

Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder



Innholdsfortegnelse

1.	Oppsummering.....	3
1.1	Bakgrunn.....	3
1.2	Prosjektmandat og organisering av arbeidet.....	3
1.3	Utfordringsbildet for kapasitet i hovedstadsområdet fram mot 2030	3
1.4	Mulig fremtidig kapasitet.....	5
1.5	Vurderingskriterier og prinsipper for løsning.....	5
1.6	Løsningsalternativer	6
1.7	Håndtering av psykisk helsevern, TSB, fødsler, barn og gynekologi	8
1.8	Mulige løsningsalternativer i en lengre tidshorisont	9
2.	Leseveiledning	10
2.1	Rapportens oppbygging.....	10
2.2	Forkortelser og begreper	11
3.	Innledning.....	12
3.1	Bakgrunn.....	12
3.2	Prosjektmandat.....	13
3.3	Organisering av prosjektet.....	13
3.4	Premisser for arbeidet	15
4.	Grunnlagsmateriale og metodikk	18
4.1	Befolkningsframskriving.....	18
4.2	SINTEF-rapporten – analyse av aktivitet og kapasitetsbehov i Helse Sør-Øst.....	18
4.3	Kapasitetsutfordring innen somatiske døgnplasser	19
4.4	Sensitivitetsanalyser	19
4.5	Utnyttelsesgrader.....	20
4.6	Egendekning	21
4.7	Befolkningens framskrevne behov for somatiske spesialisthelsetjenester	22
5.	Kapasitet og utviklingsplaner	24
5.1	Kartlegging av kapasitet poliklinikkrom, dagplasser og operasjonsstuer	24
5.2	Kartlegging av sengekapasitet ved Oslo universitetssykehus HF	24
5.3	Kartlegging av sengekapasitet ved Akershus universitetssykehus HF	26
5.4	Kartlegging av sengekapasitet ved Diakonhjemmet Sykehus.....	28
5.5	Kartlegging av sengekapasitet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus	29
5.6	Oppsummering somatisk sengekapasitet 2014–2030	30
6.	Utfordringsbildet for kapasitet i hovedstadsområdet fram mot 2030	31
6.1	Kapasitetsutfordring innen somatikk fra 2014 fram mot 2030	31
6.2	Utfordringsbildet for kapasitet innen psykisk helsevern og TSB	33
7.	Løsningsalternativer for Oslo og Akershus sykehusområder	34
7.1	Prinsipper for løsning.....	34
7.2	Vurderingskriterier	34
7.3	Metodikk anvendt i beregninger	36
7.4	Løsningsforslag ved endring av oppgaver.....	36
7.5	Løsningsalternativer ved endring av opptaksområder	42
7.6	Mulige løsningsalternativer og vurderinger på mellomlang og lang sikt.....	49
8.	Vedlegg	53
8.1	Vedlegg 1 Løsningsalternativer ved endring av opptaksområde	53
8.2	Vedlegg 2 Idéfase Oslo universitetssykehus HF	70
8.3	Vedlegg 3 Utviklingsplaner ved Akershus universitetssykehus HF	72
8.4	Vedlegg 4 Analyser av sensitivitet og aktivitetsutvikling somatikk	74
8.5	Vedlegg 5 Befolkningsframskriving og opptaksområder	81
8.6	Vedlegg 6 Metodegrunnlag fra SINTEF-rapporten.....	84
8.7	Vedlegg 7 Utnyttelsesgrader	89
8.8	Vedlegg 8 Fremgangsmåte og definisjoner vedrørende kapasitet.....	92
8.9	Vedlegg 9 Egendekningsanalyser	93
8.10	Vedlegg 10 Kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern og TSB	95
8.11	Vedlegg 11 Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser	97
8.12	Vedlegg 12 Løsningsforslag ved endring av oppgaver – faggruppenotater.....	102

1. Oppsummering

1.1 Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF arbeider kontinuerlig med tiltak for å sikre at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i regionen er tilpasset behovet.

Oslo og Akershus sykehusområder står overfor betydelige kapasitetsutfordringer som følge av en sterk befolkningsvekst i årene fremover. Helse Sør-Øst RHF har i løpet av 2013–2014 gjennomført tre utredninger av fremtidig aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov. I tre styresaker om kapasitetsutfordringer (094-2013, 042-2014 og 090-2014) er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder, kan møtes ved; optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, og arbeid med endringer i oppgavedelingen i Osloområdet.

