scenarios – exploring potential changes in health care in England over the next 20 years, Chris Evennett James Barlow, PIRU mars 2013.

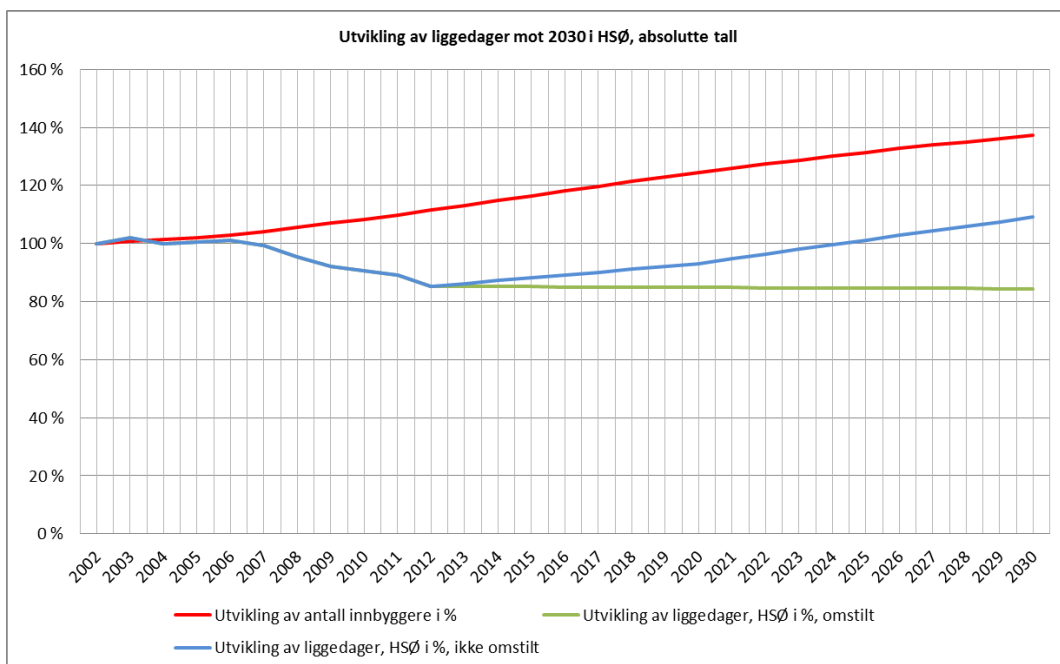
Avhengighetene mellom pasientens behov, krav til kompetanse og til utstyr og bygg hvor en tjeneste må ytes, avgjør om pasienten må komme til et sykehus. Pasientens tilstand og organisering av tjenesten avgjør hvor lenge pasienten må være på sykehuset. Endringer i teknologi og organisering, og muligheter for å ivareta pasienten i hjemmet eller i kommunal regi, reduserer behovet for å oppholde seg på sykehuset. En slik retning legger f.eks. samhandlingsreformen opp til.

Utvikling i desentral diagnostikk med tjenestene utført i legekantor, helsehus/LMS eller pasientens hjem, vil gi muligheter for å flytte ut en del av den polikliniske aktiviteten fra sykehusene.

Mye av teknologien har vært i bruk lenge, men er liten grad tatt i bruk av helsevesenet, spesielt sykehusene. Hvis denne teknologien tas i bruk vil det bl.a. kunne bidra til mer effektive pasientforløp og behandlingsprosesser internt i sykehuset og bedre samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

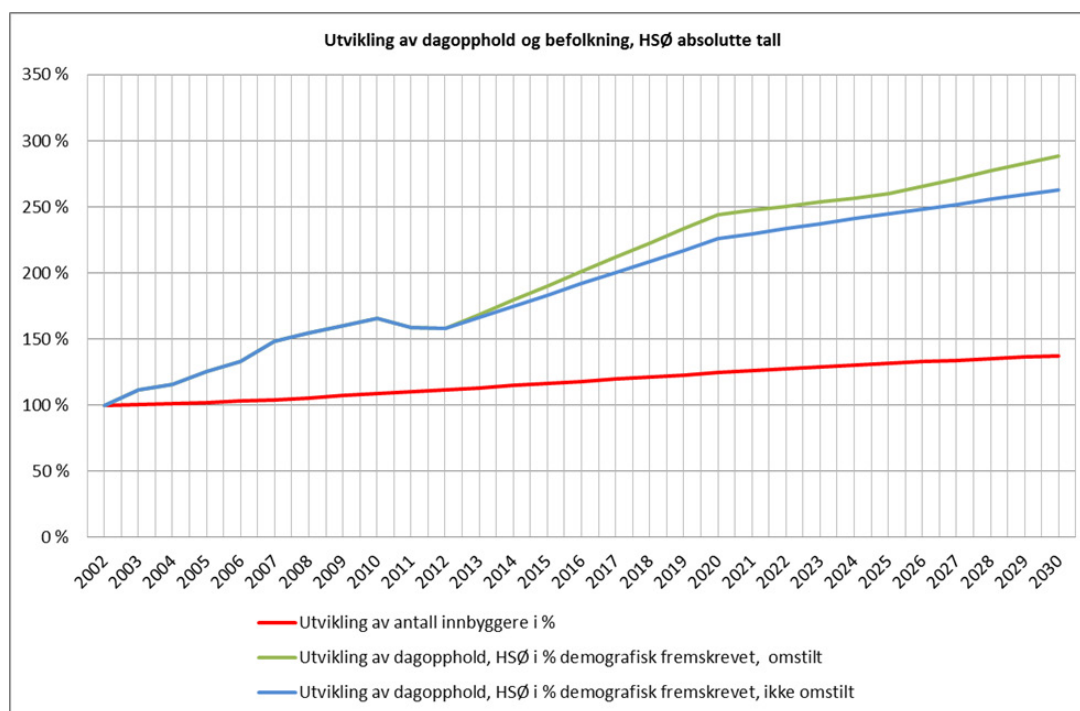
Det kan hevdes at bruk av personlig teknologi som åpner for at man kan ta et stort antall tester og prøver vil øke antall falske positive svar som i neste omgang utløser henvendelser til sykehuset eller fastlege. Samlet vil slike teknologiske løsninger vedlikeholde og kanskje forsterke økningen innenfor dagbehandling og poliklinikk som har pågått de senere årene.

Figuren under viser utviklingen i aktivitet i HSØ for antall liggedager sammenstilt med befolkningsutviklingen de siste 10 år. Figuren viser også de fremskrevne tall fra pasientforløpsanalysen med ren demografisk fremskriving, samt fremskriving og omstilling ved endringsfaktorene. Aktivitetsutviklingen for antall liggedager fra 2002 til 2012 viser her at det har vært en reduksjon i aktivitet. Etter demografisk fremskriving og omstilling endrer antall liggedager seg lite fra dagens nivå, mens befolkningsveksten er kraftig. Det forutsetter betydelig omstilling og der det vil være behov for tilrettelegging ved kapasiteter, utstyr, kompetanse organisering, og bygg for at dette skal være mulig å gjennomføre. Finansiering som understøtter en slik utvikling vil ha stor betydning.



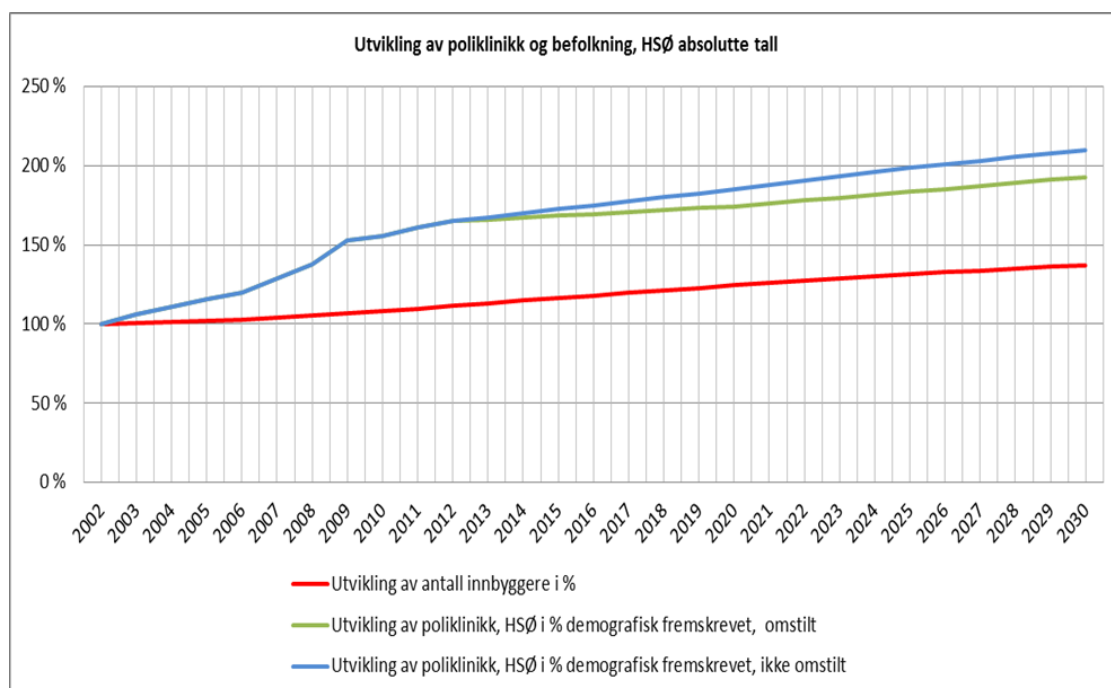
Figur 43 Aktivitetsutvikling for liggedager i HSØ fra 2002-2012 og videre fremskrevet til med demografisk fremskriving og omstilling

Når det gjelder antall dagopphold har det vært en betydelig økning, og det forutsettes for videre fremskriving til 2030 at antall dagopphold vil øke mer enn det som forholder seg til demografisk fremskriving. Dette begrunnes i omstilling fra døgn- til dagopphold. En fortsatt vesentlig omlegging til dagopphold ved f.eks. mer dagkirurgi forutsetter at finansieringsformer, logistikk, behandlingsmåter og fysiske forhold tilrettelegges for at dette skal være mulig.



Figur 44 Aktivitetsutvikling for dagopphold i HSØ fra 2002-2012 og videre fremskrevet til med demografisk fremskriving og omstilling

For polikliniske konsultasjoner har det som for dagopphold vært en sterk økning de siste årene. I fremskrivingen forutsettes det at denne økningen ikke blir like sterk som effekten av befolkningsveksten tilsier. Dette knyttes i første rekke til at man kan redusere antall kontroller og overføre en del konsultasjoner til kommunehelsetjeneste, til e-konsultasjoner der pasienten har kontakt med sykehuset hjemmefra eller til konsultasjoner i samhandlingsarenaer mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Det er også konsultasjoner som ikke er nødvendige å gjennomføre.



Figur 45 Aktivitetsutvikling for polikliniske konsultasjoner i HSØ fra 2002-2012 og videre fremskrevet til med demografisk fremskriving og omstilling

Intensjonen i samhandlingsreformen er å møte befolkningsutviklingen gjennom en dempet vekst i sykehus og øke aktiviteten i primærhelsetjenesten. Utfordringsbildet fremover vil være rettet mot publikums krav og forventninger og om helsetjenesteaktørene i sykehus og kommuner evner denne omstillingen. Økonomi er selvsagt en viktig del i et slikt bilde.

Med utgangspunkt i trendbeskrivelsen som har vist en økning i aktivitet ut over befolkningsutviklingen legger vi til grunn at endringer i medisinsk teknologi og publikums forventninger kan bidra til en fortsatt økning ut over befolkningsframskrivningen for dagbehandling og poliklinikk. Dette kommer i tillegg til de endringene som er innarbeidet i pasientforløpsanalysene og gir en anslått økning på 20 % på toppen av demografisk fremskrevet og omstilt aktivitet.

Tabell 118 Effekt av 20 % økning i polikliniske konsultasjoner og dagopphold samt opphold i observasjonsenheter av nye teknologi og økte forventninger hos publikum. Fordeling per HF i 2030

Fremskrivning demografisk, alt MMMM og omstilling/ændring 2012-2030, Helse Sør-Øst. Fordelt på helseforetak og private ideelle sykehus											
HF	Døgn opphold 2012	Liggedager 2012	Dag opphold 2012	Polikliniske konsultasjoner 2012	Demografisk fremskrivning MMMM + omstilling iht pasientforløpsanalysene				Økning 20 % pga teknologi, forventninger		
					Døgn opphold 2030	Liggedager 2030	Dag opphold 2030	Polikliniske konsultasjoner 2030	Døgnopphold øhj i obs enhet, 1 liggedag	Polikliniske konsultasjoner 2030	Dag opphold 2030
Akershus universitetssykehus HF	59121	233896	20870	264314	76931	270819	35031	333193	3702	66639	7006
Betanien hospital, Telemark	1936	7482	340	22018	2143	6986	735	26871	15	5374	147
Diakonhjemmet	10975	43696	1031	66665	14178	47531	2486	80893	670	16179	497
Lovisenberg	10908	42488	6232	53738	14044	47927	9471	67537	633	13507	1894
Martina Hansens hospital	2970	14317	2860	29372	3982	15920	4161	34903	44	6981	832
Oslo kommunale legevakt	7907	4820	0	2814	8386	4660	865	3659	135	732	173
Oslo universitetssykehus HF	97427	452890	67658	817064	118269	487517	102832	1026360	4028	205272	20566
Revmatismehuset Lillehammer	1412	10044	656	13264	1246	7723	970	13130	3	2626	194
Sunnaas sykehus HF	2788	43190	10	3290	2763	41129	708	3539	0	708	142
Sykehuset i Vestfold HF	34566	132179	29142	210129	40521	133754	38613	249246	1671	49849	7723
Sykehuset Innlandet HF	61419	241592	33465	334898	68674	233638	46553	369364	2933	73873	9311
Sykehuset Telemark HF	31940	122633	11709	178223	35022	118579	16897	194430	1521	38886	3379
Sykehuset Østfold HF	40811	138971	24226	204956	48387	145515	34435	240850	2135	48170	6887
Sørlandet sykehus HF	43502	158434	45944	271636	52902	169783	66380	330895	2054	66179	13276
Vestre Viken HF	60156	235643	41780	299332	72979	249836	61961	358937	3410	71787	12392
Totalt Helse Sør-Øst	369220	1882273	285923	2771713	440994	1962068	421028	3309189	22955	666762	84420

Effekten på fremtidig kapasitetsbehov av justering ut fra etterspørsel, forventninger er vist i tabellen under. Det utgjør en økning i 84 observasjonsplasser, 121 dagplasser og 184 poliklinikkrom.

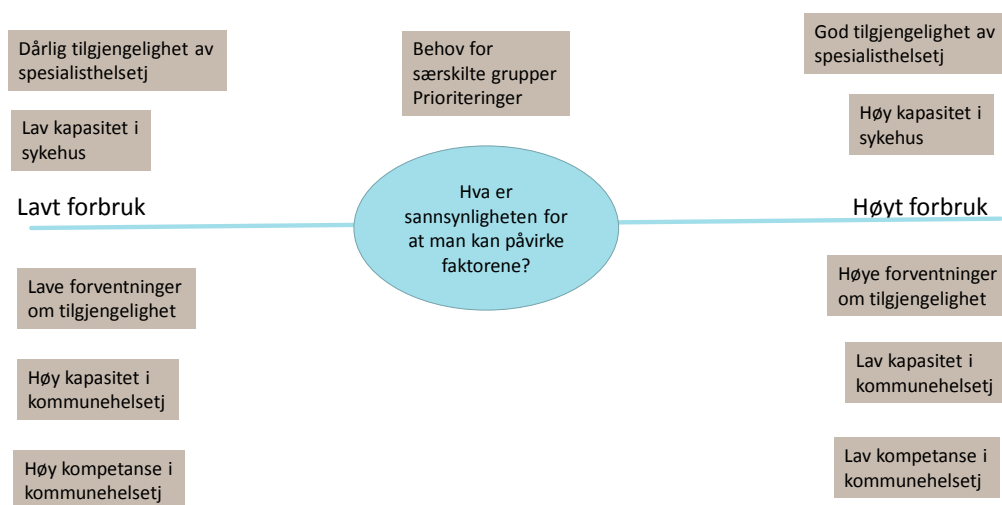
Tabell 119 Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, demografisk fremskrivning MMMM, inkl. omstilling og effekt av økt etterspørsel. Fordeling på HF og private ideelle sykehus

Beregnet kapasitetsbehov HSØ 2030, demografi MMMM, inkl omstilling og inkl økning 20 % for økt etterspørsel, forbruk				Ant dager/år		230		230	
Utnyttelsesgrad døgnplasser				Ant timer/dag		8		7	
85 %				75 %		75 %		Tid per konsult	
				4		0,75			
HF	Kapasitetsbehov normalseng	Kapasitetsbehov observasjon	Kapasitetsbehov pasient-hotell	Kapasitetsbehov senger totalt	Kapasitetsbehov dagplasser	Kapasitetsbehov poliklinikkrom			
Akershus universitetssykehus HF	737	86	82	905	107	171			
Betanien hospital, Telemark	20	0	3	23	3	14			
Diakonhjemmet	134	15	9	158	10	41			
Lovisenberg	136	14	8	159	28	35			
Martina Hansens hospital	47	1	4	52	12	18			
Oslo kommunale legevakt	9	5	2	16	2	2			
Oslo universitetssykehus HF	1350	96	170	1616	316	526			
Revmatismehuset Lillehammer	22	0	3	25	3	7			
Sunnaas sykehus HF	114	0	21	135	2	2			
Sykehuset i Vestfold HF	368	39	39	446	112	128			
Sykehuset Innlandet HF	638	68	73	779	139	189			
Sykehuset Telemark HF	322	37	38	396	53	100			
Sykehuset Østfold HF	391	52	44	487	101	123			
Sørlandet sykehus HF	461	48	57	566	189	170			
Vestre Viken HF	680	79	76	834	178	184			
Totalt HSØ	5429	540	629	6598	1256	1708			

8.3 Forbruksrater

Ulikhet i forbruksrater kan skyldes mange forskjellige forklaringsvariabler. En av forklaringene kan være publikums forventninger og atferd. Men – det finnes også flere andre mulige forklaringer på de store forskjellene i forbruk.

Forbruk av spesialisthelsetjenester



Figur 46 Forbruk av spesialisthelsetjenester, faktorer som påvirker høyt og lavt forbruk

Forbruksrater er blant annet et resultat av etterspørsel. Det er også mange andre forklaringsvariabler til at det er

Aktivitetstallene viser store variasjoner i forbruk av sykehustjenester mellom sykehusområder i Helse Sør-Øst. I et langsiktig perspektiv er det ønskelig å utvikle tilbudet slik at det fremstår som likeverdig for befolkningen, og at grunnlaget for ressursfordeling/kapasiteten bygger på dette. Likeverdig betyr ikke nødvendigvis likt forbruk.

Hvorfor disse ulikhetene oppstår er sammensatte og usikkert, men forhold som påvirker forbruket av spesialisthelsetjenester vil være:

- Befolkningens sammensetning og behov
- Tilgjengeligheten til tjenestene, avstand
- Henvisningspraksis fra primærlegene
- Tilbud i kommunene, kompetanse og kapasitet

Befolkningens forbruk og behov

Ulikheter i aktivitet kan skyldes ulikheter i behov. Vi har sett på behovsindekser som er utviklet for å fordele kostnader forbundet med spesialisthelsetjenester. Tabell 118 viser her at Oslo sykehusområde har en laveste behovsindeksen sammenlignet med Innlandet som har den høyeste. En korrigering av forbruk i

forhold til et vektet behov gir en behovsjustert aktivitet. Samtidig er det klart at det er mange andre faktorer som påvirker forbruk og en slik behovskorrigerende gir en stor usikkerhet om hvordan den kan benyttes for kapasitetsberegning. Vi har derfor valgt å se bort fra en slik behovskorrigerende av forbruket.

Tabell 120 Nasjonale behovsindekser (Magnussenmodell) og HSØs behovsindeks fordelt på SO nivå

Behovsdekker		
Sykehusområde	Nasjonal indeks	HSØ indeks 2012
Akershus SO	0,923412	0,910931282
Innlandet SO	1,131028	1,132656799
Oslo SO	0,86431	0,885104855
Sørlandet SO	1,027702	1,020955588
Telemark og Vestfold SO	1,090899	1,087314297
Vestre Viken SO	0,964398	0,968208974
Østfold SO	1,090253	1,076201373

Skal man korrigere for forskjellig forbruk må man se aktiviteten i sammenheng. For noen helseforetak slik som for eksempel Sørlandet vil et underforbruk av døgnopphold og liggedager og et overforbruk i forhold til gjennomsnittet av dag/poliklinikk sannsynligvis ha en sammenheng, og det vil da være feil å korrigere for kun faktoren med merforbruk. For SO med lavt forbruk er det ingen dokumentasjon på om dette innvirker på kvaliteten i tjenestene.

Tilgjengelighet

Hvor lett en tjeneste er tilgjengelig påvirker forbruket. Tilgjengelighet kan forstås på flere måter og kan omfatte avstand og transportmuligheter, men også tilgjengelig kapasitet og ventetid i sykehuset. Det argumenteres med at lange avstander øker forbruket av senger på grunn av at pasienten må være nært spesialisert medisinsk tilbud og for eksempel på grunn av reisetid må innlegges dagen før en operasjon. Lange avstander til et sykehus i en by betyr også ofte utkant med mindre samfunn og begrenset, lokalt tilbud, som kan være en årsak til økt forbruk av sykehustjenester. I slike tilfeller kan pasienthotell eller sykehotell være et alternativ til ordinære innleggelse.

Kommunene i Midt-Troms har hatt det laveste forbruket av sykehustjenester i opptaksområdet til UNN HF, til tross for at de har lang avstand til sykehuset og en høy behovsindeks.⁴⁶ De har utviklet et kommunalt samarbeid i Sonjatun helsesenter, men kommunens forbruk av spesialisthelsetjenester og antall legestillinger pr 1 000 innbyggere er lavere enn andre sammenlignbare kommuner i området som også har tilsvarende løsninger for helsesenter/DMS. UNN HF er et godt utbygd regionsykehus og universitetsklinikk med en tilfredsstillende kapasitet. Forklaringen på det lave forbruket synes å være at befolkningen er vant med at sykehuset er lite tilgjengelig på grunn av lange avstander og at de kan få sitt behov løst i stor grad i kommunale helsetjenester. Lange avstander kan altså føre til et lavt forbruk avhengig av hvilke løsninger man finner lokalt og befolkningens forventninger til tilgang på spesialisthelsetjenester. Lange avstander kan også gi økt forbruk av liggedager ved at pasienter legges inn i stedet for å få dagbehandling, eller legges inn en dag ekstra pga lang reisevei. Dette er behov som i stor grad kan løses ved hotell eller pasienthotell.

Lokalsykehus som ligger i mindre byer er kjent for å ha et merforbruk av sykehustjenester både for innleggelser og poliklinikk/dagbehandling. Nærhet og en oppfatning av at sykehuset er lett tilgjengelig øker

⁴⁶ Hovedfunksjonsprogram for UNN A-fløy, SINTEF april 2010

forbruket. Små sykehus kan ha overkapasitet som kan skyldes at det er vanskeligere å drifte et lite sykehus med en høy og jevn kapasitetsutnyttelse. Dette øker tilgjengeligheten og forbruket.

Oslo er det sykehusområdet i landet med den høyeste tilgjengeligheten til allsidige spesialisthelsetjenester og det er høy kapasitet også på private avtalespesialister. Det er grunn til å anta at dette fører til et økt forbruk, spesielt på polikliniske konsultasjoner og dagopphold.

Storbyfaktor og innvandring

Oslo som storby og hovedstad har en annen befolkningssammensetning enn andre byer og kommuner. Både kjennetegn ved befolkningen i de ulike bydelene og det sosiale og fysiske miljøet i bydelene påvirker dødelighet og behovet for helsetjenester. Dette kan gi ulikheter i forbruk av helsetjenester.

Det er en stor andel innvandrere i de bydelene med lav forventet levealder men dette er ikke entydig. Innvandrere er heller ikke et entydig begrep, og de store gruppene fra den vestlige verden har god helse, mens innvandrergrupper fra Asia og Afrika (i første rekke førstegenerasjon) har større helseutfordringer. Hovedstadsområdet har en større andel av disse innvandrerne enn landet for øvrig. I en undersøkelse om helseprofilen til innvandrere ⁴⁷ rapporterer kun 40-50 % av innvandrere fra asiatiske og afrikanske land at de opplever å ha en god helse, mens tilsvarende for nordmenn er 85 %. Andelen som bruker fastlege er 3 ganger så høyt for innvandrerbefolkningen som de norske som deltok i undersøkelsen. Tilsvarende og høyere tall ser man for oppmøte i akuttmottaket.

Ulikheter i livsstil og ernæring er ikke vesentlig forskjellig fra nordmenns. Bernadette Kumar presenterte i et foredrag for Fagdirektørmøtet i mars 2014 bl.a. tall som viser at innvandrere i Oslo skårer vesentlig dårligere en gjennomsnittet av befolkning på faktorer som familieøkonomi, barnefattigdom, utdanning og arbeidsledighet.

En annen studie konkluderer med at gutter og jenter blant etniske minoriteter rapporterer flere mentale helseproblemer enn tilsvarende Norske i alderen 15-16 år, og at forskjellene forblir den samme gjennom tenårene ⁴⁸.

For noen pasientgrupper f.eks. fødende og barn, kan det hevdes at deler av innvandrerbefolkningen har et høyere forbruk for første generasjon. Ulike kulturelle forhold kan også føre til at pasienter fra innvandrergrupper fører mer tidsbruk og til høyere kostnader, for eksempel, til tolking. Det kan i noen grad påvirke effektiviteten i behandlingen, men vi har ikke grunnlag for å kvantifisere dette. Det vises også til at innvandrere har høyere forekomst av diabetes enn resten av befolkningen. ⁴⁹

Større byer og spesielt Oslo tiltrekker seg rusmisbrukere og andre som faller utenfor normen i samfunnet. Dette er grupper som har et større behov for tjenester fra helsevesenet enn gjennomsnittet, og de har også en risikoatferd som gir økte helseproblemer senere i livet.

⁴⁷ The Oslo Immigrant Health Profile, Bernadette Kumar Folkehelseinstituttet, juli 2007

⁴⁸ Ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway, A longitudinal study comparing changes in mental health, Åse Sagatun m.fl. November 2007

⁴⁹ Bernadette N. Kumar, Foredrag på Fagdirektørmøte mars 2013

8.4 Alternative utnyttelsesgrader

Utnyttelsesgrader benyttes som grunnlag for dimensjonering av kapasiteter i sykehus. I pasientforløpsanalysen er det benyttet utnyttelsesgrader som vist i tabell 121. En del av eiers styring kan være å øke utnyttelsesgraden på rom for å redusere kapasitetsbehovet. Det er sterke signaler fra politisk og administrativ ledelse om å øke åpningstidene for å bedre tilgang og publikum og å utnytte kapasitetene bedre. Konsekvensene av disse er drøftet i dette kapittelet.

Tabell 121 Utnyttelsesgrader brukt i fremskrivingen av kapasitetsbehov

Kapasitetsbærende rom	% utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Minutter/timer per konsultasjon/operasjon	% andel på dagtid
Normalseng	85 %				
Observasjon	75 %				
Pasienthotell	75 %				
Dagplass		230	8	4 timer	100 %
Poliklinikkrom		230	7	45 minutter	95 %
Operasjon		230	8	90-180 minutter	90 %

Utnyttelsesgraden vist i tabellen over tilsvarer de som er brukt i utbyggingsprosjekter slik som St. Olavs Hospital fase 1, Utviklingsplan ved Sørlandet sykehus og Universitetssykehuset i Nord Norge. "Høy utnyttelsesgrad" som tabellen under viser, er brukt i beregning av kapasitet ved Ahus og nytt østfoldsykehus.

Tabell 122 Utnyttelsesgrader i alternativ beregning av kapasitetsbehov med "høy utnyttelsesgrad"

Kapasitetsbærende rom	% utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Minutter per konsultasjon/operasjon	% andel på dagtid
Normalseng	90 %				
Observasjon	80 %				
Pasienthotell	75 %				
Dagplass		240	10	240 minutter	100 %
Poliklinikkrom		240	10	45 minutter	95 %
Operasjon		240	10	90-120 minutter	90 %

Dagbehandling og poliklinikk har økt sterkt de siste årene og bruk av høy utnyttelsesgrad krever store organisatoriske endringer. Det er derfor høy risiko forbundet med stor reduksjon i kapasitet ved valg av høy kapasitetsutnyttelse.

Det er erfaring for at de siste årenes reduksjon i sengetall har gitt mulighet for konvertering til dagplasser, poliklinikkrom og kontorer. Overkapasiteten på sengerom har gitt fleksibilitet i bygget. Det er viktig å legge til rette for fleksible løsninger med mulighet for konvertering til andre funksjoner og elastisitet med mulighet for påbygging. Dette berører krav til byggets struktur/fotavtrykk, romstørrelser, nærhet mellom

funksjoner, kapasitet i heiser oa for den fleksibiliteten man har sett i mange eldre bygg også vil gjelde for fremtidige bygg.

Høy utnyttelsesgrad oppnås enklest i sykehus som har høy aktivitet og tilgjengelig kompetanse/bemanning og der det bygningsmessig er lagt til rette for fleksibel bruk av rommene. I beregningen er det ikke differensiert mellom små og store sykehus eller tatt hensyn til bygningsmessige hinder for fleksibel utnyttelse av kapasitetene, men det er innlysende at det vil være forskjell på mulighetene for høy utnyttelsesgrad i et nytt OUS sammenlignet med dagens sykehusenheter i Innlandet.

Argumenter for å velge høy utnyttelsesgrad er:

- Lengre åpningstid i poliklinikker, operasjon og dagenheter økt tilgjengeligheten og servicen for publikum
- Høy andel øhj for innlagte pasienter gir høyt belegg som kan forsvare høy utnyttelsesgrad på senger
- Høy utnyttelsesgrad gir lavere kapasitetsbehov og også arealbruk, noe som gir lavere investeringskostnader og lavere kapitalkostnader for bygg
- Høy kapasitetsutnyttelse gir også færre driftsenheter og muligheter for redusert bemanning
- Store sykehus med høyt volum og god tilgang på bemanning kan holde et jevnt, høyt aktivitetsnivå

Valg av en lavere utnyttelsesgrad kan begrunnes med:

- Høy andel elektive pasienter gir variasjon i utnyttelse gjennom uka og året med et lavere belegg i helger og ferier
- Høy andel øyeblikkelig hjelp pasienter (spesielt barn) gir behov for ekstra kapasitet for aktivitetstopper. Det gjelder spesielt for tilbud som er sårbare for overbelegg/press (intensiv, observasjonsplasser, operasjonsrom mv.)
- Redusere risiko for overbelegg og korridorpasienter. Av hensyn til kvalitet i behandling og arbeidsbelastning for personalet er det viktig å unngå flytting av pasienter mellom sengeområder
- Behov for fleksibilitet i bygget over tid uten vesentlig ombygging
- En underdimensjonering av viktige enheter som intensiv, operasjon og radiologi der det blir behov for å øke kapasitet gir ofte uhensiktsmessige løsninger med lav driftseffektivitet. For disse enhetene er det viktig å ha mulighet for å øke kapasiteten uten vesentlige ombygginger
- Små sykehus med lavt volum og begrenset bemanning har større problemer med å holde et jevnt, høyt aktivitetsnivå

Dersom man sammenligner kapasitetsbehovet som er fremskrevet i pasientforløpsanalysene med et behov beregnet ut ifra en høy utnyttelsesgrad, vil man få en endring som vist i tabell 123.

Tabell 123 Effekt av økt utnyttelsesgrad på fremtidig kapasitetsbehov, HSØ samlet i 2030

	Kapasitetsbehov ved utnyttelsesgrad som i pasientforløpene 2030 + økt etterspørsel	Kapasitetsbehov ved høy utnyttelsesgrad	Differanse kapasitetsbehov ved høy utnyttelsesgrad	% differanse
Kapasitet				
Døgnplasser	6598	6270	-328	-5
Dagplasser	1256	1042	-214	-17
Poliklinikkrom	1708	1206	-502	-29
Operasjon	351	274	-77	-22

En økning i utnyttelsesgrad for beregning av sengekapasitet gir ikke større endring enn litt over 5 %, men tabellen viser at ved bruk av høy utnyttelsesgrad med 10 timers åpningstid for poliklinikker, vil det bli et redusert behov for poliklinikkrom på 30 %. Dette er en høy andel av kapasiteten, og med de ulemper en for knapp kapasitet vil gi, spesielt i et område som er under sterk utvikling, vil vi anbefale at man holder utnyttelsesgraden på det nivå som er vist i pasientforløpsanalysene for alle funksjonsområdene. Fremskrivingene viser at aktivitetstrykket og også usikkerhetene er størst når det gjelder kapasitetsberegningene i poliklinikk.

Mange sykehus bruker også poliklinikker til undersøkelser for innlagte pasienter og for samtaler/undersøkelser som er utført av flere forskjellige fagpersoner og som kun registreres som en konsultasjon i poliklinikken. Det bør være en buffer for denne aktiviteten. Ved å opprettholde 45 minutter som gjennomsnitt konsultasjonstid gir det rom for denne aktiviteten. I planlegging av reell kapasitet må dette differensieres mellom fagområder.

Høy utnyttelsesgrad kan bli aktuelt for noen sykehus der det de fysiske forholdene legges til rette for det, der det er høy aktivitet og gode muligheter for fleksibel utnyttelse av kapasiteter. Det forutsetter også en organisering og bemanning som gjør det mulig å ha en driftstid ut over dagtid.

9 Sammenstilling av ulike utviklingsretninger

Når man summerer opp demografisk fremskriving, omstilling i pasientforløpene og alternative utviklingsretninger, vil man for Helse Sør-Øst RHF ha følgende variasjonsbredde i beregning av fremtidig kapasitetsbehov:

Tabell 124 Oppsummert fremskriving med beregnet effekt av ulike utviklingsretninger/scenarier

	Kapasitetsbehov ved utnyttelsesgrad som i pasientforløpene 2030 + økt etterspørsel	Alt demografisk fremskriving MMMH, endret kapasitetsbehov	Alt høy utnyttelsesgrad, endret kapasitetsbehov
Kapasitet			
Døgnplasser	6598	300	-328
Dagplasser	1256	81	-214
Poliklinikkrom	1708	98	-502
Operasjon	351	18	-77

I tillegg til endring i aktivitet ved demografisk fremskriving og omstilling, samt alternative utviklingsretninger er det en mulighet ved ulike tiltak til å styre kapasitetsbehovet for fordeling av kapasiteter mellom HF'ene.

Det er spesielt tre områder man kan ha mulighet til å påvirke kapasitetsbehovet:

1. Bruk av alternative utnyttelsesgrader og åpningstider
2. Oppgavedeling mellom privat og offentlig virksomhet
3. Oppgavedeling mellom HF, endring i opptaksområder

I tillegg til disse kan myndighetene styre ved hjelp av økonomiske insentiver. Dette er ikke inkludert i denne analysen.

Oppgavedeling mellom privat og offentlig virksomhet og oppgavedeling mellom HF vil bli omtalt i hovedrapporten.

Når kapasitetsbehovet for hvert HF summeres opp som følge av pasientforløpsanalysene og scenarier for ulike utviklingsretninger vil man komme fram til en variasjonsbredde for mulig kapasitetsbehov i 2030. Tabellen under viser en fordeling per HF, der de grå kolonnene viser det fremskrevne kapasitetsbehovet for døgnplasser, dagplasser og poliklinikkrom. Kolonnene for justert kapasitetsbehov tar alle utgangspunkt i de fremskrevne kolonnene.

I sluttrapporten vil disse kapasitetstallene bli satt opp imot faktisk kapasitet fra kapasitetskartleggingen i HSØ.

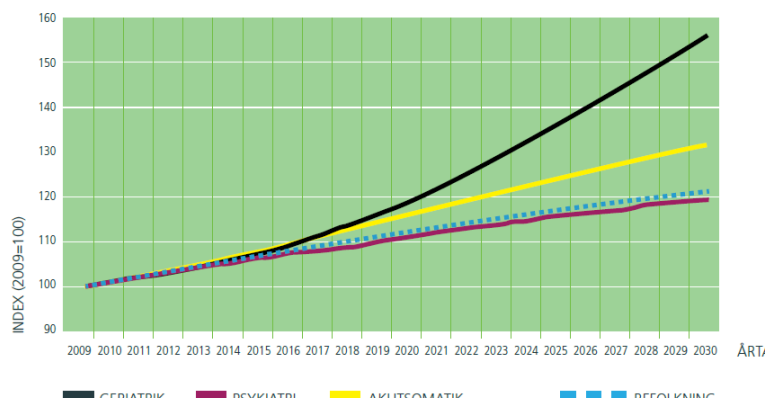
Vedlegg 1 Forutsetninger ved demografiske fremskriving (kilde SSB)
Tabell 3.1. Nøkkelforutsetninger i SSB's befolkningsfremskrivninger fra 2012. L = Lav-, M = Mellom-, og H = Høyalternativ

	Registrert 2011	L	M	H
Samlet fruktbarhetstall (barn per kvinne)	1,88			
2012		1,88	1,91	1,95
2100		1,69	1,89	2,09
Forventet levealder for nyfødte (år): Menn	79,0			
2012		79,0	79,2	79,3
2100		83,8	89,5	92,8
Forventet levealder for nyfødte (år): Kvinner	83,4			
2012		83,4	83,5	83,6
2100		84,6	92,5	96,1
Innvandringer per år	74 785			
2012		62 000	76 000	88 000
2100		15 000	40 000	94 000
Nettoinnvandring per år	47 000			
2012		32 000	46 000	58 000
2100		1 000	11 000	29 000

Vedlegg 2 Litteraturliste og kilder

1. Veileder for Tidligfaseplanlegging i sykehus, Helsedirektoratet 2011
2. Veileder for fremskrivingsmodellen, KNS 2013
3. Tran, Anh Thi: Cardiovascular disease, diabetes and ethnicity, Quality of diabetic care in a multiethnic general practice population in Oslo, Faculty of Medicine, UiO 2013
4. Lossius M., Lund CG: Prehospital hjerneslagbehandling - Tid er hjerne. Tidsskrift for den Norske legeförening, nr.16, 4.sept 2012
5. Raine Shivonen mfl: Arthroscopic Partial Meniscectomy versus Sham Surgery for a degenerative Meniscal Tear. New England Journal of Medicine, 2013, 369: 2515-24.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1305189>
6. Folkehelseinstituttet, Fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), primærkilde: Kilde: Statistisk sentralbyrå
7. Nasjonalt Register for Leddproteser, Rapport juli 2013
8. Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014)
9. Brunborg H.: Hvor mange innvandrere er det – og blir det – i Norge? Framskrivning av innvandrere og norskfødte barn av innvandrere. Samfunnspeilet 3/2013
10. Twenty-Thirty. Health Care Scenarios – exploring potential changes in health care in England over the next 20 years, Chris Evennett James Barlow, PIRU mars 2013.
11. Myrbostad A., Lauvsnes M.: Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester, delprosjekt 2 Behovsdimensjonering ved bruk av pasientforløp, juli 2010
12. Lauvsnes M. Pasientforløpsanalyser somatikk, Sørlandet Sykehus, 2013
13. Myrbostad A., Lauvsnes M: Konseptrapport Ny A-fløy Universitetssykehuset i Nord-Norge
14. Wild, C. and M. Narath (2005). "Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand." *Health Policy* **71**(3): 289-301.
15. Lyons RA, Wareham K, Hutchings HA et al. Population requirement for adult critical-care beds: a prospective quantitative and qualitative study. *Lancet* 2000; 355: 595-8.
16. Folkehelseinstituttet. Forekomst av diabetes- faktaark oppdatert 22.10.2013
17. Folkehelse i endring Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, 2011 HUNT forskningssenter NTNU
18. HDIR. -1S-1735 Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten
19. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1688. HDIR 04/2010
20. Palacios-Ceña, D., V. Hernández-Barrera, et al. (2013). "Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001–2009) in elderly people? A Spanish population-based survey." *Maturitas* **76**(4): 326-333.
21. Vegda, K., J. X. Nie, et al. (2009). "Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice." *BMC Health Services Research* **9**(1): 217.
22. Wong, A., B. Wouterse, et al. (2012). "Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: Findings and implications." *Social Science & Medicine* **74**(2): 263-272.
23. Leggat S. (2008) "Hospital planning: the risks of basing the future on past data." *Health Information management Journal* **37** (3)
24. Annual Report 2012. The Norwegian Renal Registry

Tittel	Utarbeidet av/forfatter Dato	Aktuelle punkter som har betydning for fremtidig aktivitet/kapasitetsbehov	Henvisning g side nr.	Initial SPL																
Oppdragsdokument 2014 Helse Sør-Øst RHF	HOD 9/1-2014	Basisbevilgningen øker slik at kjøpet av MR-undersøkelser fra private radiologiske virksomheter kan økes med 10 %. HSØ skal sette av minst 234,1 mill. kroner av basisbevilgningen til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene, og bidra til at tilbudene i kommunene har en kvalitet som avlaster sykehus. Mål 2014: <ul style="list-style-type: none"> • Det er etablert minst ett tverrfaglig diagnosecenter for pasienter med uavklart tilstand i hver helseregion • Det er etablert minst to prostatasentre i Helse Sør-Øst 	s.5 s.8																	
Rapport 2013	Olav Håkon Hauge, hentet fra dagens medisin http://www.dagensmedisin.no/nyheter/ny-rapport-avdekker-omfang-av-overbehandling/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified	Overdiagnostikk og overbehandling i sykehus. Det dokumenteres til dels betydelige forskjeller i praksis for undersøkelser, henvisninger, innleggelser og legemiddelbruk. Det angis vanligvis at 25-30 % av radiologiske undersøkelser er «ikke indiserte», dvs det må antas at resultatet av undersøkelsen ikke vil ha konsekvens for oppfølging og behandling. NOMESCO-statistikk viser enkelte nordiske forskjeller: Antall inngrep pr 100.000 mennesker <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Danmark</th> <th>Sverige</th> <th>Norge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Skiveprolaps</td> <td>165</td> <td>70</td> <td>125</td> </tr> <tr> <td>Kneprotese</td> <td>132</td> <td>110</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Meniskektomi</td> <td>270</td> <td>120</td> <td>315</td> </tr> </tbody> </table>		Danmark	Sverige	Norge	Skiveprolaps	165	70	125	Kneprotese	132	110	82	Meniskektomi	270	120	315	3 4 6	
	Danmark	Sverige	Norge																	
Skiveprolaps	165	70	125																	
Kneprotese	132	110	82																	
Meniskektomi	270	120	315																	
Statistikk, kreftinsidens	http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/	Viser utvikling av alle kreftformer fra 1957 til 2011. Økning på 40 % fra 1982 til 2011 (1,4 % per år) og 14 % fra 1997 til 2011 (1 % per år).																		
Samhandlingsstatistikk 2012-2013	Helsedirektoratet, februar 2014	Økning i antall øhj innleggelser for pas m medisinske diagnoser fra 2011 – 2012. Mindre økning og for noen reduksjon fra 2012 til 2013. Reduksjon for eldre > 80 år på ca. 2 % fra 2012 til 2013. Nedgang i øhj innleggelser i sykehus for de kommuner som hadde etablert et tilbud i 2012 eller tidligere. Gjennomsnitt liggetid fra pasienter er meldt utskrivningsklare er redusert betydelig fra 2011 til 2012. Litt reduksjon videre fra 2012-2013.	s.105-106																	
HSØ, ortopedi, revma kirurgi og revmatologi.	Sluttrapport fra midlertidig regionalt utvalg for funksjonsfordeling. Høsten 2010	Utvikling de neste 5-10 år-herunder forventet utvikling i fagområdenes funksjoner og nye funksjoner s. 61- NPR viser at det pålandsbasis i perioden 2004-2009 har vært en betydelig utvikling i aktiviteten tilknyttet pasienter med bevegelsesykdommer. Ant pas beh ved innleggelse (døgn og dag) har økt med 12,5%, liggetiden for innlagte s.reduisert	S 61																	

Tittel	Utarbeidet av/forfatter Dato	Aktuelle punkter som har betydning for fremtidig aktivitet/kapasitetsbehov	Hensvisning side nr.	Initial SPL
		med 8,7%. Det forventes en betydelig økning i etterspørsel av ortopediske tjenester, det forventes at økningen vil være i samme størrelsesorden som i nevnte 5 års periode økning på 15% i utskrivninger.		
		Med økende andel av befolkningen >67 år er artrose/osteoporose viktige satsningsområder. Helse Sør-Øst har nå gitt bra med støtte til denne forskningen	S 67	
		Fremtidig organisering av ortopedi/revmakirurgi HSØ	S 69-75	
Framtidens Hälso- og sjukvård	SLL mars 2011	<p>PROGNOS – SLUTENVÄRDENS UTVECKLING 2009-2030 VÄRDITILLFÄLLEN PER VÄRDGREN</p>  <p>FIGUR 1: Indexerad framskrivning av slutenvårdstillfällen per vårdgren 2009-2030</p> <p>Fremskrivningen er kun basert på demografi. Antall somatiske øhj-pasienter øker med drøyt 30 % fra 2009 til 2030, for psykiatri er økningen = befolkningsutviklingen, for geriatri er det en økning på nærmere 60 %.</p>		
Framtidens Hälso- og sjukvård	Konsentrat av rapporten 2010-07-30	Forventet økning i behov: Eldre som lever komplekse lidelser, "de nye overleverne – medfødte skader, økt infeksjonstrykk, økte behov pga mer screening, innvandrere (Afrika og Asia). Legger vekt på omfodeling/kosentrasjon av spesialisering og overføring til pht. Bruk av økonomiske insentiver for å styre pasientstrømmene, økt poliklnisering. Økt satsning på pht tilbud, desentrale sht tilbud, samme som i Noreg. Understreker behovet for "enhetlig styring av pasientstrømmene for å oppnå optimal ressursutnyttelse".		
Funksjonsfordeling kreft	Styresak 85-2010	Tabell med fordelinhg av diagnoser på HF.	S 1	

		<p>Funksjonsfordelingen skal baseres på krav til kvalitet/robusthet inkludert krav til nedre grenser for behandlingvolum innen kreftbehandlingen (pkt 2 og 6 i vedtaket). Krav til kvalitet/robusthet, inkludert krav til behandlingvolum og behandlinger pr. operatør, skal oppfylles i det respektive helseforetak, evt. den respektive enhet innen helseforetake6t som har behandlingsfunksjonen. (pkt. 3 i vedtaket)</p> <p>Funksjonsfordeling av strålebehandling</p> <p>Hovedanbefalingen er ingen endring i dagsens funksjons- og oppgavefordeling, men økte krav til kvalitet og likeverdighet.</p>	Siste side	
OPPFØLGING AV STYREVEDTAK I SAK 085-2010 OM FUNKSJONSFORDELING HANDLINGSPLAN FOR KREFTBEHANDLINGEN 2012-015.	Sak 46/2012	Styret er tilfreds med at funksjonsfordelingen av kreftkirurgien er iverksatt og at det er ferdigstilt opplegg for årlig evaluering.	S 4	
Normerte forløpstider ved kreftbehandling - anbefalinger fra Regionalt fagråd for oppfølging i helseforetakene - spesielt om lungekreft og prostatakreft	Notat fra regionalt kreftråd 2.7.2013	<input type="checkbox"/> Det er behov for økte ressurser innenfor: <input type="checkbox"/> Egestillinger (lungemedisin, radiologi, patologi og onkologi) <input type="checkbox"/> Utdanningskapasitet, som over <input type="checkbox"/> Radiologisk utstyr	S 2	
Helsedirektoratet	Fagrapport: Status utviklingstrekk og utfordringer på kreftområde, Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområde 2013-2017	Prognosene frem mot 2030 tyder på at ⁵⁰ : <ul style="list-style-type: none"> • antall personer som får kreft vil fortsette å øke, hovedsakelig på grunn av den økende andelen eldre i befolkningen. Kreft hos eldre over 70 år vil bidra til mer enn halvparten av økningen i kreftforekomst hos menn, og nesten halvparten av økningen hos kvinner. • antall nye krefttilfeller per 1000 innbyggere (insidens) etter justering for alder, forventes å flate ut, dersom dagens trender fortsetter. • antall personer som lever etter å ha fått en kreftdiagnose (prevalens) forventes å øke. 	s.8	RK

⁵⁰ Helsedirektoratet, Fagrapport: Status utviklingstrekk og utfordringer på kreftområde, Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområde 2013-2017

Færre overliggere i sykehus	Hans Knut Otterstad, Trond Birkestrand, Sykepleien, Febr. 2014	Samhandlingsreformen har bidratt til at langt færre utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus i Østfold. Antall liggedager er redusert med 5000, fra 5295 i 2011 til 210 i 2012. Stor forskjell mellom kommunene. Kommunestruktur og avstand har stor betydning. De største bykommunene har fått til det beste samarbeidet med sykehuset.	s.49-51	MLA
Stor økning i krefttilfeller fram mot 2030	Overlege Tom Børge Johannsen. Kreftregistret.	Figur 1: Forventet antall nye kreftpasienter pr år frem til 2030. Kilde: http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/	s.1	RK
Bruk av stråleterapi i Helse Sør- Øst. Originalartikkel	Jetne V., Kvaløy S., Smeland S., Johannsen T.B., Tveit K.M., Tidsskrift for Den norske legeforsening, 24, 2009; 129: 2602-5	Det er halvparten av pasientene som har nytte av strålebehandling i løpet av sykdomsperioden.	s.1	RK
Tall fra NORDCAN rapportgenerator	Kreftforening. http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp	I Helse Sør-Øst er det forventet 39888 nye krefttilfeller i tidsperioden 2012-2031	Tall fra rapportgenerator	RK
Regionalt fagråd for kreft Helse Sør- Øst del 1, arbeidsversjon, 21.06. 2010	Arbeidsgruppe for stråleterapi	I dokumentet "Regionalt fagråd for kreft Helse Sør- Øst" del 1, som er utarbeidet av arbeidsgruppe for stråleterapi, i kapittel 4.4 står det at det er behov for 5-6 lineærakseleratorer før 2020	s.30	RK
Prehospital hjerneslagbehandling – tid er hjerne	H M Lossius, C G Lund Tidsskrift for Den norske legeforsening, 2012; 132	Kommentarartikkel der det presiseres viktigheten av kort tid for diagnostikk og behandling for hjerneslag, og beskriver at Luftambulansen arbeider med å få på plass mobile CT-enheter.	s. 1848-9	MLA
SAMDATA 2012	Helsedirektoratet 2013	Datagrunnlaget: På grunn av mangelfull registrering av bydel i pasientdata for 2008, er det ikke mulig å skille mellom bostedsområdene i hovedstadsområdet for dette året. I 2012 ble det avdekket at OUS har en feil i sitt pasientadministrative system som medfører at antallet registrerte polikliniske kontakter er for høyt. Fra 2008-2010 ble det endret innrapporteringsformat fra NPR record til NPR melding. Overgangen medførte at det ble registrert flere polikliniske kontakter enn tidligere. Helse Sør-Øst har lavere antall liggedager per innbygger enn andre regioner. Eldres bruk av spesialisthelsetjenester: Helse Sør-Øst var regionen med størst nedgang i antall liggedager (10,7 % fra 2011-2012). Dette antas å ha sammenheng med en nedgang i antall utskrivningsklare pasienter. Analyser viser en nedgang på omtrent 60 % i utskrivningsklare liggedager fra 2011 til 2012.	s.175 s.29 fra s.173	MLA

		<p>Bostedsområdet Sørlandet i Helse Sør-Øst skiller seg også ut ved å ha veldig lave liggedagsrater for de eldre pasientene.</p> <p>Det var Helse Sør-Øst som hadde kortest gjennomsnittlig liggetid, med et snitt på omtrent 4,5 dager for begge de eldste aldersgruppene.</p> <p>I Helse Sør-Øst var det særlig Telemark som hadde en høy andel reinnleggelser.</p> <p>Det har vært en nedgang i primær og sekundær døgnerhabilitering fra 2010 til 2012. Fortsatt har Helse Sør-Øst den høyeste døgnraten i Norge for rehabilitering. Høyest rat var det i Innlandet, Vestfold og Telemarks område. Det har samtidig vært en nedgang i bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner.</p>	s.190	
<p>Rapport fra arbeidsgruppe til å vurdere funksjonsfordeling for intervensjonskardiologi i Helse Sør-Øst</p>	<p>Jan Eirik Nordrehaug, Einar Bugge, Rune Wiseth 19/11-2012</p>	<p>Det er ikke kapasitetsmangel verken for hjertekirurgi eller PCI i Norge. Økning av totalkapasitet er ikke nødvendig. Omfordeling av ressurser til andre senter (Innlandet, Ahus) vil ikke gi noen kvalitetsforbedringer, men noe innsparte reiseutgifter for Ahus.</p> <p>Man anslår et adekvat befolkningsgrunnlag for etablering av PCI til å være minst 400 000.</p> <p>Hjerteinfarkt inndeles i to kategorier STEMI og non-STEMI. Tidsfaktoren for behandling av hjerteinfarkt er viktig, og STEMI må behandles innen 12 timer. Effekten er betydelig større jo tidligere innen disse 12 timene behandling kan startes. Forekomst av reinfarkt er høyere hos pasienter som får trombolyse sammenlignet med de som får PCI.</p> <p>Data tyder på at forekomst av STEMI er synkende.</p>		MLA

Prosjektnotat 3

Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vedlegg til rapporten "Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 HSØ RHF"

VERSJON

1

DATO

2014-09-15

FORFATTER(E)Marte Lauvsnes
Rune Reinaas
Rita Konstante
Pål Ingdal**OPPDRAGSGIVER(E)**

Helse Sør-Øst RHF

OPPDRAGSGIVERS REF.

Glenn Flandorfer

PROSJEKTNR

102004811

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

119

SAMMENDRAG

Delrapporten er et underlag for analyser av aktivitet- og kapasitetsbehovet i Helse Sør-Øst (HSØ) frem mot 2030. Dokumentet følger som vedlegg til hoveddokumentet "Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF".

UTARBEIDET AV

Marte Lauvsnes, Forskningsleder

GODKJENT AV

Randi E. Reinertsen, Forsknings sjef

PROSJEKTNOTAT NR

3

SIGNATUR**SIGNATUR****GRADERING**

Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	6
2	Bakgrunn, datagrunnlag og metode	15
2.1	Begrepsavklaringer	17
3	Status aktivitet og kapasitet	18
3.1	Helse Sør-Øst - Godt over halvparten av den norske befolkning	18
3.1.1	Aktivitet 2013	18
3.1.2	Kapasitet 2014	24
4	Helseforetakene og de private	26
4.1	Akershus universitetssykehus HF.....	26
4.1.1	Aktivitet 2013	27
4.1.2	Kapasitet 2014	29
4.1.3	Bygge kapasitet for å være selvforsynt, og planlegging av nytt psykiatribygg.....	29
4.2	Oslo universitetssykehus HF	30
4.2.1	Aktivitet 2013	32
4.2.2	Kapasitet 2014	33
4.2.3	Fortsatt samhandling med private ideelle aktører, idéfase Campus Oslo og nytt psykiatrisk senter på Mortensrud.....	34
4.3	Sykehuset i Vestfold HF.....	34
4.3.2	Kapasitet 2014	37
4.3.3	Konseptfase Nytt bygg for akuttpsykiatri	37
4.4	Sykehuset Innlandet HF	37
4.4.1	Aktivitet 2013	39
4.4.2	Kapasitet 2014	40
4.4.3	Utredning om det psykiske helsevern skal inngå i planene for nytt områdesykehus.....	41
4.5	Sykehuset Telemark HF.....	41
4.5.1	Aktivitet 2013	42
4.5.2	Kapasitet 2014	44
4.6	Sykehuset i Østfold HF	44
4.6.1	Aktivitet 2013	44
4.6.2	Kapasitet 2014	46
4.6.3	Nytt sykehus nye muligheter, nytt Østfoldsykehus snart innflyttingsklart	46
4.7	Sørlandet sykehus HF.....	46
4.7.1	Aktivitet 2013	47
4.7.2	Kapasitet 2014	48

4.7.3	Forsterkning av de polikliniske, ambulante og dagbaserte tilbud i DPS og konseptfase Nytt bygg for Psykiatrisk sykehusavdeling	49
4.8	Vestre Viken HF.....	49
4.8.1	Aktivitet 2013	50
4.8.2	Kapasitet 2014	52
4.8.3	Integrere psykisk helse og somatikk og konseptfase Nytt områdesykehus.....	52
4.9	Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus.....	53
4.9.1	Diakonhjemmet sykehus	53
4.9.2	Lovisenberg diakonale sykehus	54
4.10	Andre private tjenesteleverandører	56
5	Nasjonale og regionale strategier, trender og utviklingstrekk.....	58
5.1	Psykisk helsevern	58
5.2	TSB.....	60
5.3	Færre oppholdsdøgn, flere polikliniske konsultasjoner.....	60
6	Forbruksrater	65
7	Analyse av pasientforløp	68
7.1	Særskilt om bruk av diagnoser innenfor barn- og ungdomspsykiatrien.....	69
7.2	Demenslidelser	70
7.3	Rusrelaterte lidelser.....	73
7.4	Schizofreni.....	74
7.5	Psykotiske lidelser.....	75
7.6	Depressive lidelser	76
7.7	Bipolar lidelse.....	76
7.8	Angstlidelser.....	77
7.9	Posttraumatisk stresslidelse	78
7.10	Spiseforstyrrelser	78
7.11	Personlighetsforstyrrelser.....	79
7.12	Adferdsforstyrrelser hos barn.....	79
8	Alternative utviklingsretninger	80
8.1	Endring i forventninger og forbruk	80
8.2	Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling.....	82
8.3	Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet.	83
8.4	Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder.....	83
8.5	Psykisk helsevern barn- og unge.....	84
8.6	Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling.....	85
8.7	Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.	87
8.8	Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB.....	88

9	Fremskrivning av behandlingsaktivitet	89
9.1	Kvantitativ fremskrivning (demografi)	89
9.2	Kvalitativ fremskrivning	90
9.2.1	Hovedalternativ	91
9.2.2	Alternativ 2	92
9.3	Samlet effekt av omstillingsfaktorer	92
9.3.1	Hovedalternativ for PHV	93
9.3.2	Hovedalternativ for PHBU	97
9.3.3	Hovedalternativ for TSB	97
9.3.4	Alternativ 2 for PHV	98
9.3.5	Alternativ 2 for PHBU	101
9.3.6	Alternativ 2 for TSB	102
10	Kapasitetsbehov 2030.....	104
10.1	Utnyttelsesgrader	104
10.2	PHV – (hovedalternativ)	105
10.3	PHBU (hovedalternativ)	109
10.4	PHBU (hovedalternativ)	110
10.5	TSB (Hovedalternativ)	110
10.6	Oppsummering kapasitet hovedalternativet	112
10.7	PHV (Alternativ 2)	114
10.8	PHBU (Alternativ 2)	116
10.9	TSB (Alternativ 2)	117
10.10	Oppsummering kapasitet alternativ 2	118

1 Sammendrag

Delrapporten er et underlag for analyser av aktivitet- og kapasitetsbehovet i Helse Sør-Øst (HSØ) frem mot 2030. Dokumentet følger som vedlegg til hoveddokumentet "Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF".