Dette prosjektet ble nedsatt for å vurdere hvordan behovet for helsetjenester best kan løses både på kort (–2018), mellomlang (2018–2025) og lang sikt (–2030), slik at tilstrekkelig kapasitet og et godt og likeverdig behandlingstilbud sikres.

1.2 Prosjektmandat og organisering av arbeidet

For å møte dagens og fremtidens kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder, ga Helse Sør-Øst RHF dette prosjektet et mandat for å fremme forslag om en tydelig retning for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de to sykehusområdene ved å se på følgende fire muligheter:

1. Vurdere nåværende opptaksområder i sykehusområdene Oslo og Akershus, herunder om en skal foreslå å flytte lokalsykehusansvar for bydeler til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.
2. Alternativt vurdere om en i større grad enn i dag skal styre pasientstrømmer eller behandlingsområder ved endret oppgavedeling.
3. Vurdere en kombinasjon av punkt 1 og 2.
4. Ved alternativer som avlaster Akershus universitetssykehus HF ved redusert opptaksområde, må det vurderes hva som skal gjøres med tilhørende områdefunksjoner som i dag ivaretas av Akershus universitetssykehus HF.

Prosjektet er eiet av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF Cathrine M. Lofthus, som også har ledet styringsgruppen. Direktør for medisin og helsefag, Alice Beathe Andersgaard har vært prosjektleder for arbeidet. Mer detaljert beskrivelse av prosjektets oppbygging og organisering er beskrevet i kapittel 3.3 *Organisering av prosjektet*.

1.3 Utfordringsbildet for kapasitet i hovedstadsområdet fram mot 2030

SINTEF-rapporten (Rapport A26321, med analyse av aktivitet og kapasitetsbehov i Helse Sør-Østs opptaksområde i 2030, gjennomført av SINTEF Teknologi og samfunn for Helse Sør-Øst RHF i 2014) er lagt til grunn for arbeidet. Materialet er gjennomgått, og det er foretatt visse modifikasjoner. Videre er det gjennomført sensitivitetsanalyser for å vurdere usikkerheten i de forutsetninger som ligger til grunn i materialet. SINTEF-rapporten synliggjør at Akershus universitetssykehus HF har et betydelig avlastningsbehov innen somatikken fram mot 2030. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det ikke estimert å være et vesentlig behov for å øke sengeantallet i sykehusområdene.

Fokus for dette arbeidet har således primært vært kapasitetsutfordringen innen somatiske sengeplasser, og i mindre grad psykisk helsevern og TSB. Det må imidlertid understrekes at på samme måte som innen somatikk har også disse fagområdene et fremtidig økt kapasitetsbehov innen dag- og poliklinisk behandling.

Akershus universitetssykehus har per i dag kapasitetsutfordringer og har siden februar 2014 fått avlastning for sin kapasitetsutfordring fra Diakonhjemmet Sykehus. Tre-partsavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus innebærer at Diakonhjemmet Sykehus ivaretar ca. 10 somatiske øyeblikkelig hjelp-pasienter per døgn fra bydelene Alna, Grorud og Stovner. Dette betyr at ca. 30 senger ved Diakonhjemmet Sykehus til enhver tid er belagt med pasienter fra disse bydelene i Akershus sykehusområde.

Akershus universitetssykehus HF planlegger i løpet av 2015/2016 å foreta endringer og mindre investeringer som kan frigjøre ytterligere 40 somatiske senger. Videre har sykehuset arbeidet systematisk med tiltak for å redusere liggetiden, bedre fordele pasientene på tvers av klinikker/avdelinger i sykehuset og avklare og behandle flere pasienter i akuttmottaket.

Akershus universitetssykehus HF er også i gang med utarbeidelse av en utviklingsplan på oppdrag fra sitt styre. I et premissnotat fra 8. juni 2015 la Helse Sør-Øst RHF føringer for arbeidet med utviklingsplanen. Den virksomhetsmessige delen av planen skal forelegges Helse Sør-Øst RHF før Akershus universitetssykehus HF viderefører arbeidet med utviklingsplanen. Dette skal ivareta en best mulig koordinering mellom utviklingsplanen til Akershus universitetssykehus HF og Helse Sør-Østs overordnede planlegging i Hovedstadsområdet. Planen som Akershus universitetssykehus HF arbeider med skal gjelde for perioden 2015 til 2030.

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus har kapasitet til å håndtere befolkningsveksten knyttet til sine opptaksområder med dagens oppgavedeling i et perspektiv mot 2030. I tillegg har sykehusene mulighet for nybygg som kan stå ferdig senest 2025 og som gir ytterligere økt kapasitet for døgn-, dag- og poliklinisk behandling og utredning.

Oslo universitetssykehus HF har et pågående idéfasearbeid. Mandatet for idéfasearbeidet er behandlet og godkjent av styret i Helse Sør-Øst i mars 2013 (sak 020-2013 Utviklingsplan og idéfase mandat Oslo universitetssykehus HF), og dette legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF også i fremtiden skal ivareta de oppgaver og det opptaksområdet som helseforetaket har per dags dato. Grunnforutsetningene gitt for idéfasearbeidet er også lagt til grunn for dette prosjektet. Det er derfor ikke fokusert vesentlig på eventuell fremtidig underkapasitet ved Oslo universitetssykehus HF.

På denne bakgrunn har hovedfokuset i dette arbeidet vært Akershus universitetssykehus HF sitt behov for avlastning. Prosjektet har primært søkt å finne løsninger for den somatiske kapasitetsutfordringen på Akershus universitetssykehus HF, i et perspektiv mot 2025.

Behovet for sengekapasitet er i dette arbeidet brukt som en indikator for fremtidig behov. Det er imidlertid i SINTEFs arbeid vist at det vil være en stor vekst i behovet for poliklinikk, diagnostisk kapasitet og dagbehandling. Det forutsettes at det enkelte sykehus også må planlegge for disse kapasitetsutfordringene. Her kan det i tillegg til eventuelle bygningsmessige tilpasninger også spilles på åpningstidene som er den avgjørende faktoren for kapasitetsutnyttelsen av dag- og poliklinikkrom.

Somatisk sengebehov sett opp mot sengekapasitet med investeringer på Ahus 2014–2030					
Sykehus	2014	2018	2020	2025	2030
Ahus					
Sengekapasitet	667	707	707	707	707
Omstilt sengebehov*		750	759	788	846
Differanse		-43	-52	-81	-139

*Fremskrevet aktivitetsdata korrigeret for effekter av endringsfaktorer og teknologisk utvikling omtales videre som omstilt aktivitet.

Tabellen ovenfor synliggjør somatisk sengekapasitet og sengebehov ved Akershus universitetssykehus HF fra 2014 til 2030. I tabellen er det benyttet tall som fremkommer direkte av de beregninger som er foretatt, men det er viktig å bemerke at tallene er å oppfatte som estimater som det selvsagt er knyttet ulike

usikkerhetsfaktorer til. Det bør også bemerkes at de sensitivitetsanalyser som er foretatt, i sum drar i retning av at sengebehovet kan være større enn estimatene tilsier. Akershus universitetssykehus HF har allerede i dag betydelig underkapasitet. Dette avhjelpestil dels ved avtalen med Diakonhjemmet Sykehus som er beskrevet over. Akershus universitetssykehus HF er i ferd med å foreta endringer og mindre investeringer som frigjør ytterligere 40 somatiske senger. Dette fremkommer i tabellen som en økning i sengekapasitet i 2018. Videre er det i 2018-tallene forutsatt at Sykehuset Østfold HF vil overta ansvaret for Vestby kommune (styresak 90-2014 punkt 4). Vestby benytter i dag om lag 20 somatiske senger ved Akershus universitetssykehus HF. De nevnte forhold gjør at avlastningsbehovet reduseres noe fram mot 2018, men likevel står sykehuset igjen med et avlastningsbehov på ca. 140 senger i 2030. Det presiseres også at usikkerheten i tallmaterialet blir større jo lenger man går fram i tid.

1.4 Mulig fremtidig kapasitet

I tabellen nedenfor vises en oppsummering av potensiell somatisk sengekapasitet ved de fire hovedstads-sykehusene i perioden 2014–2030. For Oslo universitetssykehus HF bygger sengetallet på de samme grunnforutsetningene som ligger til grunn for sykehusets idéfasearbeid. Sengetallet på 1 580 er dog noe lavere enn det som ligger til grunn for idéfasearbeidet. For Akershus universitetssykehus HF vises kapasitet innenfor dagens bygningsmasse inkludert planlagte kortsiktige utvidelser.

Mandatet for dette kapasitetsprosjektet peker på økt bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus som en del av løsningen på kapasitetsutfordringene. Begge de private ideelle sykehusene har beskrevet betydelige muligheter for utvidelser. Skisserte potensielle utvidelser for de to private ideelle sykehusene er lagt inn i tabellen nedenfor.