Analysene er ment å gi HSØ et grunnlag for strategiske beslutninger knyttet til fremtidig kapasitetsbehov.

Datagrunnlag og metode

Fremskrivingen av behandlingsaktivitet tar utgangspunkt i analyser av:

- aktivitetsutviklingen de siste 6 år (trendanalyser 2008-2013)
- dagens aktivitet (2013)
- dagens kapasitet (2014)
- demografisk fremskriving fra 2013 til 2030

På dette grunnlag gjøres det en kvalitativ vurdering av faktorer som vil påvirke tjenestetilbudet, samt hvilken effekt de ulike endringsfaktorene vil ha for fremtidig aktivitet og kapasitet. De kvalitative vurderingene benyttes til å korrigere dagens aktivitet fremskrevet demografisk, og bygger på trendanalyser, referanser og faglig skjønn.

I psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er diagnostiske kategorier et problematisk utgangspunkt for å beregne aktivitet og kapasitetsbehov fordi funksjonsevne og oppfølgingsbehov kan være svært forskjellig for pasienter med samme psykiatriske diagnose. En annen viktig utfordring ved dagens psykiatriske diagnosesystem er overlappingen mellom diagnoser, både innenfor hver enkelt hovedkategori, og på tvers av hovedkategoriene. For eksempel går de fleste symptomene som definerer en generalisert angstlidelse igjen i alle de andre angstlidelsene, og angstsymptomer er vanlig ved psykiske lidelser i andre diagnostiske hovedgrupper.

For øvrig er det en glidende overgang mellom psykiske plager som en del av alle menneskers vanlige liv, og psykiske lidelser som medfører subjektiv lidelse og funksjonsproblemer som representerer sykdom, i betydningen markert avvik fra det som er vanlig eller "normalt".

Disse forhold bidrar til at fremskriving av aktivitet for å beregne kapasitetsbehov er krevende og forbundet med stor grad av usikkerhet. Usikkerheten beror også på de mange forhold som påvirker omfang og karakter av behandlingsaktiviteten, og som i begrenset grad er mulig å styre. De matematiske beregninger som vises i tabellform gir ingen presise svar på et fremtidig kapasitetsbehov, men anslår et kapasitetsbehov i spenn, ut fra hvilke forutsetninger som legges til grunn. Beregningene viser i tillegg hvilke potensialer som ligger i ulik grad av utnyttelse av tilgjengelig kapasitet.

Status aktivitet og kapasitet

Godt over halvparten av den norske befolkning er bosatt i det geografiske ansvarsområdet til Helse Sør-Øst.

Datagrunnlaget for behandlingsaktivitet i 2013 viser at det psykiske helsevern for voksne hadde ca. 30 000 døgnopphold og ca. 620 000 oppholdsøgn¹. Sykehusfunksjonene utgjør 68 pst. av alle døgnopphold, mens Distriktpsykiatriske senter (DPS) utgjør 32 pst.

Det er registrert ca. 930 000 polikliniske konsultasjoner med personer bosatt i HSØ, hvorav ca. 270 000 ble utført i sykehus (29 pst.) og 660 000 i DPS (71 pst.). Vel 80 pst. av aktiviteten er utført av foretaksgruppen, mens ca. 19 pst. er utført av private.

Antall døgnopphold i det psykiske helsevernet for barn og unge utgjorde 1 189 fordelt på 47 095 oppholdsøgn.

¹ Begrepet "oppholdsøgn" benyttes ensbetydende med begrepet "liggedøgn".

Innenfor tjenesteområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble det i 2013 registrert vel 9 000 opphold og 345 000 oppholdsdøgn. Tallene viser store variasjoner med hensyn til gjennomsnittlig oppholdstid. Private ideelle institusjoner med avtale sto for ca. 70 pst. av det samlede regionale døgnbehandlingstilbudet innenfor TSB i Helse Sør-Øst, mens den polikliniske andelen var om lag 17 pst.

Den store andelen private behandlingstilbud er historisk betinget. De private institusjonene tilbyr i større grad langtidsbehandling, noe som synliggjøres gjennom en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 70 døgn, sammenlignet med helseforetakene som har en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 10 døgn. En annen årsak til forskjellene er at kun én av 20 avtaleparter har avrusningstilbud. Mange av avtalepartene har også korttidsbehandlingstilbud.

Kapasitet

I Norge har det i følge Samdata vært en reduksjon i antall døgnplasser innenfor det psykiske helsevern totalt, og pr. innbygger². Fra 1998 til 2012 er antall døgnplasser pr. 10 000 innbygger redusert fra 17,6 til 10,2. I den samme tidsperioden er antall døgnplasser pr. 10 000 innbyggere for barn og unge (0-til og med 17 år) nesten ikke endret. I følge Samdata var det i HSØ fra 2011 til 2012 en reduksjon i antall døgnplasser på 138 døgnplasser totalt. Den prosentvis største reduksjonen var ved Sykehuset Innlandet HF med en reduksjon på 16,8 pst. Ved Akershus Universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF utgjorde reduksjonen 8-9 pst.

I Norge utgjorde private døgnplasser 56 pst. av den planlagte døgnplasskapasiteten innenfor TSB i 2012. Det var en reduksjon i antall døgnplasser i HSØ for TSB i perioden fra 2009 til 2012.

Det er kartlagt en total kapasitet på 2 379 døgnplasser i bruk, fordelt på 1 071 i det psykiske helsevern for voksne (PHV) i sykehus (45 pst.), 750 i PHV DPS (31 pst.) 121 i PHBU (ca. 5 pst.) og 437 døgnplasser i TSB (18 pst.) innenfor foretaksgruppen og Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus. I tillegg er aktivitet tilknyttet andre private tjenesteleverandører omregnet til å utgjøre 962 døgnplasser, forutsatt 85 pst. utnyttelse. De 962 døgnplassene er fordelt på 213 i PHV sykehus, 18 i PHV DPS, 42 i PHBU og 689 i TSB. Totalt er det beregnet en kapasitet tilsvarende 3 341 døgnplasser innenfor det psykiske helsevern og TSB. Kapasitetstallene sammenstilles i denne analysen med beregnet kapasitetsbehov i 2030.

Mange helseforetak har virksomhet i gamle institusjoner og bygg som er lite funksjonelle i forhold til dagens krav til diagnostikk og behandling. De funksjonelle svakhetene gir redusert pasienttilfredshet og -sikkerhet, hindrer effektive behandlingsforløp og gir vanskelige arbeidsforhold. Det betyr at man kan ha tilstrekkelig kapasitet, men kapasiteten kan være uegnet driftsmessig og med en kvalitet som er lavere enn det man bør kunne forvente i forhold til dagens krav til helsebygg.

Dagens kapasitet av poliklinikkrom er beregnet til ca. 1 000 rom. Det er da tatt utgangspunkt i antall konsultasjoner i 2013, og forutsatt en utnyttelsesgrad på 6 timer hver dag 230 dager, og med 90 minutter pr konsultasjon. Det betyr at det hvert rom har 4 konsultasjoner pr dag den tiden poliklinikken er åpen. Sannsynligvis er den reelle kapasiteten vesentlig høyere enn 1 000 rom, blant annet på grunn av at rom for polikliniske konsultasjoner ofte fungerer i kombinasjon med kontor for behandler. I gjennomsnitt vil derfor utnyttelsesgraden være lavere enn 4 konsultasjoner hver dag, som det er forutsatt i beregningene.

Dagens kapasitet for poliklinikkrom er ikke fullt ut kartlagt for hele regionen. Vestre Viken har fullført kartlegging, og har i dag 300 konsultasjonsrom i poliklinikkene. De har et beregnet behov på 133 konsultasjonsrom dersom man forutsetter basis utnyttelsesgrad. I dette eksemplet er dagens kapasitet rikelig til å kunne romme en økning i aktivitet på ca. 40 %.

² Samdata 2012, Helsedirektoratet

Forbruk

Det er variasjoner i forbruk av tjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB mellom sykehusområder. Dette kan uttrykkes i forbruk per 1 000 innbyggere.

Flere studier har påvist store kommunevise forskjeller i bruk av sykehustjenester. Ved hjelp av pasientstrømmodeller og empiriske data prøver flere av studiene å belyse årsakssammenhenger. Undersøkelser viser at innleggelseskulturen til legene i førstelinjetjenesten (henvisningspraksis), og deres bruk av øyeblikkelig hjelpetjenester kan forklare noe av forskjellene. I tillegg bidrar ulik kapasitet og tilgjengelighet av tjenester i kommunehelsetjenesten til forskjellene i forbruk. I områder med større geografiske avstander innenfor et opptaksområde vil reiseavstanden til sykehuset også være avgjørende for forbruket av sykehustjenestene.

Helse Sør-Øst må blant annet gjennom dialog med kommunene understøtte tiltak som kan utjevne ulikheter som ikke kan forklares av forskjell i sykdomshet eller alderssammensetning. I et langsiktig perspektiv er det ønskelig å utvikle tilbudet slik at det fremstår som likeverdig for befolkningen, og at grunnlaget for ressursfordeling/kapasitet bygger på dette.

Status og trender og for behandlingstilbudene

Helse Sør- Øst RHF gjennomførte i 2014 en kartlegging og analyse av hvordan det regionale helseforetaket fyller "sørge- for ansvaret" med bakgrunn i de kravene som ligger i styringsdokumenter innen fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Bakgrunnsmateriale for gjennomgangen var Opptappingsplanen for psykisk helsevern (1999 – 2008) og opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012). Rapporten ³ viser at helseforetakene har fulgt opp nasjonale og regionale føringer om å vektlegge en styrking av lokalsykehusrollen og de desentraliserte behandlingstilbudene. Det er imidlertid store forskjeller helseforetakene i mellom både når det gjelder struktur på behandlingstilbudene, samlet kapasitet, ressursfordeling nivåene i mellom og profil på behandlingstilbudene.

Analysen fra HSØ viser at det har skjedd en omstilling av behandlingstilbudene innen psykisk helsevern for voksne med større vekt på poliklinisk behandling og ambulant virksomhet. Antallet behandlede pasienter er økt totalt sett, noe som er oppnådd gjennom reduserte liggetider. Ventetiden for rettighetspasientene er under styringskravet og antallet fristbrudd er betydelig redusert. Det er ikke etablert tilstrekkelig faglig robuste distriktspsykiatriske sentre (DPS) ved alle helseforetak.

Nasjonale og regionale strategier peker i retning av:

- Flere polikliniske konsultasjoner
- Tilgjengelige tjenester og økt ambulant virksomhet
- Mer samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Felles strategi for bruk av private leverandører

Sintef har foretatt trendanalyser basert på etterspurte data fra NPR for Helse Sør-Øst. Disse viser reduksjon i antall oppholdsdøgn og flere polikliniske konsultasjoner. Det er forbundet usikkerhet med hvordan utviklingen vil fortsette, men det er likevel holdepunkter for å tro at man vil se en fortsatt reduksjon i antall døgnopphold blant annet som følge av en sterkere samhandling med kommunehelsetjenesten.

Befolkningsfremskrivninger fra 2014-2100 viser en befolkningsvekst i overskuelig fremtid. Folketallet i Norge fortsetter å vokse hele dette hundreåret, ifølge mellomalternativet i befolkningsfremskrivningene. Veksten blir særlig stor i og rundt de store byene, og vi blir stadig flere eldre.

³ Helse Sør-Øst RHF (2014) Status for behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i Helse Sør- Øst

Fremskriving av pasientvolum viser at endringer i liggedøgn innenfor sykehusfunksjonen som følge av demografi skiller helseforetakene i tre kategorier: "Ekstra høy vekst" (*Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus*)⁴, "Høy vekst" (*Sørlandet sykehus HF, Oslo universitetssykehus HF*), "Middels vekst" (*Sykehuset Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Lovisenberg diakonale sykehus*), og "Lav vekst" (*Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF*).

Alternative utviklingsretninger

I kapittel 8 beskrives alternative utviklingsretninger for det psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst fram mot 2030. De ulike scenarioene drøftes med et særskilt fokus på konsekvenser for dimensjonering og et framtidig kapasitetsbehov. Grunnlaget for de alternative utviklingsretningene er basert på en faglig (kvalitativ) vurdering av et framtidig behov for helsetjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB, samfunnsutvikling i et folkehelseperspektiv, historiske trender, fremtidig økonomisk bærekraft, samt politiske og finansielle signaler og virkemidler.

Endring i forventninger og forbruk

Tilbudet av helsetjenester påvirkes av etterspørselen etter helsetjenester, og et forbruk kan bli bestemt av nivået på tilbudet. Gjennom forebygging vil det psykiske helsevesenet og TSB bidra til å redusere behov, men godt utbygde tjenester med utvikling av diagnostikk og behandlingsmetoder kan bidra til å avdekke behov og skape nye behov (evt. ny etterspørsel).

Flere forhold kan i følge Folkehelseinstituttet⁵ gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner som er tildelt for en psykisk lidelse, har økt de siste 15 år. Det har også vært en sterk økning i antall personer behandlet for psykiske lidelser. Dette kan i noen grad skyldes større åpenhet om og aksept av psykiske lidelser og at det polikliniske og ambulante behandlingstilbudet er økt noe som har gitt større tilgjengelighet. Andel uføretrygdede på grunn av psykisk lidelse vil også kunne påvirkes av endringer i arbeidsmarkedet hvor det stilles økte krav til utdanning og språklige og sosiale ferdigheter og hvor stadig fler risikerer å bli stående uten arbeid over lengre tid.

Studier fra USA og Europa⁶ gir imidlertid ingen støtte for en forverring i folkehelsen med økt forekomst av psykiske lidelser, men viser til omtrent samme utbredelse av ulike lidelser i 1990 og 2003. Det kan finnes ganske store geografiske variasjoner i forekomst av psykiske lidelse, dels korrelert med forskjeller i alderssammensetning og sosiale forhold og dels som et resultat av flyttemønster. En finner blant annet en opphopning av alvorlig psykiske lidelser i storbyer uten at det er dokumentert noen økt risiko for å utvikle psykiske lidelser ved å bo i storby. Dette er forhold som er analysert i forbindelse med innføring av ny inntektsmodell for psykisk helsevern og TSB i Helse Sør-Øst etter 2011.

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker mest skader i Norge. Det er lang tradisjon i Norge for å føre en restriktiv alkoholpolitikk. Denne politikken har bidratt til at Norge har et lavere alkoholkonsum og færre problemer, sykdommer og skader enn øvrige land i Europa. Denne restriktive linjen er imidlertid under økende press. Det har vært en betydelig økning i alkoholkonsumet i Norge de siste 10-15 årene særlig blant kvinner⁷.

⁴ Høy andel behandlingsaktivitet innenfor alderspsykiatri

⁵ <http://www.fhi.no>, 19.02.2014

⁶ Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0

⁷ http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publikasjon/RusmidleriNorge20123.pdf

Bruken av illegale rusmidler økte gjennom 1990-tallet, men har siden gått noe tilbake. Det anslås at det er i overkant av 8 000 injiserende rusavhengige i Norge. Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med mange europeiske land ^{8 9}.

Det er påvist en sammenheng mellom forbruk av helsetjenester og brutto nasjonalprodukt (BNP). Dette tilsier at en fortsatt nasjonal økonomisk vekst vil øke både tilbud og forbruk av helsetjenester ¹⁰.

I løpet av de siste ti-årene har pasientrollen endret seg fra å være en mer eller mindre passiv mottaker til å bli en informert medvirker med større krav og sterkere forventninger til tjenestetilbudene. Den nye rollen er i hovedsak ønsket, og ny fordeling av makt, roller og ansvar mellom pasient og behandler, og mellom bruker og helsevesen stadfestes blant annet ved endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil fortsette og ytterligere forsterkes av at mange pasienter vil ha økte kunnskaper om sine sykdommer og om mulige behandlingsformer, noe som også vil kunne føre til økt etterspørsel etter behandlingstilbud.

Med hensyn til framtidig arealbehov vil den "nye brukerrollen" kunne ha konsekvenser for en generelt høyere kvalitet og funksjonalitet på oppholds- og behandlingsrom, samt nye rom og areal til opplæringsarenaer, videokonferanserom, pårønderom, kontor for erfaringskonsulenter, brukerrepresentanter og andre.

Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling

Det at psykisk helsevern og TSB er adskilt i to tjenesteområder er i all hovedsak historisk betinget, og kan i enkelte tilfeller stå i motsats til dagens faglige tenkning som legger vekt på samtidighet i behandlingen og et tett samarbeid med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Et alternativ utviklingstrekk vil være at de to tjenesteområdene får en tettere integrasjon både med hensyn til virksomhet og bygg.

Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet

Det akuttpsykiatriske tilbudet har i mange tilfeller vært samlokalisert med de somatiske sykehustjenestene. De strukturelle endringene innen psykisk helsevern for voksne med desentralisering av den allmennpsykiatriske delen av tilbudet gjennom etablering av DPS parallelt med en avgrensning og spesialisering av de gjenværende sykehusavdelingene, har aktualisert et behov for samlokalisering av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene, slik som akuttpsykiatri, enheter for lengre tids tvungent psykisk helsevern for pasienter med psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser, sikkerhetspsykiatriske enheter på "nivå 2", døgnbehandling av spiseforstyrrelser og alderspsykiatriske døgnavdelinger. Dette er spesialiserte funksjoner som skal finnes i alle sykehusområder. Dette for å få etablert robuste fagmiljøer med høy kompetanse, funksjonell vaktordninger for leger og mulighet for fagutvikling og forskning. Det er et stadig større behov for og krav om spesialisert somatisk utredning av pasienter ved disse enhetene. Geografisk nærhet til somatisk sykehus fremheves som hensiktsmessig.

Særlig har det alderspsykiatriske tilbudet vært omfattet av store endringer de siste årene med en sterk reduksjon i antall døgnplasser, økt fagkompetanse og flere behandlerstillinger i døgnenhetene, samt etablering av alderspsykiatriske poliklinikker med bred og tverrfaglig utredningskompetanse. Selv om mange alderspsykiatriske avdelinger fortsatt ikke er samlokalisert med somatiske sykehus, utgjør somatisk utredning, herunder nevrologisk utredning, en stadig viktigere del av tilbudet som tilbys pasientene. Det alderspsykiatriske behandlingstilbudet står nå på mange måter ved et veiskille hvor det vil skje en utvikling i tre ulike retninger.

Psykisk helsevern til eldre pasienter vil i økende grad bli en del av det allmennpsykiatriske tilbudet ved DPS der hvor det ikke er snakk om demens eller sammensatte lidelser som krever spesialisert utredning og behandling.

⁸ Rapport, Statens institutt for rusmiddelforskning. Rusmidler i Norge 2012, Alcohol and Drugs in Norway

⁹ Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Europeisk narkotika rapport – Trender og utviklinger 2014

¹⁰ Helsedirektoratet IS 2142 - Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader En gjennomgang av aktuell kunnskap

Utredning av demens og andre hjerneorganiske lidelser hos eldre pasienter vil kreve et tettere samarbeid med både nevrologiske og geriatriske fagmiljøer i det somatiske sykehuset, noe som kan gi grunnlag for strukturelle eller organisatoriske endringer hvor deler av det alderspsykiatriske tilbudet overføres til den somatiske delen av sykehuset. Den gjenværende delen av alderspsykiatrien vil sannsynligvis bli dominert av spesialpoliklinikk samlokalisert med en mindre døgnenhet for utredning og initiell behandling, supplert med ambulant tjeneste som følger opp pasienter i samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder

Spiseforstyrrelser er den diagnosegruppen med størst dødelighet innen psykisk helsevern og det er solid kunnskap om at bredt innrettet tidlig intervensjon er viktig. Samtidig er man helt avhengig av mer spesialiserte sykehustjenester både i det enkelte sykehusområdet og på regionalt nivå. Valg av organisatoriske og faglige rammebetingelser i den desentraliserte delen av psykisk helsevern vil i noen grad påvirke behovet for etablering av spesialiserte enheter på sykehusnivå, samt omfanget av regionale funksjoner eller flerområdefunksjoner.

Psykisk helsevern for barn og unge

Det er tre viktige grenseflater mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre deler av spesialisthelsetjenesten, barne- og ungdomsmedisin (inklusive barnehabilitering), TSB (psykiatriske ungdomsteam) og psykisk helsevern for voksne. Barnemedisinske avdelinger har enkelte steder bygget opp egen barnepsykiatrisk kompetanse gjennom ansettelse av barnepsykiater og psykologspesialister. Det kan være aktuelt å etablere faste samarbeidsordninger i stedet for å bygge opp parallell kompetanse i det sykehusforankrede psykiske helsevern for barn og unge og barne- og ungdomsmedisinske avdelinger.

Tilsvarende parallell kompetanse kan være tilfelle når det gjelder tilbud til rusmiddelmissbrukere, da ved poliklinikker. Mange steder har TSB, BUP og DPS samlokaliserte poliklinikker.

Kontaktflaten mellom psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne preges i mange sammenhenger av mangel på kontinuitet i behandlingsforløp. Dette gjelder både de sykehusforankrede tilbudene og lokale poliklinikker. Bygningsmessige forhold kan sammen med organisatoriske tiltak facilitere samarbeid om behandlingsforløp.

Psykisk helsevern for barn og unge har også en viktig kontaktflate mot barnevernet. Det er spesielt et behov for bedre samhandling med institusjonsbarnevernet. Ansvars- og oppgavedeling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge kan i en del sammenhenger være utfordrende i forbindelse med ungdom med sammensatte problemer. En underdimensjonering av ungdomspsykiatriske døgninstitusjoner kan medføre en utilsiktet ansvarsforskyvning.

Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling

Psykisk helsevernloven kan i noen tilfeller gi hjemmel for at pasienter kan underlegges tvungent psykisk helsevern. Utviklingen av det sikkerhetspsykiatriske tilbudet har en særskilt historie og er fortsatt under utvikling. Det er først de siste 6 årene det er etablert sikkerhetsposter i alle sykehusområdene i Helse Sør-Øst. De ulike helseforetakene har valgt ulike modeller for hvordan disse enhetene er organisert i forhold til øvrige psykiatriske døgnenheter på sykehusnivå. Det er også store forskjeller når det gjelder grad av bygningsmessig tilpasning til denne funksjonen.

Ansvars- og oppgavedelingen mellom de to nivåene innen sikkerhetspsykiatri er ikke klart definert, og en kan se for seg en utvikling hvor områdesykehusene i fremtiden må legge forholdene til rette for å ta imot pasienter med større sikkerhetsmessige utfordringer enn i dag. Dette gjelder både bygningsmessig tilrettelegging og personelldekning. Dimensjonering og bygningsmessig utforming av sikkerhetsposter vil kunne endres vesentlig i forhold til dagens situasjon.

Det er i plandokumenter fra Helse Sør-Øst poengtert at alle sykehusfunksjoner innen psykisk helsevern (herunder akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri) skal være tilstrekkelig dimensjonert og ha nødvendig faglig kvalitet (jf. styresak 061/2010 "Regionale utviklingsområder psykisk helsevern"). Sikkerhetspsykiatrien i Helse Sør-Øst er som nevnt organisert på to nivåer med en regional avdeling RSA, samt at alle sykehusområder skal ha lokale, spesialiserte tilbud med sikkerhetspsykiatri "Nivå 2". I Helse Sør-Øst følges situasjonen for sikkerhetspsykiatrien nøye og man har gjort kartlegginger av kapasitet, samhandling og pasientflyt med jevne mellomrom de siste årene.

Godt egnet bygningsmasse er viktig og for både sikkerhetspsykiatri på lokalt nivå og regional sikkerhetspsykiatri (RSA) utfordres man i forhold til sykелighet, farlighet og endringer i befolkningssammensetningen.

Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste

Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) har bidratt til å styrke infrastrukturen for det psykiske helsearbeidet i kommunene gjennom blant økning av antall helsetjenesteårsverk i kommunene og botilbud til mennesker med psykiske lidelser ¹¹.

En endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste vil kunne skje på flere ulike måter.

I sykehusområder med store geografiske avstander og spredt befolkning har det vist seg å være en utfordring å opprettholde DPS-strukturen. Lokale DPS har i enkelte sammenhenger vist seg å bli for små til å ha bredt nok tilbud og tilstrekkelig kompetanse, bl.a. på grunn av problemer med rekruttering av spesialister. Det er derfor nå eksempler på at DPS organiseres i større enheter med et større geografisk opptaksområde. I enkelte sammenhenger har dette vært knyttet til en diskusjon om en del av de allmenpsykiatriske døgntilbudene ved DPS heller burde legges til sykehusene slik som tidligere.

Et scenario som er nærliggende å se for seg allerede på kort sikt er at det vil skje en betydelig avgrensning og spissing av det døgnbaserte DPS-tilbudet. En større del av det allmenpsykiatriske tilbudet vil være forankret i polikliniske og ambulante tilbud, eventuelt i kombinasjon med ulike typer dagavdeling og korttidsopphold i døgnenhet som en del av beredskapstiltak, eventuelt i form av brukerstyrte senger. Det vil fortsatt være et behov for lokale døgninstitusjoner med god bemanning og høy behandlerdekning som kan inngå en behandlingsskjede for psykosebehandling. Dette for å forhindre unødvendig langvarige opphold ved akuttavdeling eller annen sykehusavdeling innen psykisk helsevern.

Et annet scenario som også var fremmet som forslag i en tidlig fase av utredning av samhandlingsreformen, vil være en total virksomhetsoverdragelse av DPS-er til kommunehelsetjenesten. Alternativet vil innebære vesentlige juridiske, organisatoriske og økonomiske endringer, og vurderes å være uaktuelt på kort eller mellomlang sikt.

Et tredje scenario vil være at DPS-ene blir en samhandlingsarena med tilbud fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. En slik virksomhetsmodell vil sannsynligvis kreve et økt arealbehov.

¹¹ Helse Sør-Øst RHF (2014) Status for behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i Helse Sør-Øst.

Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB

Det fremgår av strategiplanen til Helse Sør-Øst RHF for TSB at forankringen av spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor, for å gi mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling skal også representere den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.

Det legges videre i strategiplanen vekt på at handlingskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivert døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

Den gjennomsnittlige behandlingstiden hos de private avtalepartene er i tråd med dette betydelig redusert de siste årene både gjennom en reduksjon i gjennomsnittlig behandlingstid ved langtidsinstitusjonene og gjennom en viss omstilling av tilbudene fra langtidsbehandling til korttidsbehandling.

I et scenario hvor denne utviklingen fortsetter slik at rusbehandling hovedsakelig skjer i form av korttidsopphold i kombinasjon med poliklinikk og arenafleksible tiltak, vil kunne frigjøre en vesentlig kapasitet hos de private institusjonene.

Et annet scenario vil være at foretakene bygger opp egen kapasitet på bekostning av deler av den kapasitet som i dag ligger hos private. En slik modell vil muligens redusere behovet for koordinering og gjøre det enklere å utvikle helhetlige pasientforløp.

Et tredje scenario vil være at kommunene får et større ansvar for langtidsbehandling, noe som kan innebære en overføring av deler av de private behandlingstilbudene til kommunene.

Kapasitetsbehov 2030

Beregninger av fremtidig kapasitetsbehov viser at sykehusområdene har tilstrekkelig areal til å romme et fremtidig kapasitetsbehov i form av døgnplasser i 2030 for psykisk helsevern og TSB, men vil kunne få knapphet på areal til den polikliniske virksomheten, forutsatt at utnyttelsesgraden ikke økes. Det er her ikke tatt hensyn til om dagens døgnplasser tilfredsstillende fremtidens krav til arealstandard, funksjonalitet og utforming.

Det er her lagt til grunn en demografisk utvikling (ca. 20 pst), samt justeringer med bakgrunn i et antall endringsdrivere. I hovedalternativet er det beregnet en økning i antall oppholds-døgn og polikliniske konsultasjoner tilsvarende henholdsvis 10 og 30 pst som følge av endring i tilbud og forventninger til tjenestene. I tillegg er det beregnet en reduksjon i aktivitet som følge av overføring av oppholds-døgn til kommunehelsetjenesten tilsvarende 15 pst. for antall oppholds-døgn og 5 pst. for polikliniske konsultasjoner. Det er til sist lagt til grunn en reduksjon i antall oppholds-døgn som følge av det vi har valgt å kalle for medisinsk teknologisk utvikling¹².

Det psykiske helsevern for voksne (PHV)

Et utviklingstrekk vil være at økt etterspørsel genererer et økt behov for polikliniske tjenester, dagbehandling og arenafleksible tjenester utover økning i befolkning. Ett scenario vil være at behovet for polikliniske tjenester innenfor det psykiske helsevern for voksne øker med samme nivå som fra 2009 til 2013 (realvekst 2,8 pst). Det vil i så fall bety en realvekst på 9,5 pst. fra 2013 til 2030. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner de senere årene har imidlertid sammenheng med en utbygging av kapasiteten delvis koblet til en styrt overføring av

¹² Begrepet er mer dekkende for den somatiske virksomheten, men benyttes likevel av OECD for alle helsetjenester

ressurser fra døgntilbud til poliklinikker. Strukturelle endringer i tilbudene vil påvirke den tilbudsbetingede etterspørselen. Terskelen for å søke hjelp for også lettere psykiske lidelser kan forventes å bli lavere ved et større innslag av befolkningsnære polikliniske tilbud.

Forutsatt hovedalternativet og en basis utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov i psykisk helsevern for voksne tilsvarende ca. 1 900 døgnplasser.

Det er pr 1.1.2014 registrert 2 050 døgnplasser i bruk (hvorav 1 821 døgnplasser innenfor foretaksgruppen, DS og LDS), noe som tilsier at dagens kapasitet vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030¹³.

Det er her ikke tatt hensyn til om dagens døgnplasser tilfredsstillende fremtidens krav til arealstandard, funksjonalitet og utforming. Samtidig har vi dokumentasjon¹⁴ på at eksisterende bygningsmasse innenfor sykehusfunksjonen ikke er tilrettelagt på en slik måte at den kan tilpasses de endringer vi har lagt til grunn i nevnte fremtidsbilde.

Det vil samtidig være behov for antall poliklinikkrom i størrelsesorden ca. 1 460 rom. Dagens kapasitetsbehov er beregnet til ca. 1 000 rom¹⁵, men sannsynligvis er den langt høyere ettersom konsultasjonsrom også benyttes som kontor. Dagens kapasitet må økes med vel 40 pst. for å kunne romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030, forutsatt at ikke utnyttelsesgraden økes.

Det er i arbeidet med delrapporten påpekt at fleksibel og godt egnet bygningsmasse er særlig viktig for behandling innen sikkerhetspsykiatrien både på lokalt og regionalt nivå. For begge nivå utfordres man i forhold til sykkelighet, farlighet og endringer i befolknings sammensetningen. Ny lovgiving kan også påvirke framtidig kapasitet, men egnet bygningsmasse er også særdeles viktig for å drive god behandling. Det bør i framtidig planlegging tas hensyn til at:

- 1) Sikkerhetspsykiatri på lokalt nivå (Sikkerhetspsykiatri Nivå 2) vil kreve tilstrekkelig kapasitet, riktig arealstandard og høy grad av funksjonalitet i bygg¹⁶. Nærhet til øvrig akutt-psykiatrisk døgnbehandling og spesialiserte psykoseenheter beskrives som faglig viktig og nyttig, og vil gi en ressursutnyttelse.
- 2) Regional sikkerhetspsykiatri (RSA) må ha fleksibel og god bygningsmasse spesialtilpasset tjenesten.

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Det er store forskjeller helseforetakene i mellom på hvor stor andel av ressursene som brukes til døgnbehandling innen psykisk helsevern til barn og unge. Det psykiske helsevernet for barn og unge legger hovedvekt på ambulant virksomhet, polikliniske tjenester og samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet, eksterne aktører i tillegg til familie, skole og nærmiljø. Det er derfor grunnlag for å anta at forskjellene vil minske når det gjelder fordelingen av ressursinnsatsen mellom døgnbehandling og poliklinisk/ambulant behandlingstilbud.

Analysen viser at kapasitetsbehovet i 2030 for døgnplasser innenfor det psykiske helsevern for barn og unge., forutsatt en utnyttelsesgrad 73 pst., vil være på ca. 165 døgnplasser. Det er i dag registrert 121 døgnplasser innenfor foretaksgruppen. I tillegg har vi antatt ca. 42 døgnplasser hos private tjenesteleverandør.¹⁷ Samlet sett vil dette være tilstrekkelig sett i forhold til de forutsetninger som er lagt til grunn i beregningen.

¹³ Vi har i beregningene forutsatt at de private tjenesteleverandørene har en kapasitet tilsvarende en utnyttelsesgrad på 85 pst.

¹⁴ Tilstandsrapporter over bygningsmasse

¹⁵ Det er her forutsatt 4 pasienter á 1,5 time daglig 230 dager pr år, pr poliklinikkrom

¹⁶ Funksjonaliteten skal understøtte sikkerhet for pasient og ansatte, og de fysiske løsninger skal fremme ro og god oversikt i lokalene.

¹⁷ Vi har i beregningene forutsatt at de private tjenesteleverandørene har en kapasitet tilsvarende en utnyttelsesgrad på 73 pst.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB har aktivitetsøkningen innenfor den polikliniske virksomhet vært enda kraftigere enn for psykisk helsevern (realvekst 15,4 pst. i samme periode), og en lineær utvikling vil bety en realvekst på 52 pst. fra 2013 til 2030. Det har imidlertid vært en nedgang i antallet førstegangs henvisninger de siste årene, noe som kan indikere at veksten vil bli noe svakere i framtiden selv om det tidligere er nevnt faktorer som tilsier økt etterspørsel. Ved enkelte av helseforetakene i Helse Sør-Øst har økningen i det polikliniske tilbudet de senere årene innen TSB skapt en tilnærmet balanse mellom tilbud og etterspørsel, men det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusområdene. Innen dette fagområdet har det ikke vært noen nedbygging av døgntilbud eller en planlagt strukturell endring med overføring av ressurser fra døgninstitusjoner til polikliniske tilbud.

TSB har en kort historie innen spesialisthelsetjenesten (ca. 10 år). Hovedutfordringen ligger i å få til en balansert kapasitetsutvidelse i de ulike elementene i behandlingsskjeden, dvs. poliklinikk, avgiftning, korttidsbehandling, langtidsbehandling og rehabilitering, samt organisere tjenestene slik at det legges til rette for helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp. En eventuell omstrukturering av TSB i tråd med den omstilling som har foregått innen psykisk helsevern for voksne de senere årene, vil kreve en vesentlig styrking av det polikliniske og ambulante tilbudet.

Kapasitetsberegningene viser at behovet for døgnplasser innenfor TSB vil være i størrelsesorden 1 077 døgnplasser, hvorav 345 innenfor foretaksgruppen, forutsatt samme relative fordeling mellom privat og offentlig virksomhet som i dag. Det er her forutsatt en utnyttelsesgrad på 80 pst. Det er i dag registrert 437 plasser innenfor foretaksgruppen. I tillegg har vi beregnet en kapasitet tilsvarende 732 døgnplasser hos de private¹⁸, det vil si totalt 1 169 døgnplasser

Den samlede kapasitet vil være tilstrekkelig til å kunne romme et fremtidig kapasitetsbehov. En usikkerhet er forbundet med hvor stor andel av behandlingstilbudene som skal utføres av private tjenestetilbydere.

Innføring av fritt behandlingsvalg^{19 20} er av Regjeringen foreslått innført først for pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, for så gradvis å gjøre ordningen tilgjengelig for andre pasientgrupper. Det er stor usikkerhet omkring hvilken effekt dette vil få på pasientstrømmene.

2 Bakgrunn, datagrunnlag og metode

Delrapporten er et underlag for analyser av aktivitet- og kapasitetsbehovet i Helse Sør-Øst (HSØ) frem mot 2030. Dokumentet følger som vedlegg til hoveddokumentet "*Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF*".

Analysene er ment å gi HSØ et grunnlag for strategiske beslutninger knyttet til fremtidig kapasitetsbehov.

Metode og datagrunnlag beskrives i eget vedlegg til sluttrapporten, hvor det vises til to dokumenter som gir en fullstendig beskrivelse av modell for fremskriving.

¹⁸ Vi har i beregningene forutsatt at de private tjenesteleverandørene har en kapasitet tilsvarende en utnyttelsesgrad på 80 pst.

¹⁹ Høringsnotat Fritt behandlingsvalg, Helse- og omsorgsdepartementet 2014

²⁰ "Fritt behandlingsvalg" betyr at alle som har fått vurdert at de har behov for behandling eller undersøkelse, kan ta med seg denne retten til offentlige og godkjente private sykehus. Kostnaden skal dekkes av det offentlige.

Fremskrivingen av behandlingsaktivitet tar utgangspunkt i analyser av:

- aktivitetsutviklingen de siste 6 år (trendanalyser 2008-2013)
- dagens aktivitet (2013)
- dagens kapasitet (2014)
- demografisk fremskrivning fra 2013 til 2030

På dette grunnlag gjøres det en kvalitativ vurdering av faktorer som vil påvirke tjenestetilbudet, samt hvilken effekt de ulike endringsfaktorene vil ha for fremtidig aktivitet og kapasitet. De kvalitative vurderingene benyttes til å korrigere dagens aktivitet fremskrevet demografisk, og bygger på trendanalyser, referanser og faglig skjønn.

Fremskrivning av aktivitet for å beregne kapasitetsbehov er krevende og forbundet med stor grad av usikkerhet. Usikkerheten beror også på de mange forhold som påvirker omfang og karakter av behandlingsaktiviteten, og som i begrenset grad er mulig å styre. De matematiske beregninger som vises i tabellform gir ingen presise svar på et fremtidig kapasitetsbehov, men anslår et kapasitetsbehov i spenn, ut fra hvilke forutsetninger som legges til grunn. Beregningene viser i tillegg hvilke potensialer som ligger i ulik grad av utnyttelse av tilgjengelig kapasitet.

En arbeidsgruppe har bidratt med faglig innhold i delrapporten. Spesielt har gruppen vært viktig for å kunne forstå kompleksiteten i virksomheten og skissere alternative utviklingsretninger.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

Lennart Lomell Jensen, spesialrådgiver, Akershus universitetssykehus HF

Reidar Weihe, seniorrådgiver, Akershus universitetssykehus HF

Sjur Seim, fagsjef, Akershus universitetssykehus HF

Anne Beate Sætrang, avdelingsleder, Oslo universitetssykehus HF

Anne-Karin Rustad Rudi, seksjonsleder, Oslo universitetssykehus HF

Marit Bjartveit, klinikkleder, Oslo universitetssykehus HF

Trude Fixdal, avdelingsleder, Oslo universitetssykehus HF

Arne Repål, fagsjef, Sykehuset i Vestfold HF

Inger Meland Buene, avdelingssjef, Sykehuset i Vestfold HF

Øyvind Børresen, avdelingssjef, Sykehuset i Vestfold HF

Morten Juell, avdelingsoverlege, Sykehuset Innlandet HF

Marianne Lundgård, spesialrådgiver, Sykehuset Innlandet HF

Jan Arne Hunnestad, overlege, Sykehuset Telemark HF

Tevje Revheim, psykolog, Sykehuset Telemark HF

Vegard Øksendal Haaland, avdelingsleder, Sørlandet sykehus HF

Per W Torgersen, driftsdirektør, Sørlandet sykehus HF

Irene Dahl Andersen, klinikkdirektør, Sykehuset Østfold HF

Torgeir Vetthe, fagsjef, Vestre Viken HF

Olaf Bergflødt, avdelingssjef, Vestre Viken

Kim Edgar Karlsen, enhetsleder, Diakonhjemmet sykehus

Kari Helene Winger, konst. ass. avdelingssjef, Diakonhjemmet sykehus

Hallvard Fanebust, avdelingssjef, Lovisenberg diakonale sykehus

Kenneth Arctander Johansen, brukerrepresentant

Jørund Schwach, brukerrepresentant
Aud Palm, enhetsleder Frogn kommune (*oppnevnt av KS*)
Elisabeth Jensen, avdelingsdirektør, Oslo kommune (*oppnevnt av KS*)
Anne Aasen, fagsjef, Helse Sør-Øst RHF
Frode Bie, fagsjef, Helse Sør-Øst RHF

Det er gjennomført fire arbeidsmøter samt en workshop over 1 ½ dag. SINTEF har hatt ansvaret for organisering og gjennomføring av møtene og grunnlaget for faglige diskusjoner.

2.1 Begrepsavklaringer

<i>Eldre</i>	Gruppen eldre som omhandles i denne rapporten, innbefatter alle personer i alderen 65 år eller eldre. Dette er i samsvar med hvordan begrepet "eldre" anvendes nasjonalt.
<i>Døgnopphold:</i>	Et døgnopphold er lik en inn-/utskrivning
<i>Kapasitet:</i>	Rom og areal, f eks antall døgnplasser, dagplasser, poliklinikkrom etc.
<i>Omsorgsnivå:</i>	Det skilles her mellom omsorgsnivåene: <ol style="list-style-type: none">1) Døgnopphold2) Dagbehandling3) Poliklinikk
<i>Oppholdsdøgn</i>	Ensbetydende med begrepet liggedøgn
<i>Pasientforløp:</i>	Diagnosegrupper etter hoveddiagnose ICD-10, brukt for å beskrive dagens og fremtidig aktivitets- og kapasitetsbehov.
<i>Sykehusområder:</i>	Opptaksområder med befolkningsgrunnlag på 300 000 -500 000 innbyggere. Opprettet etter modell fra Danmark med mål om å dekke de fleste spesialisthelsetjenester innenfor et område.
<i>Tjenesteområder:</i>	Det skilles her mellom tjenesteområdene: <ol style="list-style-type: none">1) Psykisk helsevern for voksne, sykehusfunksjon (<i>i dokumentet forkortet til PHV, sykehus</i>).2) Psykisk helsevern for voksne, DPS (<i>i dokumentet forkortet til DPS</i>)3) Psykisk helsevern for barn og unge (<i>i dokumentet forkortet til PHBU</i>)4) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

3 Status aktivitet og kapasitet

I dette kapitlet vises aktivitetstall for de 8 helseforetakene, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus som har områdeansvar, og andre private institusjoner med avtale med HSØ.

3.1 Helse Sør-Øst - Godt over halvparten av den norske befolkning

Godt over halvparten av den norske befolkning er bosatt i det geografiske ansvarsområdet til Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF har ansvar for sykehustjenester til befolkningen i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Regionen vil derfor i stor grad påvirke det nasjonale gjennomsnittet for målene på bruk av spesialisthelsetjenester.

I Helse Sør-Øst RHF behandles psykiske lidelser og avhengighet av rusmidler både i egne helseforetak, og ved private institusjoner som HSØ har avtale med. Det gis tilbud i form av dagbehandling, døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Kvalitetsforbedring av pasientdata innen psykisk helsevern har gjennom flere år hatt stor oppmerksomhet i Helse Sør Øst RHF og er nedfelt som eget vedtak i styresak om regionale utviklingsområder innen psykisk helsevern, samt i regional plan for økt frivillighet. Tematikken behandles jevnlig i møter med divisjonsledelsen psykisk helsevern og regionalt fagråd.

3.1.1 Aktivitet 2013

Aktivitetstallene er fordelt på følgende tjenesteområder:

- Psykisk helsevern for voksne (PHV)
- Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Type tiltak er fordelt på:

- Døgnopphold
- Dagbehandling
- Poliklinikk

3.1.1.1 PHV

I tabell 1 vises den samlede behandlingsaktivitet for det psykiske helsevern for voksne (PHV), for alle HF i Helse Sør-Øst, målt i antall døgnopphold og oppholdsøgn.

For flere av helseforetakene er det påvist avvik mellom NRP-data mottatt fra HSØ og lokale data mottatt fra de enkelte HF. For Oslo Universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF vurderes avvikene å være så store at SINTEF har valgt å korrigere grunnlaget. Begrunnelsen for de korrigeringer som er gjort beskrives i note under hver tabell.

Datagrunnlaget for behandlingsaktivitet i 2013 viser etter korrigerer ca. 30 000 opphold og ca. 620 000 oppholdsøgn innenfor psykisk helsevern og for voksne. Sykehusfunksjonene utgjør 68 pst. av alle døgnopphold, mens DPS utgjør 32 pst.. Det er store forskjeller i gjennomsnittlig oppholdstid helseforetakene i mellom. Høy gjennomsnittlig oppholdstid for Oslo universitetssykehus HF skyldes delvis at aktivitet tilknyttet Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst - RSA, er inkludert i aktivitetstallene.

Tabell 1 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Voksne.

HF	Døgnopphold Sykehus	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsøgn sykehus	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsøgn etter korrigerings	Gjennomsnittlig oppholdstid	Døgnopphold DPS	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsøgn DPS	Korrigerings av NPR-tall	Oppholdsøgn etter korrigerings	Gjennomsnittlig oppholdstid
Akershus universitetssykehus HF	2 498		34 851		34 851	14,0	1 564		34 018		34 018	21,8
Oslo universitetssykehus HF	1 290	762	51 829	9 831	61 660	40,2	487		11 869	3 768	15 637	32,1
Sykehuset i Vestfold HF	1 785		18 519		18 519	10,4	545		10 927		10 927	20,0
Sykehuset Innlandet HF	2 013		45 950	4 479	50 429	22,8	1 507		27 562	5 242	32 804	21,8
Sykehuset Telemark HF	2 360		44 817	-22 408	22 409		-		-	22 408	22 408	
Sykehuset Østfold HF	1 809		34 643		34 643	19,2	1 565		29 819		29 819	19,1
Sørlandet sykehus HF	2 204		35 297		35 297	16,0	1 622		23 343		23 343	14,4
Vestre Viken HF	2 508		57 288		57 288	22,8	1 180		25 984		25 984	22,0
Diakonhjemmet sykehus	715		10 914		10 914	15,3					-	
Lovisenberg diakonale sykehus	1 077		24 923		24 923	23,1					-	
Andre private	2 093		68 741		68 741	32,8	287		5 538		5 538	19,3
	20 352		427 772	-8 098	419 674		8 757		169 060	31 418	200 478	

Note: Korrigerings av NPR-tall (datagrunnlag) for Oslo universitetssykehus: Avvik i ant. oppholdsøgn 2013 mellom NPR-tall og LIS-tall OUS. Avvik tilsvarende 19 pst. for sykehus og 32 pst. for DPS. Aktivitetsgrunnlag for Idéfase OUS – Campus Oslo ligger nærmere LIS-tall enn NPR.

Korrigerings av NPR-tall (datagrunnlag) for Sykehuset Innlandet HF: Jamfør korrespondanse mellom Sykehuset Innlandet HF og Helsedirektoratet vedørende tallgrunnlag for 2013 (kopi av e-post mellom Skarbø (SIHF) og Pedersen (Hdir), datert 11.08.2014).

Korrigerings av NPR-tall (datagrunnlag) for Sykehuset Telemark HF: I datafil med NPR-tall (datagrunnlaget) tilknyttet psykisk helsevern for voksne, mangler registrering for tjenesteområde (det fremkommer derfor ikke om aktivitet tilknyttet psykiske helsevern for voksne er registrert som sykehus eller DPS). Vi har derfor valgt å korrigere dette ved å anslå at 50 pst. er sykehus og 50 pst. DPS.

Tabell 2 viser at behandlingsaktivitet generert av personer bosatt i de ulike sykehusområdene. Her ser man at for sykehusfunksjonene er det noen flere som har opphold utenfor HSØ, mens for pasienter som har opphold i DPS skjer disse stort sett innenfor HSØ. Knappt 1 pst. av døgnoppholdene har forgått ved helseforetak utenfor HSØ sitt opptaksområde, hvorav de fleste ved St. Olavs hospital HF (1 905), Helse Bergen HF (1 023), Helse Møre og Romsdal HF (489), Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (461) og Helse Stavanger HF (417). Totalt er det registrert ca. 28 706 døgnopphold og 586 296 oppholdsøgn i det psykiske helsevernet for voksne etter bostedsregion. Foreløpige tall fra SAMDATA viser 596 475. I følge SAMDATA er det registrert en nedgang i antall oppholdsøgn fra 2012 til 2013 på 9,9 pst.

Tabell 2 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Voksne for personer bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt på sykehusfunksjoner og DPS

Antall døgnopphold, oppholdsøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Voksne for personer bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt på sykehusfunksjoner og DPS							
HF	Sum PHV		Sykehus			DPS	
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn
Akershus universitetssykehus HF	3 991	68 453	2 437	34 567		1 554	33 886
Sørlandet sykehus HF	3 785	58 350	2 169	35 065		1 616	23 285
Vestre Viken HF	3 632	82 437	2 457	56 666		1 175	25 771
Sykehuset Innlandet HF	3 466	72 477	1 984	45 341		1 482	27 136
Sykehuset Østfold HF	3 329	63 775	1 769	34 094		1 560	29 681
Sykehuset Telemark HF	2 349	44 765	2 349	44 765		-	-
Sykehuset i Vestfold HF	2 319	29 413	1 774	18 486		545	10 927
Oslo universitetssykehus HF	1 724	62 443	1 238	50 582		486	11 861
Lovisenberg diakonale sykehus	1 052	24 672	1 052	24 672			
Diakonhjemmet sykehus	695	10 755	695	10 755			
Privat Sør-Øst HF	1 865	63 057	1 580	57 591		285	5 466
St. Olavs Hospital HF	195	1 905	187	1 749		8	156
Helse Bergen HF	78	1 023	61	828		17	195
Helse Stavanger HF	56	417	47	249		9	168
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	48	461	28	279		20	182
Helse Møre og Romsdal HF	34	489	34	489		-	-
Nordlandssykehuset HF	23	235	22	213		1	22
Helse Førde HF	17	76	14	45		3	31
Helse Nord Trøndelag HF	13	371	13	371		-	-
Private sykehus	12	260	12	260		-	-
Privat Vest HF; HR HP BH	12	100	-	-		12	100
Helse Fonna HF	7	160	5	136		2	24
Finnmarkssykehuset HF	3	91	-	-		3	91
Helgelandssykehuset HF	1	111	-	-		1	111
Sum	28 706	586 296	19 927	417 203	76,6	8 779	169 093

Tabell 3 viser i hvor stor grad registrerte oppholdsøgn i 2013 innenfor det psykiske helsevern for voksne har foregått ved det enkelte helseforetak. F eks viser tabellen at for personer bosatt i Akershus sykehusområde skjer 56,2 pst. av alle liggedøgn ved sykehusfunksjoner ved Ahus HF, mens 97,4 pst. av alle liggedøgn ved DPS skjer ved Ahus HF. Som forventet viser tabellen at samtlige sykehusområder har en høy "egendekning" når det gjelder DPS. For sykehusfunksjonene varierer "egendekningen" fra 56,2 ved Akershus sykehusområde til 91,5 pst. ved Sørlandet sykehusområde. Kjøp av plasser ved OUS HF er medvirkende til at Akershus sykehusområde har en relativt lav egendekning for sykehusfunksjonen.

Tabell 3 Egendekning Psykisk helsevern, voksne

NPR-tall 2013						
Sykehusområde	Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	2 586	55 483	56,2	1 499	32 078	97,4
Innlandet sykehusområde	2 306	52 368	80,1	1 516	28 743	92,4
Oslo sykehusområde	3 351	91 252	37,3 (95,6*)	826	18 347	61,4 (89,4*)
Sørlandet sykehusområde	2 302	37 965	91,5	1 621	23 468	97,3
Telemark/Vestfold sykehusområde	4 341	69 660	88,8	544	10 837	93,4
Østfold sykehusområde	1 921	38 333	86,5	1 565	29 480	99,1
Vestre Viken sykehusområde	3 120	72 142	77,0	1 208	26 140	96,0
Helse Sør-Øst RHF	19 927	417 203		8 779	169 093	

Note: (*) = inkludert Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus.

Tabell 4 viser at det i 2013 er registrert ca. 930 000 konsultasjoner tilhørende personer bosatt i HSØ, fordelt på ca. 270 000 konsultasjoner ved sykehus (29 pst.) og 660 000 ved DPS (71 pst.). Vel 80 pst. av aktiviteten er utført av foretaksgruppen, mens ca. 19 pst. er utført av private.

Tabell 4 Polikliniske konsultasjoner for personer bosatt i opptaksområde for Helse Sør-Øst, fordelt på foretaksgruppen, private og HF utenfor HSØ

	Sykehus	DPS	Pst.vis	Pst.vis
Akershus universitetssykehus HF	10 283	119 025		
Oslo universitetssykehus HF	43 277	48 731		
Sykehuset i Vestfold HF	22 430	61 758		
Sykehuset Innlandet HF	10 836	95 251		
Sykehuset Telemark HF	64 877	-		
Sykehuset Østfold HF	4 521	57 758		
Sørlandet sykehus HF	11 727	95 866		
Vestre Viken HF	23 093	82 371		
Diakonhjemmet sykehus	51 838			
Lovisenberg diakonale sykehus	576			
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	27 104	91 489		
Finmarkssykehuset HF	-	140		
Helgelandssykehuset HF	22	125		
Helse Bergen HF	434	988		
Helse Fonna HF	1	230		
Helse Førde HF	-	255		
Helse Møre og Romsdal HF	509	223		
Helse Nord Trøndelag HF	340	42		
Helse Stavanger HF	88	475		
Nordlandssykehuset HF	48	194		
Privat Vest HF; HR HP BH	6	150		
St. Olavs Hospital HF	539	2 382		
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	588		
Sum foretaksgruppen	191 044	560 760	86,8	85,2
Sum private HSØ	79 518	91 489	36,1	13,9
Andre	1 988	5 792	0,9	0,9
	220 136	658 041		

3.1.1.2 PHBU

Tabell 5 viser den samlede behandlingsaktivitet for det psykiske helsevern for barn og unge i alle HF i Helse Sør-Øst, målt i antall døgnopphold og oppholdsdøgn. For Helse Sør-Øst er det registrert 1 121 døgnopphold og 47 095 oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Det er store variasjoner når det gjelder gjennomsnittlig oppholdstid.

Tabell 5 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH Barn og unge.

SH_NAVN_LANG	Døgnopphold BUP	Oppholdsdøgn BUP	Gjennomsnitt oppholdstid PHBU
Akershus universitetssykehus HF	198	6 725	34,0
Oslo universitetssykehus HF	96	4 968	51,8
Sykehuset i Vestfold HF	89	2 503	28,1
Sykehuset Innlandet HF	240	7 251	30,2
Sykehuset Telemark HF	35	2 233	63,8
Sykehuset Østfold HF	229	6 446	28,1
Sørlandet sykehus HF	107	1 571	14,7
Vestre Viken HF	127	3 740	29,4
Diakonhjemmet sykehus			
Lovisenberg diakonale sykehus			
Privat Sør-Øst HF	68	11 658	171,4
	1 121	47 095	

Tabell 6 viser antall døgnopphold og oppholdsøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge etter bostedsregion i 2013. Antall oppholdsøgn utgjør 46 022, mens foreløpige tall fra SAMDATA viser 47 389 oppholdsøgn og en økning fra 2012-2013 på 26 pst. Tabellen viser også i hvilken grad de enkelte sykehusområdene genererer aktiviteten innenfor eget helseforetak. Akershus sykehusområde har en lav egendeckning (41,6 pst.), mens Sørlandet og Telemark/Vestfold har en høy egendeckning (henholdsvis 93 pst. og 97,7 pst.).

Tabell 6 Antall døgnopphold og oppholdsøgn i 2013 for PH Barn og unge bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt på sykehusfunksjoner og DPS, samt prosentvis egendeckning.

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	BUP		Pst. egen dekning
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	
Akershus sykehusområde	213	11 552	41,6
Innlandet sykehusområde	243	9 907	70,9
Oslo sykehusområde	109	6 790	72,3
Sørlandet sykehusområde	77	1 281	93,0
Telemark/Vestfold sykehusområde	124	4 598	97,7
Vestre Viken sykehusområder	154	4 902	76,2
Østfold sykehusområde	226	6 992	81,6
Helse Sør-Øst RHF	1 146	46 022	

Tabell 7 viser antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013

Tabell 7 Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013 for PH Barn og unge bosatt i sykehusområder i HSØ.

SH_NAVN	Dagbehandling PHBU	Poliklinikk PHBU
Akershus universitetssykehus HF	16	105 237
Sykehuset Innlandet HF	37	87 327
Oslo universitetssykehus HF	1 334	75 790
Sykehuset i Vestfold HF	196	53 449
Sykehuset Telemark HF	62	36 390
Sykehuset Østfold HF	2 115	44 649
Sørlandet sykehus HF	48	71 558
Vestre Viken HF	578	73 229
Diakonhjemmet Sykehus	5	9 550
Lovisenberg Diakonale sykehus	2	18 898
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	42	5 526
Finnmarkssykehuset HF	-	49
Helgelandsykehuset HF	-	1
Helse Bergen HF	-	118
Helse Fonna HF	-	72
Helse Førde HF	-	14
Helse Møre og Romsdal HF	-	53
Helse Nord Trøndelag HF	-	14
Helse Stavanger HF	-	91
Nordlandssykehuset HF	-	13
St. Olavs Hospital HF	-	404
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	-	59
	4 435	582 491

3.1.1.3 TSB

Tabell 8 viser at det er registrert vel 9 000 opphold og 345 000 oppholdsøgn innenfor tjenesteområdet TSB. 68 pst. av oppholdsøgnene innenfor TSB var i 2013 i private institusjoner. Tabellen viser store variasjoner med hensyn til gjennomsnittlig oppholdstid. Den gjennomsnittlige oppholdstiden var vesentlig lengre i de private institusjonene enn for institusjoner innenfor foretaksgruppen.

Tabell 8 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for TSB

HF	Døgnopphold TSB	Oppholdsøgn TSB	Gjennomsnitt oppholdstid TSB
Akershus universitetssykehus HF	886	15 213	17,2
Oslo universitetssykehus HF	2 338	23 595	10,1
Sykehuset i Vestfold HF	492	9 027	18,3
Sykehuset Innlandet HF	452	13 486	29,8
Sykehuset Telemark HF	-	-	-
Sykehuset Østfold HF	317	10 196	32,2
Sørlandet sykehus HF	934	20 445	21,9
Vestre Viken HF	554	18 389	33,2
Diakonhjemmet sykehus			
Lovisenberg diakonale sykehus			
Privat Sør-Øst HF	3 350	234 366	70,0
	9 323	344 717	

Note: 20 av døgnplassene ved Sykehuset Innlandet HF har regional funksjon ift. Familie og gravide (på Hov).

Det vises til 9 027 liggedøgn for TSB i Sykehuset i Vestfold HF for 2013. Dette er korrekt for 2013, men ikke representativ for aktivitet slik den er nå og vil bli fremover. I 2013 hadde vi 36 døgnplasser mot 49 nå, grunnet div. byggerearbeider. Vi vil også utvide kapasiteten til 54 døgn plasser i løpet av 2015. Stipulert antall liggedøgn vil være 14-15 000 oppholdsøgn for 2015. Trolig noe mer fra 2016.

Tabell 9 viser hvor stor grad registrerte liggedøgn i 2013 innenfor TSB skjer ved det enkelte helseforetak. Tabellen viser at egendekningen varierer fra 20 til 40 pst. Telemark og Vestfold sykehusområde og Innlandet sykehusområde har lavest egendekning med henholdsvis 13,4 pst. og 19,6 pst., mens Vestre Viken og Sørlandet sykehusområde har henholdsvis 38,4 pst. og 41,3 pst..

Tabell 9 Egendekning, TSB

Sykehusområde	NPR-tall 2013		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	1 348	47 393	29,0
Innlandet sykehusområde	760	34 647	19,6
Oslo sykehusområde	2 636	65 554	31,7
Sørlandet sykehusområde	1 187	45 309	41,3
Telemark/Vestfold sykehusområde	1 499	58 928	13,4
Vestre Viken sykehusområde	1 031	41 337	38,4
Østfold sykehusområde	520	29 540	33,1
Helse Sør-Øst RHF	8 981	322 708	

Tabell 10 viser dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Tabell 10 Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013 for TSB bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt HF

Antall dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i 2013 for TSB bosatt i sykehusområder i HSØ, fordelt HF		
	Dagbehandling TSB	Poliklinikk TSB
Akershus universitetssykehus	-	24 740
Sykehuset Innlandet HF	5	20 159
Oslo universitetssykehus HF	698	15 676
Sykehuset i Vestfold HF	-	27 427
Sykehuset i Telemark HF	2	5 428
Sykehuset i Østfold HF	30	21 283
Sørlandet sykehus HF	1 275	30 110
Vestre Viken HF	144	18 317
Private Helse Sør-Øst	1 253	32 298
Helse Bergen HF	14	203
Helse Fonna HF	-	64
Helse Nord-Trøndelag HF	-	14
Helse Stavanger HF	-	205
Privat Vest HF	-	195
Andre private	-	42
Rusbehandling Midt-Norge	-	145
Universitetssykehuset i Nord-Norge	3	116
	3 424	196 422

Note: Aktivitet for ruspoliklinikkene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus er registrert under Psykisk helsevern voksne.

3.1.2 Kapasitet 2014

I Norge har det vært en reduksjon i antall døgnplasser innenfor psykisk helsevern for voksne totalt og pr. innbygger ²¹. Fra 1998 til 2012 er antall døgnplasser pr. 10 000 innbygger redusert fra 17,6 til 10,2. I den samme tidsperioden er antall døgnplasser pr. 10 000 innbyggere for barn og unge (0-tom 17 år) nesten ikke endret. I følge Samdata var det i Helse Sør-Øst fra 2011 til 2012 en reduksjon i antall døgnplasser på 138 døgnplasser totalt. Den prosentvis største reduksjonen var ved Sykehuset Innlandet HF med en reduksjon på 16,8 pst. og med Akershus Universitetssykehus HF og Sykehuset Telemark HF på 8-9 pst. reduksjon.

I Norge utgjorde private døgnplasser 56 pst. av den planlagte døgnplasskapasiteten innenfor TSB i 2012. Det var en reduksjon i antall døgnplasser i Helse Sør-Øst for TSB i perioden fra 2009 til 2012. Regionen hadde imidlertid en høyere dekning sammenlignet med de øvrige helseregionene i 2009, og en andel av døgnplassene ble benyttet til gjestepasienter fra andre regioner.

Tabell 11 viser registrert kapasitet i form av døgnplasser i bruk innenfor PHV og TSB. Det er totalt 2 379 døgnplasser, fordelt på 1 821 i PHV (76 pst.), 121 i PHBU (ca. 5 pst.) og 437 døgnplasser i TSB (18 pst.). Disse kapasitetstallene sammenstilles i denne analysen med beregnet kapasitetsbehov i 2030. I tillegg er aktivitet tilknyttet andre private tjenesteleverandører omregnet til å utgjøre 962 døgnplasser, forutsatt 85 pst. utnyttelse. De 962 døgnplassene er fordelt på 213 i PHV sykehus, 18 i PHV DPS, 42 i PHBU og 689 i TSB. Totalt er det beregnet en kapasitet tilsvarende 3 341 døgnplasser innenfor det psykiske helsevern og TSB. Kapasitetstallene sammenstilles i denne analysen med beregnet kapasitetsbehov i 2030.

Tabell 11 Registrert kapasitet, antall døgnplasser PHU, PHBU og TSB innenfor foretaksgruppen

	SUM Kapasitet i eget SO						Tilgjengelig kapasitet					
	PHV	Sykehus	DPS	PHBU	TSB	Sum	PHV	Sykehus	DPS	PHBU	TSB	Sum
Akershus sykehusområde	236	128	108	22	68	326	264	156	108	22	68	354
Sykehuset Innlandet HF	274	153	121	26	52	352	274	153	121	26	52	352
Oslo universitetssykehus HF	261	204	57	17	94	372	225	168	57	17	94	336
Diakonhjemmet sykehus	38	38	0			38	42	42	0			42
Lovisenberg Diakonale sykehus	76	76	0			76	80	80	0			80
Sum Oslo sykehusområde	375	318	57	17	94	486	347	290	57	17	94	458
Sørlandet sykehusområde	210	113	97	6	72	288	210	113	97	6	72	288
Sykehuset i Telemark HF	130	63	67	10	3	143	130	63	67	10	3	143
Sykehuset i Vestfold HF	111	60	51	6	49	166	111	60	51	6	49	166
Sum Telemark og Vestfold sykehusor	241	123	118	16	52	309	267	123	118	16	52	335
Østfold sykehusområde	195	98	97	16	36	247	195	98	97	16	36	247
Vestre Viken sykehusområde	290	138	152	18	63	371	290	138	152	18	63	371
Helse Sør-Øst RHF	1 821	1 071	750	121	437	2 379	1 821	1 071	750	121	437	2 379

Tabell 12 viser kapasiteter som er hentet fra det nasjonale klassifikasjonssystemet eller direkte fra eiendomsavdelingene i helseforetakene. Oversikten kan ikke benyttes som grunnlag ettersom den er svært mangelfull.

²¹ Samdata 2012, Helsedirektoratet

Tabell 12 Kapasitet døgnplasser PHV og TSB, Helse Sør-Øst i 2014, jmf. Nasjonal romdatabase og romdatabaser i eiendomsavd. HF

	SUM Kapasitet i eget SO						Innhentet fra nasjonal romdatabase + innhentet fra eiendomsavdelinger						Avvik
	PHV	Sykehus	DPS	PHBU	TSB	Sum	PHV	Sykehus	DPS	PHBU	TSB	Sum	
Akershus universitetssykehus HF	236	128	108	22	68	326							
Sykehuset Innlandet HF	274	153	121	26	52	352						293	-59
Oslo universitetssykehus HF	261	204	57	17	94	372							
Diakonhjemmet sykehus	38	38	0			38							
Lovisenberg Diakonale sykehus	76	76	0			76							
Sum Oslo sykehusområde	375	318	57	17	94	486							
Sørlandet sykehus HF	210	113	97	6	72	288						242	-46
Sykehuset i Telemark HF	130	63	67	10	3	143						141	-2
Sykehuset i Vestfold HF	111	60	51	6	49	166						142	-24
Sum Telemark og Vestfold sykehusor	241	123	118	16	52	309							
Sykehuset Østfold HF	195	98	97	16	36	247						116	-131
Vestre Viken HF	290	138	152	18	63	371						356	-15
Helse Sør-Øst RHF	1 821	1 071	750	121	437	2 379	-			-	-		

3.1.2.1 Begrensninger i utnyttelse av kapasitet

Mange helseforetak har virksomhet innenfor sykehuspsykiatrien i gamle institusjoner og bygg som er lite funksjonelle i forhold til dagens krav til diagnostikk og behandling. De funksjonelle svakhetene gir redusert pasienttilfredshet og -sikkerhet, hindrer effektive behandlingsforløp og gir vanskelige arbeidsforhold. Det betyr at man kan ha tilstrekkelig kapasitet, men uegnet driftsmessig og med en kvalitet som er lavere enn det man bør kunne forvente i forhold til dagens krav til sykehus²².

Spesielt oppstår begrensninger i utnyttelse av kapasitet når:

- antall døgnplasser reduseres og pasientene samtidig får ensengsrom i enheter som er bygget for flersengsrom, vil man få færre pasienter pr enhet, noe som kan gi driftsulemper på kveld/natt/helg.
- flere psykiatriske sykehusavdelinger er oppdelt i bygg og etasjer som gjør det utfordrende å samordne bemanning.
- ikke alle pasienter har ensengsrom og tilgang til eget bad.
- det er dårlig tilgang på grupperom og samtalerom i sengeområdene, slik at behandlingsopplegg som forutsetter slike rom vanskelig gjøres.
- få enheter er tilrettelagt med tilgang til uterom der pasientene kan oppholde seg uavhengig av følge med bemanning.

Når tilgjengelig kapasitet settes opp imot dagens virksomhet og fremtidig kapasitetsbehov er det derfor viktig å vurdere arealenes egnethet.

²² Referanse: Område, og utviklingsplaner. Tilstandsrapporter for Psykisk helsevern ved Sørlandet sykehus (konseptfaseutredning) og Sykehuset i Vestfold (konseptfaseutredning).

4 Helseforetakene og de private

I dette kapitlet beskrives kort helseforetakene, de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus som har områdeansvar, samt andre private institusjoner med avtale med HSØ. Et eget punkt beskriver strategiske planer, utviklings- og utbyggingsprosjekter.

4.1 Akershus universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er organisert innenfor Akershus sykehusområde og leverer helse-tjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 480 000 mennesker. Akershus sykehusområde for psykisk helsevern omfatter alle kommunene i Akershus med unntak av Asker og Bærum kommune. Sykehusområdet omfatter i tillegg Rømskog kommune i Østfold, samt de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner. Sykehusområdet er sammensatt av små kommuner med tradisjonelt bosettingsmønster og storbybydeler preget av stor mobilitet, stor andel ikke-vestlige flykninger og innvandrere, lav sosioøkonomisk status og høy sykkelighet. Enkelte kommuner er vekstkommuner med økt næringsvirksomhet, f eks Ullensaker kommune med sin nærhet til Oslo lufthavn Gardermoen.

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) er organisert i følgende enheter:

- Avdeling akuttpsykiatri (Sykehuset på Norbyhagen)
- Avdeling alderspsykiatri (Skytta i Nittedal)
- Avdeling spesialpsykiatri (Lurud i Skedsmo)

I Avdeling spesialpsykiatri skjer utredning og behandling av pasienter med alvorlige og kompliserte psykoselidelser, samt psykoselidelser med vold -og rusproblematikk. Avdelingen har tre lukkede seksjoner, hvorav to er fagdifferensiert innen sikkerhetspsykiatri og rus/psykiatri (ROP). Den tredje behandler og utreder pasienter med alvorlige og kompliserte forløp. Pasienter som kommer til avdelingen er ofte i behov av et forlenget opphold på tvungen psykisk helsevern og innlegges oftest fra Avdeling akuttpsykiatri.

På divisjonsnivå har Avdeling Spesialpsykiatri ansvar for og koordinerer 28 plasser ved Oslo Universitetssykehus, seksjon psykosebehandling, lokalisert på Gaustad. Avdeling en er også ansvarlig for psykisk helsevern ved Ullersmo fengsel.

Akershus universitetssykehus HF har følgende DPS:

- Follo DPS (Ski)
- Groruddalen DPS
- Nedre Romerike DPS (Lillestrøm)
- Øvre Romerike DPS (Jessheim)

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende enheter:

- BUP Follo (Ski)
- BUP Furuset
- BUP Grorud
- BUP Nedre Romerike (tidligere Lillestrømklubben BUP)
- BUP Øvre Romerike (tidligere Jessheimklubben BUP)
- Bråten psykiatriske behandlingshem (Skjetten)
- Ungdomspsykiatrisk klinikk (Sykehuset på Norbyhagen)

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte.

- Klosteret (Lillestrøm)
- IR (Sykehuset på Nordbyhagen)
- Elvestad (Årnes)
- Follo ROP (Ski)
- Follo avrusning (Ski)
- ARA poliklinikk Nedre Romerike (Lillestrøm)
- ARA poliklinikk Øvre Romerike (Jessheim)
- ARA poliklinikk Follo (Ski)
- ARA Groruddalen poliklinikk (Grorud)

Klosteret er et korttids behandlingstilbud til personer over 18 år med alkohol- og/eller medikamentavhengighet. IR gir tilbud om avrusning og kartlegging til personer som har et hovedmisbruk av illegale rusmidler. Follo avrusning er en avgiftningsenhet for personer over 18 år med rusproblematikk, samlokalisert med Follo DPS i Ski. I 2011 ble det i forbindelse med utvidelsen av opptaksområdet overført en nyetablert post samlokalisert med døgnenheten ved Follo DPS. Enheten gir tilbud om korttids stabiliserende tilbud eller avgiftning for alkoholmisbruk.

4.1.1 Aktivitet 2013

4.1.1.1 PHV

Omkring 56 pst. av antall oppholdsdøgn innenfor PH sykehus benyttet av personer bosatt i Akershus sykehusområde foregikk innenfor eget helseforetak. De fem institusjonene utenfor eget HF som i 2013 hadde flest oppholdsdøgn var OUS-Gaustad, Modum bad, Furukollen psykiatriske senter (Årnes), Skjelfoss psykiatriske senter og OUS, seksjon for tidlig psykosebehandling (TPB). Private og private ideelle institusjoner med avtale med HSØ stod for ca. 22 pst. av antall liggedøgn for befolkningen i sykehusområdet, mens Oslo Universitetssykehus bidro med vel 20 pst.

Tabell 13 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH voksne innenfor Akershus sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

NPR-tall 2013						
Sykehusområde	Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	2 586	55 483	56,2	1 499	32 078	97,4
Akershus universitetssykehus HF	2 137	31 206		1 466	31 246	
Privat Sør-Øst HF	247	12 069		6	135	
Oslo universitetssykehus HF	98	11 198		6	132	
St. Olavs Hospital HF	26	330		-	-	
Sykehuset Østfold HF	17	327		4	152	
Sykehuset Innlandet HF	16	60		6	108	
Vestre Viken HF	12	97		4	235	
Helse Stavanger HF	6	14		-	-	
Sykehuset i Vestfold HF	5	23		-	-	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	16		7	70	
Nordlandssykehuset HF	4	10		-	-	
Sørlandet sykehus HF	4	110		-	-	
Helse Nord Trøndelag HF	3	9		-	-	
Sykehuset Telemark HF	3	5		-	-	
Helse Møre og Romsdal HF	2	2		-	-	
Helse Fonna HF	1	-		-	-	
Andre	1	7		-	-	

4.1.1.2 PHBU

Akershus sykehusområde har en egendekning innenfor PH barn og unge på 41,6 pst. Private tilbydere utgjør 58 pst. Dette er i hovedsak institusjonene Østbytunet behandlingssenter som ligger i Lørenskog kommune og drives av Norske Kvinners Sanitetsforening Akershus på oppdrag fra HSØ, og Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem, som drives av Kirkens Bymisjon.

Tabell 14 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Akershus sykehusområde

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	BUP		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	213	11 552	41,6
Akershus universitetssykehus HF	166	4 802	41,6
Privat Sør-Øst HF	41	6 682	
Oslo universitetssykehus HF	3	58	
Andre	3	10	

4.1.1.3 TSB

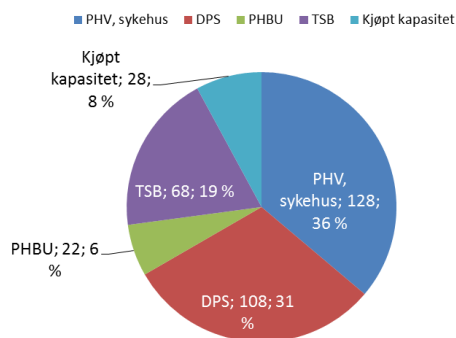
Akershus sykehusområde har en egendekning innenfor TSB på 29 pst.. Private tilbydere utgjør 62 pst.. Dette er i hovedsak institusjoner som Tyrilistiftelsen (4 733 oppholdsdøgn), Risby behandlingssenter (2 822) Trasoppklinikken (2717), Kirkens Bymisjon, Veslelien og Origosentrene (2 401 og 2 220), Blå Kors, Eina behandlingssenter (2 161), Solliakollektivet (2 001), Incognito klinikken (1 628), Blå Kors Borgestadklinikken, Skien (1 639), Stiftelsen Renåvngen (1 438) med flere.

Tabell 15 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Akershus sykehusområde (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	TSB		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Akershus sykehusområde	1 348	47 393	29,0
Akershus universitetssykehus HF	789	13 745	29,0
Privat Sør-Øst HF	346	29 562	
Oslo universitetssykehus HF	166	1 165	
Sykehuset Innlandet HF	15	888	
Sykehuset i Vestfold HF	8	143	
Vestre Viken HF	7	437	
Sørlandet sykehus HF	4	56	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2	120	
Andre	11	1 277	

4.1.2 Kapasitet 2014

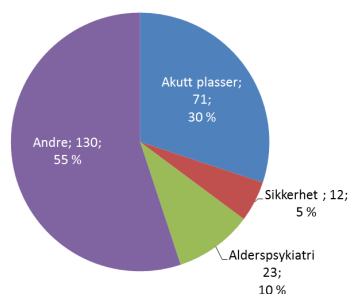
Figur 1 viser kapasitet i bruk i form av antall døgnplasser, fordelt på tjenesteområder.



Figur 1 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Akershus universitetssykehus HF, (n= 354, herav 326 innenfor eget foretak)

Akershus universitetssykehus HF har 326 senger som egen kapasitet. I tillegg kjøper Akershus universitetssykehus HF 28 døgnplasser innen PHV fra OUS HF (8 pst.)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 54:46. Det er registrert følgende kategorier av døgnplasser (n=236, kapasitet i eget HF) innenfor PHV:



Figur 2 Kategorier døgnplasser i PHV. Akershus universitetssykehus HF, (n= 236)

4.1.3 Bygge kapasitet for å være selvforsynt, og planlegging av nytt psykiatribygg

Akershus universitetssykehus HF har i tråd med oppdrag fra HSØ (sak 108/2008) utarbeidet en Områdeplan 2012-2016 for Psykisk helsevern. Divisjon psykisk helsevern ved Ahus startet sitt strategiske utviklingsarbeid i forbindelse med forberedelse til utvidelse av sykehusområdet i 2011. I all hovedsak ble utvidelsen håndtert ved behandlingssenheter i OUS, som betjente Bydel Alna, og kommunene i Follo ble overdratt til Ahus. I områdeplanen beskrives divisjonens etterfølgende strategiprosess og de premisser og vurderinger som er lagt til grunn for den videre omstilling og utvikling av tilbudene.

Etter at Ahus nå har tilpasset tilbudet etter utvidelsen av sykehusområdet, kan det gis muligheter for å frigjøre kapasitet ved Avdeling akuttpsykiatri til etablering av en enhet for psykosebehandling. Ahus kan selv ta hånd om en del av de pasientene som i dag overføres til OUS. Dette gjelder spesielt pasienter som trenger opphold 1-3 måneder i lukket avdeling etter opphold på akuttavdelingen (subakuttfunksjon.) En slik virksomhet kjøpes i dag fra OUS, og utgjør 10 døgnplasser med ca. 90 pst. utnyttelse.

Følgende kapasiteter er foreslått i idéfaseprosjektet for nytt psykiatribygg på Ahus:

- Nytt bygg for psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri med 50 døgnplasser
- De nevnte 10 sub-akutt plassene er ikke inkludert i planene for nytt bygg, men tenkt lagt til DPS
- Nytt bygg for alderspsykiatri. Dette innebærer utvidelse av antall døgnplasser fra 23 til 34 etter at kapasiteten midlertidig er redusert etter avvikling av tilbudet på Gaustad.

Helseforetaket fortsetter differensieringen mellom sykehusnivå og DPS-nivå, og omstilling fra døgntilbud til økt poliklinikk og ambulant aktivitet.

I områdeplanen for psykisk helsevern omtales rammer for utvikling og endring av det alderspsykiatriske behandlingstilbudet:

- Avgrensning av målgruppen mot allmennpsykiatriske problemstillinger og tydeliggjøring av kompetanseområdet for alderspsykiatri som et spesialisert tilbud.
- Selve døgntilbudet vil etter hvert bli avgrenset med fokus på diagnostisk utredning og innledende behandling. Det polikliniske tilbudet videreutvikles som spesialpoliklinikk og forankres fortsatt som sykehuspoliklinikk.
- Det alderspsykiatriske behandlingstilbudet forutsettes å videreutvikle samarbeid med somatiske avdelinger innen spesialisthelsetjenesten.
- Når det gjelder diagnostisk utredning er samarbeid med nevrologisk og geriatrisk fagmiljø helt sentralt. I tillegg vil mange av pasientene ha kjente sykdommer eller uavklarte tilstander som krever utredning og behandling ved indremedisinsk avdeling. Utvikling av ambulante tilbud og veiledning til kommunal pleie- og omsorgstjeneste vil bli stadig viktigere deler av tilbudet og en forutsetning for at pasientenes liggetid kan reduseres til ønsket nivå. Det er forventet at samhandlingsreformens vektlegging av samarbeid mellom behandlingsnivåene og nye arbeidsformer og tilbud i kommunale tjenester vil legge gode rammer for en slik utvikling.
- Med en slik avgrensning av tilbudet mot tilbud til eldre som kan ivaretas gjennom det allmennpsykiatriske tilbudet ved DPS og en spesialisering av sykehusstilbudet kombinert med nye arbeidsformer, forventes det at veksten i eldrebefolkningen kan håndteres primært gjennom utvidelse av det polikliniske og ambulante tilbud ved Avdeling alderspsykiatri. Det vil si at det ikke bør planlegges med en utvidelse av antall senger ut over dagens nivå i sykehusavdeling.

4.2 Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF (OUS) er organisert innenfor Oslo sykehusområde og leverer sammen med Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 507 000 mennesker. Oslo sykehusområde for psykisk helsevern omfatter alle bydelene i Oslo med unntak av de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner.

Hoveddelen av aktiviteten innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling består av område- og lokalsykehusfunksjoner. I 2012 var fordelingen 13 pst. nasjonale/regionale funksjoner og 87 pst. område/lokalsykehusfunksjoner²³. Til sammen 57 pst. av aktiviteten foregikk innenfor sykehuset (17 pst. lands- og regionfunksjoner, 44 pst. område og lokalfunksjoner), mens de resterende 43 pst. som er lokalsykehusfunksjoner foregikk ved DPS-ene.

Oslo universitetssykehus HF har hovedansvaret for psykisk helsevern for befolkningen over 18 år i seks av Oslos bydeler: Bjerke, Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand. BUPA OUS har døgn- og dagtjenester for helse Oslo sykehusområde.

²³ Idéfase OUS – Campus Oslo

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) er organisert i følgende enheter:

- Seksjon for psykosebehandling, Gaustad
- Seksjon for psykosebehandling, Dikemark
- Akuttpsykiatrisk seksjon
- Alderspsykiatrisk seksjon
- Seksjon for tidlig psykosebehandling (TPB)

Oslo universitetssykehus HF har følgende DPS:

- Josefinegate DPS
- Søndre Oslo DPS

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende enheter:

- Barneseksjonen, psykisk helse
 - Barn, enhet A
 - Barn, enhet B
- Ungdomsseksjonen, psykisk helse
 - Akutt døgnbehandlingsenhet
 - Intermediær døgnbehandlingsenhet
- BUP Oslo Syd
 - BUP Nordstrand
 - BUP Østensjø
 - BUP Søndre Nordstrand
 - Ambulant intensivenhet
- BUP Oslo Nord
 - BUP Bjerke
 - BUP Nordre Aker
 - BUP Sagene
 - Ambulante tjenester, enhet
- Spesialseksjonen for psykisk helse

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte.

- Avdeling for rus og avhengighetsbehandling
 - Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling Voksne
 - Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling Ung
 - Seksjon for ruspoliklinikker

4.2.1 Aktivitet 2013

4.2.1.1 PHV

Tabell 16, 17 og 18 viser antall oppholdsdøgn for personer i Oslo sykehusområde fordelt på helseforetak.

Tabell 16 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH voksne innenfor Oslo sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

NPR-tall 2013						
Sykehusområde	Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Oslo sykehusområde	3 351	91 252	37,3	826	18 347	61,1
(*) egendekning inkl. private			95,6			89,4
Oslo universitetssykehus HF	1 056	34 073	-	458	11 203	
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	1 980	53 141		274	5 202	
Akershus universitetssykehus HF	96	888		28	736	
Sykehuset Innlandet HF	24	522		14	201	
St. Olavs Hospital HF	46	503		3	34	
Vestre Viken HF	12	476		13	336	
Sykehuset Østfold HF	22	425		6	99	
Helse Bergen HF	33	400		7	77	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	10	213		5	61	
Nordlandssykehuset HF	10	176		1	22	
Helse Møre og Romsdal HF	15	142		-	0	
Sykehuset i Vestfold HF	20	115		5	161	
Sørlandet sykehus HF	11	64		6	115	
Private sykehus ???	3	63		-	-	
Helse Stavanger HF	6	34		-	-	
Helse Nord Trøndelag HF	2	9		-	-	
Sykehuset Telemark HF	4	8		-	-	
Privat Vest HF; HR HP BH	-	-		4	36	
Finnmarkssykehuset HF	-	-		2	64	
Helse Førde HF	1	-		-	-	

4.2.1.2 PHBU

Tabell 17 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Oslo sykehusområde.

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	PHBU		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Oslo sykehusområde	109	6 790	72,3
Oslo universitetssykehus HF	91	4908	
Akershus universitetssykehus HF	4	161	
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	9	1683	
Sykehuset Innlandet HF	4	34	
Vestre Viken HF	1	4	

4.2.1.3 TSB

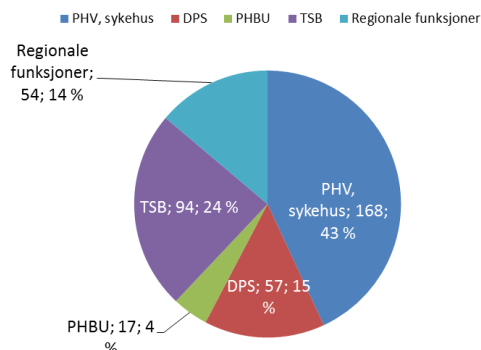
Tabell 18 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Oslo sykehusområde (kilde NPR).

Sykehusområde	TSB		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Oslo sykehusområde	2 636	65 554	
Oslo universitetssykehus HF	1 999	20 823	32
Privat Sør-Øst HF	535	41 779	64
Akershus universitetssykehus HF	48	826	
Helse Bergen HF	1	19	
Privat Vest HF	4	43	
Private sykehus	2	119	
Rusbehandling Midt-Norge HF	3	33	
Sykehuset i Vestfold HF	1	2	
Sykehuset Innlandet HF	24	1 338	
Sykehuset Østfold HF	1	5	
Sørlandet sykehus HF	3	13	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	106	
Vestre Viken HF	11	448	

4.2.2 Kapasitet 2014

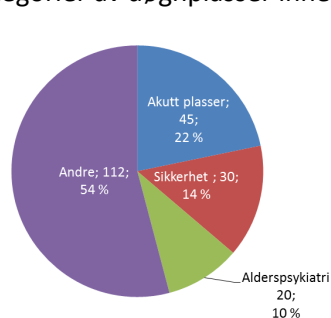
4.2.2.1 OUS HF

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved OUS HF



Figur 3 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Oslo universitetssykehus HF, (n= 390, områdefunksjon 336 + regionale funksjoner 54)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 73:27. Det er registrert følgende kategorier av døgnplasser innenfor PHV:



Figur 4 Kategorier døgnplasser i PHV. Oslo universitetssykehus HF, (n= 207)

4.2.3 Fortsatt samhandling med private ideelle aktører, idéfase Campus Oslo og nytt psykiatrisk senter på Mortensrud

Store deler av OUS sin virksomhet drives i bygningsmasse som er i så dårlig forfatning at det er vanskelig å drive god pasientomsorg. Kombinert med at virksomheten er svært spredt, medfører dette både kostbar drift og utfordringer med hensyn til kompetansedeling og utvikling.

Det er nylig gjennomført en idéfaseutredning som omfatter hele OUS (både somatikk, psykisk helse og TSB) og som har utredet følgende alternativer: Fortsatt bruk av dagens bygningsmasse, samling av virksomheten på Gaustad/Rikshospitalet, samling av virksomheten på Ullevål, eller deling av virksomheten mellom disse to hoved-lokalitetene. Styret for Oslo universitetssykehus HF behandlet i møtet den 26. juni 2014 Idéfase OUS – Campus Oslo. Høringsfristen er satt til 1. november.

Det foreligger et betydelig behov for moderne bygg til regional sikkerhetsavdeling og avdeling for personer med utviklingshemming/autisme. Avdelingen er i dag lokalisert i meget dårlig bygningsmasse på Dikemark. Deler av døgn- og dagtilbudet til barne- og ungdomsvirksomheten innen psykisk helse og avhengighet, drives i dag i utdaterte lokaler på Sogn.

Fra juni 2015 får befolkningen i bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø et samlet behandlingstilbud innen psykisk helse og avhengighetsbehandling i et nytt psykiatrisk senter på Mortensrud. Søndre Oslo DPS, BUP Syd (poliklinikk) og Rupo (ruspoliklinikken) skal flytte sammen i det nye bygget på Mortensrud. Oslo universitetssykehus vil leie bygget av OBOS. Byggearbeidet har startet, og bygget blir på vel 13 000 m². Man antar at vel 3 000 pasienter vil bli behandlet på Mortensrud i løpet av ett år. Flyttingen vil berøre ca. 225 ansatte.

Det blir mange fordeler ved å samle tilbudet under samme tak, blant annet:

- Faglige ressurser kan samordnes og utnyttes bedre
- Kompetanseutveksling og samarbeid om behandlingsforløp blir enklere
- Samhandlingen mellom tre ulike bydeler kan styrkes med et mer helhetlig perspektiv
- Samlokaliseringen åpner for nye samarbeidsformer til beste for pasienten

4.3 Sykehuset i Vestfold HF

Sykehuset i Vestfold HF inngår sammen med Sykehuset Telemark HF i Telemark og Vestfold sykehusområde, og leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 590 000 mennesker.

Psykiatrisk fylkesavdeling (PFA) gir et voksenpsykiatrisk tjenestetilbud på sykehusnivå for Vestfold fylkes befolkning.

- Akuttpsykiatri
 - Døgnetenhet psykiatrisk akuttmottak (PAM)
 - Døgnetenhet akutt allmennpsykiatri
 - Døgnetenhet akutt psykose
 - ECT-poliklinikk
- Alderspsykiatri

Sykehuset Vestfold HF har følgende DPS:

- Nordre Vestfold DPS
- Søndre Vestfold DPS

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende enheter:

- BUPA døgn ungdom
- BUPA døgn familie

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte:

- Avdeling for rusbehandling (Nøtterøy) med følgende seksjoner:
 - Seksjon 1; Avrusning og utredning for illegalt misbruk
 - Seksjon 2; Alkohol og medikamentbehandling
 - Seksjon 3, Behandling for illegalt misbruk
 - LAR, Vestfold
- Nordre Vestfold DPS
 - Poliklinikk Rus og avhengighet
- Søndre Vestfold DPS
 - Poliklinikk Rus og avhengighet

4.3.1.1 PHV

Tabell 19, 20 og 21 viser hvordan oppholdsdøgn benyttet av personer bosatt i Telemark-Vestfold sykehusområde fordeler seg på de ulike helseforetakene.

Tabell 19 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH voksne innenfor Telemark-Vestfold sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

Sykehusområde	NPR-tall 2013			DPS		
	Sum Opphold	Sykehus Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sykehus Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Telemark-Vestfold sykehusområde	4 341	69 660	88,9	544	10 837	93,9
Sykehuset Telemark HF	2 306	44 452		-	-	
Sykehuset i Vestfold HF	1 610	17 442		516	10 181	
Privat Sør-Øst HF	257	4 618				
Sykehuset Innlandet HF	31	1 361		3	55	
St. Olavs Hospital HF	31	195		1	2	
Sørlandet sykehus HF	22	143		11	325	
Vestre Viken HF	19	228		2	58	
Akershus universitetssykehus HF	18	301		1	28	
Oslo universitetssykehus HF	14	421				
Helse Bergen HF	9	87		0	0	
Sykehuset Østfold HF	8	125		3	43	
Helse Stavanger HF	5	7		1	3	
Helse Førde HF	5	15		0	0	
Nordlandssykehuset HF	2	4		0	0	
Helse Fonna HF	1	12		0	0	
Helse Møre og Romsdal HF	1	44		0	0	
Helse Nord Trøndelag HF	1	149		0	0	
Private sykehus	1	56		0	0	
Privat Vest HF	0	0		3	14	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	0	0		2	17	
Helgelandssykehuset HF	0	0		1	11	

4.3.1.2 PHBU

Tabell 20 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Telemark og Vestfold sykehusområde, (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	PHBU		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Telemark/Vestfold sykehusområde	124	4 598	
Sykehuset i Vestfold HF	82	2 358	
Sykehuset Telemark HF	33	2 137	97,8
Akershus universitetssykehus HF	2	1	
Privat Sør-Øst HF	1	35	
Sykehuset Innlandet HF	1	1	
Sykehuset Østfold HF	1	58	
Sørlandet sykehus HF	2	5	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	3	
Vestre Viken HF	1	-	

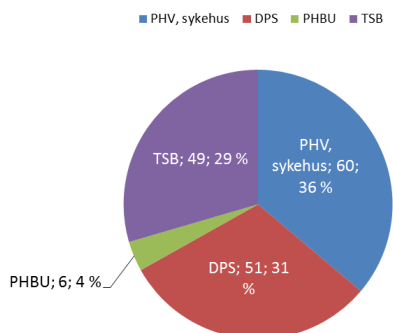
4.3.1.3 TSB

Tabell 21 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Telemark/Vestfold sykehusområde (kilde

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	TSB		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Telemark/Vestfold sykehusområde	1 499	58 928	
Vestfoldklinikken Skjerve	448	7 917	13,4
Blå Kors Sør AS, Borgestadklinikken Skien	643	18 960	
Aker universitetssykehus	29	303	
Akershus HF, avd Rus og avhengighet	2	101	
Blå Kors Øst AS, Behandlingscenter Eina	20	2 118	
BPUS avdeling for rusmedisin	4	135	
Buskerud sykehus	17	1 147	
DPS Midt Finnmark	1	82	
Frelsesarmeens Bo- og behandlingssenter, FA-BO S	4	110	
Kirkens Bymisjon, Oslo, Veslelien	31	3 060	
Kirkens bymisjon, Rogaland A-senter	4	21	
Samtun	19	2 378	
Sigma Nord AS	5	381	
Stiftelsen Bergensklinikkene, Hjellevik, Skutevik	6	84	
Stiftelsen Fossumkollektivet	11	1 085	
Stiftelsen Incognito Klinik	5	250	
Stiftelsen Kirkens bymisjon Oslo, A-senteret	2	186	
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Origosenteret	19	2 033	
Stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste, Kalfaret behand	3	83	
Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken	9	1 701	
Stiftelsen Phoenix Haga	5	226	
Stiftelsen Renåvangen	50	1 946	
Stiftelsen Riisby Behandlingscenter	15	1 618	
Stiftelsen Solliakollektivet	9	867	
Stiftelsen Trasoppklinikken	11	737	
Stiftelsen Valdresklinikken	9	379	
Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner	19	1 140	
Sykehuset Østfold avd for rusbehandling	1	6	
Sørlandet sykehus, Rus og avhengighetsbehandlin	22	807	
Tyrillistiftelsen, Frankmo, Mesnali, Oslo, Sør og Tro	57	6 741	
Universitetssykehuset i Nord-Norge, Rus og Spesia	1	21	
-	18	2 305	

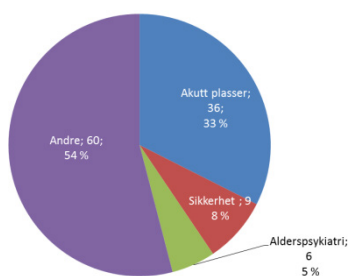
4.3.2 Kapasitet 2014

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Sykehuset i Vestfold HF (n=166, eget HF):



Figur 5 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Sykehuset i Vestfold HF, (n= 166)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 54:46. Det er registrert følgende kategorier av døgnplasser innenfor PHV:



Figur 6 Kategorier døgnplasser i PHV. Sykehuset i Vestfold HF, (n= 111)

4.3.3 Konseptfase Nytt bygg for akuttpsykiatri

Det vises her til rapporten "Utviklings- og investeringsplaner i Telemark og Vestfold sykehusområde". Sykehuset i Vestfold HF har slutført arbeidet med konseptfaseutredning for nytt Bygg for akuttpsykiatri.

Styret for PIV HF vedtok i januar 2006 at voksenpsykiatrien skulle dimensjoneres med 40 døgnplasser, noe som tilsvarer noenlunde dagens kapasitet. Klinikk Psykisk helse foreslår videre å øke antallet døgnplasser innenfor alderspsykiatrien fra dagens 6 plasser til 10 i nytt bygg.

I Avdeling for rusbehandling ble det i 2013 ferdigstilt et nybygg med plass til 25 døgnplasser for seksjon 3: *Behandling for illegalt misbruk*, og et tilbygg med plass til 5 døgnplasser for seksjon 1: *Avrusning og utredning for illegalt misbruk*. Det har også vært omfattende nybygging på Nordre Vestfold DPS i 2013/14.

4.4 Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Innlandet HF inngår i Innlandet sykehusområde og omfatter fylkene Hedmark og Oppland med et samlet opptaksområde på ca. 380 000 mennesker. I utstrekning er sykehusområdet med sine 53 000 km² det klart største i HSØ, og samtidig det mest grissgrendte.

Sykehuset Innlandet HF leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern og er organisert i følgende avdelinger:

Psykiske helsevern for voksne, SI Sanderud (Hedmark)

- Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling
 - Enhet for mottak
 - Enhet for akutt
 - Enhet for tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS)
 - Enhet for psykosebehandling lukket
 - Enhet for utredning
 - Enhet for psykosebehandling
- Avdeling for alderspsykiatri
 - Ressursenhet for demente
 - Enhet for affektive lidelser
 - Enhet for utredning
 - Alderspsykiatrisk poliklinikk
 - Hukommelsesklinikk

Psykiske helsevern for voksne, SI Reinsvoll (Oppland)

- Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling
 - Enhet for øyeblikkelig hjelp 1 og 2
 - Enhet for tidligintervensjon ved psykoser (TIPS)
 - Enhet for subakutt behandling
 - Enhet for psykosebehandling (lukket)
 - Enhet for sikkerhetspsykiatri
 - Poliklinikk
 - Fekjær psykiatriske senter (driftsavtale)

Sykehusområder har følgende DPS:

- DPS Gjøvik
- DPS Elverum-Hamar
- DPS Kongsvinger
- DPS Lillehammer
- DPS Tynset

Virksomheten for PHBU er organisert i følgende avdelinger:

- BUP Hedmark (Elverum, Hamar, Kongsvinger, Tynset)
- BUP Oppland (Gjøvik, Valdres, Lillehammer, Otta)
- BUP døgnavdelinger
 - Ungdomspsykiatrisk seksjon (Sanderud)
 - Familieenheten på Gjøvik
 - Hagen behandlingsenhet i Ringsaker
 - Kringsjåtunet på Lillehammer

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte:

- Avdeling for TSB
 - Enhet for avgiftning (Sanderud)
 - Enhet for utredning (Sanderud)
 - Enhet for døgnbehandling (Reinsvoll)
 - Enhet for familie og gravide (Hov i Søndre-Land kommune) Regionale plasser.
 - Fjernbasert behandling for spilleavhengige

Avdeling for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er tillagt et regionalt ansvar for:

- 10 regionale døgnbehandlingsplasser for gravide
- 10 regionale døgnbehandlingsplasser for familier

I divisjon Psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet er det følgende kompetansesentra:

- Kompetansesenter Rus - region Øst (KoRus-Øst) KoRus-Øst (Ett av sju ruskompetansesentre i Norge som får oppdrag og midler fra Helsedirektoratet)
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusproblemer og psykiske problemer (Nasjonal kompetansetjeneste ROP)
- Alderspsykiatrisk forskningscenter (Basis rammefinansiert i divisjon Psykisk helsevern, uten øremerking av midler)
- Religionpsykologisk senter (Basis rammefinansiert i divisjon Psykisk helsevern, uten øremerking av midler).

4.4.1 Aktivitet 2013

4.4.1.1 PHV

Innlandet sykehusområde har en egendeckning innenfor PH voksne på henholdsvis 80,1 pst. for sykehusfunksjonene og 92,4 pst. for DPS.

Private og private ideelle med avtale med HSØ stod for ca. 10 pst. av antall liggedøgn for befolkningen i sykehusområdet, mens Akershus Universitetssykehus og OUS bidro med henholdsvis 3 pst. og 4 pst.

Tabell 22 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendeckning 2013 for PH voksne innenfor Innlandet sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

NPR-tall 2013						
Sykehusområde	Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Innlandet sykehusområde	2 306	52 368	80,1	1 516	28 743	92,4
Sykehuset Innlandet HF	1 853	41 965		1 445	26 545	
Privat Sør-Øst HF	180	5 443		-	-	
Akershus universitetssykehus HF	138	1 650		52	1 653	
St. Olavs Hospital HF	41	376		-	-	
Oslo universitetssykehus HF	31	2 095		5	336	
Vestre Viken HF	15	241		1	4	
Helse Møre og Romsdal HF	9	211		-	-	
Sykehuset Østfold HF	8	21		7	109	
Sykehuset Telemark HF	6	82		-	-	
Helse Nord Trøndelag HF	4	56		-	-	
Sykehuset i Vestfold HF	4	10		-	-	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	24		1	4	
Helse Stavanger HF	3	10		-	-	
Nordlandssykehuset HF	3	7		-	-	
Andre	3	57		-	-	
Sørlandet sykehus HF	1	3		-	-	
Helse Bergen HF	1	5		2	38	
Helse Førde HF	1	9		1	19	
Helse Fonna HF	1	103		1	8	
Finmarkssykehuset HF	-	-		1	27	

4.4.1.2 PHBU

Tabell 23 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Innlandet sykehusområde, (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	PHBU		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Innlandet sykehusområde	243	9 907	
Innlandet sykehus HF	213	7029	70,9
Akershus universitetssykehus HF	22	1 668	
Privat Sør-Øst HF	4	1 182	
St. Olavs Hospital HF	3	26	
Norlandssykehuset HF	1	2	

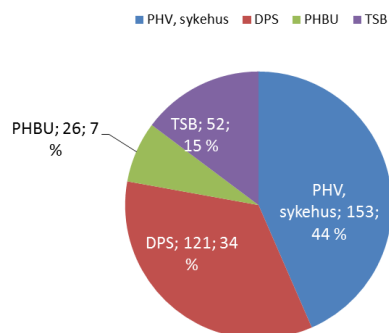
4.4.1.3 TSB

Tabell 24 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Akershus sykehusområde (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	TSB		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Innlandet sykehusområde	760	34 647	
Sykehuset Innlandet HF	338	6775	19,6
Privat Sør-Øst HF	334	26190	75,6
Akershus universitetssykehus HF	31	322	
Helse Bergen HF	4	330	
Oslo universitetssykehus HF	36	492	
Privat Vest HF	5	89	
Private sykehus	2	27	
Rusbehandling Midt-Norge HF	3	47	
Sykehuset i Vestfold HF	1	55	
Sørlandet sykehus HF	2	2	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	37	
Vestre Viken HF	3	201	

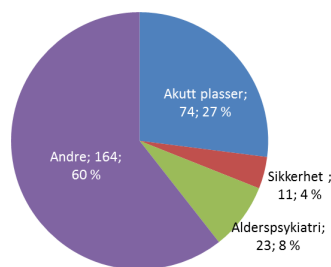
4.4.2 Kapasitet 2014

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Sykehuset Innlandet HF:



Figur 7 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Sykehuset Innlandet HF, (n= 352)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 56:44. Det er registrert følgende kategorier av døgnplasser innenfor PHV:



Figur 8 Kategorier døgnplasser i PHV. Sykehuset Innlandet HF, (n= 272)

4.4.3 Utreder om det psykiske helsevern skal inngå i planene for nytt områdepsykehus

Divisjon Psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet har i dag drift 19 steder i Hedmark og Oppland og disponerer i areal ca. 100 000 m².

Divisjon Psykisk helsevern utarbeidet i samarbeid med divisjon Eiendom og intern service Masterplan Bygg 2013-2014 som skal legge til rette for gjennomføring av styrets vedtak om endringer i faglig struktur og organisering, jf. styresak nr. 095-2012. Masterplanen omfatter en totalgjennomgang av lokalisering, arealutnyttelse og behov for bygningsmessige tilpasninger i tråd med vedtatte endringer. De bygningsmessige tiltakene skal gi faglige og ressursmessige driftsfordeler. Tilbygg/nybygg til pasientrettet virksomhet skal prioriteres fremfor administrative kontorer og møterom.

Det legges til rette for en betydelig arealkomprimering av bygningsmassen. Planen forutsetter avvikling av flere eiendommer/enheter der divisjonen i dag har virksomhet. Det oppføres til sammen ca. 2 200 m² nybygg i nærheten av eller som tilbygg til eksisterende bygningsmasse. I tillegg skal ca. 1 000 m² bygges om og rehabiliteres.

Disse prinsippene ligger til grunn for divisjonens prioritering av bygningsmessige tiltak:

- Samlokalisering av utredningsenheten og avgiftningsenheten i Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet på Sanderud
- Flytting av enhet for gravide og familier i Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet fra Hov til Reinsvoll
- Samlokalisering av lukket døgnpost med to akutenheter i Avdeling for akuttpsykiatri på Reinsvoll
- Samlokalisering av Avdeling for alderspsykiatrisk på Sanderud
- Samlokalisering av Hagen behandlingsenhet og Familieenheten i BUP Døgn Gjøvik.

Styret for Sykehuset Innlandet HF har vedtatt en plan med forslag til nytt felles hoved-sykehus fra 2025 lokalisert til Biri/moelvområdet. I den videre tidligfaseutredningen av et nytt hoved-sykehus vil det også bli vurdert om sykehusavdelingene i Psykisk helsevern skal inngå som del av et hoved-sykehus.

4.5 Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Telemark HF er organisert innenfor Telemark og Vestfold sykehusområde, og leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 590 000 mennesker. Innenfor helseforetaket finnes behandlingssteder i Skien, Porsgrunn, Kragerø, Notodden, Rjukan og Nordagutu.

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) er organisert i følgende enheter:
Sykehuset Telemark HF – Psykiatrisk klinikk

- Seksjon for akuttpsykiatri (Skien)
 - Akutt enhet 19 A
 - Akutt enhet 19 B
- Seksjon for alderspsykiatri (Skien)
 - Alderspsykiatrisk sengeenhet
 - Alderspsykiatrisk poliklinikk
- Seksjon for rehabilitering (Skien)
 - Sikkerhetsenhet 3 A
 - Forsterket psykoseenhet 19 C
 - Utredningsenhet (TIP)

Sykehuset i Telemark HF har følgende DPS:

- DPS Nedre Telemark
 - Enhet DPS-akutt
 - Sengeenhet A
 - Sengeenhet B
 - Enhet rus og psykiatri
 - Poliklinisk behandling (Porsgrunn, Vestmar, Skien)
 - Ambulerende team

Sykehuset Telemark, HF

- Ungdomspsykiatrisk (UPS)

Virksomheten innenfor TSB er organisert på følgende måte:

- Sykehuset Telemark, HF
 - Akuttenhet, ø-hjelp rus

Den polikliniske virksomheten innenfor TSB er integrert i psykisk helsevern under DPS.

4.5.1 Aktivitet 2013

Tabell 25, 26 og 27 viser hvordan oppholdsdøgn benyttet av personer bosatt i Telemark-Vestfold sykehusområde fordeler seg på de ulike helseforetakene.

Tabell 25 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH voksne innenfor Telemark-Vestfold sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

Sykehusområde	NPR-tall 2013			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Telemark-Vestfold sykehusområde	4 341	69 660	88,9	544	10 837	93,9
Sykehuset Telemark HF	2 306	44 452		-	-	
Sykehuset i Vestfold HF	1 610	17 442		516	10 181	
Privat Sør-Øst HF	257	4 618				
Sykehuset Innlandet HF	31	1 361		3	55	
St. Olavs Hospital HF	31	195		1	2	
Sørlandet sykehus HF	22	143		11	325	
Vestre Viken HF	19	228		2	58	
Akershus universitetssykehus HF	18	301		1	28	
Oslo universitetssykehus HF	14	421				
Helse Bergen HF	9	87		0	0	
Sykehuset Østfold HF	8	125		3	43	
Helse Stavanger HF	5	7		1	3	
Helse Førde HF	5	15		0	0	
Nordlandssykehuset HF	2	4		0	0	
Helse Fonna HF	1	12		0	0	
Helse Møre og Romsdal HF	1	44		0	0	
Helse Nord Trøndelag HF	1	149		0	0	
Private sykehus	1	56		0	0	
Privat Vest HF	0	0		3	14	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	0	0		2	17	
Helgelandssykehuset HF	0	0		1	11	

4.5.1.1 PHBU

Tabell 26 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Telemark og Vestfold sykehusområde, (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	Sum Opphold	PHBU	
		Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Telemark/Vestfold sykehusområde	124	4 598	
Sykehuset i Vestfold HF	82	2 358	
Sykehuset Telemark HF	33	2 137	97,8
Akershus universitetssykehus HF	2	1	
Privat Sør-Øst HF	1	35	
Sykehuset Innlandet HF	1	1	
Sykehuset Østfold HF	1	58	
Sørlandet sykehus HF	2	5	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1	3	
Vestre Viken HF	1	-	

4.5.1.2 TSB

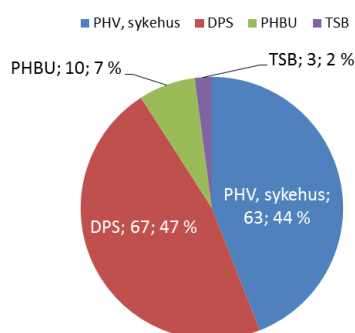
Tabell 27 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Telemark/Vestfold sykehusområde (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	Sum Opphold	TSB	
		Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Telemark/Vestfold sykehusområde	1 499	58 928	
Vestfoldklinikken Skjerve	448	7 917	13,4
Blå Kors Sør AS, Borgestadklinikken Skien	643	18 960	
Aker universitetssykehus	29	303	
Akershus HF, avd Rus og avhengighet	2	101	
Blå Kors Øst AS, Behandlingscenter Eina	20	2 118	
BPUS avdeling for rusmedisin	4	135	
Buskerud sykehus	17	1 147	
DPS Midt Finnmark	1	82	
Frelsesarmeens Bo- og behandlingssenter, FA-BO	4	110	
Kirkens Bymisjon, Oslo, Veslelien	31	3 060	
Kirkens bymisjon, Rogaland A-senter	4	21	
Samtun	19	2 378	
Sigma Nord AS	5	381	
Stiftelsen Bergensklinikkene, Hjellevik	6	84	
Stiftelsen Fossumkollektivet	11	1 085	
Stiftelsen Incognito Klinik	5	250	
Stiftelsen Kirkens bymisjon Oslo, A-senteret	2	186	
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Origosenteret	19	2 033	
Stiftelsen Kirkens Sosialtjeneste, Kalfaret behand	3	83	
Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken	9	1 701	
Stiftelsen Phoenix Haga	5	226	
Stiftelsen Renåvangen	50	1 946	
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	15	1 618	
Stiftelsen Solliakollektivet	9	867	
Stiftelsen Trasoppklinikken	11	737	
Stiftelsen Valdresklinikken	9	379	
Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner	19	1 140	
Sykehuset Østfold avd for rusbehandling	1	6	
Sørlandet sykehus, Rus og avhengighetsbehandlin	22	807	
Tyrilistiftelsen, Frankmo, Mesnali, Oslo, Sør og Tro	57	6 741	
Universitetssykehuset i Nord-Norge, Rus og Spesia	1	21	
-	18	2 305	

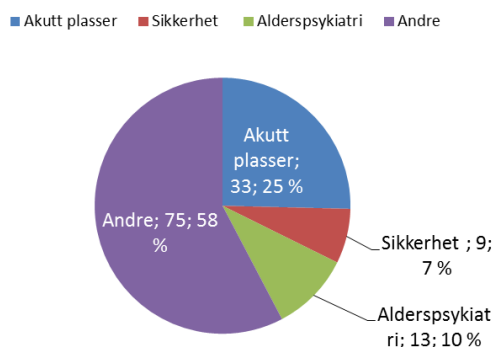
4.5.2 Kapasitet 2014

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Sykehuset i Telemark HF:

Figur 9 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Sykehuset Innlandet HF, (n= 143)



Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 39:61. Det er registrert følgende kategorier av døgnplasser innenfor PHV:



Figur 10 Kategorier døgnplasser i PHV. Sykehuset Telemark HF, (n= 130)

Sykehuset Telemark HF har per i dag ingen planer om nybygg eller andre prosjekter som vil bidra til vesentlig endring i tilgjengelig kapasitet (bygg).

4.6 Sykehuset i Østfold HF

Sykehuset i Østfold HF er organisert innenfor Østfold sykehusområde, og leverer helsetjenester innenfor det psykiske helsevern til ca. 280 000 mennesker.

4.6.1 Aktivitet 2013

4.6.1.1 PHV

Østfold sykehusområde har en egendekning innenfor PH voksne på henholdsvis 86,5 pst. for sykehusfunksjonene og 99,1 pst. for DPS.

Tabell 28 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH voksne innenfor Østfold sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

Sykehusområde	NPR-tall 2013			DPS		
	Sum Opphold	Sykehus Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Østfold sykehusområde	1 921	38 333	86,5	1 565	29 480	99,1
Sykehuset Østfold HF	1 700	33 158		1 536	29 218	
Sykehuset Innlandet HF	4	64	2	4		
Privat Vest HF; HR HP BH	0	0	3	9		
Oslo universitetssykehus HF	13	831	16	98		
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	14	1	8		
Helse Førde HF	1	4	1	10		
Akershus universitetssykehus HF	24	375	2	38		
Sykehuset i Vestfold HF	20	97	1	20		
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	116	3463	2	41		
Vestre Viken HF	6	56	1	34		
Helse Bergen HF	4	98	0	0		
Helse Møre og Romsdal HF	4	76	0	0		
Helse Stavanger HF	2	5	0	0		
Private sykehus	1	1	0	0		
St. Olavs Hospital HF	18	88	0	0		
Sykehuset Telemark HF	1	1	0	0		
Sørlandet sykehus HF	3	2	0	0		

4.6.1.2 PHBU

Tabell 29 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Østfold sykehusområde,

Sykehusområde	NPR-tall 2013		
	Sum Opphold	BUP Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Østfold sykehusområde	226	6 992	
Sykehuset Østfold HF	216	5 704	81,6
Private	9	1 288	
Sykehuset i Vestfold HF	1	0	

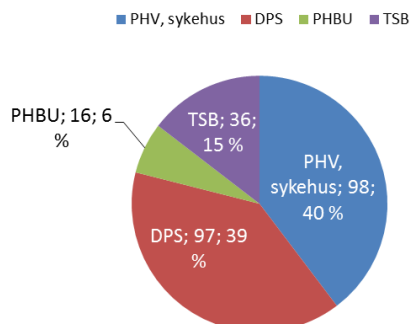
4.6.1.3 TSB

Tabell 30 Antall døgnopphold, oppholdsdøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Østfold sykehusområde (kilde NPR).

Sykehusområde	NPR-tall 2013		
	Sum Opphold	TSB Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Østfold sykehusområde	520	29 540	
Sykehuset Østfold HF	311	9 791	33,1
Privat Sør-Øst HF	160	18 005	61,0
Akershus universitetssykehus HF	7	101	
Finnmarkssykehuset HF	1	70	
Helse Bergen HF	2	27	
Helse Stavanger HF	1	92	
Oslo universitetssykehus HF	15	214	
Privat Vest HF	1	183	
Private sykehus, andre	3	172	
Rusbehandling Midt-Norge HF	2	35	
Sykehuset i Vestfold HF	1	10	
Sykehuset Innlandet HF	14	737	
Vestre Viken HF	2	103	

4.6.2 Kapasitet 2014

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Sykehuset i Østfold HF:



Figur 11 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Sykehuset Østfold HF, (n= 247)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 63:37.

4.6.3 Nytt sykehus nye muligheter, nytt Østfoldsykehus snart innflyttingsklart

For første gang i Norge samlokaliseres psykisk helsevern og somatikk i et nytt sykehus. Ved å ha flere spesialiteter under samme tak, ligger forholdene godt til rette for å tilby pasientene tverrfaglig og helhetlig utredning og behandling.

4.7 Sørlandet sykehus HF

Sørlandet sykehusområde dekker begge Agderfylkene med en befolkning på ca. 290 000 mennesker. Sørlandet sykehus HF har virksomhet i Flekkefjord, Kristiansand og Arendal samt distriktpsykiatriske sentre ulike steder i Agder. Sørlandet sykehus HF og Klinik for psykisk helse -psykiatri og avhengighetsbehandling (KPA) leverer helsetjenester.

Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri (PHV) består av:

- Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA)
 - PSA Kristiansand
 - PSA Arendal
- Poliklinikk for psykosomatisk og traumer (PST)

Sykehusområdet har fire DPS:

- DPS Aust-Agder
- DPS Solvang
- DPS Strømme
- DPS Lister

Sykehusområdet har følgende virksomhet innenfor psykisk helsevern for barn- og unge:

- Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP)

Sykehusområdet har følgende virksomhet innenfor TSB:

- Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

4.7.1 Aktivitet 2013

4.7.1.1 PHV

Tabell 31 viser antall døgnopphold for befolkningen bosatt innenfor Sørlandet sykehusområde

Tabell 31 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for PH voksne innenfor Sørlandet sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

Sykehusområde	NPR-tall 2013					
	Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Sørlandet sykehusområde	2 302	37 965	91,5	1 621	23 468	97,3
Sykehuset Sørlandet HF	2 126	34 741		1 598	22 835	
Privat Sør-øst HF	93	2 355		1	3	
Helse Bergen HF	7	211		1	5	
Sykehuset i Vestfold HF	7	10		1	56	
Oslo universitetssykehus HF	5	33		1	92	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	8		2	13	
St. Olavs Hospital HF	4	16		1	67	
Vestre Viken HF	3	7		-	-	
Sykehuset Østfold HF	2	8		2	32	
Helse Møre og Romsdal HF	2	10		-	-	
Helse Nord Trøndelag HF	2	124		-	-	
Andre Private sykehus	2	55		-	-	
Sykehuset Innlandet HF	2	12		-	-	
Helse Stavanger HF	19	155		8	165	
Sykehuset Telemark HF	13	118		-	-	
Akershus universitetssykehus HF	10	98		4	178	
Nordlandssykehuset HF	1	4		-	-	
Privat Vest HF	-	-		1	6	
Helse Fonna HF	-	-		1	16	

4.7.1.2 PHBU

Tabell 32 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Sørlandet sykehusområde.

Sykehusområde	NPR-tall 2013		
	PHBU		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Sørlandet sykehusområde	77	1 281	93,0
Sørlandet sykehus HF	76	1191	
Sykehuset Telemark HF	1	90	

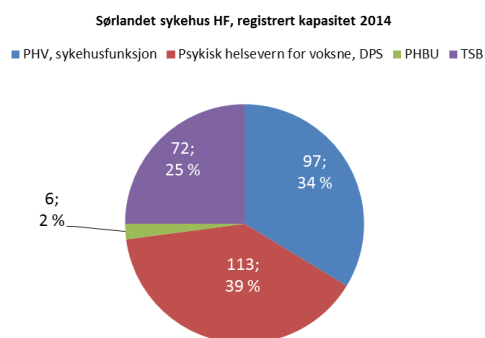
4.7.1.3 TSB

Tabell 33 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Sørlandet sykehusområde (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	TSB		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Sørlandet sykehusområde	1 187	45 309	
Sørlandet sykehus, Rus og avhengighetsbehandling	887	18726	41,3
Aker universitetssykehus	5	25	
Akershus HF, avd Rus og avhengighet	2	47	
Blå Kors Sør AS, Borgestadklinikken Skien	133	9728	
Buskerud sykehus	3	79	
Fossen rusbehandling	1	119	
Frelsesarmeens Bo- og behandlingssenter, FA-BO Sta	1	12	
Kirkens Bymisjon, Oslo, Veslelien	8	1481	
Kirkens bymisjon, Rogaland A-senter	3	185	
Samtun	12	1346	
Sigma Nord AS	4	720	
Stiftelsen Bergensklinikkene, Hjellevik, Skuteviken	1	7	
Stiftelsen Fossumkollektivet	1	114	
Stiftelsen Fredhem	4	564	
Stiftelsen Incognito Klinik	1	46	
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Origosenteret	3	546	
Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken	1	1	
Stiftelsen Phoenix Haga	2	240	
Stiftelsen Renåvangen	12	821	
Stiftelsen Riisby Behandlingssenter	14	1813	
Stiftelsen Solliakollektivet	15	1819	
Stiftelsen Trasoppklinikken	3	127	
Stiftelsen Valdresklinikken	4	102	
Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner	16	1347	
Tyrilistiftelsen, Frankmo, Mesnali, Oslo, Sør og Trond	29	3555	
Universitetssykehuset i Nord-Norge, Rus og Spesialp	2	65	
-	20	1674	

4.7.2 Kapasitet 2014

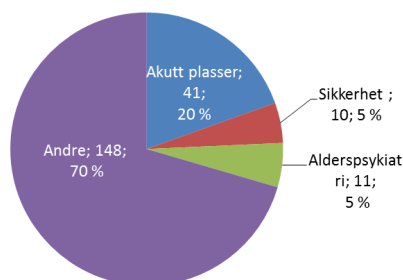
Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Sørlandet sykehus HF.



Figur 12 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Sørlandet sykehus HF, (n= 288)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 54:46. Det er registrert følgende kategorier av døgnplasser innenfor PHV (n=210, eget kapasitet):

Sørlandet sykehus HF, kategorier av døgnplasser innenfor PHV, 2014



Figur 13 Kategorier døgnplasser i PHV. Sørlandet sykehus HF, (n= 210)

4.7.3 Forsterkning av de polikliniske, ambulante og dagbaserte tilbud i DPS og konseptfase Nytt bygg for Psykiatrisk sykehusavdeling

I områdeplan for psykisk helse (psykiatri og avhengighetsbehandling) 2012-2014 i SSHF står det blant annet:

- en styrking av akutt ambulante team (AAT)
- styrking av TSB; økt antall stillinger
- det bygges opp 2 fullverdige polikliniske team for alderspsykiatri (Arendal og Kristiansand)
- økt frivillighet i behandlingsforløpene ved samhandling med førstelinjetjenesten og tidlig intervensjon
- økt bemanning i Ungdomsklinikken
- fokus på langtidsyke og pasienter med begrenset "boevne" for å koordinere tjenester og ressurser på en bedre måte

Sørlandet sykehus HF har i løpet av 2013/14 gjennomført en konseptfase, der konseptrapporten skal legges frem for styret i SSHF og i Helse Sør-Øst i slutte av 2014. Konseptrapporten gjelder for voksenpsykiatri og omfatter virksomheten både i Kristiansand og i Arendal. Det er også behov for nybygg for døgnplasser for barne- og ungdomspsykiatri. I forbindelse med utarbeidelse av en Utviklingsplan for SSHF parallelt med konseptrapporten er det drøftet den fremtidige virksomheten i DPS'ene. Der anbefaler man at DPS utvikles til å ha et bredt tjenestetilbud poliklinisk og for dagbehandling, men at døgnplasser er prioritert i sykehuspsykiatriske avdelinger. Dette er et tema som er i strid med gjeldende strategier, men som begrunnes ved at man kan se en slik retning når samhandlingsreformen etter hvert vil gjelde også for PHV samtidig som det er også er et bemannings- og ressurssspørsmål når det gjelder antall døgnenheter.

Følgende kapasiteter er foreslått i utkast til konseptrapport for PSA:

- 70 voksenpsykiatriske døgnplasser (mulighet for senere utbygging til 120 dersom PSA skal ta en andel av dagens døgnplasser i DPS) i Kristiansand
- 10 døgnplasser for barne- og ungdomspsykiatri i Arendal

4.8 Vestre Viken HF

Viken ble etablert 1. juli 2009 da Ringerike sykehus, Sykehuset Buskerud, Sykehuset Asker og Bærum, og Kongsberg sykehus ble slått sammen. Siden har Sykehuset Buskerud skiftet navn til Drammen sykehus og Sykehuset Asker og Bærum til Bærum sykehus. Vestre Viken HF leverer sykehus- og spesialisthelsetjenester til 470 000 mennesker i 26 kommuner. Dette skjer i tett samarbeid med primærhelsetjenesten i kommunene.

Psykisk helse og rus er den største klinikken i Vestre Viken HF, og består av 10 avdelinger. Sykehusfunksjonene for voksenpsykiatri er organisert i følgende enheter:

- Akutt
 - Akuttseksjon A (Blakstad)
 - Akuttseksjon B (Blakstad)
 - Akuttseksjon C (Blakstad)
 - Akuttseksjon I (Lier)
 - Akuttseksjon II (Lier)
 - Mottaksseksjon (Lier)
- Alder
 - Alder (Blakstad)
 - Alder (Lier)
- Psykose
 - Psykose (Blakstad)
 - Psykose (Lier)
- Sikkerhet
 - Sikkerhet (Blakstad)
 - Sikkerhet (Lier)
- UFU
- Regionalt senter

Enhet for sikkerhet ved Lier planlegges sammenslått med sikkerhetsenheten ved Blakstad. Kapasiteten reduseres med 4 døgnplasser for sikkerhet, men enhet for psykose økes tilsvarende når prosessen er slutført.

Innenfor sykehusområdet finnes følgende DPS:

- Asker DPS
- Bærum DPS
- Drammen DPS
- Kongsberg DPS
- Ringerike DPS

Innenfor PHBU har Vestre Viken HF følgende enhet:

- Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) (Fjelbrott, Bjerketun)

Innenfor TSB har Vestre Viken HF følgende døgnenheter:

- Seksjon for avgifting (Drammen)
- Seksjon for avgifting og utredning (Bærum)
- Døgnseksjon ARA (Tyrifjord)
- Døgnseksjon ARA (Blakstad)

4.8.1 Aktivitet 2013

4.8.1.1 PHV

Innlandet sykehusområde har en egendekning innenfor PH voksne på henholdsvis 77 pst. for sykehusfunksjonene og 96 pst. for DPS. Private og private ideelle med avtale med HSØ stod for ca. 16,5 pst. av antall liggedøgn for befolkningen i sykehusområdet, mens OUS bidro med knapt 3 pst.

Tabell 34 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for PH voksne innenfor Vestre Viken sykehusområde, sykehusfunksjon og DPS (kilde NPR)

NPR-tall 2013						
Sykehusområde	Sykehus			DPS		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Vestre Viken sykehusområde	3120	72142	77,0	1 208	26 140	96,0
Vestre Viken HF	2 390	55 561		1 154	25 104	
Privat Sør-Øst HF; HSØ; BH, RSL og MHH	454	11 929		2	85	
Sykehuset i Vestfold HF	108	789		22	509	
Sykehuset Innlandet HF	54	1 357		12	223	
St. Olavs Hospital HF	21	241		3	53	
Oslo universitetssykehus HF	21	1 931		-	-	
Sykehuset Telemark HF	16	99		-	-	
Akershus universitetssykehus HF	14	49		1	7	
Sykehuset Østfold HF	12	30		2	28	
Helse Bergen HF	7	27		7	75	
Helse Førde HF	6	17		1	2	
Helse Stavanger HF	6	24		-	-	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2	4		2	9	
Sørlandet sykehus HF	2	2		1	10	
Helse Fonna HF	2	21		-	-	
Nordlandssykehuset HF	2	12		-	-	
Helse Møre og Romsdal HF	1	4		-	-	
Helse Nord Trøndelag HF	1	24		-	-	
Andre	1	21		-	-	
Privat Vest HF	-	-		1	35	

4.8.1.2 PHBU

Tabell 35 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for PH barn og unge innenfor Vestre Viken sykehusområde.

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	BUP		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Vestre Viken sykehusområder	154	4 902	76,2
Vestre Viken HF	124	3 733	
Sykehuset Innlandet HF	17	151	
Sykehuset i Vestfold HF	6	145	
Privat Sør-Øst HF	4	788	
Akershus universitetssykehus HF	2	84	
Nordlandssykehuset HF	1	1	

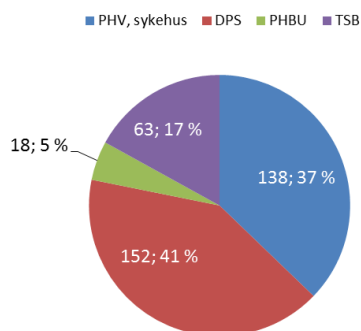
4.8.1.3 TSB

Tabell 36 Antall døgnopphold, oppholdsøgn og pst. egendekning 2013 for TSB innenfor Vestre Viken sykehusområde, (kilde NPR).

NPR-tall 2013			
Sykehusområde	TSB		
	Sum Opphold	Sum Liggedøgn	Pst. egen dekning
Vestre Viken sykehusområde	1 031	41 337	38,4
Vestre Viken HF	506	15 887	
Privat Sør-Øst HF	431	22 882	
Sykehuset i Vestfold HF	30	834	
Oslo universitetssykehus HF	25	291	
Sykehuset Innlandet HF	17	610	
Akershus universitetssykehus HF	7	71	
Andre Private sykehus	6	307	
Privat Vest HF	4	65	
Sørlandet sykehus HF	2	58	
Sykehuset Østfold HF	2	331	
Rusbehandling Midt-Norge HF	1	1	

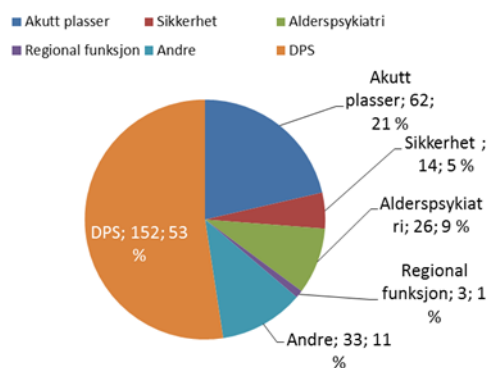
4.8.2 Kapasitet 2014

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Vestre Viken HF:



Figur 14 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Vestre Viken HF, (n= 290)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 48:52. Det er registrert følgende kategorier av døgnplasser innenfor PHV:



Figur 15 Kategorier døgnplasser i PHV. Vestre Viken HF, (n= 290)

4.8.3 Integreere psykisk helse og somatikk og konseptfase Nytt områdesykehus.

Strategi 2025:

- Akutt- og alderspsykiatri for Vestre Viken samlokaliseres med Drammen sykehus. Øvrige områdefunksjoner innenfor psykisk helse legges til Blakstad sykehus
- Tidligere Lier sykehus avvikles og forberedes lagt ut for salg med muligheter for midlertidig tilbakeleie av arealer.
- Det utarbeides en utviklingsplan for helseforetakets samlede eiendoms- og bygningsmasse i løpet av 2012 (Plan for utvikling av sykehusstilbudet i Vestre Viken HF).

Konseptfase for Vestre Viken er vedtatt igangsatt i 2014.

4.9 Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus

Helse Sør-Øst RHF har et forpliktende samarbeid med de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus.

4.9.1 Diakonhjemmet sykehus

Diakonhjemmet sykehus har et lokalsykehusansvar for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker med til sammen 135.000 innbyggere. For alderspsykiatri gjelder ansvaret også Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) har Diakonhjemmet ansvar for bydelene Frogner og Ullern.

Diakonhjemmet sykehus har organisert tjenestene innenfor psykisk helse og rus i:

- BUP-Vest
- Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
 - Akuttpsykiatrisk døgnerhet
 - Allmennpsykiatrisk døgnerhet
 - Allmennpsykiatrisk poliklinikk
 - Ambulant enhet (PHV og TSB)
 - Enhet for rus og psykiatri (ruspoliklinikk (TSB)
 - Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken
- Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen
- Senter for psykofarmakologi (regional funksjon)

Voksenpsykiatrisk avdeling fyller både sykehusfunksjon og DPS funksjon med akuttpsykiatriske døgnplasser, allmennpsykiatriske døgnplasser, polikliniske tjenester og ambulante tjenester. Alle enheter innen PHV og TSB samt PHBU og Psykofarmakologisk avdeling er samlokalisert på Vinderen i Oslo slik at en kan sikre sammenhengende pasientforløp.

Det er en ambisjon for Diakonhjemmet sykehuset å sikre helhetlige spesialisthelsetjenester gjennom livsløpet i nært samarbeid med bydelene og innbyggerne i sektor.

For døgn i PHV gjelder fordeling av liggedøgn og kapasitet 50/50 mellom LDS/DS vedr VFH postene og Post Hallvard (organisert under LDS) samt i Alderspsykiatrisk avdeling (organisert under DS).

4.9.1.1 Aktivitet

Tabell 37 viser antall døgnopphold og oppholds-døgn ved Diakonhjemmet sykehus. NPR-tall fra 2013 er sammenstilt med tall mottatt fra Diakonhjemmet sykehus fra 2012.

Tabell 37 Antall døgnopphold og oppholds-døgn; NRP 2013 og Lokale data 2012.

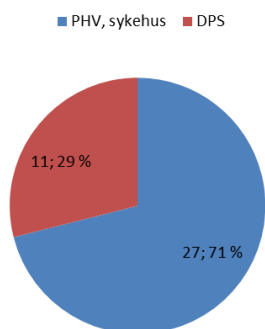
Institusjon	NPR-tall 2013			Lokale data 2012		
	Opphold	Oppholds-døgn	Gj.snitt oppholdstid	Opphold	Oppholds-døgn	Gj.snitt oppholdstid
Diakonhjemmet, Alderspsykiatrisk avdeling	187	4 915	26,3	192	4 986	26,0
Diakonhjemmet, Voksenpsykiatrisk avdeling	103	1 041	10,1	308	2 002	6,5
DPS Vinderen	425	4 958	11,7	136	3155	23,2
Diakonhjemmet sykehus	715	10 914		636	10 143	

Når vi sammenstiller NPR-tallene med lokale data mottatt fra Diakonhjemmet finner vi at det samlede antall oppholdsdøgn avviker med knapt 8 pst., noe som muligens kan forklares med variasjon mellom 2013 (NPR) og 2012 (lokale data). Imidlertid ser vi at fordelingen av aktivitet mellom akutt-psykiatrisk døgnerhet og allmennpsykiatrisk døgnavdeling viser et betydelig avvik.

For Diakonhjemmet sykehus er det i NPR 2013 registrert ca. 52 000 polikliniske konsultasjoner.

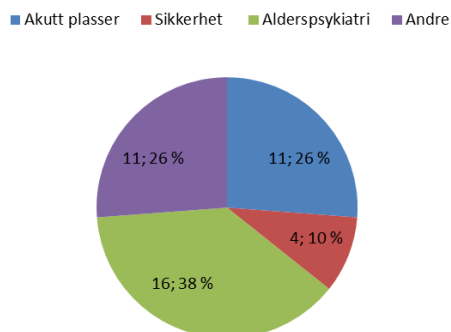
4.9.1.2 Kapasitet

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Diakonhjemmet sykehus:



Figur 16 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Diakonhjemmet sykehus, (n= 38)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 71:29.



Figur 17 Kategorier døgnplasser i PHV. Diakonhjemmet sykehus, (n= 42)

4.9.2 Lovisenberg diakonale sykehus

Psykiatrisk akuttavdeling yter hjelp til pasienter fra bydelene Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo. Lovisenberg diakonale sykehus har 7 sengeposter fordelt på tre steder:

- Psykiatrisk Akuttavdeling (AKU), på sykehusområdet i Lovisenberggt. 17
- Vår Frue Hospital, Lukket intensivpost i Ullevålsveien 2
- Post Halvard, Lukket intensivpost i Ekebergveien 1c (tidl. Oslo hospital psykiatriske sykehus).

4.9.2.1 Aktivitet

Tabell 38 Antall døgnopphold, oppholds-døgn og gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 for PH voksne, sykehusfunksjon, Lovisenberg Diakonale sykehus.

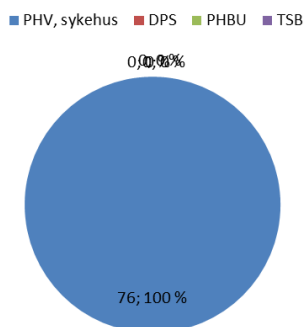
Institusjon	NPR-tall 2013			Lokale data 2012		
	Opphold	Oppholds-døgn	Gj.snitt oppholdstid	Opphold	Oppholds-døgn	Gj.snitt oppholdstid
Lovisenberg Diakonale Sykehus (AKU Inntak)				867	1 352	1,60
Lovisenberg Diakonale Sykehus (AKU 3)				245	2 693	12,30
Lovisenberg Diakonale Sykehus (AKU 4)				250	2 830	12,20
Lovisenberg Diakonale Sykehus, VFH (post 1)				50	4 748	97,30
Lovisenberg Diakonale Sykehus, VFH (post 2)				31	5 421	192,80
Lovisenberg Diakonale Sykehus, VFH (post 3)				81	6 074	90,60
Lovisenberg Diakonale Sykehus, (ST. Hallvard)				77	3 228	53,90
Lovisenberg diakonale sykehus (sum)	1 077	24 923	23,1	1 601	26 346	27,9

(*) Utskrevne pasienter inkl. pasienter dømt til behandling.

For LDS er det registrert ca. 600 polikliniske konsultasjoner.

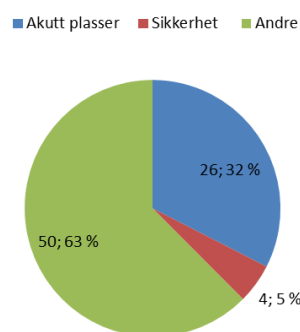
4.9.2.2 Kapasitet

Det er registrert følgende kapasitet i form av antall døgnplasser ved Lovisenberg diakonale sykehus:



Figur 18 Kapasitet i bruk, antall døgnplasser. Lovisenberg diakonale sykehus sykehus, (n= 76)

Prosentvis fordeling av kapasitet mellom døgnplasser sykehus og DPS utgjør 100:0.



Figur 19 Kategorier døgnplasser i PHV. Lovisenberg diakonale sykehus, (n= 80)

For døgn gjelder fordeling av liggedøgn og kapasitet 50/50 mellom LDS/DS vedr VFH postene og Post Hallvard (organisert under DS) samt i Alderspsykiatrisk avdeling (organisert under DS).

4.10 Andre private tjenesteleverandører

Helse Sør-Øst RHF har i tillegg til avtale med de private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus, og avtale med andre private ideelle institusjoner, private kommersielle institusjoner og avtalespesialister. Tabellen under viser de private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst innenfor psykisk helsevern for voksne.

Helse Sør-Øst har avtaler med en rekke private leverandører innenfor TSB. Det er 19 avtaleparter med til sammen om lag 590 døgnplasser og 26 000 polikliniske konsultasjoner.

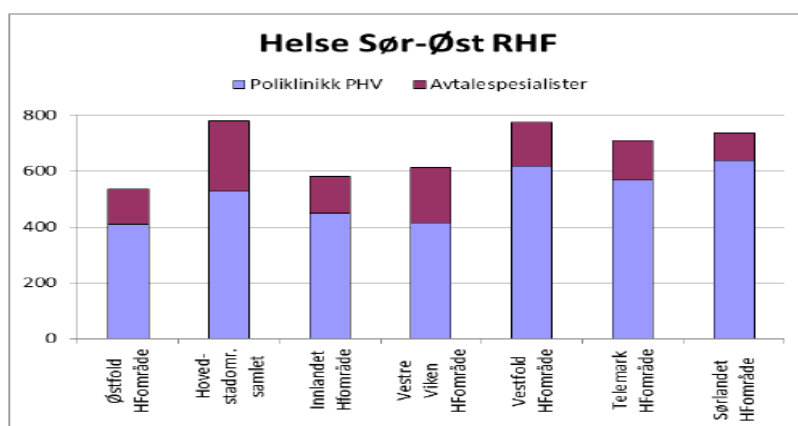
Helse Sør-Øst RHF fikk i Statsbudsjettet for 2014 tildelt 137.6 mill. kroner fra ny regjering til utvidelse av dagens avtaler med private virksomheter innen psykisk helsevern, TSB og rehabilitering. For å oppnå rask effekt skulle man i første omgang utvide eksisterende avtaler.

Innen TSB ble det brukt til sammen 83 mill. kroner. Dette resulterte i netto kjøp av 33 døgnplasser, hvorav 17 ordinære langtidsplasser, 6 avrusningsplasser, 5 korttidsplasser, 2 plasser for familiebehandling, 2 plasser for pasienter med omfattende tilleggsproblematikk og 1 plass for gravide rusmisbrukere.

Det ble i tillegg brukt midler på Borgestadklinikken for å styrke avrusnings- og utredningskapasiteten, til legestillinger i forbindelse med ny spesialitet innen rusmedisin, midler til samhandlingskonsulenter samt midler til økt poliklinisk kapasitet.

Det ble og brukt betydelige midler til Tyrilistiftelsen, Solliakollektivet, Samtun og Kvinnekollektivet Arken til inntaksforberedende arbeid samt til oppfølging av pasientene før og etter døgnbehandlingen.

Helse Sør Øst er i tillegg pålagt å øke kjøpet fra private ideelle virksomheter innen TSB med 110 døgnplasser. Samlet gir dette en økning på om lag 50 000 oppholdsdøgn i 2014.



Figur 20 Antall polikliniske konsultasjoner utført av avtalespesialist og antall avtalespesialister pr 1 000 innbygger, psykisk helsevern voksne.

I 2013 hadde ca. 53 000 pasienter i Norge 617 000 spesialistkontakter med avtalespesialister. Befolkningen i Helse Sør-Øst har 9 pst. høyere forbruk enn landsgjennomsnittet, og innenfor Helse Sør Øst er det relativt stor forskjell i forbruk der Hovedstadsområdet ligger høyest med 781 konsultasjoner samlet pr. 1 000 innbygger,

mens befolkningen i Østfold har lavest forbruk (både samlet og for avtalespesialister) med 536 konsultasjoner pr. 1 000 innbygger.

Avtalespesialistene er spesialister innen psykologi og psykiatri, samt legespesialister. Det er omlag 1100 i Helse Sør-Øst og de står for en stor del av poliklinisk virksomhet i regionen. Avtalespesialistene har driftsavtaler med Helse Sør-Øst og jobber innen flere ulike fagområder.

5 Nasjonale og regionale strategier, trender og utviklingstrekk

Helse Sør- Øst RHF gjennomførte i 2014 en kartlegging og analyse av hvordan det regionale helseforetaket fyller "sørge- for ansvaret" med bakgrunn i de kravene som ligger i styringsdokumenter innen fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Bakgrunnsmateriale for gjennomgangen var Opptappingsplanen for psykisk helsevern (1999 – 2008) og opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012). Rapporten viser at helseforetakene har fulgt opp nasjonale og regionale føringene om å vektlegge en styrking av lokalsykehusrollen og de desentraliserte behandlingstilbudene. Det er imidlertid store forskjeller helseforetakene i mellom både når det gjelder struktur på behandlingstilbudene, samlet kapasitet, ressursfordeling nivåene i mellom og profil på behandlingstilbudene.

Analysen fra HSØ viser at det har skjedd en omstilling av behandlingstilbudene innen psykisk helsevern for voksne med større vekt på poliklinisk behandling og ambulant virksomhet. Antallet behandlede pasienter er økt totalt sett noe som er oppnådd gjennom reduserte liggetider. Ventetiden for rettighetspasientene er under styringskravet og antallet fristbrudd er betydelig redusert. Det er imidlertid i følge rapporten en betydelig forskjell helseforetakene i mellom både når det gjelder ressursfordeling mellom nivåene, og når det gjelder faglig profil på behandlingstilbudene. Det er ikke etablert tilstrekkelig faglig robuste distriktpsikiatriske sentre (DPS) ved alle helseforetak.

Nasjonale og regionale strategier peker generelt i retning av:

- Flere polikliniske konsultasjoner
- Tilgjengelige tjenester og økt ambulant virksomhet
- Mer samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Felles strategi for bruk av private leverandører

5.1 Psykisk helsevern

Helse Sør-Øst har med bakgrunn i styresak 061/2010 "Regionale utviklingsområder psykisk helsevern", lagt følgende strategiske hovedfokus:

"Helse Sør-Øst skal ha et samhandlende psykisk helsevern preget av åpenhet, kvalitet, og tillit, tuftet på Opptappingsplanens mål og verdier med integrert brukerkunnskap i alle ledd av tjenesten med hoved utviklingsområder i forhold til:

- *Brukerperspektiv og brukerkunnskap (med åpenhet og økt frivillighet i all behandling i tråd med nasjonale føringer).*
- *Fag, forskning, kvalitet og likeverdige tjenester*
- *Tilgjengelighet og ressurser*
- *Behandling og organisering i sykehusområdene*
- *Samhandling og helhetlige pasientforløp*

I det følgende gjengis Styrets enstemmige vedtak.

- 1. Psykisk helsevern er et prioritert satsingsområde i Helse Sør-Øst. Opptappingsplanens intensjoner, verdier og føringer skal legges til grunn for utviklingen av behandlingstilbudene i Helse Sør-Øst, samt plan for strategisk utvikling og vedtak i styresak 108-2008.*
- 2. Ressursene skal fordeles 50/50 pst. mellom sykehusene og de distriktpsikiatriske sentrene (DPS-ene), og psykisk helsevern for barn og unge skal sikres 20 pst. av de samlede ressursene til psykisk helsevern.*
- 3. Sykehusområdene skal videreutvikle DPS-ene og de desentraliserte behandlingstilbudene til barn og unge, og sikre robuste tilbud med god faglig kvalitet og god tilgjengelighet.*

4. *Alle sykehusområder skal ha et faglig godt tilbud med tilstrekkelig kapasitet på sykehusfunksjoner i psykisk helsevern.*
5. *Det skal være regionale behandlingstilbud innen sikkerhetspsykiatri, spiseforstyrrelser, samt for pasienter med både psykisk lidelse og sterkt nedsatt hørsel/døve*
6. *Sykehusområdene skal sikre god samhandling med kommunal helse- og sosialtjeneste, avtalespesialistene og private tilbydere av helsetjenester. Økt samhandling skal legge til rette for god ressursutnyttelse, differensiering av tjenestetilbudet, økt brukermedvirkning og pasientens frie valg mellom behandlingstilbudene. Arbeidet med økt tilgjengelighet hos avtalespesialister i de enkelte sykehusområder skal realiseres basert på de vedtatte føringer i Helse Sør-Øst og samhandlingsmodellen skal videreutvikles*
7. *Det skal utarbeides områdeplaner innen psykisk helsevern basert på de regionale utviklingsområdene og som en del av sykehusområdets overordnede områdeplan. Som en del av en helhetlig områdeplan for sykehusområdet skal det:*
 - *Vurderes om en ytterligere spesialisering innen utredning og behandling av særskilte tilstander og en differensiering og fordeling av tilbud innenfor sykehusområdet, kan øke kvaliteten og tilgjengeligheten til tjenesten*
 - *Det skal også være fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet for pasienter med ulik kulturell og språklig bakgrunn*
 - *Brukerstyrte plasser utvikles og prøves ut i alle sykehusområder for pasientgrupper med langvarig og/eller tilbakevendende alvorlige sykdomsutbrudd*
 - *Datakvalitet, registrering og rapportering er et lederansvar på alle nivåer og skal forbedres. Kvaliteten på pasientdata for bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ha et særskilt fokus*
 - *Som et ledd i å sikre likeverdig behandling skal det innen alle sykehusområder utarbeides og implementeres kunnskapsbaserte behandlingslinjer for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging for flere fagområder og særskilt sårbare pasientgrupper.*
 - *Myndighetstilsyn skal følges opp og erfaringer fra brukere skal tas særskilt hensyn til i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet*
 - *Det skal sikres særskilt fokus på oppfølging av:*
 - *pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester og behandling innen sikkerhetspsykiatrien*
 - *pasienter med selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, sammensatte lidelser og dobbeltdiagnoser*
 - *tidlig intervensjon av ny- syke med psykoseproblematikk, samt sikre gode tilbud for langtidsrettet schizofreni – behandling*
 - *pasientgrupper med behov for langvarig poliklinisk behandling*
 - *pasientgrupper med ekstra sårbarhet relatert til alder, lidelse eller bakgrunn*
8. *Videre utviklingsarbeid i Helse Sør-Øst*
 - *Det gjennomføres et regionalt arbeid for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*
 - *Forskning og faglig utviklingsarbeid skal styrkes i hele fagfeltet*

Alle føringer for det psykiske helsevern i Helse Sør-Øst skal bidra til at alle sykehusområder skal ha et faglig godt tilbud med tilstrekkelig kapasitet på sykehusfunksjoner i psykisk helsevern

5.2 TSB

I styresak 108-2008 legger Helse Sør-Øst til grunn at tilbudet innen TSB skal styrkes i tråd med Opptrappingsplanen for rusfeltet - desentraliserte tilbud og mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk sykehusområdene i mellom.

Som en del av lokalsykehusfunksjonen skal det utvikles helhetlige tilbud innen TSB, dvs. både ambulant virksomhet, poliklinikk samt dag- og døgnbehandling.

Sykehusområdene skal utforme områdevisse planer for hvordan tilbudet innen TSB i sykehusområdet skal utvikles og styrkes slik at enhetlige behandlingsforløp ivaretas.

I styresak 46/2010 vedtok HSØ at behandlingsskapiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten, og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivert døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

Det regionaliserte tilbudet bør i fremtiden være behandling av gravide pasienter samt familiebehandling. Det øvrige tilbudet innen TSB skal være en del av det lokalbaserte tilbudet i det enkelte sykehusområde.

Forankringen for spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor, for å gi mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling representerer også den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.

Det såkalte "Tilordningsprosjektet" med bakgrunn i sak 108-2008 legger opp til at private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Private leverandører av spesialisthelsetjenester underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som helseforetakene.

Private leverandører både innen somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering bidrar sammen med det offentlige tjenestetilbudet til å dekke befolkningens behov innenfor det enkelte sykehusområde. Krav til leveranser utformes av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med helseforetakene. Avtalene inngås av Helse Sør-Øst RHF.

Samhandlingsreformen gir bud om en sterkere kommunerolle med spesialisthelsetjenesten i ryggen. Samhandlingsreformen skal sikre bedre helse- og sosialtjenester for å forebygge og følge opp rusproblemer. Gode boligløsninger og meningsfull aktivitet må prioriteres. Planlegging og etablering av lokalmedisinske sentre skal også omfatte ruspasienter og inkludere TSB.

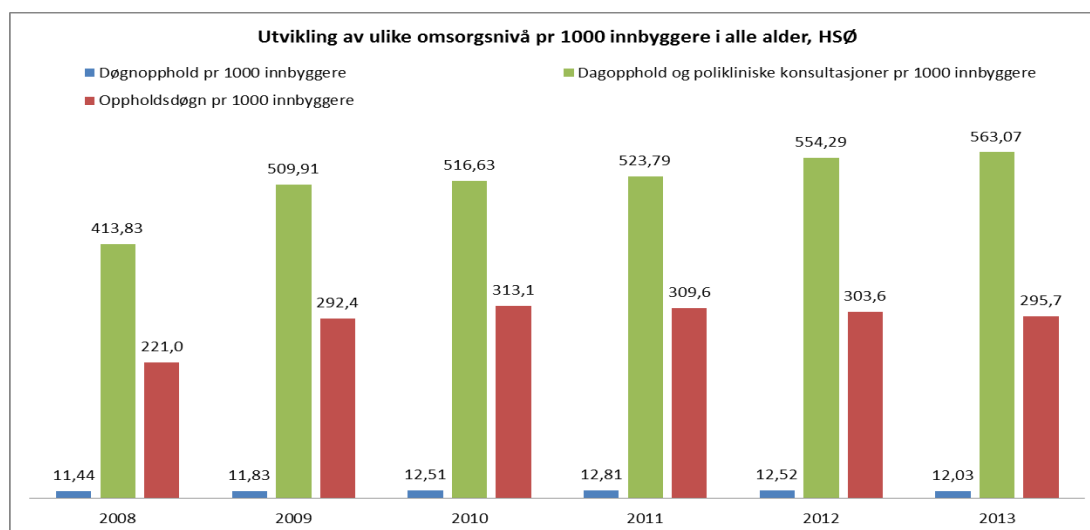
Det er i følge Helse Sør-Øst fortsatt behov for opptrapping innenfor TSB, samtidig som forholdet mellom behandlingsbehov og ressursbruk må analyseres nærmere.

5.3 Færre oppholdsdøgn, flere polikliniske konsultasjoner

Innen PHV er det i følge foreløpige tall fra Samdata en svak tendens til reduksjon i raten for antall personer i kontakt med tjenestene (pasientraten) de siste par år, selv om det faktiske antall pasienter behandlet har økt litt. Det er liten forskjell i pasientraten mellom Helse Sør-Øst og de andre regionene.

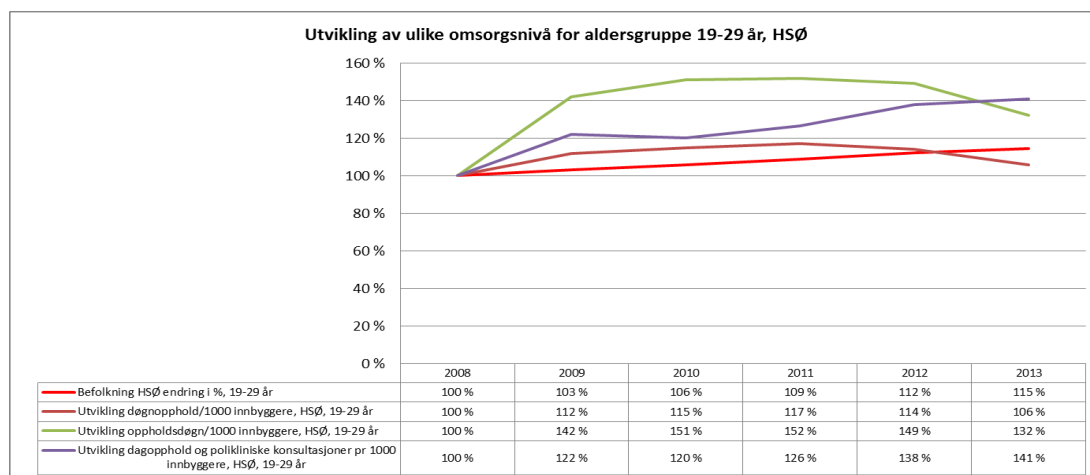
Samdata finner for Sør-Øst-pasientene en tydelig reduksjon i utskrivinger av innlagte pasienter og oppholdsdøgn siste år. Fra 2012 til 2013 gikk antall oppholdsdøgn per innbygger ned med 11 pst. og reduksjonen var på hele 25 pst. sammenholdt med nivået i 2009. For innleggelse var nedgangen størst fra 2012 til 2013 (5 pst.). Samdata har behovsjustert ratene for PHV og ser da at utskrivinger per innbygger i 2013 er langt lavere i Sør-Øst enn i de andre regionene (14 pst. under landsgjennomsnittet) og forskjellene har vært stabile i hele femårsperioden.

Trendanalysen basert på etterspurte data fra NPR for Helse Sør – Øst region, viser en økning i antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold pr 1000 innbyggere i de siste årene. Det har også vært en nedgang i antall oppholdsdøgn.

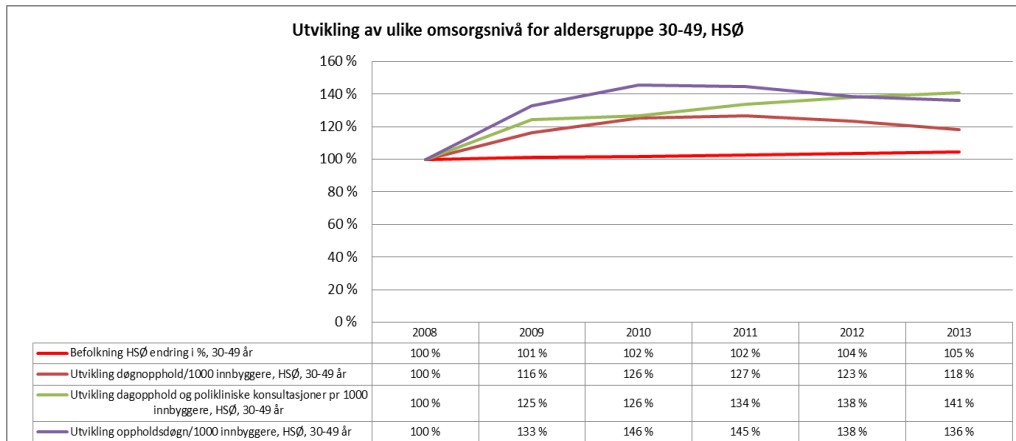


Figur 21 Utvikling av ulike omsorgsnivå pr 1000 innbyggere i alle aldrer i Helse Sør- Øst, 2008-2013

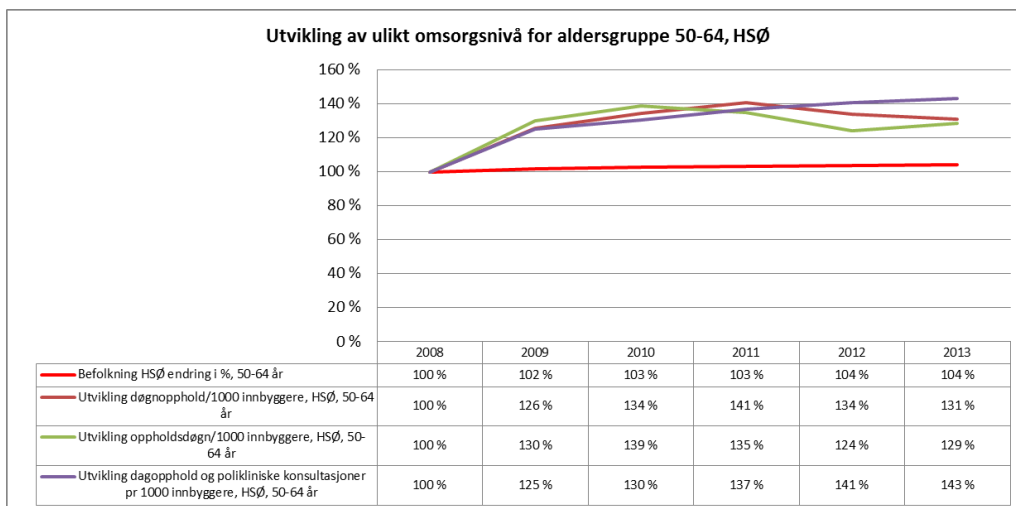
Befolkningsutviklingen i opptaksområdet for Helse Sør- Øst har i perioden 2008-2013 økt med 7 pst., men det har vært variasjoner i befolkningsvekst i ulike aldersgrupper og omsorgsnivåer jamnfør figurene 21- 25.



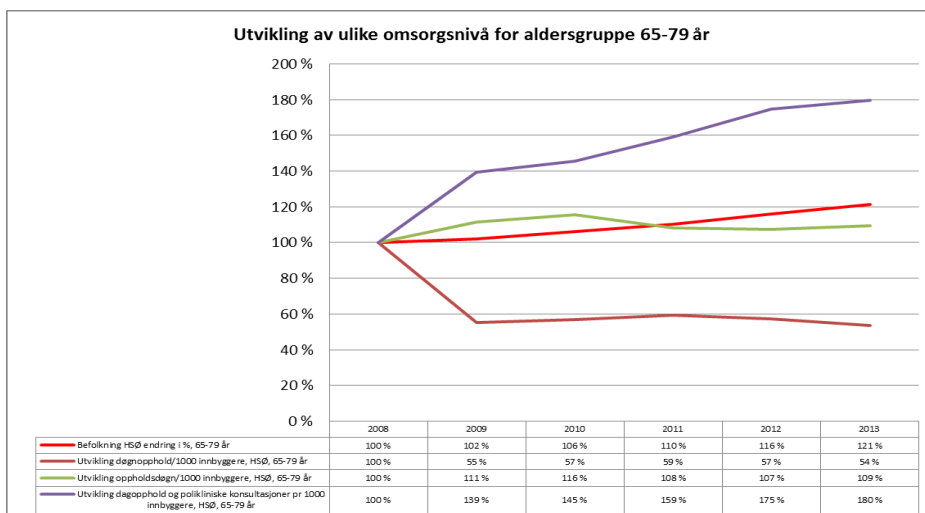
Figur 22 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 19-29 år, HSØ



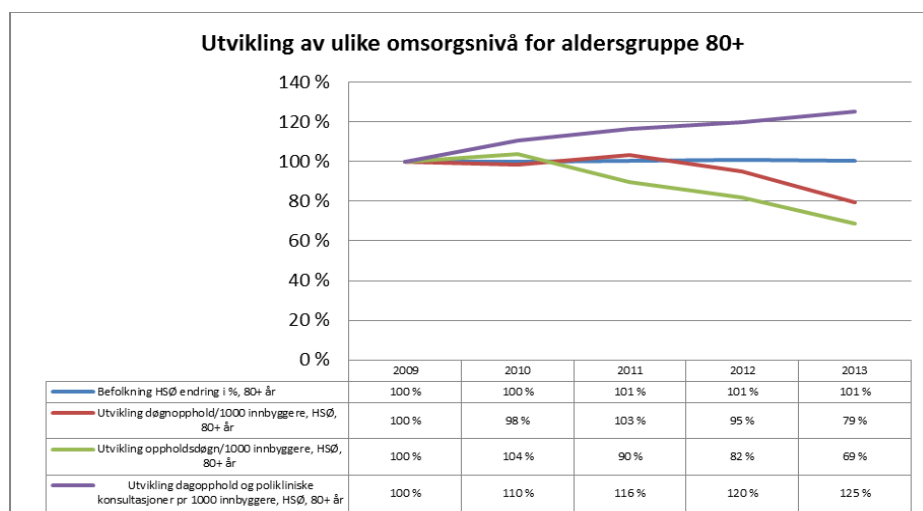
Figur 23 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 30-49 år, HSØ



Figur 24 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 50-64 år, HSØ



Figur 25 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 65-79 år, HSØ



Figur 26 Utvikling av ulike omsorgsnivå for aldersgruppe 80+ år, HSØ

Det har også vært variasjoner i utvikling av ulike omsorgsnivåer i valgte diagnosegrupper (se nærmere kapittel "analyse av pasientforløp").

Antall polikliniske konsultasjoner øker klart både siste år og siste fem år, også sett i forhold til befolkningsveksten.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) angir at DPSene skal være sentrale og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. De distriktpsykiatriske sentrene (DPS) behandler i følge Samdata²⁴ stadig flere pasienter, og har høyt utdannet personale, men de senere årene har ressuroverføringen til DPS-ene stoppet opp.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2013 er ett av hovedmålene at omstillingen innen psykisk helsevern skal fullføres. Tall som Helsedirektoratet har samlet inn og analysert viser noen utviklingstrekk i omstillingen:

- I perioden 1998-2012 har det vært en vesentlig heving av personellens utdanningsnivå, og økningen har vært kraftigere ved DPS-ene enn ved sykehusene.
- I tråd med politiske målsettinger, har det skjedd en forskyving i virksomheten fra sykehus til DPS, og fra døgnvirksomhet til poliklinisk og ambulant virksomhet.
- De siste fem årene har forskyvningen av ressursene fra sykehus til DPS stoppet opp.
- Det har vært en tydelig reduksjon av antall døgnplasser de siste 15 årene, sett i forhold til innbyggertallet.
- Det er fortsatt betydelige forskjeller i behandlingsvolum og tjenestetilbud både mellom og innen de ulike helseregionene²⁵.

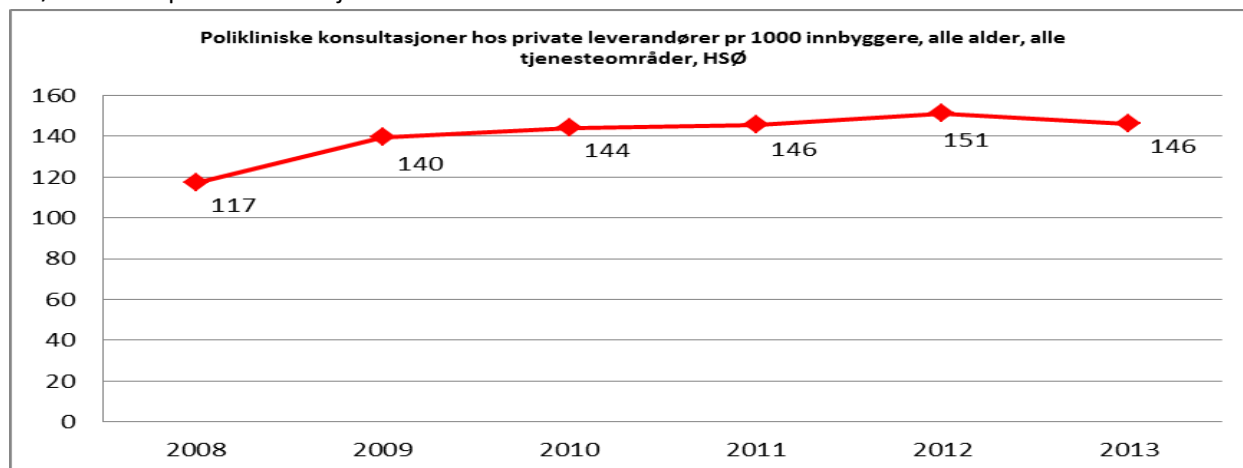
Foreløpige tall fra Samdata 2013 viser at antall unike pasienter behandlet i PHBU holder seg svært stabil de siste fem år. Samtidig fortsetter økningen i polikliniske konsultasjoner. I femårsperioden har den faktiske veksten i konsultasjoner vært på 15 pst., mens raten per innbygger øker med 13 pst..

Pasientraten i Sør-Øst er på samme nivå som Midt-Norge, noe over Helse Vest og noe under Helse Nord. Den behovsjusterte konsultasjonsraten er på nivå med Midt-Norge og Nord, som alle ligger godt over Helse Vest.

²⁴ Distriktpsykiatriske tjenester 2012

²⁵ Samdata, Distriktpsykiatriske tjenester 2012

Innleggelses- og oppholdsdøgn innen TSB har i følge foreløpige tall fra SAMDATA 2013 gått gradvis ned de siste fem år, med reduksjoner på henholdsvis 14,7 og 9,5 pst. fra 2009 til 2013. Det er derimot en klar vekst i polikliniske konsultasjoner over tid (22,4 pst.), men liten endring fra 2012 til 2013. Det har vært en reduksjon i HSØ i bruk av private institusjoner i det siste året.



Figur 27 Utvikling av antall polikliniske konsultasjoner innenfor PHV, PHBU og TSB hos private leverandører pr 1 000 innbyggere, alle aldrer, HSØ

Regjeringen har nå kommet med et initiativ der pasienter skal tilbys rett til fritt behandlingsvalg. Det medfører at de i tillegg til fritt sykehusvalg skal kunne velge behandlingssted innenfor HF og de institusjoner som har avtale med HF-ene også skal kunne velge behandlingssted blant private institusjoner som innfrir kravet til tjenestene.

For pasientene kan det være en utfordring med mange leverandører av offentlig og private tjenester. Det er behov for et godt samarbeid, koordinering og en veiledningstjeneste for pasienter der de er godt informert om hva tjenestetilbudene innebærer i de ulike institusjonene.

Pasientenes valgmuligheter utfordrer institusjonenes forutsigbarhet mht et fremtidig kapasitetsbehov. Fleksibilitet og gode avtaler som innebærer forutsigbarhet er viktig for alle parter. I fremskrivningen er dette derfor ett av de områdene der beregninger av fremtidig kapasitetsbehov innebærer stor usikkerhet.

6 Forbruksrater

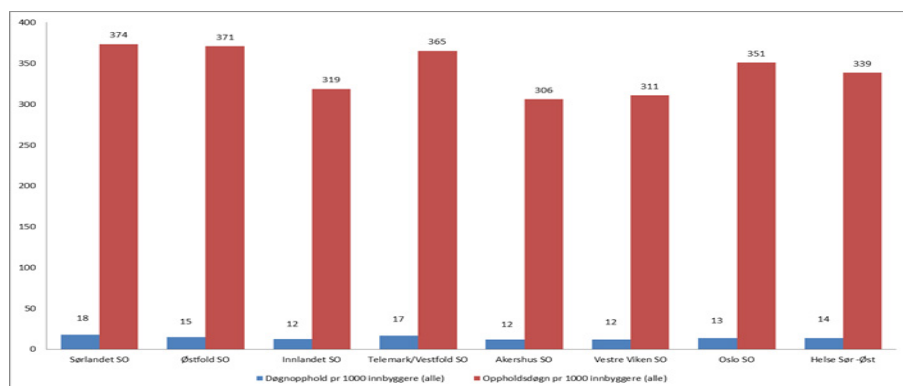
I dette kapitlet vises det hvordan forbruket av behandlingstjenestene registrert i NPR fordeler seg på sykehusområdene ²⁶. Forbruket uttrykkes i forbruk per 1 000 innbyggere.

Analysene viser jf. etterfølgende tabeller at det er variasjoner i forbruk av tjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB mellom sykehusområder i HSØ.

Flere studier har påvist store kommunevise forskjeller i bruk av sykehustjenester. Ved hjelp av pasientstrømmodeller og empiriske data prøver flere av studiene å belyse årsakssammenhenger. Undersøkelser viser at innleggelseskulturen til legene i førstelinjetjenesten (henvisningspraksis), og deres bruk av øyeblikkelig hjelpetjenester kan forklare noe av forskjellene. I tillegg bidrar ulik kapasitet og tilgjengelighet av tjenester i kommunehelsetjenesten til forskjellene i forbruk. I områder med større geografiske avstander innenfor et opptaksområde vil reiseavstanden til sykehuset også være avgjørende for forbruket av sykehustjenestene.

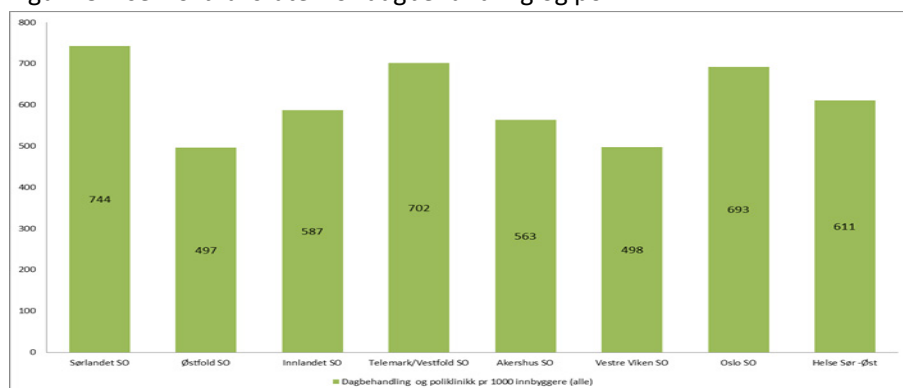
HSØ arbeider kontinuerlig med å utvikle tilbudet slik at det fremstår som likeverdig for befolkningen, og at grunnlaget for ressursfordeling og kapasitet bygger på dette. Gjennom dialog med kommunene understøttes tiltak som kan utjevne ulikheter som ikke kan forklares av forskjell i sykkelighet eller alderssammensetning.

Figur 28 viser forbruksrater for sykehusområder i Helse Sør – Øst i 2013



Figur 28 Forbruksrater for alle tjenesteområder i HSØ fordelt på sykehusområder, år 2013

Figur 29 viser forbruksrater for dagbehandling og poliklinikk.



Figur 29 Forbruksrater for dag og poliklinikk i HSØ fordelt på sykehusområder, år 2013

²⁶ Datagrunnlaget er NPR, og det er her ikke foretatt de korrigeringer som fremkommer i tabell 1

Figur 28 viser at sykehusområdene Sørlandet (374), Østfold (371), Telemark og Vestfold (365) og Oslo (351) har et høyere forbruk av oppholdsdøgn for alle tjenesteområder (PHV, PHBU og TSB), enn gjennomsnittlig forbruk i HSØ (339). Sykehusområdene Akershus (306), Vestre Viken (311) og Innlandet (319) har et lavere forbruk enn gjennomsnittet.

Figur 29 viser at sykehusområdene Sørlandet (744), Telemark og Vestfold (702) og Oslo (693) har et høyere forbruk av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner for alle tjenesteområder (PHV, PHBU og TSB), enn gjennomsnittlig forbruk i HSØ (611). Sykehusområdene Østfold (497), Vestre Viken (498), Akershus (563) og Innlandet (587) har et lavere forbruk enn gjennomsnittet.

Tabell 39 viser at Sørlandet SO, Østfold SO, Telemark og Vestfold SO har et høyere forbruk av døgnopphold enn gjennomsnittet for HSØ. Tallene viser at Østfold SO, Sørlandet SO, Vestre Viken SO og Oslo SO har et høyere forbruk av oppholdsdøgn innenfor PHV (sykehus og DPS), enn gjennomsnittet for HSØ. Oslo SO, Telemark og Vestfold SO og Sørlandet SO har et høyt forbruk av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner.

Tabell 39 Forbruksrater for PHV (sykehusfunksjon og DPS)

Forbruksrater for PHV sykehusfunksjon og DPS, år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall	Døgnopphold pr 1000 innbyggere PHV	Oppholdsdøgn pr 1000 innbyggere PHV	Dagbehandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere PHV
Sørlandet SO	289 125	13,6	212,5	384,2
Østfold SO	281 309	12,4	241,1	247,5
Innlandet SO	394 348	9,7	205,7	300,4
Telemark/Vestfold SO	394 245	12,4	204,2	385,8
Akershus SO	478 878	8,5	182,8	282,3
Vestre Viken SO	464 947	9,3	211,4	272,1
Oslo SO	518 265	8,1	211,5	432,4
Helse Sør -Øst	2 821 116	10,2	207,8	332,2

Tabell 40 viser at sykehusområdene Innlandet, Østfold, Akershus og Oslo har et høyere forbruk av oppholdsdøgn innenfor PHBU, enn gjennomsnittet for HSØ. Østfold SO og Innlandet SO har et høyere forbruk av antall døgnopphold. Sykehusområdene Innlandet, Sørlandet, Telemark og Vestfold, og Oslo har et høyere forbruk av oppholdsdøgn innenfor PHBU, enn gjennomsnittet for HSØ.

Tabell 40 Forbruksrater for PHBU, beregnet basert på antall innbyggere 0-19 år, år 2013

Forbruksrater for PHBU, år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall (0-19 år)	Døgnopphold pr 1000 innbyggere PHBU	Oppholds-døgn pr 1000 innbyggere PHBU	Dag-behandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere PHBU
Sørlandet SO	75 938	1,01	16,9	949,0
Østfold SO	68 348	3,31	102,3	709,8
Innlandet SO	86 046	2,82	115,1	1068,5
Telemark/Vestfold SO	94 746	1,31	48,5	926,9
Akershus SO	131 809	1,62	87,6	804,6
Vestre Viken SO	118 457	1,30	41,4	682,3
Oslo SO	108 585	1,00	62,5	918,3
Helse Sør -Øst	683 929	1,7	67,3	858,2

Tabell 41 viser at Sørlandet SO, Telemark og Vestfold SO, og Oslo SO har et høyere forbruk av oppholds-døgn og døgnopphold innenfor TSB, enn gjennomsnittet for HSØ. Sykehusområdene Sørlandet, Telemark og Vestfold, og Østfold har et høyere forbruk av dagbehandling og poliklinikk enn gjennomsnittet i HSØ.

Tabell 41 Forbruksrater for TSB, år 2013

Forbruksrater for TSB, år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall	Døgnopphold pr 1000 innbyggere TSB	Oppholds-døgn pr 1000 innbyggere TSB	Dag-behandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere TSB
Sørlandet SO	289 125	4,1	156,7	110,3
Østfold SO	281 309	1,8	105,0	76,9
Innlandet SO	394 348	1,9	87,9	53,8
Telemark/Vestfold SO	394 245	3,8	149,5	93,6
Akershus SO	478 878	2,8	99,0	59,7
Vestre Viken SO	464 947	2,2	88,9	52,1
Oslo SO	518 265	5,1	126,5	68,2
Helse Sør -Øst	2 821 116	3,2	114,4	70,8

7 Analyse av pasientforløp

Beskrivelsene og analysen av pasientforløp i dette kapittelet er basert på inndeling av psykiske lidelser i diagnostiske kategorier slik disse er definert i ICD-10.

I psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (hhv spesialist- og primærhelsetjenesten) er diagnostiske kategorier et problematisk utgangspunkt for å beregne aktivitet og kapasitetsbehov fordi funksjonsevne og oppfølgingsbehov kan være svært forskjellig for pasienter med samme psykiatriske diagnose. For eksempel kan en pasient med alvorlig sinnslidelse i form av schizofreni være godt kompensert og velfungerende, og trenge lite oppfølging fra helsevesenet, mens en annen pasient med samme diagnose (eller samme pasient i annen livsperiode) kan være dekompensert og i behov av behandling og/eller omsorg i døgninstitusjon med høy bemanningsfaktor. På den annen side kan psykiske lidelser som ikke har karakter av "alvorlig sinnslidelse" i lovens forstand være klinisk meget alvorlige, både i forhold til funksjonsevne og lidelsestrykk; eksempler på dette finnes innen de fleste diagnostiske hovedgruppene, inklusive ruslidelser, stemningslidelser, angst-, belastnings- og tvangslidelser, personlighetsforstyrrelser o.s.v..

Denne kompleksiteten henger sammen med at man anvender somatikkens diagnoseforståelse på psykiske lidelser, og setter likhetstegn mellom psykiske *lidelser* og psykisk *sykdom*. Implisitt i forståelsen av psykiske lidelser som *sykdom* i analogi med somatiske sykdommer ligger en tankemodell der det er en klar sammenheng mellom sykdomsbilde, diagnose og behandling. Med dagens kunnskap er imidlertid de fleste psykiske lidelser fortsatt *syndromer*, ikke *sykdommer*, i diagnostisk forstand, m.a.o. klinisk avgrensbare tilstander som i og for seg kan sammenfattes i diagnostiske kategorier, men der disse kategoriene da bare er deskriptive, og der det ikke er noen entydig sammenheng mellom diagnose og aktuell behandling slik det er i somatikken.

En annen viktig utfordring ved dagens psykiatriske diagnosesystem er overlappingen mellom diagnoser, både innenfor hver enkelt hovedkategori, og på tvers av hovedkategoriene. For eksempel går de fleste symptomene som definerer en generalisert angstlidelse igjen i alle de andre angstlidelsene, og angstsymptomer er vanlig ved psykiske lidelser i andre diagnostiske hovedgrupper. På samme måte er mange depressive symptomer både felles for ulike stemningslidelser og vanlige ved mange andre psykiske lidelser utenfor hovedkategorien stemningslidelser. Derfor får mange pasienter med psykiske lidelser flere diagnoser, det foreligger en komorbiditet. Men strengt tatt er det ikke pasienten som er komorbid og har flere "sykdommer", det er diagnosesystemet som er komorbid med sine overlappende diagnostiske kategorier.

Det finnes viktige unntak fra denne generaliseringen om sykdomsbegrepet i forhold til psykiske lidelser. Da dreier det seg om somatisk sykdom med psykiske symptomer, f.eks. ulike hjerneorganiske sykdommer. Her har biomedisinsk diagnosenkning sin selvsagte plass. En av utfordringene i psykiatrien er nettopp å fange opp når eller i hvilken grad en psykisk lidelse er uttrykk for sykdom i somatisk forstand, og når den er en tilstand der biologiske faktorer spiller en underordnet rolle fra et pragmatisk synspunkt.

For øvrig er det en glidende overgang mellom psykiske *plager* som en del av alle menneskers vanlige liv, og psykiske *lidelser* som medfører subjektiv lidelse og funksjonsproblemer som representerer sykdom (i betydningen markert avvik fra det som er vanlig eller "normalt"). Derfor kan det i mange tilfeller være et vanskelig skjønsspørsmål om en psykisk helseutfordring er et helsevesenanliggende eller et "livsanliggende".

Begrensningene i informasjonsverdien av diagnoser i psykisk helsevern/psykisk helsearbeid gjenspeiles for øvrig i Helsedirektoratet DPS-veileder der det står at

“Det er ikke diagnosen som skal avgjøre hvor pasienten behandles, men pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet og tilgjengelig kompetanse hos behandler”²⁷.

7.1 Særskilt om bruk av diagnoser innenfor barn- og ungdomspsykiatrien

Diagnostikk av barn og ungdom har noen grunnleggende forskjeller fra diagnostikk av voksne. Barns utvikling er kompleks og sammensatt og skjer i samspill mellom barn og omgivelsene.

Diagnostikken må derfor:

- ta hensyn til biologisk kompleksitet i barns utvikling
- innebære kunnskap om normalutvikling
- innebære kunnskap om psykisk lidelse på ulike alderstrinn
- ta hensyn til barnets utviklingsnivå
- ta hensyn til barnets kontekst - familie, nærmiljø, barnehage, skole
- ha oversikt over hendelser i barnets liv
- ha et kulturelt perspektiv
- ta hensyn til barnets funksjon

Diagnosen stilles derfor etter en bio-psyko-sosio-kulturell forståelsesmodell. Barne – og ungdomspsykiatrien diagnostiserer på 6 akser. Disse er:

- Akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom (symptomdiagnose)
- Akse II: Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Akse III: Psykisk utviklingshemming
- Akse IV: Somatiske tilstander (kroppslig sykdom)
- Akse V: Avvikende psykososiale forhold
- Akse VI: Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Akse 1 diagnostikk er nødvendig for å kunne gi riktig behandling. En multiaksial diagnostikk er likevel en dimensjonal diagnostikk som sikrere at flere sider ved barnets/ungdommens liv blir evaluert og tatt med i behandlingsopplegget.

Marianne Mørdræs doktorgrad: “A long-term follow-up study of child psychiatric inpatients “ fra 2013 viser at funksjonsnivået (akse VI) i stor grad predikerer senere funksjon. Dette understreker at ikke bare akse 1 diagnose er viktig for å vurdere alvorlighetsgrad og behandlingsbehov i barnepsykiatriske tilstander.

Konsekvensen av dette er at diagnosegrupper/diagnostiske kodeverk lite egnet som eneste grunnlag for analyse av pasientstrøm og fremtidig kapasitetsbehov for barn og ungdom i psykisk helsevern.

I følge Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2012, Norsk pasientregister er de vanligste henvisningsgrunner for de eldste barna (13 år og eldre) er *Mistanke om depresjon*. For de eldste guttene er også *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* hyppig forekommende. For de eldste jentene var *Mistanke om angstlidelse* var en hyppig henvisningsgrunn i tillegg til nevnte *Mistanke om depresjon*. For guttene (spesielt i aldergruppen 7-12 år) er både *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* og *Mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse* vanlige henvisningsgrunner.

Etter utredning viser data fra NPR (2012) at hovedtilstander innen diagnosegruppen F 90 – 98 *Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne – og ungdomsårene* ble hyppigst diagnostisert (35 pst.). Deretter følger F30 -39 *Affektive lidelser* (22 pst.) og F 40-48 *Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser* (16 pst.).

²⁷ Helsedirektoratet: Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen, IS-1388, 9/2006, side 9).

Redegjørelsen ovenfor viser utfordringer og begrensninger forbundet med bruk av diagnoser og pasientstrømmer innenfor spesialisthelsetjenesten som grunnlag for å estimere fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov i psykisk helsevern. Vi gjør likevel her et forsøk på å beskrive følgende diagnosegrupper iht. ICD-10, med et særlig blikk på utviklingstrekk og tjenestetilbud:

1. Demenslidelser
2. Rusrelaterte lidelser
3. Schizofreni
4. Psykotiske lidelser
5. Depressive lidelser
6. Bipolar lidelse
7. Angstlidelser
8. Posttraumatisk stresslidelse
9. Spiseforstyrrelser
10. Personlighetsforstyrrelser
11. Adferdsforstyrrelser hos barn

Som nevnt i metodebeskrivelsen (eget vedlegg) er trendanalysene forbundet med noe usikkerhet ettersom tidsintervallet er kortere enn hva som er anbefalt. Det tas også høyde for at ulik registreringspraksis og enkelte diagnosegrupper med få pasientkontakter (episoder) kan påvirke trendanalysene. Dagopphold og polikliniske konsultasjoner for tidsperioden 2008-2013 er slått sammen ettersom registrert dagbehandling utgjør en svært liten del av den totale aktiviteten.

Utviklingstrender er fremstilt som figurer. For å fange opp forskjeller knyttet til befolkningsvekst og alderssammensetning, er utviklingen i aktivitetsdata beregnet både totalt og pr 1 000 innbyggere. Analysene viser relative endringer og år 2008 (2009 for TSB) er satt til 100 pst.. Utviklingen illustreres som prosentvise endringer i forhold til dette utgangspunktet.

7.2 Demenslidelser

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10		Undergrupper ICD-10	
1	Demenslidelser	Kronisk og progressiv hjernesykdom	F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	F00	Alzheimers sykdom
		Svekkelse av kognitive og intellektuelle funksjoner			F01	Vaskulær demens
		Bevisshetsnivå ikke redusert			F02	Demens ved andre sykdommer

Demens er et sammensatt klinisk syndrom som øker i forekomst med alder jmfør tabell 42. Den vanligste formen for demens er Alzheimers sykdom, etterfulgt av vaskulær demens. Kombinasjon av flere demenstyper er vanlig. Når det gjelder diagnostisk utredning er samarbeid med nevrologisk og geriatrisk fagmiljø helt sentralt. I tillegg vil mange av pasientene ha kjente sykdommer eller uavklarte tilstander som krever indremedisinsk kompetanse.

Tall fra HOD viser at forekomsten av personer med demens i Norge vil fordoble seg frem til 2040, forutsatt at forekomsten av nye tilfeller holder seg på dagens nivå. Forekomsten er stigende med økende alder.

Tabell 42 Prevalens av demens i befolkningen

Tabell 3.2 Prevalens (beregnet antall tilfeller) av demens i befolkningen

	Prevalens Forekomst	2006	2010	2020	2030	2040	2050
65-69 år	0,9	1594	1895	2402	2646	2865	2662
70-74 år	2,1	3142	3285	5286	5550	6385	5858
75-79 år	6,1	8496	8021	10407	13577	15406	17108
80-84 år	17,6	20410	18878	18944	31926	35232	42342
85-89 år	31,7	21535	23134	20638	29390	40921	49870
90 +	40,7	12407	13832	16000	17768	32054	41829
SUM		67584	69045	73677	100857	132863	159669

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet

Demenslidelser har endret seg lite i forekomst pr. 1 000 innbyggere de siste år (insidens). Demensgruppen er likevel økende, noe som har sammenheng med økningen av antall eldre (prevalens)²⁸.

I følge psykiater og professor i alderspsykiatri Knut Arne Engedal vil vi fremover antagelig se færre med demens i yngre eldre grupper, men desto flere blant de aller eldste. Det betyr at vi antagelig vil få flere gamle, (85 +) med demens og flere andre somatiske sykdommer, i motsetning til dagens situasjon hvor mange med demens i aldersgruppen 75-80 år ikke har så mange andre somatiske sykdommer i tillegg.

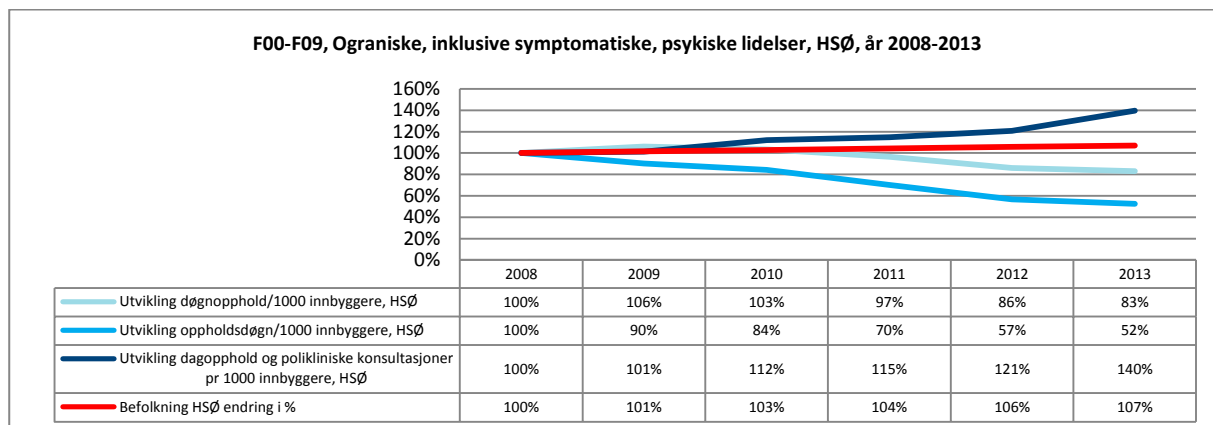
De pasientene som henvises til alderspsykiatrien i dag trenger spesialisthelsetjeneste, og det vil derfor ikke være hensiktsmessig å overføre større ressurser til kommunehelsetjenesten. Kommunene med fastleger vil i mange tilfeller ikke ha tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å kunne ta seg av disse mest syke pasientene.

Det vil imidlertid være formålstjenlig å bygge ut kommunale demensteam med sykepleiere, ergoterapeuter og en dedikert lege. Mange kommuner i Helse Sør-Øst, f eks Moss, Sarpsborg og Fredrikstad har slike gode team. Demensteam er pr i dag ikke etablert i Oslo. Utvikling av ambulante tilbud og veiledning til kommunal pleie- og omsorgstjeneste vil bli stadig viktigere deler av tilbudet og en forutsetning for at pasientenes liggetid kan reduseres til ønsket nivå. Det er forventet at samhandlings-reformens vektlegging av samarbeid mellom behandlingsnivåene og nye arbeidsformer og tilbud i kommunale tjenester vil legge gode rammer for en slik utvikling.

I løpet av de siste 10 årene har det skjedd en dreining av det alderspsykiatriens tilbud seg i retning av poliklinisk utredning og ambulant behandling. De tas i dag i mot langt flere eldre pasienter i alderspsykiatriske poliklinikker enn tidligere.

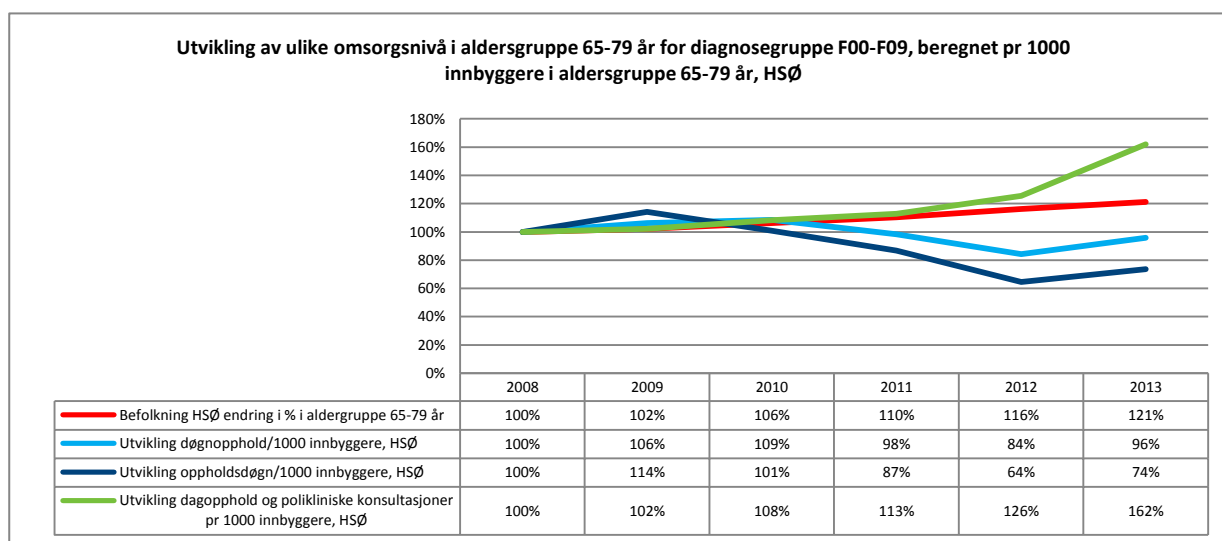
Som figur 30 viser, har det vært nedgang av antall døgnopphold og oppholds-døgn for denne pasientgruppen. Samtidig vises det en økning i antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold i perioden 2008-2013.

²⁸ Folkehelseinstituttet – Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv

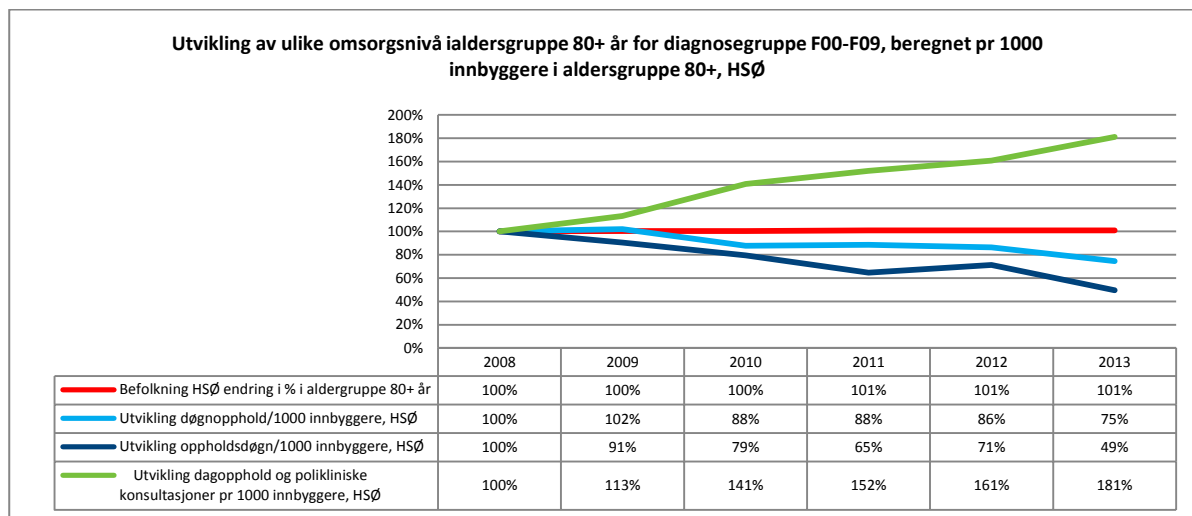


Figur 30 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F00-F09, Helse Sør-Øst, 2008-2013

Når man ser nærmere på samme pasientgruppe for aldersgruppe 65-79 og 80+ år er det generelt samme utviklingstrend for de ulike omsorgsnivåene. Unntaket er utviklingen i antall befolkning i disse to aldersgrupper hvor antall eldre har mest økt i aldersgruppe 65-79, mens i aldersgruppe 80+ har det vært ingen endring. Det har vært en sterkere økning i antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold for aldersgruppe 80+.



Figur 31 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F00-F09 i aldersgruppe 65-79 år, Helse Sør-Øst, 2008-2013



Figur 32 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F00-F09 i aldersgruppe 80+ år, Helse Sør-Øst, 2008-2013

I poliklinikkene er det pasienter med demens og depresjon som er de to største gruppene. Størst er gruppen med demens. I døgnetenhetene har det motsatte skjedd. Mer enn 50 pst. av innelagte pasienter i alderspsykiatrien har depresjon av alvorlig grad som krever omfattende behandling, ofte med ECT og eller komplisert medikamentell behandling. Kun 25 pst. av inneliggende pasienter har demens og de er i døgnetenhet på grunn av betydelige atferds symptomer.

Alderspsykiatriske tilbud er i stor grad knyttet til sykehusenheter, i mindre grad tilknyttet DPS. I en spørreundersøkelse fra 2010 viste det seg at 64 norske DPS i løpet av ett år kun tok i mot ca. 250 pasienter over 80 år.

Å overføre ressurser fra døgnetenhet til poliklinikk vil neppe føre til noen gevinst. De døgnplassene som fins til behandling av alvorlige depresjoner og psykotiske lidelser er i følge fagmiljøet knappe nok. Det trengs helt opplagt mer ressurser til polikliniske tjenester i årene som kommer.

7.3 Rusrelaterte lidelser

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10	Undergrupper ICD-10	
2	Rusrelaterte lidelser	Lidelser knyttet til bruk eller misbruk av psykoaktive stoffer samt aktuell forstyrrelse	F10-F19	F1x.1	Skadelig bruk
				F1x.2	Avhengighetssyndrom
				F1x.3	Abstinenssyndrom
				F1x.5	Psykotisk lidelse
				F1x.6	Amnestisk syndrom
					Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer

Rusrelaterte lidelser er tilstander som opptrer i sammenheng med bruk av kjemiske forbindelser som påvirker psykologiske funksjoner²⁹. Lidelsen defineres og diagnostiseres ut fra hvilke rusmiddel som fremkaller den, f eks alkohol, ulike medikamenter, cannabis og opiater, og av følgetilstanden, slik som misbruk, avhengighet, abstinens, akutt intoksikasjon, delir eller psykose^{30 31}.

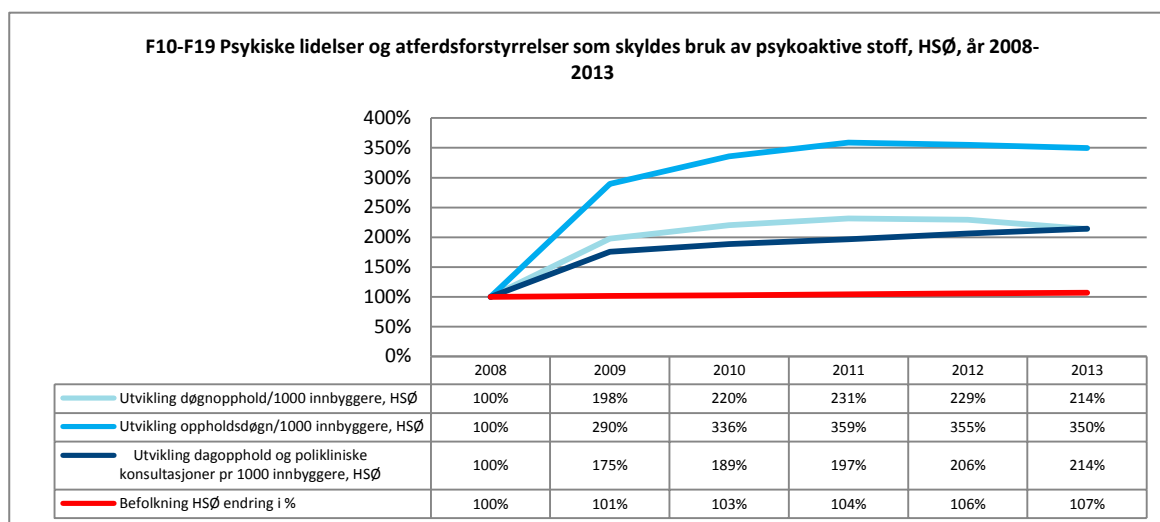
Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge, og det som fremkaller flest rusrelaterte lidelser.

²⁹ Folkehelseinstituttet – Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv

³⁰ Verdens Helseorganisasjon. ICD-10 Psykiske Lidelse og Atferdsforstyrrelser. 1999: Gyldendal Akademisk.

³¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.

Det har vært en dramatisk økning i antall døgnopphold, oppholdsdøgn, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner for denne pasientgruppen i tidsperiode 2008-2013.



Figur 33 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F10-F19, Helse Sør-Øst, 2008-2013

Siden 2008 har det vært en økning av aktivitet i denne pasientgruppen i nesten alle aldersgrupper med unntak i aldersgruppe 0-18 år. I aldersgruppe 0-18 år har det ikke vært så kraftig økning sammenlignet med andre aldersgrupper.

7.4 Schizofreni

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10	Undergrupper ICD-10
3	Schizofreni	hallusinasjoner) Inadekvat eller avflatet affekt periode på en måned eller mer	F20-F29 ekskl. F22 og F23	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser F20.0 Paranoid schizofreni F20.1 Hebefren schizofreni F20.2 Kata-ton schizofreni F20.6 Enkel schizofreni

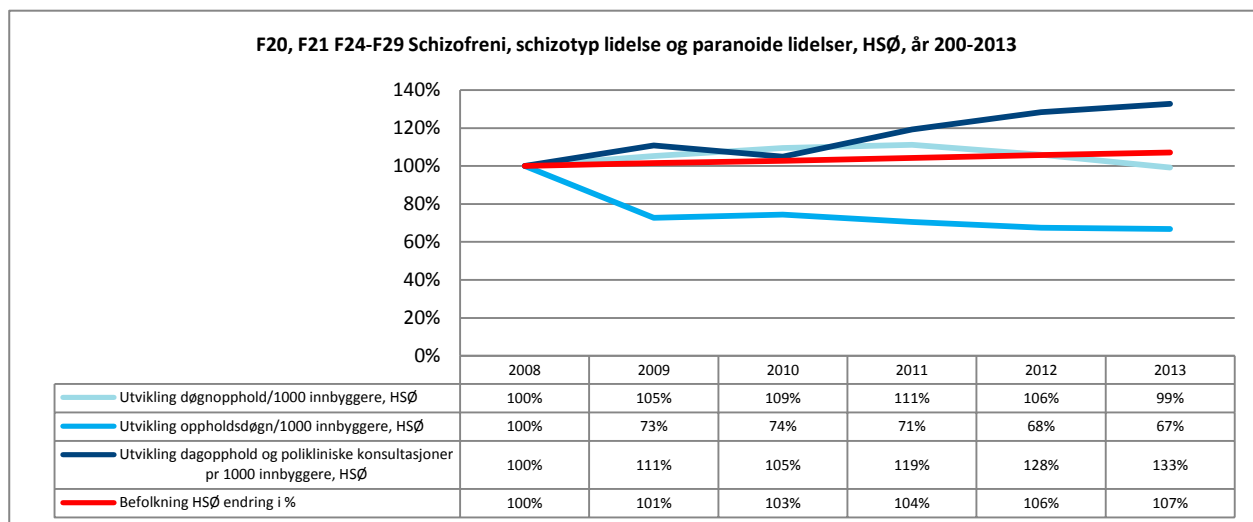
Diagnostiske kriterier for schizofreni innebærer symptomer som vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, hallusinasjoner, usammenhengende eller irrelevant tale, forstyrret atferd samt såkalt negative symptomer som følelsesmessig avflating, fattig tankeinnhold eller viljeløshet. Det er videre krav om at dette skal virke betydelig inn på daglig fungering i minst én måned, men kontinuerlig tegn i minst seks måneder^{32 33}.

Den beste forekomststudie av psykotiske lidelser, inkludert schizofreni og bipolar affektiv lidelse, er i følge Folkehelseinstituttet en finsk studie. Livstidsforekomsten av alle psykotiske lidelser ble i denne studien funnet å være 3,5 pst., hvorav forekomsten av schizofreni var 1,0 pst.. En oversikt over 188 forekomststudier av schizofreni beregnet en livstidsforekomst på bare 0,4 pst.

³² Verdens Helseorganisasjon. ICD-10 Psykiske Lidelse og Atferdsforstyrrelser. 1999: Gyldendal Akademisk.

³³ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.

Det har vært en økning av dagopphold og polikliniske konsultasjoner i Helse Sør- Øst for denne pasientgruppe. Som det vises i figuren, har det vært en betydelig nedgang med 33 pst. av oppholdsøgn.



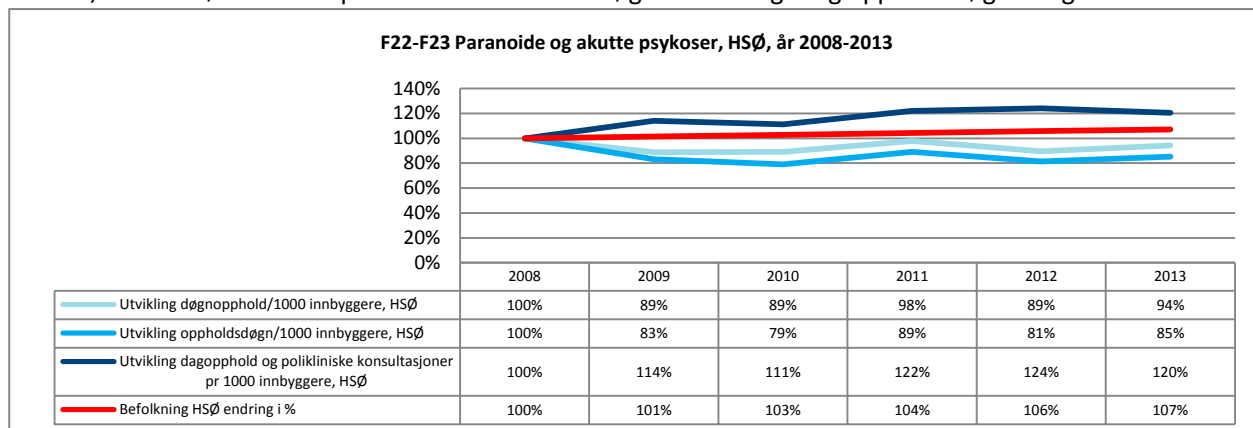
Figur 34 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F20, F21 F24-F29, Helse Sør-Øst, 2008-2013

7.5 Psykotiske lidelser

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10	Undergrupper ICD-10	
4	Psykotiske lidelser	Vedvarende vrangforestillinger	F22+F23	Paranoid psykose psykoser	F22 Paranoid psykose F23 Akutte og forbigående psykoser

Psykotiske lidelser har mange av de samme symptomene som schizofreni, men er av kortere varighet og /eller har mindre betydning for daglig fungering^{34 35}. Ofte mangler også de negative symptomene.

Utvikling av dag og poliklinikk for pasienter med paranoide og akutte psykoser har vært ganske stabil i de tre siste år, men har økt med 20 pst. siden 2008. Antall døgnbehandlinger og oppholdsøgn har gått ned siden 2008.



Figur 35 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F22-F23, Helse Sør-Øst, 2008-2013

³⁴ Verdens Helseorganisasjon. ICD-10 Psykiske Lidelse og Atferdsforstyrrelser. 1999: Gyldendal Akademisk.

³⁵ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.

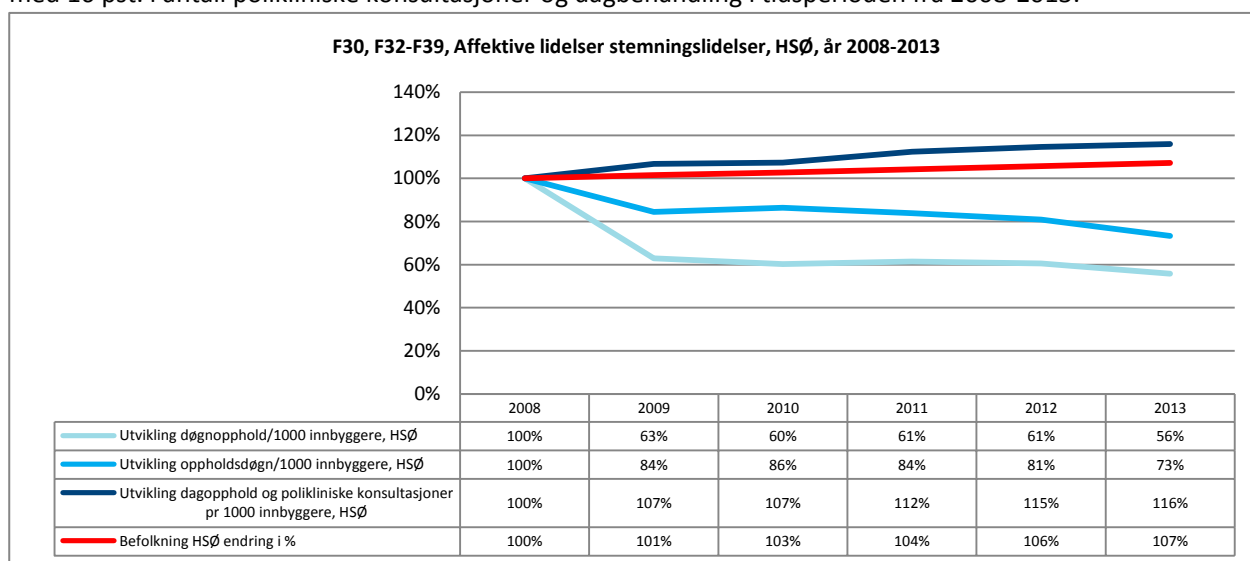
Det er ingen spesiell aldersgruppe som skiller seg vesentlig ut fra andre aldersgrupper innenfor denne diagnosegruppe.

7.6 Depressive lidelser

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10		Undergrupper ICD-10	
5	Depressive lidelser	Senket stemningsleie	F30-F39 ekskl. F31	Affektive lidelser	F32	Depressiv episode (varighet to uker eller mer)
		Interesse- og gledesløshet			F33	episoder med depresjon
		Energitap, tretthet og redusert aktivitetsnivå			F34.1	meste av tiden)
		mindreverdighetsfølelse			F31	Bipolar affektiv lidelse
		Triste og pessimistiske tanker og fremtiden				
		appetitt, diffuse smerter				
		Alvorlighetsgrader: Milde, moderat, alvorlig				

Kjernesymptomene ved depressive lidelser er senket stemningsleie, nedtrykthet, tap av opplevelse av mening i tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker og gjøremål, og mangel på energi. I tillegg kommer ofte svekket selvfølelse, selvbredelser og skyldfølelse. Depressive lidelser varierer i intensitet og varighet^{36 37 38}. Depresjon vil ramme én av fem i løpet av livet og én av ti i løpet av 12 måneder.

Som figuren viser har døgnopphold og oppholdsdøgn gått ned siden 2008. Figuren viser også en moderat økning med 16 pst. i antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandling i tidsperioden fra 2008-2013.



Figur 36 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F30, F32-F39, Helse Sør-Øst, 2008-2013

7.7 Bipolar lidelse

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10		Undergrupper ICD-10	
6	Bipolar lidelse	energi og aktivitetsnivå (økt/reduert)	F31	Bipolar affektiv lidelse	296.xx	Bipolar I
		måneder			296.89	Bipolar II
		Varighet av depresjon i snitt 6 måneder				

³⁶ Folkehelseinstituttet – Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv

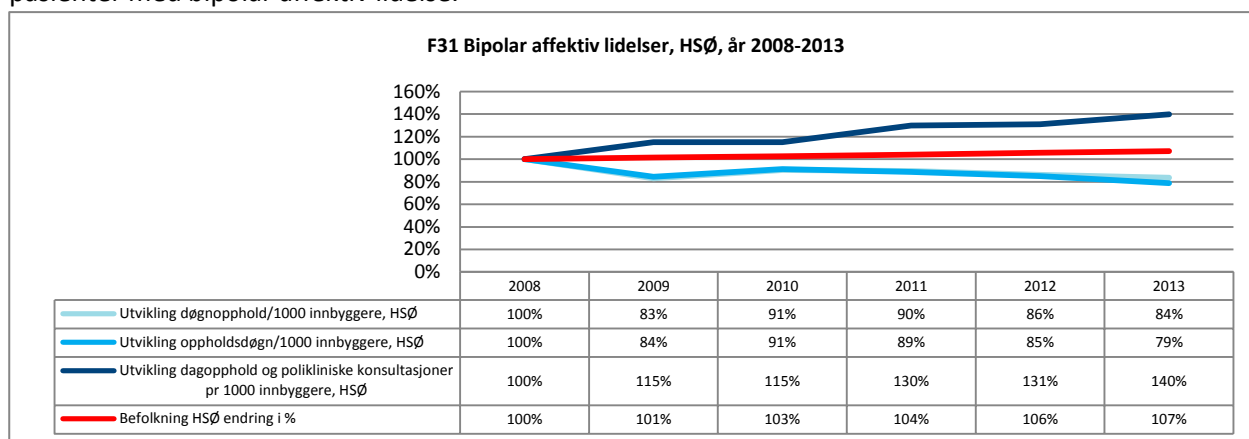
³⁷ Verdens Helseorganisasjon. ICD-10 Psykiske Lidelse og Atferdsforstyrrelser. 1999: Gyldendal Akademisk.

³⁸ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.

Bipolar affektiv lidelse kjennetegnes av gjentatte og vekselvis maniske og /eller depressive episoder over en hvis varighet.

I Osloundersøkelsen fant man en livsforekomst av bipolar affektiv lidelse på 1,6 pst. Se ellers 7.3 Schizofreni

NPR tall for Helse Sør – Øst viser en økning av polikliniske konsultasjoner og dagopphold med 40 pst. for pasienter med bipolar affektiv lidelse.

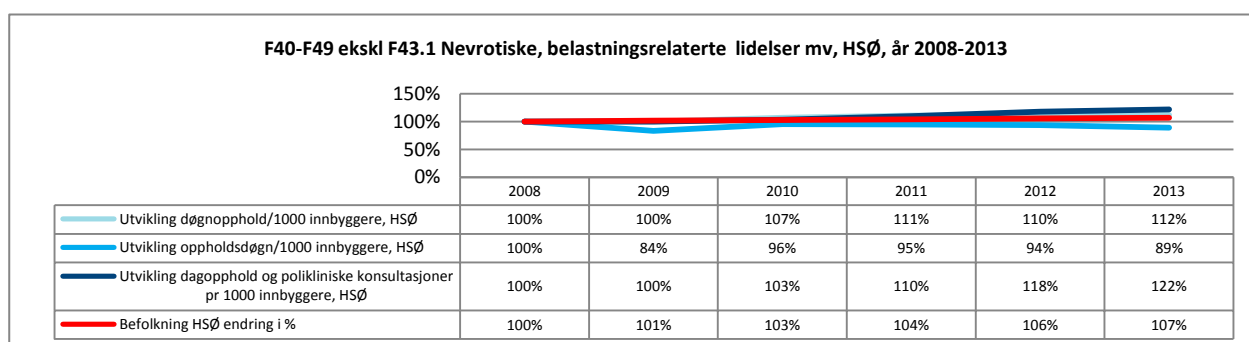


Figur 37 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F31, Helse Sør-Øst, 2008-2013

7.8 Angstlidelser

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10		Undergrupper ICD-10	
7	Angstlidelser	<ul style="list-style-type: none"> veldefinerte situasjoner eller objekter som ikke er objekt spesifikk situasjon Unngåelsesatferd som følge av forbrenningsangst Motorisk spenning, autonom overaktivitet 	F40-F49 ekskl. F43.1	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	F40	spesifikke fobier)
					F41	Andre angstlidelser (panikk lidelse, generalisert angst)

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomene er angst, enten forbundet med bestemte objekter eller situasjoner (fobiske angstlidelser) eller i en mer ubestemt form preget av vedvarende bekymringer, motoriske spenninger og påvirkning av kroppslige funksjoner (generalisert angst)^{39 40 41}. Figuren viser at det har vært en økning av døgnoophold med 12 pst. i denne pasientgruppen. Dette skyldes hovedsakelig i økningen av antall innbyggere med 7 pst. i tidsperiode 2008-2013. Antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold har økt med 22 pst. i perioden fra 2008- 2013.



Figur 38 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F40-F49 ekskl F43.1, Helse Sør-Øst, 2008-2013

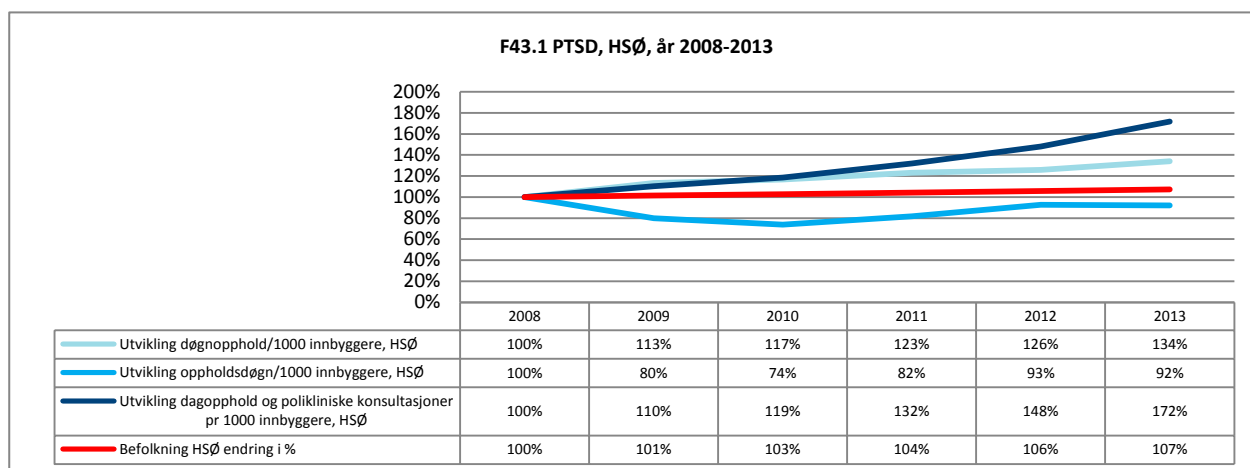
³⁹ Folkehelseinstituttet – Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv

⁴⁰ Verdens Helseorganisasjon. ICD-10 Psykiske Lidelse og Atferdsforstyrrelser. 1999: Gyldendal Akademisk.

⁴¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.

7.9 Posttraumatisk stresslidelse

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10	Undergrupper ICD-10
8	Posttraumatisk stresslidelse	hendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller Påtrengende minner, drømmer eller mareritt distansering fra andre traumet Autonom overaktivitet og vaksomhet	F43.1	Posttraumatisk stresslidelse



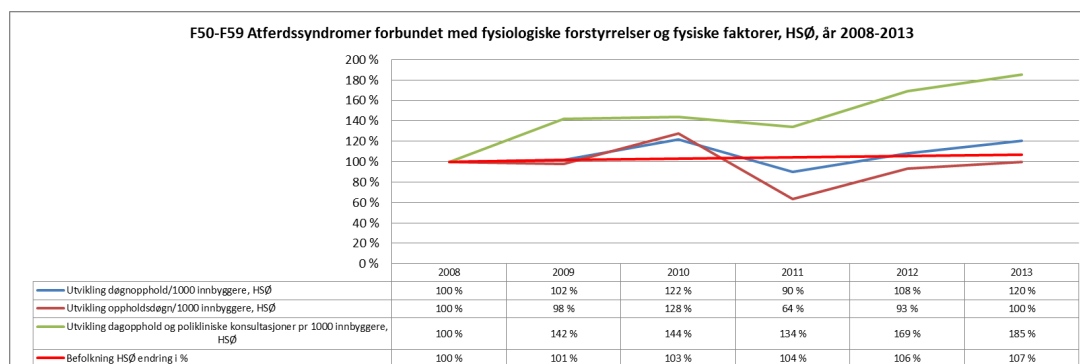
Figur 39 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F43.1, Helse Sør-Øst, 2008-2013

Som figuren viser har det vært økning med 34 pst. av døgnopphold for denne pasientgruppe. Denne økningen kan tolkes som ganske vesentlig, men når man analyserer absolutte tall utgjør denne aktiviteten bare 3 pst. av alle døgnopphold i 2008 og 4 pst. i 2009 for valgte ICD-10 diagnosegrupper.

7.10 Spiseforstyrrelser

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10	Undergrupper ICD-10
9	Spiseforstyrrelser	slevfremkalt vekttap ved hjelp av oppkast, avføringsmidler forsøk på å oppveie den fetende virkningen av nat gjennom	F50-F59	Atterassyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser F50.0 Anorexia nervosa F50.2 Bulimia nervosa

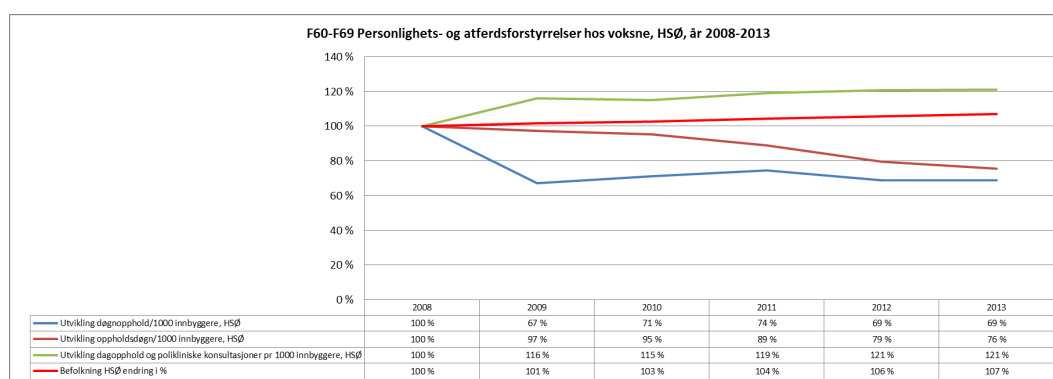
Spiseforstyrrelser er den diagnosegruppen med størst dødelighet innen psykisk helsevern og vi har solid kunnskap om at bredt innrettet tidlig intervensjon er viktig.



Figur 40 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F50-F59, Helse Sør-Øst, 2008-2013

7.11 Personlighetsforstyrrelser

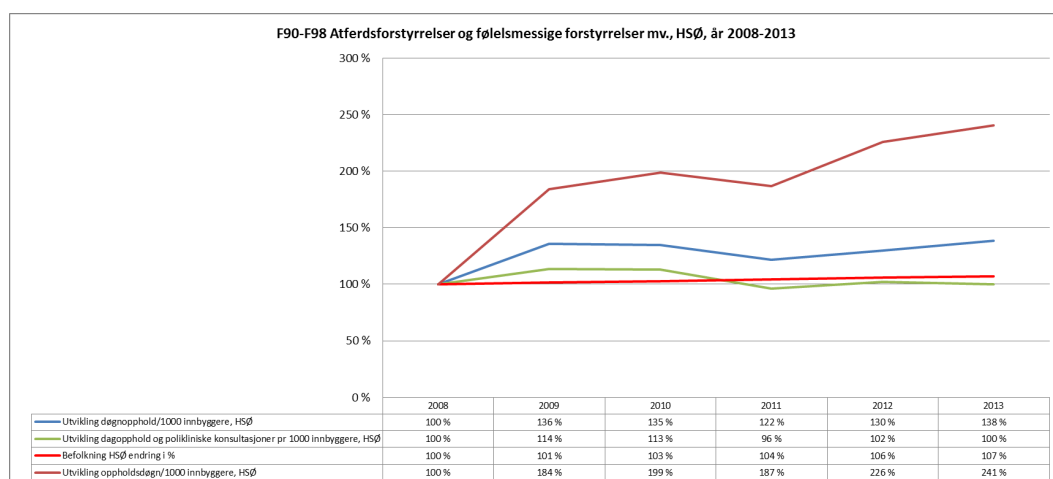
Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10	Undergrupper ICD-10	
10	Personlighetsforstyrrelser	kommer til uttrykk ved rigide reaksjoner i en rekke gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler	F60-F69	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	F60.0 Paranoid PF F60.1 Schizoid PF F60.2 Dyssosial PF F60.3 Emosjonelt ustabil PF F60.4 Dramatiserende PF F60.5 Tvannspreget PF F60.6 Engstelig (unnvikende) PF F60.7 Avhengig PF



Figur 41 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F60-F69, Helse Sør-Øst, 2008-2013

7.12 Adferdsforstyrrelser hos barn

Pasient forløp	Diagnosegruppe	Kjernesymptomer	Hovedgrupper ICD-10	Undergrupper ICD-10
11	Adferdsforstyrrelser hos barn		F90-F98 følelsesmessige	



Figur 42 Utvikling av ulike omsorgsnivå for pasientgruppe F90-F98, Helse Sør-Øst, 2008-2013

8 Alternative utviklingsretninger

I dette kapitlet beskrives alternative utviklingsretninger for det psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst fram mot 2030. De ulike scenarioene drøftes med et særskilt fokus på konsekvenser for dimensjonering og et framtidig kapasitetsbehov. Grunnlaget for de alternative utviklingsretningene er basert på en faglig (kvalitativ) vurdering av et framtidig behov for helsetjenester innenfor det psykiske helsevern og TSB, samfunnsutvikling i et folkehelseperspektiv (risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer), historiske trender, framtidig økonomisk bærekraft, samt politiske og finansielle signaler og virkemidler.

I det følgende beskrives i uprioritert rekkefølge alternative utviklingsretninger som vil ha konsekvenser for kapasitetsbehovet i 2030.

8.1 Endring i forventninger og forbruk

Utgangspunktet for å vurdere behov for helsetjenester på regionnivå, er behovet på individnivå⁴². Slike vurderinger vil generelt være subjektive. En vanlig forutsetning er at et individs behov avhenger av nåværende helsestatus som, sammen med dagens behandlingsmetoder og medisinsk teknologi, bestemmer individets mulighet til å nyttiggjøre seg av helsetjenester⁴³. Behov for helsetjenester oppstår som følge av skade, sykdom eller lidelser, og helsestatus og muligheten til å dra nytte av helsetjenester vil kunne variere med faktorer som alder, kjønn og sosioøkonomiske forhold.

Tilbudet av helsetjenester påvirkes i tillegg av etterspørselen etter helsetjenester, og et forbruk kan bli bestemt av nivået på tilbudet. Gjennom forebygging vil det psykiske helsevesenet og TSB bidra til å redusere behov, men godt utbygde tjenester med utvikling av ny teknologi, diagnostikk og behandlingsmetoder kan bidra til å avdekke behov og skape nye behov (evt. ny etterspørsel).

Det er også anerkjent at deler av helsetjenesteforbruket i rike land kan ha preg av sosialt konsum, i den forstand at dette forbruket ikke nødvendigvis er medisinsk indisert, men representerer ulike varianter av «for sikkerhets skyld»-medisin⁴⁴. Dette er vel lite aktuelt for PHV og TSB. Her er det mer naturlig å peke på at disse sykdommene og avhengighetene har lav status og at det dermed er mange mennesker med slike helseproblemer som ikke oppsøker helsevesenet.

Flere forhold kan i følge Folkehelseinstituttet⁴⁵ gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjonister som er tildelt for en psykisk lidelse, har økt de siste 15 år. Det har også vært en sterk økning i antall behandlet for psykiske lidelser. Dette kan i noen grad skyldes større åpenhet om og aksept av psykiske lidelser og at det polikliniske og ambulante behandlingstilbudet er økt noe som har gitt større tilgjengelighet. Andel uføretrygdede på grunn av psykisk lidelse vil også kunne påvirkes av endringer i arbeidsmarkedet hvor det stilles økte krav til utdanning og språklige og sosiale ferdigheter og hvor stadig fler risikerer å bli stående uten arbeid over lengre tid. Andel uføretrygdede på grunn av psykisk lidelse er sammen med alderssammensetningen i befolkningen av de forhold som i stor grad påvirker forbruk av tilbud innen psykisk helsevern og benyttes som behovsindikator⁴⁶.

Studier fra USA og Europa gir imidlertid ingen støtte for en forverring i folkehelsen med økt forekomst av psykiske lidelser, men viser til omtrent samme utbredelse av ulike lidelser i 1990 og 2003. Det kan finnes ganske store geografiske variasjoner i forekomst av psykiske lidelse, dels korrelert med forskjeller i

⁴² NOU 2008 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

⁴³ Sutton mfl., 2002

⁴⁴ Magnussen-utvalget, 2002

⁴⁵ <http://www.fhi.no>, 19.02.2014

⁴⁶ Magnussen-utvalget, 2002

alderssammensetning og sosiale forhold og dels som et resultat av flyttemønster. En finner blant annet en opphopning av alvorlig psykiske lidelser i storbyer uten at det er dokumentert noen økt risiko for å utvikle psykiske lidelser ved å bo i storby. Dette er forhold som er analysert i forbindelse med innføring av ny inntektsmodell for psykisk helsevern og TSB i Helse Sør-Øst etter 2011.

Økningen i livsstilssykdommer, særlig fedme, alkohol, diabetes og lettere psykiske lidelser vil mest sannsynlig fortsette og til en viss grad påvirke forbruket av tjenester innenfor det psykiske helsevesenet og TSB.

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker mest skader i Norge. Det er lang tradisjon i Norge for å føre en restriktiv alkoholpolitikk. Denne politikken har bidratt til at Norge har et lavere alkoholkonsum og færre problemer, sykdommer og skader enn øvrige land i Europa. Denne restriktive linjen er imidlertid under økende press. Det har vært en betydelig økning i alkoholkonsumet i Norge de siste 10-15 årene særlig blant kvinner. For ungdom har det vært en reduksjon i alkoholkonsum (i motsetning til i resten av befolkningen) de siste årene, men økningen på 1990-tallet var så stor at ungdom i dag allikevel drikker mer enn sine foreldre ⁴⁷.

Bruken av illegale rusmidler økte gjennom 1990-tallet, men har siden gått noe tilbake. Det anslås at det er i overkant av 8 000 injiserende rusavhengige i Norge. Norge har et høyt antall overdosedødsfall sammenlignet med mange europeiske land. En betydelig andel av de som bruker illegale rusmidler, bruker også vanedannende legemidler. Det er omfattende illegal bruk av slike legemidler som enten er smuglet inn i landet eller forskrevet av leger. Dette misbruket er i stor grad usynlig.

Etter at automatforbudet kom i 2007, ble omfanget av spilleproblemer kraftig redusert. Mange som før spilte på automater spiller imidlertid nå online via pc, mobiltelefon og nettbrett. I tillegg har dataspill blitt langt mer utbredt. Ca. 80 % av norske ungdommer mellom 12 og 17 år spilte dataspill i 2010, mens ca. 65 % hadde prøvd pengespill ⁴⁸. Selv om relativt få utvikler spilleproblemer og enda færre sliter med dette over lengre tid, vet man foreløpig ikke nok om de langsiktige konsekvensene av spilleavhengigheten.

Det er påvist en sammenheng mellom forbruk av helsetjenester og brutto nasjonalprodukt (BNP). Dette tilsier at en fortsatt nasjonal økonomisk vekst vil øke både tilbud og forbruk av helsetjenester.

I løpet av de siste ti-årene har pasientrollen endret seg fra å være en mer eller mindre passiv mottaker til å bli en informert medvirker med større krav og sterkere forventninger til tjenestetilbudene. Den nye rollen er i hovedsak ønsket, og ny fordeling av makt, roller og ansvar mellom pasient og behandler, og mellom bruker og helsevesen stadfestes blant annet ved endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil fortsette og ytterligere forsterkes av at mange pasienter vil ha økte kunnskaper om sine sykdommer og om mulige behandlingsformer, noe som også vil kunne føre til økt etterspørsel etter behandlingstilbud.

Med hensyn til framtidig arealbehov vil den "nye brukerrollen" kunne ha konsekvenser for en generelt høyere kvalitet og funksjonalitet på oppholds- og behandlingsrom, samt nye rom og areal til opplæringsarenaer, videokonferanserom, pårørenderom, kontor for erfaringskonsulenter, brukerrepresentanter og andre. Den "nye brukerrollen" vil også kunne skape en økt etterspørsel og/eller en ny form for etterspørsel fra pasienter med alvorlig psykiske lidelser. (Dette er en pasientgruppe som tidligere i liten grad har "stått på egne krav" og der man i relativt stor grad kan ha vært underlagt behandling hjemlet med tvang i psykisk helsevernloven). Dette kan

⁴⁷ (<http://sirus.no/ESPAD-unders%C3%B8kelsen+2011.d25-SMRvi2T.ips> og <http://www.settegrenser.no/unge-og-alkohol/>).

⁴⁸ NOVA rapport 2/2013

være etterspørsel av langvarige polikliniske tjenester i et større omfang eller et større omfang av brukerstyrte innleggelse, særlig gjelder dette for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og tilbakevendende symptomer.

Det er grunnlag for å mene at utforming av virksomhetsmodeller og tjenestetilbud innenfor det psykiske helsevern og TSB vil påvirkes av forventningene fra befolkningen i Helse Sør-Øst sitt opptaksområde. Forhold som vil ha betydning for legitimitet til spesialisthelsetjenesten er god tilgjengelighet og høy faglig kvalitet på diagnostikk, behandling og oppfølging.

Et utviklingstrekk vil være at økt etterspørsel genererer et økt behov for polikliniske tjenester, dagbehandling og arenafleksible tjenester utover økning i befolkning. Ett scenario vil være at behovet for polikliniske tjenester innenfor det psykiske helsevern for voksne øker med samme nivå som fra 2009 til 2013 (realvekst 2,8 pst.)⁴⁹. Det vil i så fall bety en realvekst på 9,5 pst. fra 2013 til 2030. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner de senere årene har imidlertid sammenheng med en utbygging av kapasiteten delvis koblet til en styrt ressursmessig overføring av ressurser fra døgntilbud til poliklinikker. Strukturelle endringer i tilbudene vil påvirke den tilbudsbedingede etterspørselen. Terskelen for å søke hjelp for også lettere psykiske lidelser kan forventes å bli lavere ved et større innslag av befolkningsnære polikliniske tilbud.

Innenfor TSB har utviklingen vært enda kraftigere (realvekst 15,4 pst. i samme periode), og en lineær utvikling vil bety en realvekst på 52 pst. fra 2013 til 2030. Det har imidlertid vært en nedgang i antallet førstegangs henvisninger de siste årene, noe som kan indikere at veksten vil bli noe svakere i framtiden selv om det er tidligere er nevnt faktorer som tilsier økt etterspørsel. Ved enkelte av helseforetakene i Helse Sør-Øst har økningen i det polikliniske tilbudet de senere årene innen TSB skapt en tilnærmet balanse mellom tilbud og etterspørsel, men det er fortsatt store forskjeller mellom sykehusområdene. Innen dette fagområdet har det ikke vært noen nedbygging av døgntilbud eller en planlagt strukturell endring med overføring av ressurser fra døgntilbud til polikliniske tilbud. TSB har en kort historie innen spesialisthelsetjenesten (ca. 10 år). Hovedutfordringen ligger i å få til en balansert kapasitetsutvidelse i de ulike elementene i behandlingsskjeden, dvs. poliklinikk, avgiftning, korttidsbehandling, langtidsbehandling og rehabilitering, samt organisere tjenestene slik at det legges til rette for helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp. En eventuell omstrukturering av TSB i tråd med den omstilling som har foregått innen psykisk helsevern for voksne de senere årene, vil kreve en vesentlig styrking av det polikliniske og ambulante tilbudet.

8.2 Økt integrasjon og samhandling mellom det psykiske helsevern og rusbehandling

Forekomststudier av psykiske lidelser hos rusavhengige viser at det er en tydelig sammenheng mellom ruslidelse og psykisk lidelse⁵⁰. Grant et al. (2004) fant at ca. 20 pst. av den generelle befolkningen med en ruslidelse også hadde en stemningslidelse, mens 18 pst. av den generelle befolkningen med en ruslidelse også hadde en angstlidelse

Vi har få gode norske studier som viser hvor mange personer i befolkningen som har ROP-lidelser og hvor stor andel av disse som får behandling i spesialisthelsetjenesten. Det har imidlertid skjedd en betydelig utbygging av de ambulante behandlingstilbudene blant annet rettet mot denne målgruppen.

Pasienter med alvorlige ROP-lidelser mottar i dag behandling innenfor psykisk helsevern. Imidlertid vil noen pasienter som er behandlet i psykisk helsevern, være godt stabilisert for sin psykiske lidelse, men de kan likevel ha et alvorlig rusmiddelmisbruk. Da blir rusmiddelmisbruket hovedproblemet og videre behandling kan skje innenfor TSB.

Det at psykiske helsevern og TSB er adskilt i to tjenesteområder er i all hovedsak historisk betinget, og kan i enkelte tilfeller stå i motsatt til dagens faglige tenkning som legger vekt på samtidighet i behandlingen og et tett

⁴⁹ 9,8 pst. inkludert befolkningsutvikling HSØ 2009-2013

⁵⁰ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser

samarbeid med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Et alternativ utviklingstrekk vil være at de to tjenesteområdene får en tettere integrasjon både med hensyn til virksomhet og bygg.

Et eksempel kan være Nytt psykiatrisk senter på Mortensrud i Oslo, hvor et samlet behandlingstilbud innen psykisk helse og avhengighetsbehandling gir plass for både DPS-funksjon, BUP og ruspoliklinikk (Rupo). En slik integrert modell vil stille høye krav til både generalitet og fleksibilitet i bygg.

8.3 Samlokalisering og økt samhandling mellom det psykiske helsevern, TSB og somatisk virksomhet.

Med Nytt Østfoldsykehus samles for første gang i Norge alle områdefunksjoner innen psykisk helsevern og somatikk i et og samme hus. Ved å ha flere spesialiteter under samme tak, ligger forholdene godt til rette for å tilby pasientene tverrfaglig og helhetlig utredning og behandling.

Flere nye byggeprosjekter i Danmark viser den samme tendens ved at bygg for det psykiske helsevern legges i nærhet til den somatiske virksomhet (Slagelse, Nyt Hospital Bispebjerg).

Det akuttpsykiatriske tilbudet har i mange tilfeller vært samlokalisert med de somatiske sykehusfunksjonene. De strukturelle endringene innen psykisk helsevern for voksne med desentralisering av den allmennpsykiatriske delen av tilbudet gjennom etablering av DPS parallelt med en avgrensning og spesialisering av de gjenværende sykehusavdelingene, har aktualisert et behov for samlokalisering av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene, slik som akuttpsykiatri, enheter for lengre tids tvungent psykisk helsevern for pasienter med psykoser og andre alvorlige psykiske lidelser, sikkerhetspsykiatriske enheter på "nivå 2", døgnbehandling av spiseforstyrrelser og alderspsykiatriske døgnavdelinger. Dette er spesialiserte funksjoner som skal finnes i alle sykehusområder. Dette for å få etablert robuste fagmiljøer med høy kompetanse, funksjonell vaktordninger for leger og mulighet for fagutvikling og forskning. Det er et stadig større behov for og krav om spesialisert somatisk utredning av pasienter ved disse enhetene. Geografisk nærhet til somatisk sykehus fremheves som hensiktsmessig.

Særlig har det alderspsykiatriske tilbudet vært omfattet av store endringer de siste årene med en sterk reduksjon i antall døgnplasser, økt fagkompetanse og flere behandlerstillinger i døgnenhetene, samt etablering av alderspsykiatriske poliklinikker med bred og tverrfaglig utredningskompetanse. Selv om mange alderspsykiatriske avdelinger fortsatt ikke er samlokalisert med somatiske sykehus, utgjør somatisk utredning, herunder nevrologisk utredning, en stadig viktigere del av tilbudet som tilbys pasientene. Det alderspsykiatriske behandlingstilbudet står nå på mange måter ved et veiskille hvor det vil skje en utvikling i tre ulike retninger. Psykisk helsevern til eldre pasienter vil i økende grad bli en del av det allmennpsykiatriske tilbudet ved DPS der hvor det ikke er snakk om demens eller sammensatte lidelser som krever spesialisert utredning og behandling. Utredning av demens og andre hjerneorganiske lidelser hos eldre pasienter vil kreve et tettere samarbeid med både nevrologiske og geriatriske fagmiljøer i det somatiske sykehuset, noe som kan gi grunnlag for strukturelle eller organisatoriske endringer hvor deler av det alderspsykiatriske tilbudet overføres til den somatiske delen av sykehuset. Den gjenværende delen av alderspsykiatrien vil sannsynligvis bli dominert av spesialpoliklinikk samlokalisert med en mindre døgnenhet for utredning og initiell behandling, supplert med ambulant tjeneste som følger opp pasienter i samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

8.4 Faglige spissfunksjoner og strategiske utviklingsområder

Behandling av pasienter med spiseforstyrrelser er et eksempel på et område som illustrerer dilemmaet mellom kravet til spesialiserte, differensierte og målrettede behandlingstilbud for enkelte diagnosegrupper, og utvikling av breddekompetanse i de ordinære allmennpsykiatriske tilbudene. Tilgjengelighet og tidlig intervensjon er avgjørende for denne pasientgruppen både innen psykisk helsevern for barn og unge og innen psykisk helsevern for voksne. Spiseforstyrrelser er den diagnosegruppen med størst dødelighet innen psykisk helsevern og vi har solid kunnskap om at bredt innrettet tidlig intervensjon er viktig. Samtidig er man helt avhengig av mer

spesialiserte sykehustjenester både i det enkelte sykehusområdet og på regionalt nivå. Valg av organisatoriske og faglige rammebetingelser i den desentraliserte delen av psykisk helsevern vil i noen grad påvirke behovet for etablering av spesialiserte enheter på sykehusnivå, samt omfanget av regionale funksjoner eller flerområdefunksjoner. Spesialiserte funksjoner på sykehusnivå kan benyttes som et supplement til og en støtte for utvikling av kompetente behandlingstilbud ved DPS. Disse spesialiserte funksjonene på ulike nivå skal sammen med lokale tilbud, utgjøre gode og helhetlige pasientforløp for de aller sykeste pasientene. Et eksempel er spesialiserte tilbud på sykehusnivå til ung schizofrene som på 1990 tallet ble etablert i Oslo.

Når det gjelder spiseforstyrrelser skal behandlingstilbudet være godt tilgjengelig både lokalt og regionalt (spesialisert regional avdeling er samlokalisert med somatikk). Stikkordsmessig kan man om dette fagområdet si:

Barn og unge

- Spiseforstyrrelser skal fanges opp tidligst mulig hos barn og unge
- God poliklinisk kapasitet
- Adekvat døgntilbud på lokalt nivå når døgntilbud er nødvendig
- Regionalt tilbud ved regional avdeling - RASP er styrket, men signaler tyder på økt behov?

Voksne

- Poliklinisk og døgntilbud i lokalt helseforetak/sykehus
- Regional avdeling med eget døgntilbud - RASP
- Regionalt tilbud er styrket

I Helse Sør-Øst sier strategiske dokument følgende om sykehusfunksjonene:

- **Alle sykehusområder skal ha et faglig godt tilbud med tilstrekkelig kapasitet på sykehusfunksjoner i psykisk helsevern**

Det skal sikres særskilt fokus på oppfølging av:

- pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester og behandling innen sikkerhetspsykiatrien
- pasienter med selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, sammensatte lidelser og dobbeltdiagnoser
- tidlig intervensjon av ny- syke med psykoseproblematikk, samt sikre gode tilbud for langtidsrettet schizofreni -behandling
- pasientgrupper med behov for langvarig poliklinisk behandling
- pasientgrupper med ekstra sårbarhet relatert til alder, lidelse eller bakgrunn

8.5 Psykisk helsevern barn- og unge

Det er store forskjeller helseforetakene i mellom på hvor stor andel av ressursene som brukes til døgntilbud innen psykisk helsevern til barn og unge. Det psykiske helsevernet for barn og unge legger hovedvekt på ambulant virksomhet, polikliniske tjenester og samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet, eksterne aktører i tillegg til familie, skole og nærmiljø. Det er derfor grunnlag for å anta at forskjellene vil minske når det gjelder fordelingen av ressursinnsatsen mellom døgntilbud og poliklinisk/ambulant behandlingstilbud.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2004) anbefaler utbygging av ambulante tiltak som alternativ til døgntilbud, faglig begrunnet med at barn og ungdom så langt mulig bør gis tiltak og behandling i sitt nærmiljø uten institusjonsinnleggelse. En utfordring knyttet til denne anbefalingen er at det

finnes lite forskningsbasert kunnskap om hvorvidt målgruppene nås, og hvilke konsekvenser dette har for bruken av de eksisterende og tradisjonelle tilbud ⁵¹.

Det er tre viktige grenseflater mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre deler av spesialisthelsetjenesten, barne- og ungdomsmedisin (inklusive barnehabilitering, TSB (psykiatriske ungdomsteam) og psykisk helsevern for voksne. Barnemedisinske avdelinger har enkelte steder bygget opp egen barnepsykiatrisk kompetanse gjennom ansettelse av barnepsykiater og psykologspesialister. Det kan være aktuelt å etablere faste samarbeidsordninger i stedet for å bygge opp parallell kompetanse i det sykehusforankrede psykiske helsevern for barn og unge og barne- og ungdomsmedisinske avdelinger. Tilsvarende parallell kompetanse kan være tilfelle når det gjelder tilbud til rusmiddelmissbrukere, da ved poliklinikker. Mange steder har TSB, BUP og DPS samlokaliserte poliklinikker.

Kontaktflaten mellom psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne preges i mange sammenhenger av mangel på kontinuitet i behandlingsforløp. Dette gjelder både de sykehusforankrede tilbudene og lokale poliklinikker. Bygningsmessige forhold kan sammen med organisatoriske tiltak facilitere samarbeid om behandlingsforløp

Psykisk helsevern for barn og unge har også en viktig kontaktflate mot barnevernet. Det er spesielt et behov for bedre samhandling med institusjonsbarnevernet. Ansvars- og oppgavedeling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge kan i en del sammenhenger være utfordrende i forbindelse med ungdom med sammensatte problemer. En underdimensjonering av ungdomspsykiatriske døgninstitusjoner kan medføre en utilsiktet ansvarsforskyvning.

8.6 Sikkerhetspsykiatri og økning i andel pasienter dømt til behandling

Psykisk helsevernloven kan i noen tilfeller gi hjemmel for at pasienter kan underlegges tvungent psykisk helsevern. Tvungen psykisk helsevern kan gjennomføres med eller uten innleggelse i institusjon. Hvilken av disse formene som anvendes avhenger av hva sykehuset mener er den beste løsning for pasienten. Ved tvungen vern med døgnopphold må pasienten oppholde seg på institusjonen, og kan holdes tilbake der mot sin vilje. Ved rømming kan pasienten hentes tilbake av politiet.

Det norske rettssystemet stiller strengere krav for tvungent psykisk helsevern, enn hva som er tilfellet i f eks Danmark eller Sverige. Om lovgrunnlaget for tvungent psykisk helsevern endres i tråd med situasjonen f eks i Danmark vi det sannsynligvis få kapasitetsmessige konsekvenser i form av flere tilrettelagte døgnplasser. Den strafferettslige særreksjonen som ble innført rundt 2000, hvor utilregnelige lovbrøttere på visse vilkår kan idømmes overføring til tvungent psykisk helsevern, har bidratt til å endre psykisk helseverns rolle når det gjelder å ivareta samfunnsvern. Det vil si det tvungne psykiske helseverns funksjon når det gjelder å beskytte samfunnet mot alvorlig sinnslidende som er til fare for andre, også gjelder sinnslidende som har begått alvorlige kriminelle handlinger og hvor det er stor fare for gjentagelse.

⁵¹ Wergeland Jan T., Gråwe Rolf W.: Ambulant akutteam som alternativ til innleggelse for ungdom henvist for suicidalitet, Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 49, nummer 5, 2012, side 468-470

En viktig utredning i denne sammenheng vil være rapporten fra *Tilregnelighetsutvalget*, som skal vurdere avgrensningen mellom sikkerhetspsykiatri og fengsel/forvaring, og forventes å være klar i løpet av høsten 2014. Hvilke anbefalinger utvalget kommer med vil ha konsekvenser for kapasitet i form av spesielt døgnplasser i sykehus.

Institutt for Menneskerettigheter har vist at psykisk syke ofte får strengere dommer enn andre.

Det har også vært rettet kritikk som trekker i motsatt retning: at behandlingsdømte løslates for tidlig. En undersøkelse over en toårsperiode gjennomført av Kriminalforsorgen i Danmark, har i tillegg vist at mange av de dømte tross dommen ble gående uten behandling. Av rundt 1 000 såkalt behandlingsdømte ble 42 prosent ikke innlagt i psykiatrisk sykehus etter dommen.

Utviklingen av det sikkerhetspsykiatriske tilbudet har en særskilt historie og er fortsatt under utvikling. Etter avvikling av Reitegjærdet tidlig på 1980 tallet ble dagens modell etablert. De regionale sikkerhetsavdelingene i Norge har eksistert siden slutten på 1980-tallet, men etablering av sikkerhetsposter på nivå 2 (tidligere fylkeskommunalt nivå, nå områdesykehusnivå) skjedde først i forbindelse med den statlige opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1998. Det er først de siste 6 årene det er etablert sikkerhetsposter i alle sykehusområdene i Helse Sør-Øst. De ulike helseforetakene har valgt ulike modeller for hvordan disse enhetene er organisert i forhold til øvrige psykiatriske døgnenheter på sykehusnivå. Det er også store forskjeller når det gjelder grad av bygningsmessig tilpasning til denne funksjonen.

Ansvars- og oppgavedelingen mellom de to nivåene innen sikkerhetspsykiatri er ikke klart definert, og en kan se for seg en utvikling hvor områdesykehusene i fremtiden må legge forholdene til rette for å ta imot pasienter med større sikkerhetsmessige utfordringer enn i dag. Dette gjelder både bygningsmessig tilrettelegging og personelldekning. Dimensjonering og bygningsmessig utforming av sikkerhetsposter vil kunne endres vesentlig i forhold til dagens situasjon.

Det er i plandokumenter fra Helse Sør-Øst poengtert at alle sykehusfunksjoner innen psykisk helsevernet (herunder akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri) skal være tilstrekkelig dimensjonert og ha nødvendig faglig kvalitet (jf. styresak 061/2010 "Regionale utviklingsområder psykisk helsevern"). Sikkerhetspsykiatrien i Helse Sør-Øst er som nevnt organisert på to nivåer med en regional avdeling RSA, samt at alle sykehusområder skal ha lokale, spesialiserte tilbud med sikkerhetspsykiatri "Nivå 2". I Helse Sør-Øst følges situasjonen for sikkerhetspsykiatrien nøye og man har gjort kartlegginger av kapasitet, samhandling og pasientflyt med jevne mellomrom de siste årene.

For begge nivåene er det i dette arbeidet behov for å understreke:

Sikkerhetspsykiatri på lokalt nivå

Sikkerhetspsykiatri "Nivå 2"

Krever tilstrekkelig kapasitet og tilstrekkelig fysisk plass med godt egnede lokaler. Nærhet til den øvrige akuttpsykiatriske døgnbehandlingen og spesialiserte psykoenheter beskrives som faglig viktig og nyttig. Gir felles gevinst og ressursutnyttelse.

Regional sikkerhetspsykiatri - RSA

RSA må ha fleksibel og god bygningsmasse spesialtilpasset tjenesten. Det bør gjøres et videre arbeid i forhold til kapasitet

Godt egnet bygningsmasse er viktig og for begge områder utfordres man i forhold til sykkelighet, farlighet og endringer i befolkningssammensetningen.

8.7 Endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) har bidratt til å styrke infrastrukturen for det psykiske helsearbeidet i kommunene gjennom blant økning av antall helsetjenesteårsverk i kommunene og botilbud til mennesker med psykiske lidelser⁵².

Samhandlingsreformen som ble vedtatt i 2011, vektlegger økt kommunalt ansvar, et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og økt satsning på forebygging. Det er innført kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av både døgnbehandling og poliklinisk behandling for medisinske pasienter. Det skal videre etableres kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud senest fra 2016.

Samhandlingsreformen og de nye lovene (blant annet den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp fra 2016 og kravet til avtaler mellom kommuner og helseforetak) vil få betydning for framtidig kapasitet.

Formålet med samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven, er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

En endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste vil kunne skje på flere ulike måter.

I sykehusområder med store geografiske avstander og spredt befolkning har det vist seg å være en utfordring å opprettholde DPS-strukturen. Lokale DPS har i enkelte sammenhenger vist seg å bli for små til å ha bredt nok tilbud og tilstrekkelig kompetanse, bl.a. på grunn av problemer med rekruttering. Det er derfor nå eksempler på at DPS organiseres i større enheter med et større geografisk opptaksområde. I enkelte sammenhenger har dette vært knyttet til en diskusjon om en del av de allmennpsykiatriske døgn tilbudene ved DPS heller burde legges til sykehusene slik som tidligere. Sykehuset Sørlandet har drøftet dette alternativet i en utviklingsplan frem mot 2030. Det er imidlertid lite som taler for at dette vil bli en modell som sentrale helsemyndigheter vil bifalle. Hovedmodellen med et befolkningsnært og desentralisert psykisk helsevern med vekt på tilgjengelighet for pasienter og kommunal helse- og sosialtjeneste vil fortsatt være retningsgivende.

Et scenario som er nærliggende å se for seg allerede på kort sikt er at det vil skje en betydelig avgrensning og spissing av det døgnbaserte DPS-tilbudet. En større del av det allmennpsykiatriske tilbudet vil være forankret i polikliniske og ambulante tilbud, eventuelt i kombinasjon med ulike typer dagavdeling og korttidsopphold i døgnenhet som en del av beredskapstiltak, eventuelt i form av brukerstyrte senger. Det vil fortsatt være et behov for lokale døgninstitusjoner med god bemanning og høy behandlerdekning som kan inngå en behandlingsskjede for psykosebehandling. Dette for å forhindre unødvendig langvarige opphold ved akuttavdeling eller annen sykehusavdeling innen psykisk helsevern.

⁵² Evalueringsrapporten fra Norges forskningsråd

Et annet scenario som også var fremmet som forslag i en tidlig fase av utredning av samhandlingsreformen, vil være en total virksomhetsoverdragelse av DPS-er til kommunehelsetjenesten. Alternativet vil innebære vesentlige juridiske, organisatoriske og økonomiske endringer, og vurderes å være uaktuelt på kort eller mellomlang sikt.

Et tredje scenario vil være at DPS-ene blir en samhandlingsarena med tilbud fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. En slik virksomhetsmodell vil sannsynligvis kreve et økt arealbehov.

8.8 Endring av kapasitet mellom private og offentlige tjenesteytere innenfor TSB

Helse Sør-Øst RHF har "sørge for"-ansvaret for befolkningen i regionen. Både helseforetak og private institusjoner med avtale bidrar med tjenester som i sum skal sikre ivaretagelsen av dette ansvaret.

Private ideelle institusjoner med avtale står for ca. 70 pst. av det samlede regionale døgnbehandlingstilbudet innenfor TSB i Helse Sør-Øst, mens den polikliniske andelen er om lag 17 pst.

Den store andelen private behandlingstilbud er historisk betinget. De private institusjonene tilbyr i hovedsak langtidsbehandling, noe som synliggjøres gjennom en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 70 døgn, sammenlignet med helseforetakene som har en gjennomsnittlig oppholdstid på ca. 10 døgn.

Det fremgår av strategiplanen til Helse Sør-Øst RHF for TSB at forankringen av spesialistbehandling av rus og avhengighetslidelser skal være poliklinisk behandling i samarbeid med de kommunale tjenestene der pasienten bor, for å gi mulighet for tidlig intervensjon og tilbud til pasienter med risikobruk av rusmidler før de utvikler en alvorlig avhengighet. Poliklinisk behandling skal også representere den langsiktige oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med kronisk lidelse og risiko for tilbakefall.

Det legges videre i strategiplanen vekt på at handlingskapasiteten skal økes med særlig fokus på utbygging av den polikliniske og ambulante kapasiteten og økt kapasitet på akuttbehandling og avrusning. Den samlede kapasitetsutfordringen skal også møtes med bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet, herunder mer intensivert døgnbehandling og kortere liggetider der det er faglig riktig.

Den gjennomsnittlige behandlingstiden hos de private avtalepartene er i tråd med dette betydelig redusert de siste årene både gjennom en reduksjon i gjennomsnittlig behandlingstid ved langtidsinstitusjonene og gjennom en viss omstilling av tilbudene fra langtidsbehandling til korttidsbehandling. I et scenario hvor denne utviklingen fortsetter slik at rusbehandling hovedsakelig skjer i form av korttidsopphold i kombinasjon med poliklinikk og arenafleksible tiltak, vil kunne frigjøre en vesentlig kapasitet hos de private institusjonene.

Et annet scenario vil være at foretakene bygger opp egen kapasitet på bekostning av deler av den kapasitet som i dag ligger hos private. En slik modell vil muligens redusere behovet for koordinering og gjøre det enklere å utvikle helhetlige pasientforløp.

Et tredje scenario vil være at kommunene får et større ansvar for langtidsbehandling, noe som kan innebære en overføring av deler av de private behandlingstilbudene til kommunene.

9 Fremskrivning av behandlingsaktivitet

Dette kapitlet viser hvordan fremskrivning av behandlingsaktiviteten er gjennomført. Fremskrivning av aktivitet for å beregne kapasitetsbehov er krevende og forbundet med stor grad av usikkerhet. Usikkerheten beror på de mange forhold som påvirker både omfang og karakter av behandlingsaktiviteten, og som i begrenset grad kan la seg styre. Fremtidsbilder bør derfor ikke detaljeres, men synliggjøre noen alternativer.

Matematiske beregninger gir ingen presise svar på et fremtidig kapasitetsbehov, men kan anslå et kapasitetsbehov i spenn, ut fra hvilke endringsfaktorer som legges til grunn. Beregningene viser i tillegg hvilke potensialer som ligger i ulik grad av utnyttelse av tilgjengelig kapasitet.

På nasjonalt nivå defineres tre hovedfaktorer bak veksten i helsekostnader. Det er den demografiske utviklingen, utviklingen i BNP og den medisinsk-tekniske utviklingen. Studier fra OECD og EU konkluderer med at helsekostnadene sin andel av BNP i Norge vil øke i de kommende tiårene. Det betyr at helsekostnadene forventes å øke relativt sett mer enn BNP. Den medisinsk-tekniske utviklingen vil stå bak 80-85 prosent av veksten i helsekostnader, mens den demografiske utviklingen vil stå bak 15-20 pst.^{53 54}.

Det er usikkert hvordan veksten i helsekostnader vil fordele seg mellom det psykiske helsevern, TSB, og den somatiske virksomheten, mellom ulike tjenesteområder og omsorgsnivå (døgn, dag, poliklinikk), og mellom ulike kostnadselementer (bemanning, utstyr, bygg etc.). Således vil det være komplisert å kunne anvende veksten i helsekostnader direkte i forhold til å skulle beregne et fremtidig kapasitetsbehov.

Ut fra studiene fra OECD legger vi til grunn at den medisinsk-tekniske utviklingen⁵⁵ har større betydning for endringer i det fremtidige kapasitetsbehov, enn den demografiske utviklingen.

9.1 Kvantitativ fremskrivning (demografi)

Befolkningsprognoser fra 2014-2100 viser en befolkningsvekst i overskuelig fremtid. Folketallet i Norge fortsetter å vokse hele dette hundreåret, ifølge mellomalternativet i befolkningsfremskrivningene. Veksten blir særlig stor i og rundt de store byene, og vi blir stadig flere eldre.

Ved å analysere endringer i liggedøgn innenfor det psykiske helsevern i HSØ som følge av demografi skiller helseforetakene seg i tre kategorier:

- Ekstra høy vekst
Akershus universitetssykehus HF
Diakonhjemmet sykehus
- Høy vekst
Sørlandet sykehus HF
Oslo universitetssykehus HF
- Middels vekst
Sykehuset Vestfold HF
Sykehuset Østfold HF
Vestre Viken HF
Lovisenberg diakonale sykehus
- Lav vekst

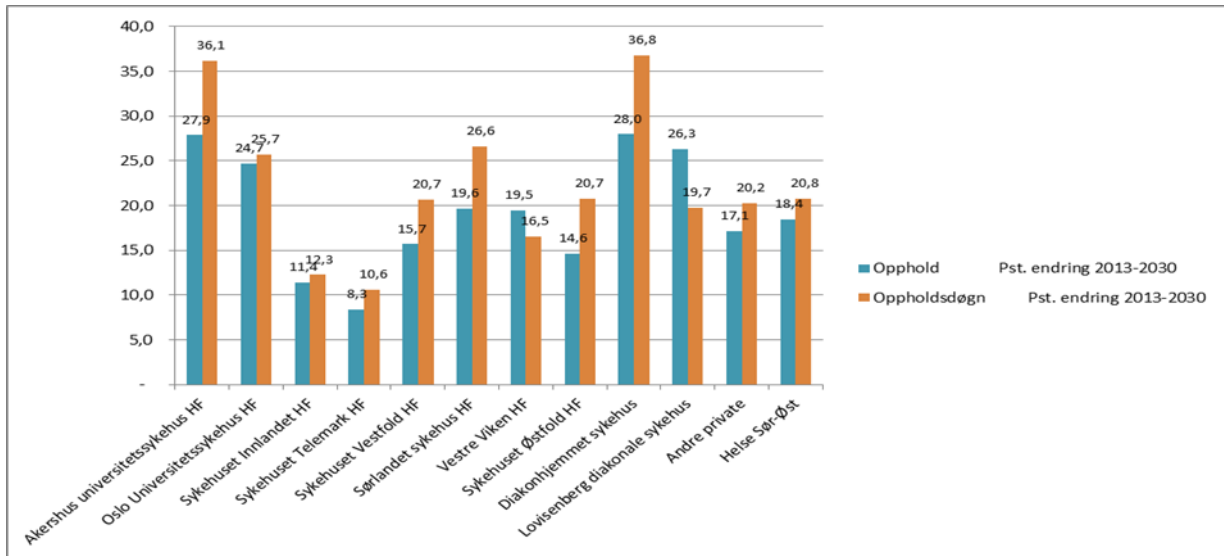
⁵³ OECD - ECO/WKP (2006) 5 PROJECTING OECD HEALTH AND LONG-TERM CARE EXPENDITURES: WHAT ARE THE MAIN DRIVERS? ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS No. 477

⁵⁴ Helsedirektoratet IS 2142 - Medisinsk-teknisk utvikling og helsekostnader En gjennomgang av aktuell kunnskap

⁵⁵ I SINTEF sine beregninger og analyser innbefatter begrepet og endringsfaktoren "Medisinsk og teknologisk utvikling" også begrepene "Endring i tilbud og forventninger", "Omstilling fra døgnbehandling til ambulant, poliklinikk og dagbehandling", "Effektivisering av pasientforløp" og "IKT og eHelse".

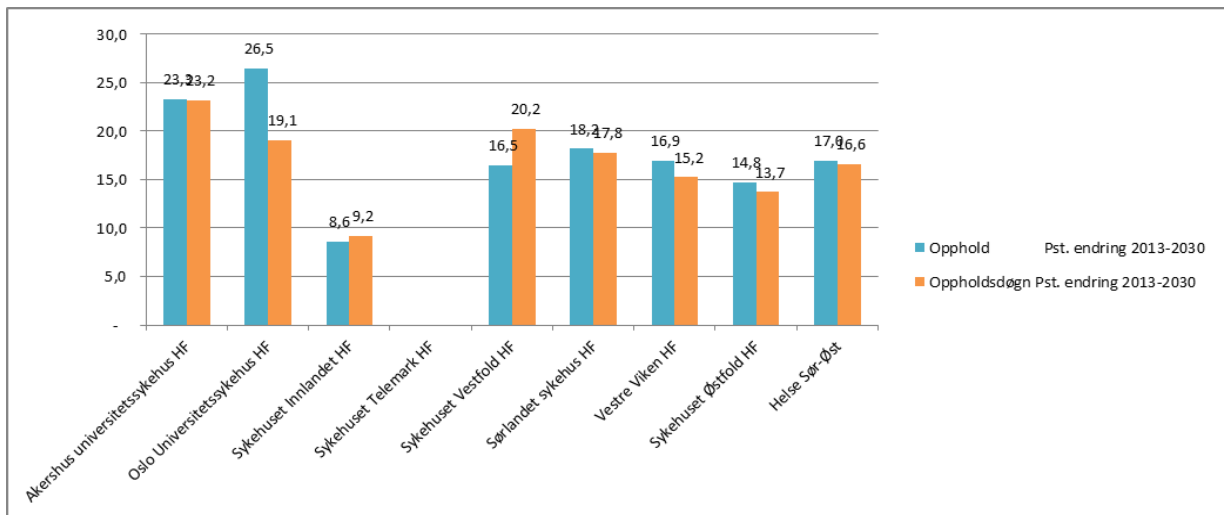
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF

Figur 43 og 44 viser hvordan pasientpopulasjonen i det psykiske helsevern for voksne øker fra 2013-2030 som følge av demografi. Økningen må sees til forskjell fra den generelle befolkningsutviklingen i de ulike opptaksområdene.



Figur 43 Demografisk fremskrivning, PHV Sykehusfunksjoner

Mønsteret er i hovedsak det samme om vi gjør samme fremskrivning med utgangspunkt i aktivitet tilknyttet DPS.



Figur 44 Demografisk fremskrivning, DPS

9.2 Kvalitativ fremskrivning

I beregningene av et fremtidig kapasitetsbehov legger vi her til grunn to ulike scenarier for endring utover demografisk endring. Tatt i betraktning av at usikkerhetsbildet i fremskrivningene er betydelige og ikke gir et

detaljert bilde, har vi valgt å legge til grunn samme grad av endringsfaktorer for både det psykiske helsevern og TSB. SINTEF har imidlertid ingen referanser til at tjenesteområdene vil utvikle seg likt.

De to scenarioene for justering av de demografiske fremskrivningene benevnes i rapporten:

- Hovedalternativ
- Alternativ 2

9.2.1 Hovedalternativ

Studier fra USA og Europa viser at psykiske lidelser er svært utbredt i befolkningen. Om lag 20 pst. av barn, voksne og eldre har såpass store psykiske problemer at det kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose, og 50 pst. av befolkningen vil i løpet av livet utvikle en psykisk lidelse⁵⁶. Dette forhold representerer en betydelig folkehelsebyrde for Norge.

Det er forbundet usikkerhet med hvordan den psykiske helse i befolkningen vil arte seg i 2030, sammenlignet med i dag. Sintef har derfor ikke forutsatt epidemiologiske endringer som har konsekvenser for kapasitet utover demografi og andre endringsfaktorer.

I Idéfaseutredningen for OUS - Campus Oslo, er det lagt til grunn 10 pst. økning i oppholdsdøgn som følge av endret sykdomsforekomst. Vi har valgt å definere en slik økning som "Endring i tilbud og forventninger".

Hovedalternativet legger til grunn en økning i etterspørsel (endring i tilbud og forventninger) på 10 pst. for døgnbehandling og 30 pst. for poliklinisk eller ambulant behandling. Som tidligere nevnt er det forbundet stor usikkerhet med et slikt anslag, og det finnes ingen klare referanser som kan legges til grunn. Med bakgrunn studiene fra OECD (58) om forholdet mellom helsekostnader og BNP, samt trendanalyser vist i kap. 2, er det likevel grunn for å anta at etterspørselen vil øke. Det er også grunn for å anta at etterspørsel etter polikliniske tjenester vil øke kraftigere enn etterspørsel eller døgnbehandling.

Sintef har lagt til grunn at aktiviteten knyttet til antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevern og TSB reduseres med 15 pst. (knappt 1 pst. pr. år frem mot 2030), som følge av økt samhandling med kommunehelsetjenesten og en vesentlig spissing og spesialisering av tilbudet. Antall polikliniske konsultasjoner forutsettes redusert med 5 pst.

Anslaget er en kvalitativ vurdering basert på historisk utvikling og trendfremskrivning. Foreløpige tall fra SAMDATA viser blant annet for Sør-Øst-pasientene en tydelig reduksjon i utskrivinger av innlagte pasienter og oppholdsdøgn de siste år. Fra 2012 til 2013 gikk antall oppholdsdøgn per innbygger ned med 11 pst. og reduksjonen var på hele 25 pst. sammenholdt med nivået i 2009. For innleggelser var nedgangen størst fra 2012 til 2013 (5 pst.).

Samhandling og lovpålagte samarbeidsavtaler forventes å ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten fremover og bidra til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS 21. juni 2007. Formålet med rammeavtalen var at den skulle understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og regionale helseforetak og helseforetak som likeverdige parter.

SINTEF-rapporten "Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene" (2013), konkluderer med at syv pst. av pasientene i psykisk helsevern er

⁵⁶ Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:2. Psykisk helse i Norge – Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger.

utskrivningsklare og venter på et kommunalt tilbud, mens tilsvarende andel i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er beregnet til én pst.. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet, er i følge forskerne stort sett at de mangler et kommunalt boligtilbud.

Et forhold som kan trekke i motsatt retning er kommunenes ressurser og kompetanse til å ta på seg nye og flere oppgaver. Sintef-rapporten "Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011 - Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon", viser at det på nasjonalt nivå innenfor kommunehelsetjenesten kun har vært marginale endringer i årsverksinnsatsen siden 2007. Siden 2007 har det ikke vært vekst i kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Det har heller vært en svak nedgang.

Helsepolitiske strategier peker i retning av en opptrapping av det psykiske helsevern og rusbehandling innenfor kommunal sektor. En styrking av kommunehelsesektoren betyr likevel ikke automatisk at kapasitetsbehovet automatisk vil kunne reduseres innenfor spesialisthelsetjenesten. Studier har vist at en styrket primærhelsetjeneste kan ha en rekrutteringseffekt, ved at flere tilstander som kan utredes og behandles blir oppdaget⁵⁷.

En tredje endringsfaktor som vi har valgt å vektlegge benevnes Medisinsk teknologisk utvikling. Endringsfaktoren omfatter her endringer i behandlingsaktivitet som følge av nye behandlingsmetoder og ny teknologi (f eks nytt diagnostiske utstyr, elektronisk journal, nye kommunikasjonsplattformer, etc.). Effektivisering av pasientforløp og omstillinger fra døgn- til dagbehandling og poliklinisk virksomhet som følge av medisinsk teknologisk utvikling inngår også.

I hovedalternativet anslår vi at den medisinsk teknologiske utvikling vil bidra til at antall oppholdsdøgn reduseres med 10 pst. Ved å sammenstille endringsfaktorene kan vi si at økt effektivitet som følge av nye behandlingsmetoder og ny teknologi nivellerer ut økt etterspørsel.

Samlet sett utgjør de kvalitative endringsfaktorene (eksklusiv demografi) en reduksjon i antall oppholdsdøgn på 20 pst, og en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 25 pst.

9.2.2 Alternativ 2

I Alternativ 2 gir de kvalitative endringsfaktorene (eksklusiv demografi) ingen effekt på antall døgnopphold, mens polikliniske konsultasjoner øker med 50 pst. Scenarioet synliggjør hva som vil være kapasitetsbehovet i 2030, forutsatt at kapasiteten for antall døgnplasser økes i tråd med befolkningsutviklingen. For den polikliniske virksomheten viser scenarioet hvilket kapasitetsbehov man kan forventete forutsatt at forventning og etterspørsel øker med 50 pst. i forhold til antall polikliniske konsultasjoner.

9.3 Samlet effekt av omstillingsfaktorer

Effektene av de kvalitative omstillingsfaktorene, etter demografisk fremskrivning vises i tabell 43:

Tabell 43 Endringsfaktorer for det psykiske helsevern og TSB, Hovedalternativ og alternativ 2 for døgnbehandling og poliklinikk.

⁵⁷ Deraas et al 2011, og Yin et al, 2014).

Endringsfaktorer	Hovedalternativ - Døgnplasser	Alternativ 2 - Døgnplasser	Hovedalternativ - Poliklinikk	Alternativ 2 - Døgnplasser
	Pst. endring i antall liggedøgn	Pst. endring i antall liggedøgn	Pst. endring i antall konsultasjoner	Pst. endring i antall konsultasjoner
Epidemiologi	0	10	0	0
Endring i tilbud og forventninger	10	0	30	50
Endring i pasientstrømmer til kommune	-15	0	-5	0
Medisinsk teknologisk utvikling (inkl. IKT og eHelse of effektivisering av pasientforløp)	-15	-10	0	0
Sum effekt omstilling	-20	0	25	50

9.3.1 Hovedalternativ for PHV

Tabell 44 viser fremskrevet aktivitet for PHV sykehus i 2030, forutsatt demografisk fremskrivning i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en reduksjon på 20 pst. i antall oppholdsdøgn. For Helse Sør-Øst utgjør dette en reduksjon i antall oppholdsdøgn på knapt 3 pst.

Tabell 44 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. hovedalternativ, PHV sykehusfunksjon

HF	Sum Oppholdsdøgn sykehus 2013 (NPR)	Korrigerings- aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013- 2030	Korrigerings- aktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-15 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-15 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013- 2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013- 2030
Akershus universitetssykehus HF	34 851		47 447	36,1	-	4 745	-7 117	-7 117	37 958	8,9
Oslo Universitetssykehus HF	51 829	9 831	65 144	25,7	12 357	7 750	-11 625	-11 625	62 000	0,6
Sykehuset i Vestfold HF	18 519		22 346	20,7	-	2 235	-3 352	-3 352	17 877	-3,5
Sykehuset Innlandet HF	45 950	4 479	51 587	12,3	5 028	5 662	-8 492	-8 492	45 292	-10,2
Sykehuset Telemark HF	44 817	-22 408	49 556	10,6	-24 777	2 478	-3 717	-3 717	19 823	-11,5
Sykehuset Østfold HF	34 643		41 826	20,7	-	4 183	-6 274	-6 274	33 461	-3,4
Sørlandet sykehus HF	35 297		44 681	26,6	-	4 468	-6 702	-6 702	35 745	1,3
Vestre Viken HF	57 288		66 754	16,5	-	6 675	-10 013	-10 013	53 403	-6,8
Diakonhjemmet sykehus	10 914		14 928	36,8	-	1 493	-2 239	-2 239	11 942	9,4
Lovisenberg diakonale sykehus	24 923		29 841	19,7	-	2 984	-4 476	-4 476	23 873	-4,2
Andre private	68 741		82 695	20,3	-	8 270	-12 404	-12 404	66 156	-3,8
Helse Sør-Øst	427 772	-8 098	516 805		-7 392	38 195	-57 292	-57 292	407 530	-2,9

Note: Demografisk vekst 2013-2030 for A-hus skyldes at høy andel av aktiviteten er tilknyttet avdeling for alderspsykiatri

Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten tilknyttet DPS, gir det en samlet reduksjon i antall oppholdsdøgn på knapt 8 pst. At reduksjonen er noe større for DPS enn for sykehus forklares med at pasientene i sykehus har en gjennomsnittlig høyere alder enn pasientene i DPS. Det forutsettes i fremskrivningen at det relative forholdet mellom sykehus og DPS holdes uendret.

Tabell 45 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer, jf. hovedalternativ, PHV DPS

HF	Sum Oppholdsdøgn DPS 2013 (NPR)	Korrigerings- aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013- 2030	Korrigerings- aktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-15 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-15 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013- 2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013- 2030
Akershus universitetssykehus HF	34 018		41 919	23,2	-	4 192	-6 288	-6 288	33 535	-1,4
Oslo Universitetssykehus HF	11 869	3 768	14 133	19,1	4 487	1 862	-2 793	-2 793	14 896	-4,7
Sykehuset i Vestfold HF	10 927		13 137	20,2	-	1 314	-1 971	-1 971	10 510	-3,8
Sykehuset Innlandet HF	27 562	5 242	30 095	9,2	5 724	3 582	-5 373	-5 373	28 655	-12,6
Sykehuset Telemark HF	-	-22 408	-	10,6	-24 783	2 478	-3 717	-3 717	19 827	-11,5
Sykehuset Østfold HF	29 819		33 905	13,7	-	3 391	-5 086	-5 086	27 124	-9,0
Sørlandet sykehus HF	23 343		27 502	17,8	-	2 750	-4 125	-4 125	22 002	-5,7
Vestre Viken HF	25 984		29 942	15,2	-	2 994	-4 491	-4 491	23 954	-7,8
Diakonhjemmet sykehus	-		-			-	-	-	-	
Lovisenberg diakonale sykehus	-		-			-	-	-	-	
Andre private	5 538		6 901	24,6	-	690	-1 035	-1 035	5 521	-0,3
Helse Sør-Øst	169 060	31 418	197 534		34 994	22 563	-33 844	-33 844	186 022	-7,8

Tabell 46 er en sammenstilling av de to foregående tabeller og viser en samlet fremskrivning av antall oppholdsøgn for det psykiske helsevern for voksne (PHV).

Tabell 46 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer, jf. hovedalternativ, PHV (sykehus + DPS)

HF	Sum Oppholdsøgn PHV (sykehus + DPS) 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-15 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-15 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	68 869		89 366	29,8	-	8 937	-13 405	-13 405	71 493	3,8
Oslo Universitetssykehus HF	63 698	13 599	79 277	25,7	16 843	9 612	-14 418	-14 418	76 896	-0,5
Sykehuset i Vestfold HF	29 446	-	35 483	25,7	-	3 548	-5 322	-5 322	28 386	-3,6
Sykehuset Innlandet HF	73 512	9 721	81 682	12,3	10 752	9 243	-13 865	-13 865	73 947	-11,2
Sykehuset Telemark HF	44 817		49 556	10,6	6	4 956	-7 434	-7 434	39 649	-11,5
Sykehuset Østfold HF	64 462	-	75 731	17,5	-	7 573	-11 360	-11 360	60 585	-6,0
Sørlandet sykehus HF	58 640	-	72 183	23,1	-	7 218	-10 827	-10 827	57 746	-1,5
Vestre Viken HF	83 272	-	96 696	16,1	-	9 670	-14 504	-14 504	77 357	-7,1
Diakonhjemmet sykehus	10 914		14 928	36,8	-	1 493	-2 239	-2 239	11 942	9,4
Lovisenberg diakonale sykehus	24 923		29 841	19,7	-	2 984	-4 476	-4 476	23 873	-4,2
Andre private	74 279		89 596	20,6	-	8 960	-13 439	-13 439	71 677	-3,5
Helse Sør-Øst	596 832	23 320	714 339	19,7	27 601	74 194	-111 291	-111 291	593 552	-4,3

Tabell 47 viser fremskrevet aktivitet for den polikliniske virksomheten ved PHV sykehus i 2030, forutsatt demografisk fremskrivning i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en økning på 25 pst. i antall konsultasjoner. For Helse Sør-Øst utgjør dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på vel 52 pst.

Tabell 47 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Hovedalternativ, PHV sykehus, poliklinikk

HF	Sum polikliniske konsultasjoner sykehus 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventning (30 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-5 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	10 304		16 737	62,4	-	5 021	-837	20 921	103,0
Oslo Universitetssykehus HF	44 490		53 974	21,3	-	16 192	-2 699	67 468	51,6
Sykehuset i Vestfold HF	22 480		26 172	16,4	-	7 852	-1 309	32 715	45,5
Sykehuset Innlandet HF	10 923		12 082	10,6	-	3 625	-604	15 103	38,3
Sykehuset Telemark HF	65 183	-52 146	68 935	5,8	-55 148	4 136	-689	17 234	32,2
Sykehuset Østfold HF	4 522		5 674	25,5	-	1 702	-284	7 093	56,8
Sørlandet sykehus HF	11 746		15 269	30,0	-	4 581	-763	19 086	62,5
Vestre Viken HF	23 252		26 713	14,9	-	8 014	-1 336	33 391	43,6
Diakonhjemmet sykehus	52 885	-7 700	64 230	21,5	-9 352	16 463	-2 744	68 598	51,8
Lovisenberg diakonale sykehus	584		700	19,9	-	210	-35	875	49,8
Andre private	26 676		33 842	26,9		10 153	-1 692	42 303	58,6
Helse Sør-Øst	273 045	-59 846	324 328		-64 499	51 123	-8 520	324 786	52,3

Note: Diakonhjemmet sykehus. I NPR-tallene er også ruspoliklinikk (TSB) inkludert. Dette er korrigert ved at et estimat på 7 700 konsultasjoner er flyttet fra tabeller som viser aktivitet PHV til tabeller som viser aktivitet PHV.

Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten tilknyttet DPS, gir det en samlet realvekst for antall polikliniske konsultasjoner på ca. 44 pst. At økningen er noe lavere for DPS enn for sykehus forklares med at pasientene i sykehus har en gjennomsnittlig høyere alder enn pasientene i DPS. Det forutsettes i fremskrivningen at det relative forholdet mellom sykehus og DPS holdes uendret.

Tabell 48 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Hovedalternativ, PHV DPS, poliklinikk

HF	Sum Polikliniske konsult. DPS 2013 (NPR)	Korrigerings aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigerings aktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (30 pst.)	Endring i pasientstrøm i kommune (-5 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	119 520		145 360	21,6	-	43 608	-7 268	181 700	52,0
Oslo Universitetssykehus HF	49 171		59 989	22,0	-	17 997	-2 999	74 986	52,5
Sykehuset i Vestfold HF	61 980		68 780	11,0	-	20 634	-3 439	85 975	38,7
Sykehuset Innlandet HF	96 307		102 216	6,1	-	30 665	-5 111	127 770	32,7
Sykehuset Telemark HF	-	52 146	-	5,8	55 170	16 551	-2 759	68 963	32,3
Sykehuset Østfold HF	57 996		65 607	13,1	-	19 682	-3 280	82 009	41,4
Sørlandet sykehus HF	96 672		110 460	14,3	-	33 138	-5 523	138 075	42,8
Vestre Viken HF	82 890		93 983	13,4	-	28 195	-4 699	117 479	41,7
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre private	92 697		114 141	23,1		34 242	-5 707	142 676	53,9
Helse Sør-Øst	657 233	52 146	760 536		55 170	210 470	-35 078	1 019 633	43,7

Tabell 49 gir en sammenstilling av de to foregående tabeller og viser en samlet fremskrivning av antall polikliniske konsultasjoner for det psykiske helsevern for voksne (PHV).

Tabell 49 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer, jf. hovedalternativ, PHV (sykehus + DPS)

HF	Sum Polikliniske konsultasjoner (sykehus + DPS) 2013 (NPR)	Korrigerings aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigerings aktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (30 pst.)	Endring i pasientstrøm i kommune (-5 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	129 824	-	162 097	24,9	-	48 629	-8 105	202 621	56,1
Oslo Universitetssykehus HF	93 661	-	113 963	21,7	-	34 189	-5 698	142 454	52,1
Sykehuset i Vestfold HF	84 460	-	94 952	12,4	-	28 486	-4 748	118 690	40,5
Sykehuset Innlandet HF	107 230	-	114 298	6,6	-	34 289	-5 715	142 873	33,2
Sykehuset Telemark HF	65 183	-	68 935	5,8	23	20 687	-3 448	86 197	32,2
Sykehuset Østfold HF	62 518	-	71 281	14,0	-	21 384	-3 564	89 101	42,5
Sørlandet sykehus HF	108 418	-	125 729	16,0	-	37 719	-6 286	157 161	45,0
Vestre Viken HF	106 142	-	120 696	13,7	-	36 209	-6 035	150 870	42,1
Diakonhjemmet sykehus	52 885	-7 700	64 230	21,5	-9 352	16 463	-2 744	68 598	51,8
Lovisenberg diakonale sykehus	584	-	700	19,9	-	210	-35	875	49,8
Andre private	119 373	-	147 983	24,0	-	44 395	-7 399	184 979	55,0
Helse Sør-Øst	930 278	-7 700	1 084 864		-9 329	261 592	-43 599	1 344 419	45,7

Note: Diakonhjemmet sykehus. I NPR-tallene er også ruspoliklinikk (TSB) inkludert. Dette er korrigert ved at et estimat på 7 700 konsultasjoner er flyttet fra tabeller som viser aktivitet PHV til tabeller som viser aktivitet PHV.

9.3.2 Hovedalternativ for PHBU

Tabell 50 viser fremskrevet aktivitet for PHBU i 2030, forutsatt demografisk fremskrivning i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en reduksjon på 20 pst. i antall oppholdsdøgn. For Helse Sør-Øst utgjør dette en reduksjon i antall oppholdsdøgn på knapt 7 pst.

Tabell 50 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer, jf. hovedalternativ, PHBU

HF	Sum Oppholdsdøgn PHBU 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-15 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-15 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	6 725	-	8 180	21,6	-	818	-1 227	-1 227	6 544	-2,7
Oslo Universitetssykehus HF	4 968	-	6 100	22,8	-	610	-915	-915	4 880	-1,8
Sykehuset i Vestfold HF	2 503	-	2 789	11,4	-	279	-418	-418	2 231	-10,9
Sykehuset Innlandet HF	7 251	-	7 876	8,6	-	788	-1 181	-1 181	6 301	-13,1
Sykehuset Telemark HF	2 233	-	2 318	3,8	-	232	-348	-348	1 854	-17,0
Sykehuset Østfold HF	6 446	-	7 332	13,7	-	733	-1 100	-1 100	5 866	-9,0
Sørlandet sykehus HF	1 571	-	1 751	11,5	-	175	-263	-263	1 401	-10,8
Vestre Viken HF	3 740	-	4 393	17,5	-	439	-659	-659	3 514	-6,0
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre private	11 658	-	14 102	21,0	-	1 410	-2 115	-2 115	11 282	-3,2
Helse Sør-Øst	47 095	-	54 841			4 074	-6 111	-6 111	43 873	-6,8

Tabell 52 viser fremskrevet aktivitet for den polikliniske virksomheten ved PHBU i 2030, forutsatt demografisk fremskrivning i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en økning på 25 pst. i antall konsultasjoner. For Helse Sør-Øst utgjør dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på ca. 33 pst.

Tabell 51 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Hovedalternativ, PHBU, poliklinikk

HF	Sum Ant. polikliniske konsult. 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (30 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-5 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	105 567	-	130 129	23,3	-	39 039	-6 506	162 661	54,1
Oslo Universitetssykehus HF	77 547	-	97 001	25,1	-	29 100	-4 850	121 251	56,4
Sykehuset i Vestfold HF	53 459	-	61 224	14,5	-	18 367	-3 061	76 530	43,2
Sykehuset Innlandet HF	87 629	-	97 287	11,0	-	29 186	-4 864	121 609	38,8
Sykehuset Telemark HF	36 520	-	40 910	12,0	-	12 273	-2 046	51 138	40,0
Sykehuset Østfold HF	44 728	-	51 399	14,9	-	15 420	-2 570	64 249	43,6
Sørlandet sykehus HF	71 950	-	87 879	22,1	-	26 364	-4 394	109 849	52,7
Vestre Viken HF	73 351	-	86 724	18,2	-	26 017	-4 336	108 405	47,8
Diakonhjemmet sykehus	9 554	-	11 283	18,1	-	3 385	-564	14 104	47,6
Lovisenberg diakonale sykehus	18 923	-	24 245	28,1	-	7 274	-1 212	30 306	60,2
Andre private	5 526	-	6 785	22,8	-	2 036	-339	8 481	53,5
Helse Sør-Øst	584 754	-	694 866			195 766	-32 628	868 583	48,5

9.3.3 Hovedalternativ for TSB

Tabell 52 viser fremskrevet aktivitet for PHBU i 2030, forutsatt demografisk fremskrivning i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en reduksjon på 20 pst. i antall oppholdsdøgn. For Helse Sør-Øst utgjør dette en reduksjon i antall oppholdsdøgn på ca. 9 pst.

Tabell 52 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Hovedalternativ, TSB

HF	Sum Opholdsdøgn PHV 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-15 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-15 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	15 213	-	18 825	23,7	-	1 883	-2 824	-2 824	15 060	-1,0
Oslo Universitetssykehus HF	23 595	-	26 800	25,7	-	2 680	-4 020	-4 020	21 440	-9,1
Sykehuset i Vestfold HF	9 027	-	9 835	25,7	-	984	-1 475	-1 475	7 868	-12,8
Sykehuset Innlandet HF	13 486	-	14 290	12,3	-	1 429	-2 144	-2 144	11 432	-15,2
Sykehuset Telemark HF	-	-	-	10,6	-	-	-	-	-	-
Sykehuset Østfold HF	10 196	-	11 360	11,4	-	1 136	-1 704	-1 704	9 088	-10,9
Sørlandet sykehus HF	20 445	-	24 042	17,6	-	2 404	-3 606	-3 606	19 234	-5,9
Vestre Viken HF	18 389	-	20 696	12,5	-	2 070	-3 104	-3 104	16 557	-10,0
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre private	234 366	-	267 170	14,0	-	26 717	-40 076	-40 076	213 736	-8,8
Helse Sør-Øst	344 717	-	393 018			39 302	-18 877	-18 877	314 414	-8,8

Tabell 53 viser fremskrevet aktivitet for den polikliniske virksomheten ved TSB i 2030, forutsatt demografisk fremskriving i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en økning på 25 pst. i antall konsultasjoner. For Helse Sør-Øst utgjør dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på ca. 45 pst.

Tabell 53 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Hovedalternativ, TSB, poliklinikk

HF	Sum Ant. pol.konsult. TSB 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (30 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (-5 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	24 822	-	30 456	22,7	-	9 137	-1 523	38 070	53,4
Oslo Universitetssykehus HF	15 923	-	19 421	22,0	-	5 826	-971	24 276	52,5
Sykehuset i Vestfold HF	27 602	-	30 692	11,2	-	9 208	-1 535	38 365	39,0
Sykehuset Innlandet HF	20 418	-	22 016	7,8	-	6 605	-1 101	27 520	34,8
Sykehuset Telemark HF	5 429	-	5 746	5,8	-	1 724	-287	7 183	32,3
Sykehuset Østfold HF	21 497	-	24 164	12,4	-	7 249	-1 208	30 205	40,5
Sørlandet sykehus HF	30 314	-	35 949	18,6	-	10 785	-1 797	44 936	48,2
Vestre Viken HF	18 363	-	20 717	12,8	-	6 215	-1 036	25 896	41,0
Diakonhjemmet sykehus	-	7 700	9 355	21,5	-	2 807	-468	11 694	51,9
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre private	32 685	-	39 693	21,4	-	11 908	-1 985	49 616	51,8
Helse Sør-Øst	197 053	7 700	238 209			56 748	-9 458	297 761	45,4

Note: Diakonhjemmet sykehus. I NPR-tallene er også ruspoliklinikk (TSB) inkludert. Dette er korrigeringsaktivitet på 7 700 konsultasjoner er flyttet fra tabeller som viser aktivitet PHV til tabeller som viser aktivitet PHV.

9.3.4 Alternativ 2 for PHV

Tabell 54 viser fremskrevet aktivitet for PHV sykehus i 2030, forutsatt demografisk fremskriving i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst). For Helse Sør-Øst utgjør dette en økning i antall oppholds døgn på ca. 22 pst.

Tabell 54 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, PHV sykehus

HF	Sum Oppholdsdøgn sykehus 2013 (NPR)	Korrigerings aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013- 2030	Korrigerings aktivitet 2030 jf note	Sykdomsforek omst (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (- 10 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013- 2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013- 2030
Akershus universitetssykehus HF	34 851		47 447	36,1	-	4 745	-	-4 745	47 447	36,1
Oslo Universitetssykehus HF	51 829	9 831	65 144	25,7	12 357	7 750	-	-7 750	77 501	25,7
Sykehuset i Vestfold HF	18 519		22 346	20,7	-	2 235	-	-2 235	22 346	20,7
Sykehuset Innlandet HF	45 950	4 479	51 587	12,3	5 028	5 662	-	-5 662	56 615	12,3
Sykehuset Telemark HF	44 817	-22 408	49 556	10,6	-24 777	2 478	-	-2 478	24 779	10,6
Sykehuset Østfold HF	34 643		41 826	20,7	-	4 183	-	-4 183	41 826	20,7
Sørlandet sykehus HF	35 297		44 681	26,6	-	4 468	-	-4 468	44 681	26,6
Vestre Viken HF	57 288		66 754	16,5	-	6 675	-	-6 675	66 754	16,5
Diakonhjemmet sykehus	10 914		14 928	36,8	-	1 493	-	-1 493	14 928	36,8
Lovisenberg diakonale sykehus	24 923		29 841	19,7	-	2 984	-	-2 984	29 841	19,7
Andre private	68 741		82 695	20,3		8 270	-	-8 270	82 695	20,3
Helse Sør-Øst	427 772	-8 098	516 805			38 195	-	-38 195	509 413	21,4

Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten tilknyttet DPS, gir det en samlet reduksjon i antall oppholdsdøgn på ca. 16 pst. At reduksjonen er noe større for DPS enn for sykehus forklares med at pasientene i sykehus har en gjennomsnittlig høyere alder enn pasientene i DPS. Det forutsettes i fremskrivingen at det relative forholdet mellom sykehus og DPS holdes uendret.

Tabell 55 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, PHV DPS

HF	Sum Oppholdsdøgn DPS 2013 (NPR)	Korrigerings aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013- 2030	Korrigerings aktivitet 2030 jf note	Sykdomsforek omst (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (- 10 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013- 2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013- 2030
Akershus universitetssykehus HF	34 018		41 919	23,2		4 192	-	-4 192	41 919	23,2
Oslo Universitetssykehus HF	11 869	3 768	14 133	19,1	4 487	1 862	-	-1 862	18 620	19,1
Sykehuset i Vestfold HF	10 927		13 137	20,2	-	1 314	-	-1 314	13 137	20,2
Sykehuset Innlandet HF	27 562	5 242	30 095	9,2	5 724	3 582	-	-3 582	35 819	9,2
Sykehuset Telemark HF	-	22 408	-	10,6	24 783	2 478	-	-2 478	24 783	10,6
Sykehuset Østfold HF	29 819		33 905	13,7		3 391	-	-3 391	33 905	13,7
Sørlandet sykehus HF	23 343		27 502	17,8		2 750	-	-2 750	27 502	17,8
Vestre Viken HF	25 984		29 942	15,2		2 994	-	-2 994	29 942	15,2
Diakonhjemmet sykehus	-		-			-	-	-	-	
Lovisenberg diakonale sykehus	-		-			-	-	-	-	
Andre private	5 538		6 901	24,6		690	-	-690	6 901	24,6
Helse Sør-Øst	169 060	31 418	197 534		34 994	22 563	-	-22 563	232 528	16,0

Tabell 56 viser en sammenstilling av de to foregående tabeller og viser en samlet fremskriving av antall oppholdsdøgn for det psykiske helsevern for voksne (PHV).

Tabell 56 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, PHV sykehus + DPS

HF	Sum Opholdsdøgn PHV 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Sykdomsforekomst (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-10 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	68 869		89 366	29,8	-	8 937	-	-8 937	89 366	29,8
Oslo Universitetssykehus HF	63 698	13 599	79 277	24,5	16 843	9 612	-	-9 612	96 120	24,4
Sykehuset i Vestfold HF	29 446	-	35 483	20,5	-	3 548	-	-3 548	35 483	20,5
Sykehuset Innlandet HF	73 512	9 721	81 682	11,1	10 752	9 243	-	-9 243	92 434	11,1
Sykehuset Telemark HF	44 817		49 556	10,6	6	4 956	-	-4 956	49 562	10,6
Sykehuset Østfold HF	64 462	-	75 731	17,5	-	7 573	-	-7 573	75 731	17,5
Sørlandet sykehus HF	58 640	-	72 183	23,1	-	7 218	-	-7 218	72 183	23,1
Vestre Viken HF	83 272	-	96 696	16,1	-	9 670	-	-9 670	96 696	16,1
Diakonhjemmet sykehus	10 914		14 928	36,8	-	1 493	-	-1 493	14 928	36,8
Lovisenberg diakonale sykehus	24 923		29 841	19,7	-	2 984	-	-2 984	29 841	19,7
Andre private	74 279		89 596	20,6	-	8 960	-	-8 960	89 596	20,6
Helse Sør-Øst	596 832	23 320	714 339			60 758	-	-60 758	741 940	19,6

Tabell 57 viser fremskrevet aktivitet for den polikliniske virksomheten ved PHV i 2030, forutsatt demografisk fremskrivning i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en økning på 50 pst. i antall konsultasjoner. For Helse Sør-Øst utgjør dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner i sykehus på ca. 83 pst.

Tabell 57 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, PHV, sykehus poliklinikk

HF	Sum Poli.konsult. sykehus 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (50 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	10 304		16 737	62,4	-	8 369	-	25 106	143,6
Oslo Universitetssykehus HF	44 490		53 974	21,3	-	26 987	-	80 961	82,0
Sykehuset i Vestfold HF	22 480		26 172	16,4	-	13 086	-	39 258	74,6
Sykehuset Innlandet HF	10 923		12 082	10,6	-	6 041	-	18 123	65,9
Sykehuset Telemark HF	65 183	-52 146	68 935	5,8	-55 148	6 894	-	20 681	58,6
Sykehuset Østfold HF	4 522		5 674	25,5	-	2 837	-	8 511	88,2
Sørlandet sykehus HF	11 746		15 269	30,0	-	7 635	-	22 904	95,0
Vestre Viken HF	23 252		26 713	14,9	-	13 357	-	40 070	72,3
Diakonhjemmet sykehus	52 885	-7 700	64 230	21,5	-9 352	27 439	-	82 317	82,2
Lovisenberg diakonale sykehus	584		700	19,9	-	350	-	1 050	79,8
Andre private	26 676		33 842	26,9		16 921	-	50 763	90,3
Helse Sør-Øst	273 045	-59 846	324 328		-64 499	85 204	-	389 743	82,8

Note: Diakonhjemmet sykehus. I NPR-tallene er også ruspoliklinikk (TSB) inkludert. Dette er korrigerert ved at et estimat på 7 700 konsultasjoner er flyttet fra tabeller som viser aktivitet PHV til tabeller som viser aktivitet DPS.

Legger vi de samme forutsetninger til grunn for aktiviteten tilknyttet DPS, gir det en samlet realvekst for antall polikliniske konsultasjoner på ca. 72 pst. At økningen er noe lavere for DPS enn for sykehus forklares med at pasientene i sykehus har en gjennomsnittlig høyere alder enn pasientene i DPS. Det forutsettes i fremskrivningen at det relative forholdet mellom sykehus og DPS holdes uendret.

Tabell 58 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, PHV, DPS poliklinikk

HF	Sum pol. konsult. DPS 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (50 pst.)	Endring i pasientstrøm i kommune (0 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	119 520		145 360	21,6	-	72 680	-	218 040	82,4
Oslo Universitetssykehus HF	49 171		59 989	22,0	-	29 995	-	89 984	83,0
Sykehuset i Vestfold HF	61 980		68 780	11,0	-	34 390	-	103 170	66,5
Sykehuset Innlandet HF	96 307		102 216	6,1	-	51 108	-	153 324	59,2
Sykehuset Telemark HF	-	52 146	-	5,8	55 170	27 585	-	82 756	58,7
Sykehuset Østfold HF	57 996		65 607	13,1	-	32 804	-	98 411	69,7
Sørlandet sykehus HF	96 672		110 460	14,3	-	55 230	-	165 690	71,4
Vestre Viken HF	82 890		93 983	13,4	-	46 992	-	140 975	70,1
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	
Andre private	92 697		114 141	23,1		57 071	-	171 212	84,7
Helse Sør-Øst	657 233	52 146	760 536		55 170	350 783	-	1 223 560	72,5

Tabell 59 gir en sammenstilling av de to foregående tabeller og viser en samlet fremskriving av antall polikliniske konsultasjoner for det psykiske helsevern for voksne (PHV).

Tabell 59 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, PHV sykehus + DPS

HF	Sum Pol. Konsult. Sykehus + DPS 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (50 pst.)	Endring i pasientstrøm i kommune (0 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	129 824	-	162 097	24,9	-	81 049	-	243 146	87,3
Oslo Universitetssykehus HF	93 661	-	113 963	21,7	-	56 982	-	170 945	82,5
Sykehuset i Vestfold HF	84 460	-	94 952	12,4	-	47 476	-	142 428	68,6
Sykehuset Innlandet HF	107 230	-	114 298	6,6	-	57 149	-	171 447	59,9
Sykehuset Telemark HF	65 183	-	68 935	5,8	23	34 479	-	103 437	58,7
Sykehuset Østfold HF	62 518	-	71 281	14,0	-	35 641	-	106 922	71,0
Sørlandet sykehus HF	108 418	-	125 729	16,0	-	62 865	-	188 594	74,0
Vestre Viken HF	106 142	-	120 696	13,7	-	60 348	-	181 044	70,6
Diakonhjemmet sykehus	52 885	-7 700	64 230	21,5	-9 352	27 439	-	82 317	82,2
Lovisenberg diakonale sykehus	584	-	700	19,9	-	350	-	1 050	79,8
Andre private	119 373	-	147 983	24,0	-	73 992	-	221 975	86,0
Helse Sør-Øst	930 278	-7 700	1 084 864		-9 329	435 987	-	1 613 303	74,9

9.3.5 Alternativ 2 for PHBU

Tabell 60 viser fremskrevet aktivitet for PHBU sykehus i 2030, forutsatt demografisk fremskriving i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst). For Helse Sør-Øst utgjør dette en økning i antall oppholdsdøgn på ca. 17 pst.

Tabell 60 fremskrevet aktivitet for PHBU sykehus i 2030, SSB alternativ MMMM

HF	Sum Oppholds-døgn PHBU 2013 (NPR)	Korrigerings aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigerings aktivitet 2030 jf note	Sykdomsforekomst (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-10 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	6 725	-	8 180	21,6	-	818	-	-818	8 180	21,6
Oslo Universitetssykehus HF	4 968	-	6 100	22,8	-	610	-	-610	6 100	22,8
Sykehuset i Vestfold HF	2 503	-	2 789	11,4	-	279	-	-279	2 789	11,4
Sykehuset Innlandet HF	7 251	-	7 876	8,6	-	788	-	-788	7 876	8,6
Sykehuset Telemark HF	2 233	-	2 318	3,8	-	232	-	-232	2 318	3,8
Sykehuset Østfold HF	6 446	-	7 332	13,7	-	733	-	-733	7 332	13,7
Sørlandet sykehus HF	1 571	-	1 751	11,5	-	175	-	-175	1 751	11,5
Vestre Viken HF	3 740	-	4 393	17,5	-	439	-	-439	4 393	17,5
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre private	11 658	-	14 102	21,0	-	1 410	-	-1 058	14 455	24,0
Helse Sør-Øst	47 095	-	54 841	16,4	-	4 074	-	-4 074	55 194	17,20

Tabell 61 viser fremskrevet aktivitet for den polikliniske virksomheten ved PHBU i 2030, forutsatt demografisk fremskriving i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst), og en kvalitativ justering tilsvarende en økning på 50 pst. i antall konsultasjoner. For Helse Sør-Øst utgjør dette en realvekst i antall polikliniske konsultasjoner på ca. 75 pst.

Tabell 61 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, PHBU, poliklinikk

HF	Sum Poliklinikk PHBU 2013 (NPR)	Korrigerings aktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigerings aktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (50 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	105 567	-	130 129	23,3	-	65 065	-	195 194	84,9
Oslo Universitetssykehus HF	77 547	-	97 001	25,1	-	48 501	-	145 502	87,6
Sykehuset i Vestfold HF	53 459	-	61 224	14,5	-	30 612	-	91 836	71,8
Sykehuset Innlandet HF	87 629	-	97 287	11,0	-	48 644	-	145 931	66,5
Sykehuset Telemark HF	36 520	-	40 910	12,0	-	20 455	-	61 365	68,0
Sykehuset Østfold HF	44 728	-	51 399	14,9	-	25 700	-	77 099	72,4
Sørlandet sykehus HF	71 950	-	87 879	22,1	-	43 940	-	131 819	83,2
Vestre Viken HF	73 351	-	86 724	18,2	-	43 362	-	130 086	77,3
Diakonhjemmet sykehus	9 554	-	11 283	18,1	-	5 642	-	16 925	77,1
Lovisenberg diakonale sykehus	18 923	-	24 245	28,1	-	12 123	-	36 368	92,2
Andre private	5 526	-	6 785	22,8	-	3 393	-	10 178	84,2
Helse Sør-Øst	584 754	-	694 866		-	326 277	-	1 021 143	74,6

9.3.6 Alternativ 2 for TSB

Tabell 62 viser fremskrevet aktivitet for TSB i 2030, forutsatt demografisk fremskriving i henhold til SSB befolkningsprognose (middels vekst). For Helse Sør-Øst utgjør dette en økning i antall oppholds-døgn på ca. 12 pst.

Tabell 62 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer jf. Alternativ 2, TSB

HF	Sum Oppholdsøgn TSB 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Sykdomsføremst (10 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Medisinsk teknologisk utvikling (-10 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	15 213		18 825	23,7		1 883	-	-1 883	18 825	19,2
Oslo Universitetssykehus HF	23 595	-	26 800	25,7		2 680	-	-2 680	26 800	12,0
Sykehuset i Vestfold HF	9 027	-	9 835	25,7		984	-	-984	9 835	8,2
Sykehuset Innlandet HF	13 486	-	14 290	12,3		1 429	-	-1 429	14 290	5,6
Sykehuset Telemark HF	-	-	-	10,6		-	-	-	-	
Sykehuset Østfold HF	10 196	-	11 360	11,4		1 136	-	-1 136	11 360	10,2
Sørlandet sykehus HF	20 445	-	24 042	17,6		2 404	-	-2 404	24 042	15,0
Vestre Viken HF	18 389	-	20 696	12,5		2 070	-	-2 070	20 696	11,1
Diakonhjemmet sykehus	-		-			-	-	-	-	
Lovisenberg diakonale sykehus	-		-			-	-	-	-	
Andre private	234 366		267 170	14,0		26 717	-	-26 717	267 170	12,3
Helse Sør-Øst	344 717	-	393 018			39 302	-	-39 302	393 018	12,3

Tabell 63 Samlet effekt av demografi og omstillingsfaktorer for poliklinikk jf. Alternativ 2, TSB

HF	Sum Pol. Konsult. TSB 2013 (NPR)	Korrigeringsaktivitet 2013 jf note	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030	Pst. demografisk endring 2013-2030	Korrigeringsaktivitet 2030 jf note	Endring i tilbud og forventninger (50 pst.)	Endring i pasientstrøm kommune (0 pst.)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2030 + omstillinger	Sum pst. endring 2013-2030
Akershus universitetssykehus HF	24 822	-	30 456	22,7	-	15 228	-	45 684	45,7
Oslo Universitetssykehus HF	15 923	-	19 421	22,0	-	9 711	-	29 132	45,3
Sykehuset i Vestfold HF	27 602	-	30 692	11,2	-	15 346	-	46 038	40,0
Sykehuset Innlandet HF	20 418	-	22 016	7,8	-	11 008	-	33 024	38,2
Sykehuset Telemark HF	5 429	-	5 746	5,8	-	2 873	-	8 619	37,0
Sykehuset Østfold HF	21 497	-	24 164	12,4	-	12 082	-	36 246	40,7
Sørlandet sykehus HF	30 314	-	35 949	18,6	-	17 975	-	53 924	43,8
Vestre Viken HF	18 363	-	20 717	12,8	-	10 359	-	31 076	40,9
Diakonhjemmet sykehus	-	7 700	9 355	21,5	-	4 678	-	14 033	45,1
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andre private	32 685	-	39 693	21,4	-	19 847	-	59 540	45,1
Helse Sør-Øst	197 053	7 700	238 209		-	94 581	-	357 314	42,7

Note: Diakonhjemmet sykehus. I NPR-tallene er også ruspoliklinikk (TSB) inkludert. Dette er korrigert ved at et estimat på 7 700 konsultasjoner er flyttet fra tabeller som viser aktivitet PHV til tabeller som viser aktivitet PHV.

10 Kapasitetsbehov 2030

10.1 Utnyttelsesgrader

Et fremskrevet aktivitetsbehov slik det er vist foran (kapittel 9) forteller ikke automatisk hva aktiviteten vil kreve av kapasitet. Kapasitetsbehovet vil blant annet bero på i hvilken grad tilgjengelig kapasitet blir utnyttet. Hvor mange timer en poliklinikk er åpen pr dag, hvor mange dager en døgnplass er belagt pr år og hvor mange konsultasjoner man forutsetter pr dag, er alle forhold som vi her betegner som utnyttelsesgrader.

For beregning av fremtidig kapasitetsbehov har vi benyttet to alternative sett av utnyttelsesgrader, her kalt:

- Basis utnyttelsesgrad
- Høy utnyttelsesgrad

De to alternativene for utnyttelse av kapasitet vises i tabellene 64-67.

Tabell 64 Basis utnyttelsesgrad - døgnplasser

Utnyttelsesgrad døgnplasser (senger)	Pst. utnyttelse	Kommentar
Psykisk helsevern voksne, sykehus	85 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp/akutt plasser
Døgnplass DPS	85 %	
Psykisk helsevern barn og unge	75 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. få døgnplasser
Rus/avhengighet	80 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp

Tabell 65 Basis utnyttelsesgrad - poliklinikk

Utnyttelsesgrad poliklinikk	Dager/år	Timer/dag	Minutter pr konsultasjon
Psykisk helsevern voksne, sykehus	230	6	90
DPS	230	6	90
Psykisk helsevern barn og unge	230	6	90
Rus/avhengighet	230	6	90

Tabell 66 Høy utnyttelsesgrad - døgnplasser

Utnyttelsesgrad døgnplasser (senger)	Pst. utnyttelse	Kommentar
Psykisk helsevern voksne, sykehus	90 %	
Døgnplass DPS	90 %	20-30 % av DPS-sengene er beredskapssenger som belgges ca. 60 %
Psykisk helsevern barn og unge	73 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. få døgnplasser
Rus/avhengighet	80 %	Redusert utnyttelsesgrad pga. øyeblikkelig hjelp

Tabell 67 Høy utnyttelsesgrad - poliklinikk

Utnyttelsesgrad poliklinikk	Dager/år	Timer/dag	Minutter pr konsultasjon
Psykisk helsevern voksne, sykehus	230	8	75
DPS	230	8	75
Psykisk helsevern barn og unge	230	8	75
Rus/avhengighet	230	8	75

Valg av utnyttelsesgrad påvirkes av krav til arealeffektivitet og dermed investeringsbehov og driftskostnader. En "riktig" kapasitets- og arealutnyttelse påvirkes av krav til fleksibilitet, driftsmodell (andel ø-hjelp og elektiv virksomhet), organisering (faglig spesialisering, pasientvolum, bemanning o.a.) og oppgaver.

Høy utnyttelse er vanskelig å oppnå i sykehus som har stor variasjon i aktivitet og få muligheter for å utnytte rom på tvers av avdelinger. Avdelinger som har en høy andel elektiv virksomhet og korte liggetider vil få redusert utnyttelsesgrad på grunn av redusert belegg i helger og ferier.

Det er f.eks. beregnet et behov for antall poliklinikkrom i størrelsesorden ca. 1 460 rom. Dagens kapasitetsbehov er beregnet til ca. 1 000 rom. Det er da tatt utgangspunkt i antall konsultasjoner i 2013, og forutsatt en utnyttelsesgrad på 6 timer hver dag 230 dager, og med 90 minutter pr konsultasjon. Det betyr at hvert rom har 4 konsultasjoner pr dag den tiden poliklinikken er åpen. Sannsynligvis er den reelle kapasiteten vesentlig høyere enn 1 000 rom, blant annet på grunn av at rom for polikliniske konsultasjoner ofte fungerer i kombinasjon med kontor for behandler. I gjennomsnitt vil derfor utnyttelsesgraden være lavere enn 4 konsultasjoner hver dag, som det er forutsatt i beregningene.

Dagens kapasitet for poliklinikkrom er ikke fullt ut kartlagt for hele regionen. Vestre Viken har fullført kartlegging, og har i dag 300 konsultasjonsrom i poliklinikkene. De har et beregnet behov på 133 konsultasjonsrom dersom man forutsetter basis utnyttelsesgrad. Det viser at kapasiteten er rikelig i forhold til en økning i aktivitet på ca. 40 %.

10.2 PHV – (hovedalternativ)

Tabell 68 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for døgnplasser i sykehus innenfor det psykiske helsevern for voksne. Forutsatt Hovedalternativ for fremskrivning av aktivitet, og basis utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 1 284 døgnplasser. Dette gir en knapphet på 30 døgnplasser.

Tabell 68 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHV sykehusfunksjon, forutsatt Hovedalternativ og 85 pst. utnyttelse av døgnplassene (basis utnyttelsesgrad)

HF (Sykehus)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, 85 pst. utnyttelse	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	37 958	122	128	6	5
Oslo Universitetssykehus HF	62 000	200	204	4	2
Sykehuset i Vestfold HF	17 877	58	60	2	4
Sykehuset Innlandet HF	45 292	146	153	7	5
Sykehuset Telemark HF	19 823	64	63	-1	-1
Sykehuset Østfold HF	33 461	108	98	-10	-9
Sørlandet sykehus HF	35 745	115	113	-2	-2
Vestre Viken HF	53 403	172	138	-34	-20
Diakonhjemmet sykehus	11 942	38	38	-0	-1
Lovisenberg diakonale sykehus	23 873	77	76	-1	-1
Andre private	66 156	213	213	-0	-0
Helse Sør-Øst	407 530	1 314	1 284	-30	-2

Note: Andre private: Kapasitet ukjent. Det er her fortsatt at beregnet antall plasser forutsatt 85 pst. utnyttelse = kapasitet i bruk.

Ved å legge til grunn en utnyttelsesgrad på 90 pst. gir det et redusert kapasitetsbehov på 73 døgnplasser, sammenlignet med basis (85 pst.) utnyttelsesgrad.

Tabell 69 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHV sykehusfunksjon, forutsatt Hovedalternativ og 90 pst. utnyttelse av døgnplassene (høy utnyttelsesgrad)

HF (Sykehus)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, 90 pst. utnyttelse	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	37 958	116	128	12	10,8
Oslo Universitetssykehus HF	62 000	189	204	15	8,1
Sykehuset i Vestfold HF	17 877	54	60	6	10,3
Sykehuset Innlandet HF	45 292	138	153	15	11,0
Sykehuset Telemark HF	19 823	60	63	3	4,4
Sykehuset Østfold HF	33 461	102	98	-4	-3,8
Sørlandet sykehus HF	35 745	109	113	4	3,8
Vestre Viken HF	53 403	163	138	-25	-15,1
Diakonhjemmet sykehus	11 942	36	38	2	4,5
Lovisenberg diakonale sykehus	23 873	73	76	3	4,6
Andre private	66 156	201	201	-0	-0,2
Helse Sør-Øst	407 530	1 241	1 272	31	3

Tabell 70 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for døgnplasser i DPS. Forutsatt Hovedalternativ for fremskrivning av aktivitet, og basis utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 600 døgnplasser. Dette gir en restkapasitet i 2030 i størrelsesorden 168 døgnplasser.

Tabell 70 Beregnet kapasitetsbehov 2030 i DPS, forutsatt Hovedalternativ og 85 pst. utnyttelse av døgnplassene (middels utnyttelsesgrad)

HF (DPS)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, (85 pst. utnyttelsesgrad)	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	33 535	108	108	-0	-0
Oslo Universitetssykehus HF	14 896	48	57	9	19
Sykehuset i Vestfold HF	10 510	34	51	17	51
Sykehuset Innlandet HF	28 655	92	121	29	31
Sykehuset Telemark HF	19 827	64	67	3	5
Sykehuset Østfold HF	27 124	87	97	10	11
Sørlandet sykehus HF	22 002	71	97	26	37
Vestre Viken HF	23 954	77	152	75	97
Diakonhjemmet sykehus	-	-			
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-			
Andre private	5 521	18	18	0	1
Helse Sør-Øst	186 022	600	768	168	28

Note: Diakonhjemmet sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, fyller både sykehusfunksjon og DPS funksjon, men all aktivitet og kapasitet fremkommer for oversiktens skyld i tabeller som viser sykehusfunksjon.

Ved å legge til grunn en utnyttelsesgrad tilsvarende 90 pst. utnyttelse av 75 pst. av aktivitet, og 60 pst. av 25 pst. av aktivitet, gir det et økt kapasitetsbehov på 37 døgnplasser.

Tabell 71 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHV DPS, forutsatt Hovedalternativ og 90 pst. utnyttelse av 75 pst. av aktivitet, og 60 pst. av 25 pst. av aktivitet (beredskaps plasser)(høy utnyttelsesgrad).

HF (DPS)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, utnyttelse jf. note	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	33 535	115	108	-7	-6
Oslo Universitetssykehus HF	14 896	51	57	6	12
Sykehuset i Vestfold HF	10 510	36	51	15	42
Sykehuset Innlandet HF	28 655	98	121	23	23
Sykehuset Telemark HF	19 827	68	67	-1	-1
Sykehuset Østfold HF	27 124	93	97	4	4
Sørlandet sykehus HF	22 002	75	97	22	29
Vestre Viken HF	23 954	82	152	70	85
Diakonhjemmet sykehus	-	-			
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-			
Andre private	5 521	19	18	-1	-5
Helse Sør-Øst	186 022	637	768	131	21

Note: Diakonhjemmet sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, fyller både sykehusfunksjon og DPS funksjon, men all aktivitet og kapasitet fremkommer for oversiktens skyld i tabeller som viser sykehusfunksjon.

Note: 90 pst. utnyttelse av 75 pst. av aktivitet, og 60 pst. av 25 pst. av aktivitet

Forutsatt Hovedalternativ for fremskriving av aktivitet, og alternative utnyttelsesgrader ("basis" og "høy"), viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov for det psykiske helsevern for voksne vil være i størrelsesorden ca. 1 880-1 910 døgnplasser.

Det er kartlagt totalt 2 052 døgnplasser i bruk, fordelt på 1 071 i sykehus, 750 i DPS innenfor foretaksgruppen og Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus, og 231 hos andre private.

Det er her ikke tatt hensyn til om dagens døgnplasser tilfredsstiller fremtidens krav til arealstandard, funksjonalitet og utforming (design).

Tabell 72 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for polikliniske konsultasjoner i sykehus innenfor det psykiske helsevern for voksne. Forutsatt Hovedalternativ for fremskriving av aktivitet, og alternative utnyttelsesgrader ("basis" og "høy"), viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 221-353 rom for polikliniske konsultasjoner.

Tabell 72 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHV sykehus, forutsatt Hovedalternativ, "230 dager-6 timer-90 minutter" (basis/middels) og "230 dager-8 timer-75 minutter" (høy) utnyttelse av poliklinikkrom

HF (Sykehus)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-8-75 (Høy utnyttelse)	Beregnet kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	20 921	23	14	11	-12
Oslo Universitetssykehus HF	67 468	73	46	48	-25
Sykehuset i Vestfold HF	32 715	36	22	24	-11
Sykehuset Innlandet HF	15 103	16	10	12	-5
Sykehuset Telemark HF	17 234	19	12	71	52
Sykehuset Østfold HF	7 093	8	5	5	-3
Sørlandet sykehus HF	19 086	21	13	13	-8
Vestre Viken HF	33 391	36	23	25	-11
Diakonhjemmet sykehus	68 598	75	47	57	-17
Lovisenberg diakonale sykehus	875	1	1	1	-0
Andre private	42 303	46	29	29	-17
Heise Sør-Øst	324 786	353	221	297	-56

Tabell 73 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for polikliniske konsultasjoner i DPS. Forutsatt Hovedalternativ for fremskriving av aktivitet, og alternative utnyttelsesgrader ("basis" og "høy"), viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 693 - 1108 rom for polikliniske konsultasjoner.

Tabell 73 Beregnet kapasitetsbehov 2030 DPS, forutsatt Hovedalternativ og "230 dager-6 timer-90 minutter" og "230 dager-6 timer-90 minutter" utnyttelse av poliklinikkrom

HF (DPS)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-8-75 (Høy utnyttelse)	Bygget kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	181 700	198	123	130	-68
Oslo Universitetssykehus HF	74 986	82	51	53	-28
Sykehuset i Vestfold HF	85 975	93	58	67	-26
Sykehuset Innlandet HF	127 770	139	87	105	-34
Sykehuset Telemark HF	68 963	75	47	-	-75
Sykehuset Østfold HF	82 009	89	56	63	-26
Sørlandet sykehus HF	138 075	150	94	105	-45
Vestre Viken HF	117 479	128	80	90	-38
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-
Andre private	142 676	155	97	101	-54
Helse Sør-Øst	1 019 633	1 108	693	714	-394

Forutsatt Hovedalternativ for fremskrivning av aktivitet, og alternative utnyttelsesgrader ("basis" og "høy"), viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov for det psykiske helsevern for voksne vil være i størrelsesorden 914 -1 461 rom for polikliniske konsultasjoner. Dagens kapasitetsbehov er beregnet til ca. 1 000 rom, noe som tilsier at dagens kapasitet må økes med 20 til 30 pst. for å kunne romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030, om ikke utnyttelsesgraden økes kraftig.

10.3 PHBU (hovedalternativ)

Tabell 74 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for døgnplasser innenfor det psykiske helsevern for barn og unge. Forutsatt Hovedalternativ for fremskrivning av aktivitet, og utnyttelsesgrad 73 pst., viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 165 døgnplasser.

Det er i dag registrert 121 døgnplasser i tillegg til at det er anslått en kapasitet på 42 plasser hos private tjenesteleverandører.

Tabell 74 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHBU, forutsatt Hovedalternativ og middels/høy utnyttelse

HF	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, (utnyttelsesgrad 73 pst.)	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	6 544	25	22	-3	-10
Oslo Universitetssykehus HF	4 880	18	17	-1	-7
Sykehuset i Vestfold HF	2 231	8	6	-2	-28
Sykehuset Innlandet HF	6 301	24	26	2	10
Sykehuset Telemark HF	1 854	7	10	3	44
Sykehuset Østfold HF	5 866	22	16	-6	-27
Sørlandet sykehus HF	1 401	5	6	1	14
Vestre Viken HF	3 514	13	18	5	36
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-
Andre private	11 282	42	42	-0	-1
Helse Sør-Øst	43 873	165	163	-2	-1

10.4 PHBU (hovedalternativ)

Tabell 75 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for polikliniske konsultasjonsrom innenfor det psykiske helsevern for barn og unge. Forutsatt Hovedalternativ for fremskrivning av aktivitet, og utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 590-944 rom.

Det er i dag registrert 636 rom, noe som kan vise seg å være for lite sett i forhold til de forutsetninger som er lagt til grunn i beregningen.

Tabell 75 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHBU, forutsatt Hovedalternativ, og "230 dager-6 timer-90 minutter" og "230 dager-6 timer-90 minutter" utnyttelse av poliklinikkrom

HF (PHBU)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030,230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030,230-8-75 (Høy utnyttelse)	Bygget kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	162 661	177	111	115	-62
Oslo Universitetssykehus HF	121 251	132	82	84	-48
Sykehuset i Vestfold HF	76 530	83	52	58	-25
Sykehuset Innlandet HF	121 609	132	83	95	-37
Sykehuset Telemark HF	51 138	56	35	40	-16
Sykehuset Østfold HF	64 249	70	44	49	-21
Sørlandet sykehus HF	109 849	119	75	78	-41
Vestre Viken HF	108 405	118	74	80	-38
Diakonhjemmet sykehus	14 104	15	10	10	-5
Lovisenberg diakonale sykehus	30 306	33	21	21	-12
Andre private	8 481	9	6	6	-3
Helse Sør-Øst	868 583	944	590	636	-309

10.5 TSB (Hovedalternativ)

Tabell 76 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for døgnplasser innenfor TSB. Forutsatt Hovedalternativ for fremskrivning av aktivitet, og 80 pst. utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 1 014 døgnplasser.

Det er i dag registrert 1 126, fordelt på 437 plasser innenfor foretaksgruppen, og beregnet et anslag på 689 hos de private. Kapasiteten er tilstrekkelig for å kunne romme et fremtidig kapasitetsbehov forutsatt at de private har en kapasitet tilsvarende 80 pst. utnyttelse av antall oppholdsdøgn.

Tabell 76 Beregnet kapasitetsbehov 2030 TSB, forutsatt Hovedalternativ og 80 pst. utnyttelse av døgnplassene

HF	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013- 2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, (85 pst. utnyttelses- grad)	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitets- behov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitets- behov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	15 060	49	68	19	40
Oslo Universitetssykehus HF	21 440	69	94	25	36
Sykehuset i Vestfold HF	7 868	25	49	24	93
Sykehuset Innlandet HF	11 432	37	52	15	41
Sykehuset Telemark HF	-	-	3	3	
Sykehuset Østfold HF	9 088	29	36	7	23
Sørlandet sykehus HF	19 234	62	72	10	16
Vestre Viken HF	16 557	53	63	10	18
Diakonhjemmet sykehus	-	-			
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-			
Andre private	213 736	689	689		
Helse Sør-Øst	314 414	1 014	1 126	112	

Tabell 78 viser beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for polikliniske konsultasjonsrom innenfor TSB. Forutsatt Hovedalternativ for fremskrivning av aktivitet, og utnyttelsesgrad er, viser beregningene at det vil være et kapasitetsbehov i størrelsesorden 194-311 rom.

Tabell 77 Beregnet kapasitetsbehov 2030 TSB, forutsatt Hovedalternativ og "230 dager-6 timer-90 minutter" utnyttelse av poliklinikkrom

HF (TSB)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030,230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030,230-8-75 (Høy utnyttelse)	Beregnet kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	38 070	41	26	27	-14
Oslo Universitetssykehus HF	24 276	26	16	17	-9
Sykehuset i Vestfold HF	38 365	42	26	30	-12
Sykehuset Innlandet HF	27 520	30	19	22	-8
Sykehuset Telemark HF	7 183	8	5	6	-2
Sykehuset Østfold HF	30 205	33	21	23	-9
Sørlandet sykehus HF	44 936	49	31	33	-16
Vestre Viken HF	25 896	28	18	20	-8
Diakonhjemmet sykehus	11 694	13	8	-	-13
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-
Andre private	49 616	54	34	36	-18
Helse Sør-Øst	297 761	324	202	214	-109

10.6 Oppsummering kapasitet hovedalternativet

Tabell 79, 80, 81 og 82 viser en oppsummering av beregnet kapasitetsbehov i 2030, forutsatt at hovedalternativet legges til grunn.

Tabell 78 Oppsummert beregnet kapasitetsbehov døgnplasser 2030 for sykehusfunksjon, DPS, PHBU og TSB, forutsatt Hovedalternativ og basis utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, døgnplasser hovedalternativet, basis utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
Tjenesteområde	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. døgnplasser	Avvik i pst.
Sykehus	1 071	213	1 284	1 314	-30	-2,3
DPS	750	18	768	600	168	21,9
PHBU	121	42	163	165	-2	-1,2
TSB	437	732	1 169	1 077	92	7,9
Totalt	2 379	1 005	3 384	3 156	228	6,7

Med de forutsetninger som er lagt til grunn viser tabellen at det vil være noe knapphet på kapasitet i 2030 når det gjelder sykehusfunksjonen og det psykiske helsevern for barn og unge, mens det vil tilstrekkelig innenfor DPS og TSB.

Tabell 79 Oppsummert beregnet kapasitetsbehov døgnplasser 2030 for sykehusfunksjon, DPS, PHBU og TSB, forutsatt Hovedalternativ og høy utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, døgnplasser hovedalternativet, høy utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. døgnplasser	Avvik i pst.
Sykehus	1 071	201	1 272	1 241	31	2,4
DPS	750	18	768	637	131	17,1
PHBU	121	42	163	165	-2	-1,2
TSB	437	689	1 126	1 014	112	9,9
Totalt	2 379	950	3 329	3 057	272	8,2

Note: For tjenesteområdene PHBU og TSB er det ikke beregnet alternativ utnyttelsesgrader

Med de forutsetninger som er lagt til grunn viser tabellen at det vil være en restkapasitet på 31 og 131 døgnplasser for henholdsvis sykehusfunksjonen og DPS.

Tabell 80 Oppsummert beregnet kapasitetsbehov poliklinikk 2030 for sykehusfunksjon, DPS, PHBU og TSB, forutsatt Hovedalternativ og basis utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, poliklinikk hovedalternativet, basis utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. poliklinikk rom	Avvik i pst.
Sykehus	268	29	297	353	-56	-15,9
DPS	613	101	714	1 108	-394	-35,6
PHBU	630	6	636	944	-308	-32,6
TSB	178	36	214	324	-110	-34,0
Totalt	1 689	172	1 861	2 729	-868	-31,8

Med de forutsetninger som er lagt til grunn viser tabellen at det vil være en knapphet på rom til poliklinisk virksomhet tilsvarende et gjennomsnitt på vel 30 pst.

Tabell 81 Oppsummert beregnet kapasitetsbehov poliklinikk 2030 for sykehusfunksjon, DPS, PHBU og TSB, forutsatt Hovedalternativ og høy utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, poliklinikk hovedalternativet, høy utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. poliklinikk rom	Avvik i pst.
Sykehus	268	29	297	221	76	34,4
DPS	613	101	714	693	21	3,0
PHBU	630	6	636	590	46	7,8
TSB	178	36	214	202	12	5,9
Totalt	1 689	172	1 861	1 706	155	9,1

Beregningene viser at det ligger en kapasitetsreserve på 50-60 % alt etter om man legger til grunn en middels eller høy utnyttelse av eksisterende kapasitet. Underkapasiteten er størst innenfor DPS og TSB.

10.7 PHV (Alternativ 2)

Forutsatt Alternativ 2 for fremskriving av aktivitet, og middels utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov for sykehusfunksjonen på ca. 1 355 døgnplasser.

Det er pr 1.1.2014 registrert 1 291 døgnplasser, noe som tilsier at dagens kapasitet ikke vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030.

Tabell 82 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHV sykehus, forutsatt alternativ 2, basis utnyttelsesgrad

HF	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013- 2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, 85 pst. utnyttelse	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitets- behov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitets- behov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	39 144	126	128	2	1
Oslo Universitetssykehus HF	63 938	206	204	-2	-1
Sykehuset i Vestfold HF	18 435	59	60	1	1
Sykehuset Innlandet HF	46 708	151	153	2	2
Sykehuset Telemark HF	20 442	66	63	-3	-4
Sykehuset Østfold HF	34 506	111	98	-13	-12
Sørlandet sykehus HF	36 862	119	113	-6	-5
Vestre Viken HF	55 072	178	138	-40	-22
Diakonhjemmet sykehus	12 316	40	38	-2	-4
Lovisenberg diakonale sykehus	24 619	79	76	-3	-4
Andre private	68 223	220	220	0	0
Helse Sør-Øst	420 265	1 355	1 291	-64	-5

Tabell 84 viser Alternativ 2 når det gjelder DPS. Forutsatt Alternativ 2 for fremskriving av aktivitet, og middels utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov for DPS på ca. 619 døgnplasser.

Det er pr 1.1.2014 registrert 767 døgnplasser, noe som tilsier at dagens kapasitet vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030.

Tabell 83 Beregnet kapasitetsbehov 2030 DPS, forutsatt alternativ 2, basis utnyttelsesgrad

HF (DPS)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013- 2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasse i 2030, 85 pst. utnyttelse	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsb ehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbeh ov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	34 583	111	108	-3	-3
Oslo Universitetssykehus HF	15 361	50	57	7	15
Sykehuset i Vestfold HF	10 838	35	51	16	46
Sykehuset Innlandet HF	29 550	95	121	26	27
Sykehuset Telemark HF	20 446	66	67	1	2
Sykehuset Østfold HF	27 972	90	97	7	8
Sørlandet sykehus HF	22 689	73	97	24	33
Vestre Viken HF	24 702	80	152	72	91
Diakonhjemmet sykehus	-	-		-	
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-		-	
Andre private	5 866	19	17	-2	-10
Helse Sør-Øst	192 008	619	767	148	

Tabell 85 viser kapasitetsbehovet for poliklinikk i sykehusfunksjonen når alternativ 2 legges til grunn.

Tabell 84 Beregnet kapasitetsbehov 2030 Sykehusfunksjonen, forutsatt Alternativ 2 og "230 dager-6 timer-90 minutter" utnyttelse av poliklinikkrom

HF (Sykehus)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-6- 90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-8- 75 (Høy utnyttelse)	Beregnet kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	25 106	27	17	11	-16
Oslo Universitetssykehus HF	80 961	88	55	48	-40
Sykehuset i Vestfold HF	39 258	43	27	24	-18
Sykehuset Innlandet HF	18 123	20	12	12	-8
Sykehuset Telemark HF	20 681	22	14	71	48
Sykehuset Østfold HF	8 511	9	6	5	-4
Sørlandet sykehus HF	22 904	25	16	13	-12
Vestre Viken HF	40 070	44	27	25	-18
Diakonhjemmet sykehus	82 317	89	56	57	-32
Lovisenberg diakonale sykehus	1 050	1	1	1	-1
Andre private	50 763	55	34	29	-26
Helse Sør-Øst	389 743	424	265	297	-127

Tabell 86 viser kapasitetsbehovet for poliklinikk i DPS når alternativ 2 legges til grunn.

Tabell 85 Beregnet kapasitetsbehov 2030 DPS, forutsatt Alternativ 2 og "230 dager-6 timer-90 minutter" utnyttelse av poliklinikkrom

HF (DPS)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030,230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030,230-8-75 (Høy utnyttelse)	Bygget kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	218 040	237	148	130	-107
Oslo Universitetssykehus HF	89 984	98	61	53	-44
Sykehuset i Vestfold HF	103 170	112	70	67	-45
Sykehuset Innlandet HF	153 324	167	104	105	-62
Sykehuset Telemark HF	82 756	90	56	-	-90
Sykehuset Østfold HF	98 411	107	67	63	-44
Sørlandet sykehus HF	165 690	180	113	105	-75
Vestre Viken HF	140 975	153	96	90	-63
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-
Andre private	171 212	186	116	101	-85
Helse Sør-Øst	1 223 560	1 330	831	714	-616

10.8 PHBU (Alternativ 2)

Forutsatt Alternativ 2 for fremskriving av aktivitet, og middels utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov for PHBU på ca. 147 døgnplasser.

Det er pr 1.1.2014 registrert 160 døgnplasser, noe som tilsier at dagens kapasitet ikke vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030.

Tabell 86 Beregnet kapasitetsbehov antall døgnplasser 2030 PHBU, forutsatt Alternativ 2

HF	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, 85 pst. utnyttelse	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	6 749	22	22	0	1
Oslo Universitetssykehus HF	5 033	16	17	1	5
Sykehuset i Vestfold HF	2 301	7	6	-1	-19
Sykehuset Innlandet HF	6 498	21	26	5	24
Sykehuset Telemark HF	1 912	6	10	4	62
Sykehuset Østfold HF	6 049	19	16	-3	-18
Sørlandet sykehus HF	1 445	5	6	1	29
Vestre Viken HF	3 624	12	18	6	54
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	-
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-
Andre private	11 987	39	39	0	-
Helse Sør-Øst	45 596	147	160	13	9

Tabell 87 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHBU, forutsatt Alternativ 2 og "230 dager-6 timer-90 minutter" utnyttelse av poliklinikkrom

HF (PHBU)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-8-75 (Høy utnyttelse)	Bygget kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	195 194	212	133	115	-97
Oslo Universitetssykehus HF	145 502	158	99	84	-74
Sykehuset i Vestfold HF	91 836	100	62	58	-42
Sykehuset Innlandet HF	145 931	159	99	95	-63
Sykehuset Telemark HF	61 365	67	42	40	-27
Sykehuset Østfold HF	77 099	84	52	49	-35
Sørlandet sykehus HF	131 819	143	90	78	-65
Vestre Viken HF	130 086	141	88	80	-62
Diakonhjemmet sykehus	16 925	18	11	10	-8
Lovisenberg diakonale sykehus	36 368	40	25	21	-19
Andre private	10 178	11	7	6	-5
Helse Sør-Øst	1 042 299	1 133	708	636	-497

10.9 TSB (Alternativ 2)

Forutsatt Alternativ 2 for fremskriving av aktivitet, og middels utnyttelsesgrad, viser beregningene at det vil være et samlet kapasitetsbehov for TSB på ca. 976 døgnplasser.

Det er pr 1.1.2014 anslått en kapasitet på ca. 1 100 døgnplasser, noe som tilsier at dagens kapasitet vil være tilstrekkelig til å skulle romme det beregnede kapasitetsbehovet i 2030.

Tabell 88 Beregnet kapasitetsbehov 2030 TSB, forutsatt Alternativ 2 og basis og høy utnyttelsesgrad

TSB	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall døgnplasser i 2030, 85 pst. utnyttelse	Kapasitet i bruk 2014	Avvik beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk	Avvik i pst. Beregnet kapasitetsbehov - kapasitet i bruk
Akershus universitetssykehus HF	13 648	47	68	21	45
Oslo Universitetssykehus HF	19 430	67	94	27	41
Sykehuset i Vestfold HF	7 130	24	49	25	101
Sykehuset Innlandet HF	10 360	35	52	17	47
Sykehuset Telemark HF	-	-	3	3	
Sykehuset Østfold HF	8 236	28	36	8	28
Sørlandet sykehus HF	17 430	60	72	12	21
Vestre Viken HF	15 005	51	63	12	23
Diakonhjemmet sykehus	-	-	-	-	
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	
Andre private	193 698	663	663	-0	-0
Helse Sør-Øst	284 938	976	1 100	124	

Tabell 89 Beregnet kapasitetsbehov 2030 PHBU, forutsatt Alternativ 2 og "230 dager-6 timer-90 minutter" utnyttelse av poliklinikkrom

HF (TSB)	Sum aktivitet 2013 + demografi 2013-2030 + omstillinger	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-6-90 (Middels utnyttelse)	Beregnet antall rom for poliklinikk i 2030, 230-8-75 (Høy utnyttelse)	Beregnet kapasitet 2014 (*)	Avvik Middels utnyttelse - kapasitet 2014
Akershus universitetssykehus HF	45 684	50	31	27	-23
Oslo Universitetssykehus HF	29 132	32	20	17	-15
Sykehuset i Vestfold HF	46 038	50	31	30	-20
Sykehuset Innlandet HF	33 024	36	22	22	-14
Sykehuset Telemark HF	8 619	9	6	6	-3
Sykehuset Østfold HF	36 246	39	25	23	-16
Sørlandet sykehus HF	53 924	59	37	33	-26
Vestre Viken HF	31 076	34	21	20	-14
Diakonhjemmet sykehus	14 033	15	10	8	-7
Lovisenberg diakonale sykehus	-	-	-	-	-
Andre private	59 540	65	40	36	-29
Helse Sør-Øst	357 314	388	243	222	-166

10.10 Oppsummering kapasitet alternativ 2

Tabell 91, 92 og 93 viser en oppsummering av beregnet kapasitetsbehov i 2030, forutsatt at hovedalternativet legges til grunn.

Tabell 90 Oppsummert beregnet kapasitetsbehov døgnplasser 2030 for sykehusfunksjon, DPS, PHBU og TSB, forutsatt alternativ 2 og basis utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, døgnplasser alternativ 2, basis utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
Tjenesteområde	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. døgnplasser	Avvik i pst.
Sykehus	1 071	220	1 291	1 355	-64	-5,0
DPS	750	17	767	619	148	19,3
PHBU	121	39	160	147	13	8,1
TSB	437	663	1 100	976	124	11,3
Totalt	2 379	939	3 318	3 097	221	6,7

Med de forutsetninger som er lagt til grunn viser tabellen (i likhet med Hovedalternativet) at det vil være noe knapphet på kapasitet i 2030 når det gjelder sykehusfunksjonen og det psykiske helsevern for barn og unge, mens det vil tilstrekkelig innenfor DPS og TSB.

Tabell 91 Oppsummert beregnet kapasitetsbehov poliklinikk rom 2030 for sykehusfunksjon, DPS, PHBU og TSB, forutsatt alternativ 2 og basis utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, poliklinikk alternativet 2, basis utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. poliklinikk rom	Avvik i pst.
Sykehus	268	29	297	424	-127	-30,0
DPS	613	101	714	1 310	-596	-45,5
PHBU	630	6	636	1 133	-497	-43,9
TSB	186	36	222	388	-166	-42,8
Totalt	1 697	172	1 869	3 255	-1 386	-42,6

Med de forutsetninger som er lagt til grunn viser tabellen at det vil være en knapphet på rom til poliklinisk virksomhet tilsvarende et gjennomsnitt på vel 40 pst.

Tabell 92 Oppsummert beregnet kapasitetsbehov poliklinikk rom 2030 for sykehusfunksjon, DPS, PHBU og TSB, forutsatt alternativ 2 og høy utnyttelsesgrad

Oppsummering av kapasitetsbehov 2030, poliklinikk alternativ 2, høy utnyttelsesgrad alle tjenesteområder.						
	Kapasitet foretaksgruppen + DS og LDS	Beregnet kapasitet private	Antatt Kapasitet 2014	Kapasitetsbehov 2030	Avvik ant. poliklinikk rom	Avvik i pst.
Sykehus	268	29	297	265	32	12,1
DPS	613	101	714	831	-117	-14,1
PHBU	630	6	636	708	-72	-10,2
TSB	186	36	222	243	-21	-8,6
Totalt	1 697	-	1 869	2 047	-178	-8,7

Beregningene viser at det ligger en kapasitetsreserve på 50-60 % alt etter om man legger til grunn en middels eller høy utnyttelse av eksisterende kapasitet. Underkapasiteten er størst innenfor DPS og TSB.

Prosjektnotat 4

Begrepsavklaringer, datagrunnlag og metode

Vedlegg til rapporten "Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 HSØ RHF"

VERSJON

1

DATO

2014-09-15

FORFATTER(E)

Rita Konstante

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Sør-Øst RHF

OPPDRAGSGIVERS REF.

Glenn Flandorfer

PROSJEKTNR

102004811

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

25

UTARBEIDET AV

Rita Konstante, Master i sykepleievitenskap

GODKJENT AV

Randi E. Reinertsen, Forskningssjef

PROSJEKTNOTAT NR

4

SIGNATUR**SIGNATUR****GRADERING**

Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Begrepsavklaring, datagrunnlag og metode	4
1.1	Begrepsavklaringer	4
1.2	Datakilder, grunnlag og utvalg	5
1.2.1.	Aktivitetsdata	5
1.2.2.	Kapasitetsdata.....	6
1.2.3.	Data fra Statistisk Sentralbyrå.....	7
1.2.4.	Data fra Norsk pasientregister	7
1.2.5.	Andre informasjons- og datakilder	8
1.2.6.	Mer om datautvalg	8
2	Metoder som var brukt i prosjektet	10
2.1.	Fremskrivingsmodell	10
2.1.1.	Kvantitativ modell.....	11
2.1.2.	Kvalitativ modell	11
2.1.3.	Scenarier (del 3).....	16
2.1.4.	Trendbeskrivelser	16
2.1.5.	Forbruksrater	17
2.1.6.	Framskrivning kapasitetsbehov (del 4).....	18
2.2.	Metode for beregning av operasjons kapasiteter	20
2.3.	Metode for beregning av kapasiteter for intensiv.....	21
2.4.	Beregning av kapasiteter for radiologi og laboratorietjenester	22
3	Begrensninger og usikkerhet	22
4	Arbeidsmåte i prosjektet	25

1 Begrepsavklaring, datagrunnlag og metode

I dette kapitlet beskrives metode, datagrunnlag og begrepsdefinisjoner med henvisninger til ulike dokumenter og datakilder.

1.1 Begrepsavklaringer

I tabell nr.1 nedenfor har vi presisert et utvalg av de begrepene som benyttes i denne rapporten:

Tabell 1 Oversikt over begreper som benyttes i rapporten

	Definisjon/Forklaring/Beskrivelse
Dagopphold	Planlagt innleggelse uten overnatting. Ved dagopphold kan pasienten motta dagbehandling.
Døgnopphold	Planlagt eller akutt innleggelse med overnatting et sted på sykehuset
Eldre	Gruppen eldre som omhandles i denne rapporten, innbefatter alle personer i alderen 70 år eller eldre.
ICD10	International Classification of Diseases (ICD) er et klassifikasjonssystem som grupperer patologiske enheter i henhold til etablerte kriterier.
Kapasitet	Rom og plasser i bygg f.eks. antall døgnplasser, dagplasser, poliklinikkrom, operasjonsstuer. Omfatter kapasitet i bygg som er nødvendig for å kunne gjennomføre primæroppgavene for sykehuset. Kapasitet måles i denne sammenhengen uavhengig av bemanning og organisering. I denne analysen er det avgrenset til døgnbehandling (inkludert intensivbehandling), operasjon, dagbehandling og poliklinisk behandling, og de rom og plasser som kreves for å utføre disse oppgavene. Dette er avgrenset til senger, intensivplasser, operasjonsrom og dagplasser og poliklinikkrom.
Tjenesteområder	Det skilles her mellom tjenesteområdene: 1) somatikk. 2) Psykisk helsevern for voksne, sykehusfunksjon (i dokumentet forkortet til PHV sykehus). 3) Psykisk helsevern for voksne, distriktpsikiatriske sentre (i dokumentet forkortet til DPS) 4) Psykisk helsevern for barn og unge (i dokumentet forkortet til PHBU) 5) Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB).
Omsorgsnivå	Det skilles mellom omsorgsnivåene: døgnopphold, dagbehandling og poliklinikk.
Pasientforløp	Pasientforløp brukes i denne analysen til å gi en skjematisk beskrivelse av hvordan diagnostikk og behandling er organisert og gjennomføres. Pasientforløp er i denne analysen knyttet til diagnosegrupper og brukt for å beskrive dagens og fremtidig aktivitet og ressursbehov knyttet til kapasitet i bygg. I andre sammenhenger brukes pasientforløp på et mer detaljert nivå for å beskrive pasientens vei fra symptomstart til ferdig behandling i helsetjenesten. I slike tilfelle beskrives og visualiseres alle aktiviteter, prosedyrer, dokumentasjon og kompetanse.
Poliklinisk konsultasjon	Kortvarig kontakt med pasient som omfatter undersøkelse, behandling og/eller veiledning utført av spesialisthelsetjenesten i eller utenfor et sykehus. Ved polikliniske kontakter skal det normalt være lege til stede.

Scenarier	Scenarier brukes i denne sammenhengen om beregning av konsekvenser for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov av valg av ulike verdier eller forutsetninger. Det er beregnet konsekvenser av scenarier for alternativ befolkningsfremskriving, forbruksrater, endringer i teknologi og etterspørsel/forventninger og alternative utnyttelsesgrader.
Sykehusområder	Opptaksområder med befolkningsgrunnlag på 3-500 000 innbyggere opprettes for å dekke de fleste spesialisthelsetjenester innenfor et område. Helse Sør-Øst består av følgende sykehusområder (SO): <ul style="list-style-type: none"> • Akershus SO • Innlandet SO • Oslo SO • Sørlandet SO • Telemark og Vestfold SO • Vestre Viken SO • Østfold SO
Sykehusopphold	Sammenhengende opphold på sykehus for en innlagt pasient. Kan omfatte opphold på flere avdelinger (avdelingsopphold).
Trender	Trender brukes om den dokumenterte/rapporterte utvikling i aktivitet og befolkning fra 2002 til 2012 for somatikk og fra 2008-2013 for PHV og TSB.
Utnyttelsesgrader	Utnyttelsesgrader betegner i hvor stor andel av tiden et rom eller en plass brukes eller hvor mange aktiviteter (opphold, konsultasjoner, operasjoner ol.) som kan utføres i et rom i en tidsenhet, vanligvis ett år. For rom eller plasser som driftes deler av døgnet og året, uttrykkes utnyttelsesgraden i antall driftsdager per år, timer per dag og minutter per hendelse/aktivitet.

1.2 Datakilder, grunnlag og utvalg

Nedenfor beskrives hvilke data og datakilder som er brukt i dette prosjektet.

1.2.1. Aktivitetsdata

Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF) har levert aktivitetsdata om den somatiske aktiviteten i 2012 i sykehusområder, helseforetak private, ideelle sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og private avtalespesialister i tabellformat. Datagrunnlaget kommer fra NPR og innholdet tilsvarer NPR-meldingen. Krav til uttrekk av data for bruk i tabeller er spesifisert av SINTEF. Spesifikasjonen er basert på erfaringer fra planlegging av aktivitet- og kapasitetsbehov i sykehusprosjekter. Anvendelse av data i pasientforløpsanalyser, scenarier og andre analyser og beregninger er SINTEFs ansvar. Det er også innhentet aktivitetsdata (døgnopphold, dagopphold og poliklinikk for kirurgisk DRG, ekskludert friske nyfødte og prosedyrekoder 112xx og 115xx) fra lokale operasjonsregister fra helseforetakene som er benyttet for analyse av tidsbruk i operasjonsheter.

For analyser av aktivitet og kapasitetsbehov innenfor PHV og TSB har SINTEF mottatt aktivitetsdata (døgnopphold, dagopphold og poliklinikk) i form av aidentifiserte NPR-filer med aktivitetsdata for 2013 fra HSØ RHF.

Informasjon om opptaksområder for helseforetakene og sykehusområder er innhentet fra HSØ.

1.2.2. Kapasitetsdata

HSØ RHF har gjennomført registrering av kapasiteten i alle helseforetak/sykehus i løpet av 2013/2014. Kapasitetsdata er klassifisert og registrert iht. reglene i Klassifikasjonssystem for sykehusbygg¹ utarbeidet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Registrering er utført lokalt av bygg- og eiendomsavdelingene i samarbeid med Multiconsult. SINTEF har bistått med kvalitetssikring og tilrettelegging av kapasitetsdata som ble brukt i sluttrapport og delrapport. I noen tilfeller er kapasitetsdata innhentet direkte fra eiendomsavdelinger og fra medlemmene i arbeidsgruppen.

Kapasitetsdata for 2014 er basert på innsamlede data fra helseforetakene selv. Det er benyttet flere metoder for innsamling. For somatikken er den nasjonale databasen "klassifikasjonssystemet.no" benyttet, der denne er ferdig kvalitetssikret og godkjent for et helseforetak. For helseforetakene som ikke er registrert per dato er det gjort en egen kartlegging i samarbeid med foretaket. For psykiatrien er kapasitetsdata innhentet direkte fra det kliniske miljøet representert i arbeidsgruppene i forbindelse med denne rapporten.

I løpet av 2014 er det pågått et arbeid med å få registrert og klassifisert hele bygningsmassen til Helse Sør-Øst i den nasjonale databasen. Eiendomsavdelingene i de ulike helseforetakene har benyttet en mal for registrering og registrert hvert eneste rom i alle bygg basert på klassifikasjonssystemet. Multiconsult er engasjert for å gjøre en kvalitetssikring av dataene før de registreres i databasen. Tall hentes i databasen fra det som er registrert som "kapasitet, dagens". For somatikken er 8 HF registrert og for psykiatrien er 2 HF registrert. Prosjektet pågår fortsatt. Kapasitetsdata for alle poliklinikkrom var ikke ferdig kartlagt ved levering av prosjektet.

For de HF som foreløpig ikke er registrert i nasjonal database, er det gjort en egenrapportering. Her har SINTEF ut i fra de opplysninger som er gitt, klassifisert kapasiteten etter klassifikasjonssystemet for å få sammenlignbare tall. Tabell 2 viser hvor kapasitetsdata er hentet fra for hvert helseforetak.

¹ Klassifikasjonssystem for sykehusbygg, v 3.1.2 Helsedirektoratet september 2013

Tabell 2 Kilde for registrerte kapasitetsdata for 2014

Helseforetak	Somatikk	
	Registrert i Nasjonal database	Egenregistrering sendt direkte til SINTEF
Akershus universitetssykehus HF		x
Betanien hospital Telemark	x	
Diakonhjemmet		x
Lovisenberg		x
Martina Hansens hospital	x	
Oslo universitetssykehus HF		x
Revmatismehuset Lillehammer		x
Sunnaas sykehus HF	x	
Sykehuset i Vestfold HF	x	
Sykehuset Innlandet HF	x	
Sykehuset Telemark HF		x
Sykehuset Østfold HF*	x	x
Sørlandet sykehus HF	x	
Vestre Viken HF	x	

*- For Østfold er Kalnes registrert i databasen mens Moss ikke er

Operasjonskapasitet telles som antall rom av type "Operasjon" innenfor hovedfunksjon "Undersøkelse og behandling" og delfunksjon "operasjon".

Kapasitetsdata for psykiatrien er foreløpig i liten grad kartlagt og klassifisert i henhold til klassifikasjonssystemet, og nasjonal database kan så langt ikke benyttes. Dette gjør også at eiendomsavdelingene ikke sitter på gode data for kapasiteter her.

Derfor er medlemmene i arbeidsgruppene bedt om å kartlegge egne HF i forbindelse med denne rapporten. Tallene som fremkommer er det kliniske miljøets egen vurdering av antall plasser i bruk.

1.2.3. Data fra Statistisk Sentralbyrå

SINTEF har innhentet alle befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB), mens befolkningsgrunnlag for Oslos bydeler er innhentet fra Oslo kommune. Det har vært benyttet befolkningsdata fra SSB for 2012 og befolkningsprognoser for 2020, 2025 og 2030. I pasientforløpsanalyser og aktivitetsanalyser er det benyttet midlere verdier for faktorer som påvirker befolkningsutviklingen, men for 2030 er det benyttet to alternative prognoser for innvandring (MMMM og MMMH). Befolkningsdata er brukt for beregning av den demografiske effekten på endringer i aktiviteten i sykehus.

Data for analyser av utvikling i BNP fra 2002 til 2013 og prognoser for perioden 2013 til 2030 er hentet fra SSB.

1.2.4. Data fra Norsk pasientregister

Data for trendbeskrivelser er hentet fra Norsk pasientregister (NPR). Data er utlevert i tabellformat på grunnlag av gitte spesifikasjoner fra SINTEF. Data omfatter aktiviteter for døgnopphold, dagopphold og

polikliniske konsultasjoner. For å beskrive trender innenfor somatikk var det innhentet data for perioden 2002-2012. Trendbeskrivelser innenfor PHV er basert på perioden 2008-2013. Den avvikende tidshorisont innenfor PHV skyldes ufullstendige data for ulike tjenesteområder og aldersgrupper.

1.2.5. Andre informasjons- og datakilder

Beskrivelse av dagens virksomhet i sykehusområdene er basert på strategiske planer, informasjon på helseforetakenes hjemmesider, Helsedirektoratet og informasjon innhentet fra medlemmer i arbeidsgruppen og fra HSØ RHF. Det har også vært i bruk ulike vitenskapelige rapporter og artikler.

Oversikt over brukte artikler, dokumenter og andre datakilder finnes som et vedlegg til dokumentet om pasientforløpsanalyse og som henvisninger i teksten både i sluttrapport og dokumentet om pasientforløp.

1.2.6. Mer om datautvalg

I analysen er aktivitetsdata gruppert etter ICD10-koder og satt sammen til diagnosegrupper som gir grunnlag for inndeling av pasientgrupper (se tabell 3). For et utvalg (se tabell 3 markert med blå) av disse pasientgruppene gjennomføres det pasientforløpsanalyser. Sammensetting av ICD10-koder og diagnosegrupper er gjort på grunnlag av erfaring fra sykehusplanleggingsprosjekter og innspill fra arbeidsgruppen, samt på statistikk om aktivitetsdata fra HSØ RHF som omfatter all pasientaktivitet. Valg av de ti pasientgruppene som er gjennomgått og drøftet i arbeidsgruppen er basert på gruppenes størrelse og antagelser om endringer i pasientforløpene i fremtid. Disse ti pasientforløpene utgjør 60-70 prosent av alle aktiviteter og er beskrevet mer detaljert i dokumentet om pasientforløp sammen med de øvrige 21 pasientforløpene.

Tabell 3 Gruppering av aktivitetsdata i ICD10-koder for bruk i pasientforløpsanalyser, samlet for HSØ 2012

Inndeling i diagnosegrupper, areal- og kapasitetsanalyse Helse Sør-Øst		
Pasient forløp nr.	ICD10 kode	Diagnosegruppe
1	A00-B99	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer
2	C00-C99, Z51	Ondartede svulster, inkl kjemoterapi, strålebehandling
3	D00-D48	Godartede svulster, in situ svulster
4	D50-D89	Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet
5	E00-E90, Z49, N00-N19	Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/ nefritter og dialyse
6	F00-F99	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
7	G00-G99, Ekskl G45.9	Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA
8	H00-H59	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser
9	H60-H95	Sykdommer i øre og ørebenskne
10	I60-I69, G45.9	Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA
11	I20-I25	Ischemiske hjertesykdommer
12	Rest I	Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm
13	J40-J99	Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma
14	Rest J	Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni
15	K00-K93	Sykdommer i fordøyelsessystemet
16	L00-L99	Sykdommer i hud og underhud
17	M00-M14	Infeksiøse og inflammatoriske ledds sykdommer
18	M15-M99	Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet
19	N20-N51	Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer
20	N60-N99	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer
21	O00-O99, Z37	Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel
22	P00-P96	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden
23	Q00-Q99	Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik
24	R00-R99	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted
25	S00-S09	Hodeskader (commotio mm)
26	S10-S69	Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/underekstr)
27	S70-S99	Skader i hofte og lår, underekstremiteter
28	T40-T65	Intox
29	Rest S T	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker
30	Z50	Rehabilitering
31	Rest Z, ekskl Z37, Z51 og Z49	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten

Det er også gjort følgende bearbeiding av data i dokumentet om pasientforløp i forkant av analysene:

- DRG for friske nyfødte er trukket ut fordi de ikke har betydning for kapasitetsberegningen.
- For døgnopphold benyttes sykehusopphold og ikke avdelingsopphold. Interne flyttinger mellom avdelinger er ikke regnet med.
- Konsultasjoner hos private avtalespesialister er registrert uten bydelsnummer i Oslo. Det er i analysene av forbruksrater utført en omfordeling slik at en relativ andel (basert på Oslos befolkning i bydelene Alna, Grorud og Stovner) blir tilknyttet Ahus SO.
- I datagrunnlaget er det en andel pasientbesøk som registreres som polikliniske konsultasjoner med behov for en dagplass/hvileplass. Som grunnlag for dimensjonering av dagplasser og poliklinikkrom, er ti prosent av poliklinikkrom endret til dagplasser. Dette tilsvarer omfordelingen som ble gjort ved Utviklingsplan Sørlandet sykehus HF (SSHF), der diagnosekoder og prosedyrekoder var analysert særskilt med tanke på aktivitet ut fra riktig type kapasitet.

2 Metoder som var brukt i prosjektet

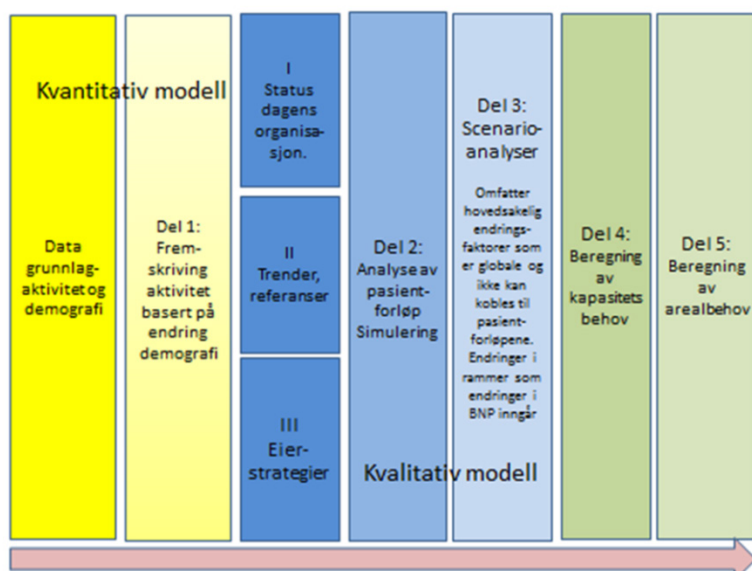
I dette kapittelet presenteres de metodene som er brukt i prosjektet.

2.1. Fremskrivingsmodell

Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS) har utviklet en metode for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i spesialisthelsetjenesten (Fremskrivingsmodellen)². Beskrivelse av metode og datagrunnlag er kort redegjort for i dette kapittelet, med henvisninger til to dokumenter som gir en mer fullstendig beskrivelse:

- Beskrivelse av "Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus", Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, januar 2013
- Veileder for bruk av "Fremskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus", Kompetansenettverk for sykehusplanlegging, desember 2013

Figur 1 viser oppbyggingen av fremskrivingsmodellen.



Figur 1 Oppbygging av Fremskrivingsmodell

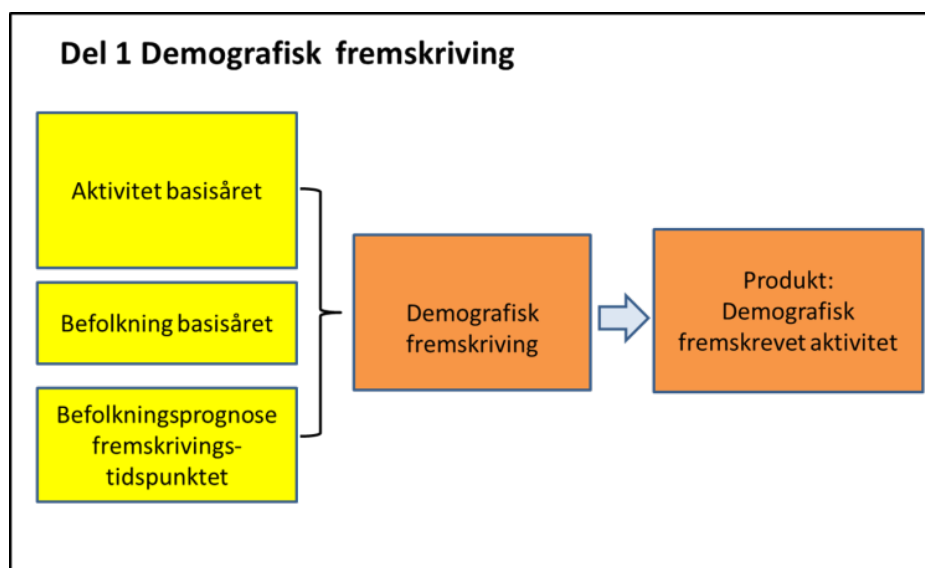
Modellen er utarbeidet av de regionale helseforetakene i samarbeid med Helsedirektoratet. De regionale foretakene er eier av modellen.

Fremskrivingsmodellen er tidligere benyttet for planlegging av utbyggingsprosjekter og i utviklingsplaner. Fremskrivingsmodellen er ikke benyttet for regionale planer tidligere, og et mål med prosjektet er derfor å videreutvikle modellen for bruk i analyser på et regionalt nivå. Prosjektet har gitt grunnlag for å videreutvikle modellen på flere områder, spesielt når det gjelder arbeidsmetoder og detaljeringsnivå.

² Veileder for fremskrivingsmodellen, KNS 2013

2.1.1. Kvantitativ modell

En demografisk fremskriving betyr at man beregner konsekvenser for aktiviteten i sykehuset av befolkningsutviklingen over et gitt antall år. Aktivitet er i dette prosjektet begrenset til døgnopphold, liggedager, dagopphold, polikliniske konsultasjoner og operasjoner, men kan i prinsippet omfatte alle tjenester som er knyttet til en sykehuskontakt.



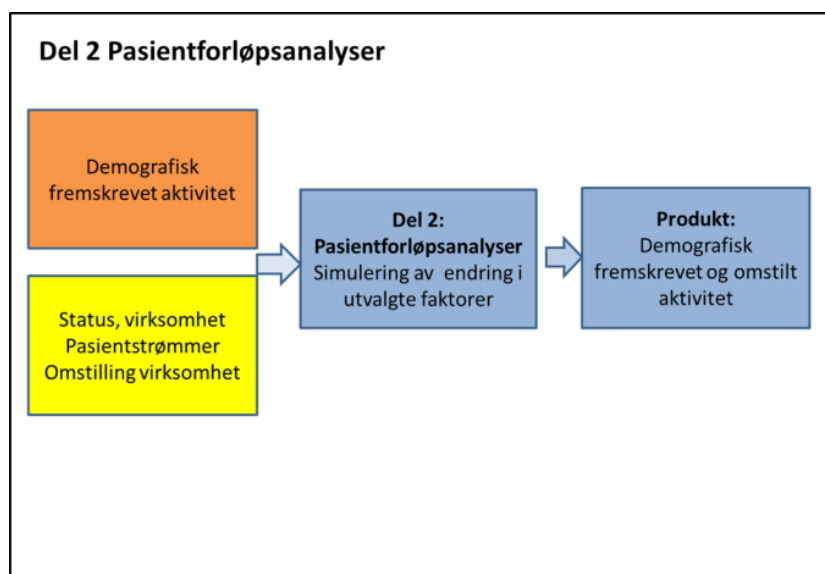
Figur 2 Kvantitativ modell, første delen av Fremskrivingsmodell

Ved hjelp av den kvantitative modellen for demografisk fremskriving knyttes dagens aktivitet til den fremtidige, forventede mengde og sammensetning av befolkningen. Modellen forutsetter en lineær sammenheng mellom data om dagens aktivitet, og befolkning og fremtidig aktivitet. Prinsippet er at forbruket i en gitt befolkningsgruppe er det samme i fremskrivingsåret som i baseåret. Man kan enkelt si at den demografiske fremskrivingen viser fremtidig aktivitet, hvis ikke noe annet enn demografien endrer seg..

I dette prosjektet er demografisk fremskriving av aktiviteter foretatt av HSØ RHF for flere fremskrivingshorisonter (2020, 2025 og 2030) basert på alternative befolkningsprognoser (MMMM, MMMH). For demografisk fremskriving har HSØ RHF koblet aktivitetsdata for 2012 direkte til beregninger av befolkningsutvikling fra SSB. Aktivitet er fremskrevet ved hjelp av forholdstall for utvikling i befolkningen. Befolkningstallet i et gitt fremskrivingsår er delt på dagens befolkningstall. Dette gir et forholdstall som brukes som en relativ vekt på dagens aktivitet. Ansvar for gjennomføring av fremskrivingen av aktiviteter ligger ved HSØ.

2.1.2. Kvalitativ modell

Del 2 er den kvalitative delen av modellen og bygger på del 1. Den viser hvordan ulike endringsfaktorer, ut over den demografiske endringen, påvirker den fremtidige aktiviteten.



Figur 3 Kvalitativ modell – bruk av pasientforløpsanalyser for å korrigere den demografiske fremskrivingen

Den kvalitative delen av fremskrivingen er en tilnærming basert på informasjon om dagens virksomhet, og kunnskap om de faktorer som kan bidra til endringer i pasientforløpene og den fremtidige aktiviteten. Aktivitetsdata som er fremskrevet demografisk er med bakgrunn i analyser av dagens virksomhet, trender og innspill fra arbeidsgruppen og fra eier (HSØ) forslått justert i henhold til følgende endringsfaktorer:

Tabell 4 Oversikt over endringsfaktorer som var benyttet i pasientforløpsanalyse

Endringsfaktor	Beskrivelse av endringsfaktoren, forutsetninger
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Sykdomsutvikling ut over endring i befolkning (demografi), effekt av nye diagnostiseringsmåter og behandlingsmetoder, ny medisinsk teknologi, effekt av forebygging. Omfatter også effekt av at flere lever lenger med kroniske sykdommer og oppfølgingsbehov/konsekvenser av å overleve alvorlig sykdom/skade.
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak	Effekt av endring i pasientstrømmer der flere pasienter får tilbud i kommunene i stedet for eller som en del av forløpet som i dag er i sykehus. Denne endringsfaktoren forutsetter at kommunehelsetjenesten har tilgjengelig kompetanse, utstyr og kapasitet, og at samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste er organisert slik at kvalitet opprettholdes eller blir bedre, og at det er god flyt og kommunikasjon mellom nivåene. I denne endringsfaktoren ligger også en omstilling, der en andel av polikliniske konsultasjoner skjer hjemme (ved e-konsultasjon, mobil mm), hos fastlege eller i samhandlingsarenaer sammen med spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette forutsetter gode kommunikasjonssystemer og finansiering av virksomheten både for kommuner og spesialisthelsetjeneste.
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Endring av pasientforløpene fra døgnopphold til dagopphold. Det legges til en generell faktor der 50 prosent av dagoppholdene som omstilles fra døgn får ett døgn i pasienthotell som tillegg. Mange sykehus har hatt vesentlige omstillinger alt, og det vil være usikkerhet knyttet til omstillingspotensialet.

	Dersom finansiering støtter omstilling til dagbehandling og man videreutvikler og tar i bruk nye behandlingsmåter kan flere pasienter få dagopphold, ev. i kombinasjon med pasienthotell eller extended recovery ³ .
Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Fordeling av døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet (clinical decision unit) og/eller pasienthotell. For liggedager som overføres til observasjonsenhet forutsettes det at man reduserer antall liggedager for disse med 25 Prosent. Det forutsetter god tilgang på kompetanse og diagnostikkutstyr. Det forutsettes her ett døgns gjennomsnittlig liggetid for observasjonspasienter. I praksis har mange pasienter kortere oppholdstid i nye observasjonsenheter. Pasienthotell forutsetter nærhet og varm forbindelse til sykehusets kliniske funksjonsområder, samt tilgang på helsepersonell (sykepleiere/barnepleiere/jordmødre) i pasienthotellet.
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Endring i liggetid som konsekvens av kortere ventetider internt. Reduksjon i preoperativ ventetid, ventetid for diagnostikk og behandling og for utskriving. Effekt av ny teknologi på endring i arbeidsprosesser. Denne faktoren har noe usikkerhet fordi det er forskjell på hvor mye omstilling som allerede har skjedd i de enkelte sykehus/HF.

I pasientforløpsanalysen tas det utgangspunkt i diagnosegrupper eller pasientgrupper og ikke avdelinger/fagområder. Dette gir grunnlag for å vurdere endringer uavhengig av dagens organisatoriske modell og konsekvenser for den avdelingsstruktur man har i dag. Det betyr for eksempel at man gjennomfører en analyse og fremskriving av gruppen pasienter med hoftebrudd, og ikke aktiviteten for ortopedi eller ved ortopedisk avdeling. Hvilke pasientgrupper man velger å bruke er avhengig av prosjektets formål, i dette prosjektet er det valgt 31 pasientgrupper hvor ti av disse er analysert særskilt, og alle er representert i pasientforløpsdokumentet.

Oppsummering og beskrivelse av analyser av pasientforløp finnes i vedleggene 2 og 3. For gjennomføring av analysene er det etablert arbeidsgrupper for somatikk og PHV/TSB som er sammensatt av fagpersonell fra alle HF-ene i HSØ samt brukerrepresentanter og representanter fra kommuner. I tillegg til en workshop over en og en halv dag er det gjennomført fire gruppemøter. Gruppene har bidratt i diskusjoner om effekter av endringsfaktorene, men konklusjoner og valg av verdier for variable som brukes i beregningene er gjort av SINTEF.

For hver av endringsfaktorene gjennomføres drøftinger og analyser som tar hensyn til strategiske målsettinger, konkretisering av eierstrategier for endring, status over dagens virksomhet, dokumentasjon/forskning, som sier noe om trender og utvikling i tiden fremover.

For å vurdere muligheter for endring i fremtidig aktivitet, er det utført litteratursøk som omhandler utviklingstrekk knyttet til diagnosegrupper, nye behandlingsmåter, forbruksrater, sammenligninger i aktivitet mellom HF-er, samt analyser av aktivitet spesielt med fokus på endringsfaktorene. Referanser og henvisninger til dette finnes under beskrivelsen av pasientforløpene og endringsfaktorene. Effekt av

³ Extended recovery er innført i sykehus i Australia for å kunne gi dagkirurgiske pasienter med komplekse sykdomsbilder eller avanserte inngrep overvåking over natten

etterspørselspress, bruk av ny teknologi generelt, endrede pasientroller, beskrives og beregnes ved scenarioer/alternative utviklingsretninger i hovedrapporten.

Hver av endringsfaktorene har fått en prosentvis vektning i hvert pasientforløp. Når det er et sammensatt grunnlag for vurdering av endringspotensialene vil det være en skjønnsmessig vurdering av den prosentvise omstillingen. Prosentandelen er vurdert og satt av SINTEF. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til endringsfaktorene. Dette handler både om datagrunnlag og vurderinger, men også om de forutsetninger (bygg, organisering, kompetanse, IKT, finansiering mm) som må være til stede for at en slik endring skal kunne gjennomføres. Tidspunktet for hvor tidlig endringer kan gjennomføres får også betydning for hvilket aktivitetsnivå man vil få på fremskrivingstidspunktet.

Det er usikkerhet knyttet til bruk av fremskrivingsmodellen på flere punkter. Registreringspraksis for aktivitetsdata vil være ulik mellom HF-ene, dette gjelder spesielt skillet mellom dagopphold og poliklinikk. Aktivitet uttrykker ikke et behov, og ulikheter i forbruk videreføres i fremskrivingen. De kvalitative vurderingene av fremtidig aktivitet og de endringsfaktorene disse bygger på, gir også usikkerhet. Dette søkes kompensert ved å vurdere prognoser for utvikling opp mot trender som beskriver faktiske endringer ti år tilbake i tid for somatikk og fem år for psykiatri. Det benyttes pasientforløpsanalyser for å knytte endringer til konkrete pasientgrupper som utgjør en stor del av aktiviteten, og hvor det er stor sannsynlighet for at endringer inntreffer. I tillegg brukes tilgjengelige, faglige referanser, og endringsforslag drøftes med faggrupper. Til slutt drøftes scenarier hvor utfallsrommet for alternative fremtidige situasjoner vurderes og beregnes.

Alle endringsfaktorene behandles i dette prosjektet likt for alle HF-er. Dette har den svakhet at det ikke fanger opp forskjellene mellom HF-ene når det gjelder omstilling fra døgn til dag-/poliklinikk og generelle effektiviseringstiltak som er satt i gang, samt samhandlingstiltak som er igangsatt i tilknytning til de ulike HF-ene. Når man skal se på videre utvikling for hvert sykehusområde/HF, bør dette følges opp i etterkant med analyser.

Tabell 5 viser en oversikt over hvilke kildetyper som er brukt som grunnlag for endringsfaktorene. I litteraturlisten i vedlegg 2 er den totale referanselisten gjengitt.

Tabell 5 Oversikt over endringsfaktorene og kilder for relevant litteratur og referanser

Endringsfaktor	Referanser
Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Faglige planer fra HF-ene, fagartikler
Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak	Samhandlingsstatistikk, SAMDATA. Utviklingsplaner, tidligfasedokumenter.
Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	SAMDATA, Utviklingsplaner for HF. Aktivitetsdata; forhold mellom døgn- og dagopphold for utvalgte grupper.
Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Utviklingsplaner for HF. Aktivitetsdata; andel pasienter med korttidsopphold øyeblikkelig hjelp for utvalgte grupper.
Intern effektivisering av arbeidsprosesser	Fagartikler, strategiplaner.

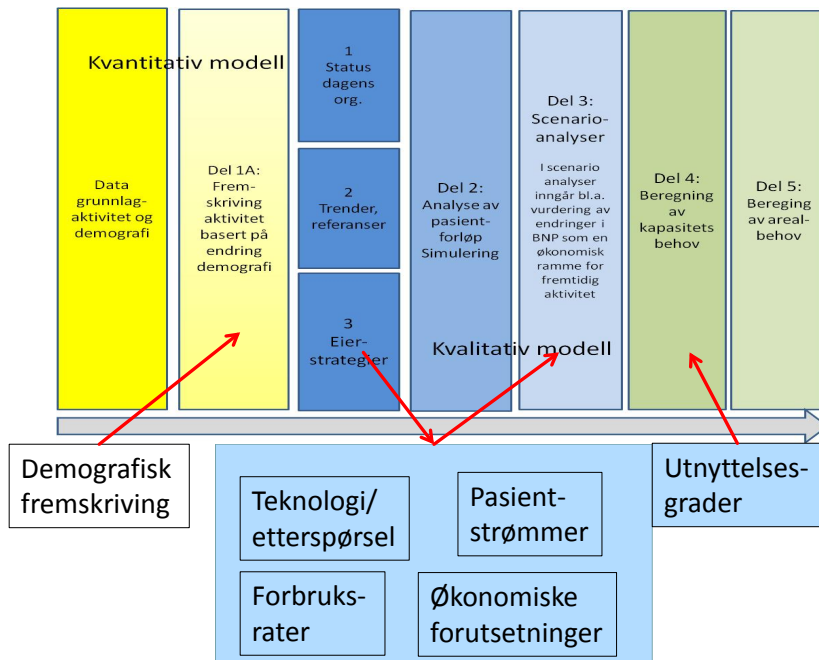
Denne analysen går ikke spesifikt inn og gjennomfører konsekvensanalyser av de endringene som forutsettes. Som en oppfølging av en slik analyse er det viktig å si noe om konsekvensene i tillegg til kapasitetsbehov for rom, også beskrivelser av behov for ressursallokering, endring i organisering/-bemanning, tilgang på kompetanse og behov for opplæring/utdanning.

Hver av endringsfaktorene har fått en prosentvis vektning i hvert pasientforløp. Når det er et sammensatt grunnlag for vurdering av endringspotensialene vil det være en skjønnsmessig vurdering av den prosentvise omstillingen. Prosentandelen er vurdert og satt av SINTEF. Det er imidlertid en meget stor usikkerhet knyttet til endringsfaktorene som både handler om alle forutsetninger (bygg, organisering, kompetanse, IKT, finansiering mm) som må være til stede for at en slik endring skal kunne gjennomføres og hvor raskt det er mulig å få på plass disse nødvendige forutsetningene.

Fremskrivningen med endringsfaktorene analyseres hovedsakelig på HF-nivå, og kapasitets-fremskrivningen viser resultat på HF-nivå. Dette for å kunne sammenstille de fremskrevne kapasitetstallene med dagens faktiske kapasitet (kartlagt for 2014).

Figur 4 viser oppbyggingen av fremskrivingsmodellen inkludert videreutvikling av modellen på noen viktige områder. Forskjellen består hovedsakelig i systematisering av grunnlaget for den kvalitative fremskrivningen (statusbeskrivelse, trendbeskrivelser og eierstrategier), og et tydeligere skille mellom pasientforløpsanalysene og scenarioberegningene.

Fremskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsbehov



Figur 4 Modell for framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus

2.1.3. Scenarier (del 3)

For å fange opp effekter av langsiktige utviklingstrender gjøres det analyser av endringer på noen sentrale områder som forutsettes å påvirke aktiviteten i, og rammene for, sykehusområdene og helseforetakene. Dette gjelder faktorer som ikke kan knyttes direkte til endringer for en pasientgruppe eller en tjeneste, men som antas å ha betydning for det samlede, fremtidige forbruket og hvordan tjenestene organiseres. Dette omfatter også forhold som eier kan styre på grunnlag av sine strategiske valg. I modellen omtales dette som "scenariobeskrivelser" eller "scenarioberegninger". Disse er nærmere beskrevet i oppsummering fra pasientforløpsanalysene, se vedlegg 1.

Det er gjort beregninger av effekten av endring på fire valgte områder:

- Alternativ befolkningsutvikling, beregninger av konsekvenser av høy faktor for innvandring.
- Forhold som påvirker etterspørsel av spesialisthelsetjenester. Forutsetninger om endringer i teknologi og andre endringer som påvirker pasientrollen, befolkningens forventninger oa.
- Oppgavefordeling og pasientstrømmer, alternative forutsetninger om oppgavefordeling mellom HF og konsekvenser for pasientstrømmene fra sykehusområder til HF.

Konsekvenser av endringer av alternative scenarier beregnes som prosentvise påslag/fradrag på resultatet fra pasientforløpsanalysene.

Effekten av endringen er valgt på grunnlag av drøfting i faggrupper og faglige referanser. Beregningene gjennomføres separat for hvert scenario og på det samme tallgrunnlaget (demografisk fremskrevet og omstilt aktivitet). Det gjøres vurderingen av mulig sammenfall av effekter fra endringsfaktorene som er brukt i pasientforløpsanalysene og de faktorene som ligger til grunn for scenarioberegningene. Dette gjelder spesielt for overføring av pasienter til primærhelsetjenesten (samhandlingsreformen) og forbruksrater.

2.1.4. Trendbeskrivelser

For å beskrive utviklingstrender er det hentet inn aktivitetsdata fra NPR for perioden 2002-2012 for somatikk og fra 2008/2009-2013 for psykiatri både for Norge og for Helse Sør-Øst. Det er belegg for at historiske data for ti år gir et tilstrekkelig grunnlag for å beskrive eller analysere historiske trender relatert til forbruk av helsetjenester⁴. Når det likevel er foretatt analyser på et kortere tidsintervall enn anbefalt, har det sammenheng med at data fra det psykiske helsevern før 2008 har en langt dårligere kvalitet og dokumentasjon, og er organisert på en annen måte enn data fra og med 2008. Vi har derfor funnet det riktig å gjøre trendanalysene på grunnlag av data fra 2008/2009 til 2013 for psykiatri levert av NPR, og

⁴ Palacios-Ceña, D., V. Hernández-Barrera, et al. (2013). "Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001–2009) in elderly people? A Spanish population-based survey." *Maturitas* 76(4): 326-333.

Vegda, K., J. X. Nie, et al. (2009). "Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: a 2-year retrospective chart review in a primary care practice." *BMC Health Services Research* 9(1): 217.

Wong, A., B. Wouterse, et al. (2012). "Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: Findings and implications." *Social Science & Medicine* 74(2): 263-272.

Palacios-Ceña, D., V. Hernández-Barrera, et al. (2013). "Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001–2009) in elderly people? A Spanish population-based survey." *Maturitas* 76(4): 326-333.

samtidig å legge til grunn en relativt stor usikkerhet, men det er tatt hensyn til det korte tidsintervallet og manglende innrapportering fra HF til NPR, særlig når det gjelder psykiatridata.

Aktivitetsdata i trendanalysen er inndelt i aldersgrupper, døgnopphold, liggedager, dagopphold, polikliniske konsultasjoner, øyeblikkelig hjelp og elektiv virksomhet.

Aktivitetstall for analysen av utviklingstrender i somatikk for 2002-2012 var knyttet til fire aldersgrupper: 0-18 år, 19-49 år, 50-69 år og 70+. I analysen av utviklingstrender for psykiatri var aktivitet knyttet til følgende aldersgrupper: 0-18 år, 19-49 år, 50-64 år, 65-79 år og 80+. Inndeling i aldersgrupper representerer ulikheter i bruk av tjenester mellom forskjellige aldersgrupper i analysen.

Utviklingen i antall døgnopphold innebærer noe usikkerhet ettersom registreringen av sykehusopphold har fått endret innhold etter strukturendringene i norske sykehus de siste fem til ti årene (som f.eks. fusjonen til OUS i 2010). Antall liggedager påvirkes derimot ikke, men det er usikkerhet knyttet til beregning av gjennomsnittlig liggetid.

Utviklingstrender er representert i form av figurer. For å fange opp forskjeller knyttet til befolkningsvekst, er aktivitetsdata i trendanalysen beregnet totalt og pr. 1 000 innbyggere. Data i disse figurene er både for HSØ og for hele Norge.

Ved beregning av relative endringer er år 2002 satt til 100 prosent for somatikk og 2008 for PHV. Unntaket er TSB hvor år 2009 er satt opp som 100 prosent. Utviklingen illustreres som prosentvise endringer i forhold til dette utgangspunktet.

Trender benyttes i hovedsak til å vise utvikling i aktivitet over tid når det gjelder utvikling i befolkning totalt, og for valgte aldersgrupper og endring i aktivitet over tid for aktivitetsområder og pasientgrupper. Trender kan knyttes sammen med demografisk fremskriving for å illustrere konsekvenser av videreføring av en trend, eller brudd som skyldes faktorer som påvirker utviklingen i aktivitet. I disse figurene er det vist separate kurver for framtidens aktivitet som enten er demografisk fremskrevet eller som er både demografisk fremskrevet og omstilt gjennom pasientforløpsanalysene. Formålet med dette er å vise og drøfte ulike effekter av demografisk fremskriving og av omstilling.

I figurene er det også vist konsekvenser av ekstrapolering av trendene for somatikk fra 2012 til 2030.

2.1.5. Forbruksrater

For å se på eventuelle ulikheter i befolkningens forbruk av tjenester er det gjort en analyse av forbruksrater for somatikk i 2012 og for psykiatri i 2013. Forbruksrater er beregnet pr. 1 000 innbyggere og er analysert på sykehusområdenivå uavhengig av behandlingssted. For psykiatri er det beregnet forbruksrater innenfor ulike tjenestoområder, hvor forbruket i BUP er beregnet for aldersgruppe 0-19 år.

Det er ulike årsaker til forskjeller i forbruk (tilgjengelighet, behov, fastlegers praksis oa). Det er utviklet en nasjonal behovsindeks som brukes i forbindelse med fordeling av inntekter på regionalt nivå som bygger på et sett karakteristika ved befolkningen som kjønn, fødselsår, sosioøkonomiske forhold (utdanning, levekårsindeks og andre), dødelighet, sykefravær, uføretrygdede og tilbudet av helsetjenester. I sum

danner disse indikatorene grunnlag for en behovsindeks som fanger opp alders- og helserelaterte forskjeller i behov mellom geografiske områder.

I tillegg til den nasjonale behovsindeksen har Helse Sør-Øst i forbindelse med kostnadsfordeling internt også egne sett med behovsindekser. Disse behovsindeksene er nærmere beskrevet i "Inntektsmodell for Helse Sør-Øst", sluttrapport fra 24. april i 2009.

Tabell 6 Nasjonal behovsindeks vs. Helse Sør-Østs behovsindeks, fordeling på sykehusområder

Behovsindekser, 2012		
Sykehusområde	Nasjonal indeks	HSØ indeks
Akershus SO	0,923	0,911
Innlandet SO	1,131	1,133
Oslo SO	0,864	0,885
Sørlandet SO	1,028	1,021
Telemark og Vestfold SO	1,091	1,087
Vestre Viken SO	0,964	0,968
Østfold SO	1,090	1,076

I pasientforløpsanalysene er det vist forbruksrater pr. pasientgruppe. Usikkerheten omkring årsaksforhold til ulike forbruksrater og hvilke tiltak som vil ha betydning, gjør at det medfører at det er vanskelig å kunne si noe om hva et "riktig" forbruk er. Det presenteres faktiske forbruksrater både samlet for Helse Sør-Øst og for hvert pasientforløp, men det er ikke foretatt justeringer av forbruksratene eller korrigert for disse for behovsindeksene i prosjektet.

2.1.6. Framskrivning kapasitetsbehov (del 4)

For beregning av kapasitetsbehov er det tatt utgangspunkt i to alternative modeller for utnyttelsesgrader vist i tabellene 7 og 8. Utnyttelsesgradene er de samme som er benyttet i andre utbyggings- og utviklingsplaner⁵.

Det kan benyttes alternative utnyttelsesgrader (scenarier) som gir alternative krav til kapasitet og dermed arealer og bygg. Utnyttelsesgrader i sykehusprosjekter fastsettes av prosjekteier.

Tabell 7 Oversikt over utnyttelsesgrader benyttet i prosjektet (basis utnyttelsesgrad)

Kapasitetsbærende rom	% utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Minutter per konsultasjon/operasjon	% andel på dagtid
Normalseng	85				
Observasjon	75				
Pasienthotell	75				
Dagplass		230	8	240	100
Poliklinikkrom		230	7	45	95

⁵ St.Olav hospital byggfase 1 og 2, Ahus, Nytt Østfoldsykehus, UNN, OUS, Nordlandssykehuset Bodø, Vesterålen, Vestre Viken, Utviklingsplan Sykehuset Sørlandet

Operasjon		230	8	90-180 ⁶	80-100
-----------	--	-----	---	---------------------	--------

Tabell 8 viser et alternativ med høyere utnyttelsesgrader. I flere sammenhenger i rapporten er det beregnet kapasitetsbehov med begge alternative utnyttelsesgradene. Dette er vist enten i tabellene eller i teksten knyttet til tabellene.

Tabell 8 Utnyttelsesgrader i alternativ beregning av kapasitetsbehov (forhøyet utnyttelsesgrad)

Kapasitetsbærende rom	% utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Minutter per konsultasjon/operasjon	% andel på dagtid
Normalseng	90				
Observasjon	80				
Pasienthotell	75				
Dagplass		240	10	240	100
Poliklinikkrom		240	10	45	95
Operasjon		240	10	90-180	90

En utnyttelsesgrad på 85 prosent for "normalsenger" er knyttet til faktiske døgnplasser og ikke til effektive senger slik som rapporteres når tilgjengelig bemanning kobles mot kapasitet. I slike tilfeller vil utnyttelsesgraden ofte være over 85 prosent. For observasjonsenheter er det forutsatt en lavere utnyttelsesgrad (75 prosent) enn for normalsenger. Dette begrunnes med at observasjonsenheter har bare øyeblikkelig hjelp med stor variasjon i belegg, det er høy turnover med pasienter på grunn av kort oppholdstid. Enhetene er ofte knyttet til akuttmottak og kan i liten grad ha fleksibel utnyttelse av senger med andre enheter.

For døgnopphold er det differensiert mellom normalseng (ordinære sengeområder), observasjons- og hotellplasser.

Pasienthotell har her også en utnyttelsesgrad på 75 prosent. Dette begrunnes med at det er lavt belegg i helger og ferier og at disse sengene ikke kan benyttes fullt ut gjennom uken. Drift timer/dag for poliklinikk, dagplasser og operasjon tilsvarer pasienttid, dvs. i praksis er åpningstiden lengre.

Det finnes lite systematisert kunnskap om hvordan faktiske åpningstider og utnyttelsesgrader er i dag i norske sykehus. En gjennomgang av poliklinikker i Sørlandet sykehus⁷ i forbindelse med utarbeidelse av utviklingsplanen, viste at effektiv driftstid med pasientbehandling var mellom fire og fem timer, der noen få poliklinikker, slik som ØNH og Øye var oppe i seks timer. Sjutimers gjennomsnittlig driftstid anses derfor som en relativt høy utnyttelsesgrad. Årsakene til at driftstiden ikke er høyere kan ha sammenheng med at det ikke er lagt til rette for fleksibel bruk bygningsmessig, men også knyttet til organisering, arbeidsavtaler, ønske om skille mellom fagområder og tilgjengelig pasientgrunnlag.

⁶ Operasjonsstuetid, ekskl. rengjøring/klargjøring, 30 minutt

⁷ Utviklingsplan for Sørlandet sykehus, Pasientforløpsanalyser 2014

Valg av utnyttelsesgrad påvirkes av krav til arealeffektivitet og dermed investeringsbehov og driftskostnader. En "riktig" kapasitets- og arealutnyttelse påvirkes av krav til fleksibilitet, driftsmodell (andel øhj og elektiv virksomhet), organisering (faglig spesialisering, pasientvolum, bemanning oa) og oppgaver. Høy utnyttelse er vanskelig å oppnå i sykehus som har stor variasjon i aktivitet og få muligheter for å utnytte rom på tvers av avdelinger. Dette kan gjelde små sykehus og enheter som barneavdeling, intensiv, pasienthotell og observasjonsenhet. Avdelinger som har en høy andel elektiv virksomhet og korte liggetider vil få redusert utnyttelsesgrad på grunn av redusert belegg i helger og ferier.

Tabell 7 gir en oversikt over hvilke utnyttelsesgrader som er brukt i noen prosjekter. "Basis utnyttelsesgrad" er brukt i St. Olavs Hospital fase 1, Nordlandssykehuset Bodø og Vesterålen, Universitetssykehuset i Nord Norge og Utviklingsplan for Sørlandet sykehus. I idéfasen for OUS vises det også til tilsvarende utnyttelsesgrader (med unntak av operasjon som har ti-timers åpningstid), dette er imidlertid drøftet særskilt da dette er avvik fra policy/defacto gjeldende i HSØ. "Høy utnyttelsesgrad" er brukt i beregning av kapasitet ved Ahus, nytt Østfoldsykehus og andre byggetrinn for St. Olavs hospital, og det planlegges med det samme for det nye sykehuset i Vestre Viken. I de beregninger som er gjort i denne delleveransen har SINTEF foreslått basis eller lav utnyttelsesgrad lagt til grunn. OUS har lagt til grunn ti timers åpningstid på operasjonsrommene.

Som en del av scenariodrøftingene i hovedrapporten vil det også bli vist effekt og konsekvenser av alternative utnyttelsesgrader og åpningstider.

2.2. Metode for beregning av operasjons kapasiteter

For å finne operasjonsaktivitet er det benyttet døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner med kirurgisk DRG og ekskludert friske nyfødte (DRG 390, 391), samt prosedyrekodene 112x for PCI og 115x for pacemakere, defibrillatorer. Dette gir et bilde av aktiviteten i operasjonsstuen. Det kan ligge noen prosedyrer i dette materialet som kan betegnes som aktivitet i skiftestuer og spesialrom i poliklinikkene.

Operasjonsdata er fremskrevet demografisk ved å legge til prosentvis befolkningsutvikling fra 2012 til 2030 for hvert HF, sammenholdt med pasientopphold med kirurgisk DRG. Andel dagkirurgi er angitt som et estimat for å legge grunnlag for beregning av dagkirurgiske dagplasser. Det differensieres ikke mellom operasjonsstuer for dagkirurgi og for kirurgi for innlagte, men andel dagkirurgi vil påvirke beregning av kirurgiske dagplasser. Med utgangspunkt i demografisk fremskriving og forutsetninger om åpningstider er det så beregnet et kapasitetsbehov for operasjonsstuer, dagkirurgiske plasser og postoperative overvåkingsplasser.

I tillegg er det innhentet data fra operasjonsregistrene for 2010-2012 fra hvert HF som viser bruk av operasjonsstuen. Operasjonsstuetid (pasient inn i operasjonsstuen til pasient ut av operasjonsstuen) i dag ligger mellom 70 og 90 minutter for dagkirurgi. og 90 og 150 minutter for operasjoner for innlagte pasienter eksklusiv "snutid" (rengjøring, klargjøring). For OUS er det ikke oppgitt spesifikk operasjonsstuetid, men "knivtid" (fra kirurg starter inngrep til inngrepet er avsluttet) som er på 110 minutter.

I beregningen er tid pr. operasjon satt til gjennomsnittlig 90-180 minutter som operasjonsstuetid, eksklusiv "snutid". Snutid er satt til 30 minutter, og vil sannsynligvis for en del kunne settes noe lavere. OUS har høyere gjennomsnitt enn de øvrige, der er derfor i beregningene lagt inn en operasjonsstuetid i gjennomsnitt på 180 minutter for OUS eksklusiv snutid. For Diakonhjemmet og Lovisenberg som har en stor

andel dagkirurgi og som har kortere stuetid enn øvrige sykehus i dag, er det lagt inn en stuetid eksklusiv snutid på 90 minutter i gjennomsnitt.

Det er ikke differensiert i tidsbruk per fagområde i denne analysen. Det vil være behov for å kunne analysere på et mer detaljert nivå ved planlegging av operasjonsenheter.

Utnyttelsesgraden er satt til driftstid 230 dager/år og åtte timer per dag. Dette gir en slakke i beregningen ved at man i praksis har drift 365 dager/år og 24 timer/døgn for å opprettholde beredskap for øyeblikkelig hjelp.

For beregning av behov for postoperative overvåkingsplasser har flere sykehusprosjekter benyttet en gjennomsnittsfaktor på 1,5 postoperativ plass pr. operasjonsstue. Dette kommer i tillegg til øvrige døgnplasser, intensiv- og tunge overvåkingsplasser. For kirurgiske dagplasser beregnes det to plasser pr. dagkirurgisk operasjonsstue.

Det legges inn ekstra kapasitet for beredskap for sectio. Det er lagt inn én pr. HF og to for OUS HF. Dette vil være avhengig av hvor mange lokasjoner innenfor hvert HF som har fødeavdeling. HITHITHIT

2.3. Metode for beregning av kapasiteter for intensiv

For beregning av intensivkapasitet blir det benyttet ulike metoder i utviklings- og utbyggingsprosjekter. Det mest vanlige er å angi behov for intensivplasser som en andel av totalt antall senger⁸. I noen prosjekter⁹ er den såkalte "Walesmodellen" (Lyons 2000) benyttet¹⁰ og den er også lagt til grunn i denne analysen. Det presiseres at intensiv for syke nyfødte ikke er inkludert i beregningene. Kapasitet for syke nyfødte vil komme i tillegg.

Metoden er utviklet som en forskningsstudie i Wales, der man kartla alle pasienter som hadde behov for intensivplass eller tung overvåkingsplass, uavhengig av hvor i sykehusene de oppholdt seg. På dette grunnlaget ble det utviklet en metode basert på befolkningstall som grunnlag for å beregne kapasitetsbehov for intensiv og tunge overvåking. Metoden bygger på følgende forutsetninger:

- 1 enhet¹¹/500 000 befolkning = 29 intensiv og 56 intermedier¹² senger (gjennomsnittsbehov)
- 1 enhet/500 000 befolkning = 39 intensiv og 69 intermedier senger (for å dekke variasjon i behovet 95 % av tiden)
- 3 enheter/500 000 befolkning = 48 intensiv og 81 intermedier senger (for å dekke variasjon i behovet 95 % av tiden)
- 5 enheter/500 000 befolkning = 51 intensiv og 87 intermedier senger (for å dekke variasjon i behovet 95 % av tiden)

I beregningene er det inkludert alt fra hjerte- og nevrokirurgiske intensivsenger til step down og hjerteovervåkingssenger (intensive-care and high-dependency beds). Antall senger man trenger for å kunne

⁸ Wild, C. and M. Narath (2005). "Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand." *Health Policy* 71(3): 289-301.

⁹ Utviklingsplan for Sørlandet Sykehus

¹⁰ Lyons RA, Wareham K, Hutchings HA et al. Population requirement for adult critical-care beds: a prospective quantitative and qualitative study. *Lancet* 2000; 355: 595–8.

¹¹ Enhet = Sykehuslokasjon

¹² I dokumentet videre benevnes intermediersenger som tung overvåking. Dette er en benevnelse som benyttes i klassifikasjonssystem for sykehusbygg. Intermediersenger benyttes også i andre sammenhenger, slik som i kommunale enheter.

møte variasjoner i etterspørsel avhenger av størrelsen på enhetene og antall enheter, samt grad av aksept for å kunne flytte pasienter.

Tung overvåking er et relativt vidt begrep og omfatter både desentrale overvåkningssenger i ordinære sengeområder, slik som for eksempel slagenhet og overvåkingsrom i barneavdelinger og lungeavdelinger, og mer sentraliserte enheter slik som medisinsk overvåking eller tilsvarende.

Det er gjennomført egne møter med fagutvalget for intensiv i HSØ om kapasitet og metode.

2.4. Beregning av kapasiteter for radiologi og laboratorietjenester

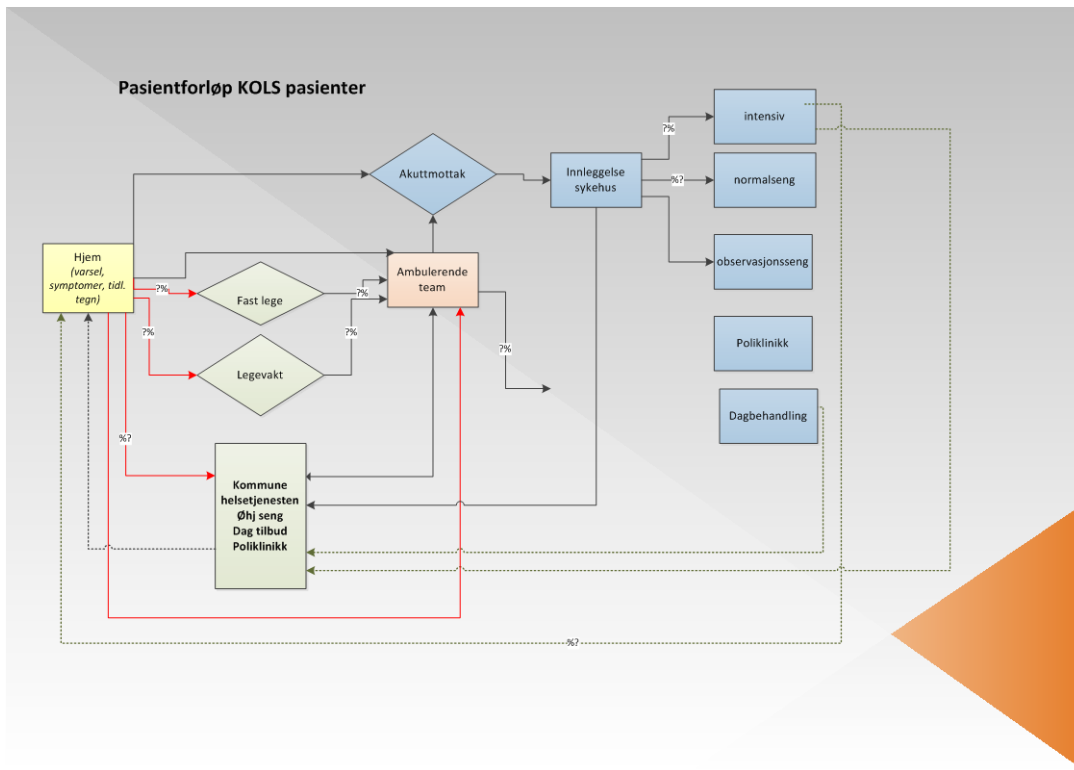
Aktivitet innenfor diagnostiske enheter som bildediagnostikk og laboratorier inngår ikke i analysene. På grunn av endringer i kodeverk for radiologi fra NORACO til NRCP i 2010/2011 er det vanskelig å følge aktivitetsendringer tilbake i tid. Data er usikre og det er ingen erfaring med bruk av NRCP-kodene for aktivitet, som grunnlag for å vurdere kapasitetsbehov. Aktivitetsdata for radiologi inngår ikke i datasettet fra NPR.

Laboratoriekapasitet er i like stor grad knyttet til teknologi og bemanning som til rom. Informasjon om dette må hentes fra det enkelte HF.

3 Begrensninger og usikkerhet

Bruk av pasientgrupper som grunnlag for pasientforløpsanalyser for dimensjonering av sykehus er utviklet gjennom et forskningsprosjekt finansiert av Norges Forskningsråd¹³. Fremskrivning med bruk av pasientforløp er avgrenset til å gjelde for kapasitetsberegninger for døgnplasser (senger), dagplasser og poliklinikkrom. I dette prosjektet, som er på et regionalt nivå med aggregerte aktivitetsdata, har det vært lite fokus på forløpsbeskrivelser og detaljerte analyser av pasientens vei fra symptomdebut til ferdig diagnostikk, behandling og pleie. Det ble vist overordnede illustrasjoner av forløp i en workshop med arbeidsgruppen. (se figur 6)

¹³ Myrbostad A., Lauvsnes M.: Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester, delprosjekt 2 Behovsdimensjonering ved bruk av pasientforløp, juli 2010



Figur 4 Visualisert pasientforløp for bruk i dimensjonering av aktivitet og kapasiteter

Bruk av pasientforløp har derfor hatt en begrenset betydning for analyse av de ulike behandlingsnivåene (kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste) og oppholdsområdene i sykehusene (normalsengeområde, observasjon, pasienthotell osv).

Kvaliteten på datagrunnlaget for aktivitetsdata varierer på grunn av registreringspraksis og for somatikk gjelder dette spesielt registrering av dagbehandling/dagopphold. Kvaliteten på datagrunnlaget for aktivitet innenfor psykiatri er varierende.

Aktivitetstall beskriver virksomheten slik den er gjennomført og sier ikke noe forhold som kan indikerer begrensninger i kapasiteten, f.eks. ventelister og ulikheter i forbruksrater. Begrenset kapasitet kan skyldes både manglende ressurser innenfor bygg, utstyr, bemanning og økonomi, foruten organisering og arbeidsopplegg. Oppdraget er avgrenset til å se på sammenhengene mellom aktivitet, kapasitet og et beregnet kapasitetsbehov.

Beregninger aggregeres til regionalt nivå basert på deskriptiv informasjon/data på HF-nivå, hovedsakelig NPR-data utlevert av HSØ. Endringsfaktorer og forutsetninger for beregning av kapasitetsbehov vil dermed bli likestilt mellom HF. For HF eller sykehus med spesielle oppgaver eller pasientgrupper vil slike generelle forutsetninger om endring gi feil utslag. Det samme gjelder for data om befolkningens sammensetning og konsekvenser for aktivitet og kapasitetsbehov.

Det vil være betydelig usikkerhet knyttet til de kvalitative vurderingene av fremtidig aktivitet som endringsfaktorene disse bygger på samt det faglige skjønnes som ligger til grunn for valg av verdier på variable.

Trender for utvikling de siste 10 årene viser utviklingsretning i somatikk. De anslag på fremtidig aktivitet som fremskrivingsmodellen gir kan sees på som en "prognose" for videre utvikling og en forlengelse av den trenden som historiske aktivitetsdata viser. Denne prognosen bygger på demografiske endringer, pasientforløpsanalyser og analyser av effekter av faglig utvikling og strategiske endringer.

Trender i psykiatri må tolkes med varsomhet fordi at det har vært mangelfull registrering av aktiviteter.

Tidspunktet for når endringsfaktorene slår inn er viktig. Modellen viser en lineær utvikling fra basistidspunktet som i dette prosjektet er 2012, til fremskrivingstidspunktet. Dette basistidspunktet er sluttunktet for trendbeskrivelsen men det er usikkert hvordan trenden utvikler seg og når effektene av endringsfaktorene slår inn. Med en trend som viser en sterkt økende aktivitet for bruk polikliniske konsultasjoner, vil det f.eks. ha stor betydning hvilket tidspunkt bruk av teknologi implementeres og får effekt.

Det er gjort beregninger basert alternative forutsetninger for de viktigste faktorene som påvirker aktivitet og kapasitetsbehov. Dette omfatter:

- Demografisk fremskriving med alternative forutsetninger for innvandring (Middels og Høy). Alternativet Høy innvandring drøftes men beregningene er basert på alternativet Middels innvandring.
- Alternative forutsetninger om effekt av samhandlingsreformen for liggedager og polikliniske konsultasjoner.
- Alternative utnyttelsesgrader for dimensjonerende rom/plasser. Konsekvenser av høy utnyttelsesgrad er vist men i oppsummering og anbefaling er basis utnyttelsesgrad lagt til grunn.
- Endringer i forbruksrater er drøftet men det er ikke gjort konkrete beregninger

4 Arbeidsmåte i prosjektet

Arbeidsgruppens rolle og mandat har vært:

- Deltakerne skal, med bakgrunn i sin kliniske og administrative erfaring, bidra med drøfting av grunnlagsdata og med faglige innspill for å beskrive dagens og fremtidige pasientforløp.
- Deltakerne skal bistå med råd for det samlede helseforetaket, slik at det oppnås en helhetlig, og effektiv spesialisthelsetjeneste med høy kvalitativ for befolkning i Helse Sør-Øst RHF.
- Innspill skal ha fokus på forhold som har en overordnet betydning for aktivitet, kapasitetsbehov og organisering av tjenestene.
- Forutsetninger lagt i nasjonale, regional og lokale strategier og handlingsplaner skal legges til grunn for vurderingene.
- SINTEF har ansvar for utarbeidelse av en sluttrapport fra arbeidet. Denne rapporten gjennomgås og kommenteres fra arbeidsgruppens medlemmer.

Gruppene har hatt 15 medlemmer som er oppnevnt av helseforetakene i samarbeid med HSØ. Det er gjennomført fire arbeidsmøter samt en workshop over 1 ½ dag. SINTEF har hatt ansvaret for organisering og gjennomføring av møtene og grunnlaget for faglige diskusjoner. Gruppene har bidratt med grunnlagsinformasjon og faglig erfaring i diskusjoner om datagrunnlag, pasientforløp, endringsfaktorer og scenarier. Det er gitt verdifulle innspill som har påvirket analyser, drøftinger og konklusjoner i rapporten.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no