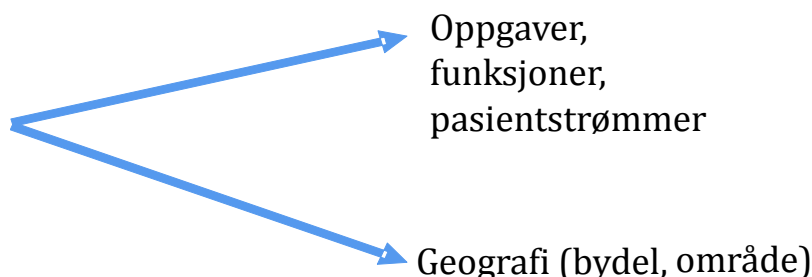
Somatisk sengekapasitet inkludert potensielle utvidelser ved DS og LDS 2014–2030					
Sykehus	2014	2018	2020	2025	2030
OUS	1 580	1 580	1 580	1 580	1 580
Ahus	667	707	707	707	707
DS	206	248	248	408	408
LDS	155	165	225	345	345
Sum	2 608	2 700	2 760	3 040	3 040

Med utgangspunkt i SINTEFs beregninger er det behov for 2 779 somatiske senger i 2030. Tabellen ovenfor viser at det på lang sikt kan være god kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder ved å utnytte potensialene for utbygging ved Diakonhjemmet og Lovisenberg samt gjøre investeringer som opprettholder dagens sengekapasitet ved Oslo universitetssykehus HF.

Det kan også nevnes at det i tiden fremover opprettes flere kommunale akutte døgnplasser (KAD) både i Oslo og Akershus. Det er vanskelig å kvantifisere hvor stor avlastning KAD-tilbudet vil få for sykehusene. I SINTEF-materialet er det også forutsatt at kommunene avlaster spesialisthelsetjenesten i form av opprettelse av blant annet KAD-plasser.

1.5 Vurderingskriterier og prinsipper for løsning

Det er i mandatet skissert to prinsipielle tilnærminger til kapasitetsutfordringene. Sykehus kan avlastes enten ved endring i fordeling av oppgaver, funksjoner og pasientstrømmer og/eller ved endring av opptaksområde. I tillegg til disse to alternativene forutsettes det også at foretakene selv jobber med optimalisering av driften ved eksempelvis reduksjon av liggetid, økende andel dagbehandling, mer sammedagskirurgi og poliklinisering av akutthenvendelser for innleggelse.



Alle løsninger som foreslås skal vurderes opp mot målene i den nasjonale kvalitetsstrategien:

- Trygge og gode tilbud
- God tilgjengelighet
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
- God ressursutnyttelse

Videre vil tidsaspektet, det vil si *når* et løsningsforslag vil kunne realiseres, også vektlegges som vurderingskriterium. Dette skyldes at Akershus universitetssykehus HF allerede i dag har et avlastningsbehov.

1.6 Løsningsalternativer

I rapporten er endringer i oppgaver, funksjoner og pasientstrømmer og geografiske opptaksområdeendringer drøftet hver for seg. Forslagene relatert til endring i oppgaver, funksjoner og pasientstrømmer er hentet fra forslagene til de ulike faggruppene for så å bli behandlet i prosjekt- og styringsgruppe. Løsningsalternativene ved endring av opptaksområder er utarbeidet og drøftet i prosjekt- og styringsgruppe.

Løsningene må sikre at det er nok kapasitet for å ivareta pasientenes behov for helsetjenester, og må utformes på en måte som gir tilstrekkelig robusthet i fremtidig sengekapasitet. Pasientperspektivet har vært avgjørende ved vurdering av løsningsalternativer. Herunder ønsket om å sikre god 'pasientflyt' og helhetlige pasientforløp.

1.6.1 Løsningsalternativer ved endringer i oppgavefordelinger

Faggruppens innspill er gjennomgått i møte med brukere og tillitsvalgte, og deretter behandlet både i prosjektgruppe og styringsgruppe. Basert på faggruppens innspill, har styringsgruppen lagt til grunn seks forslag innen somatikk og ett forslag innen psykisk helsevern i sitt samlede forslag til løsningsalternativer knyttet til oppgavefordeling for kapasitetsutfordringene i sykehusområdene. Forslagene vil blant annet avlaste Oslo universitetssykehus HF, øke egendeckningen ved de private ideelle sykehusene og gi mer helhetlige pasientforløp ved hvert enkelt sykehus:

- **Somatikk**
 - **Dialyse:** Dialysetilbud ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus på mellomlang sikt for avklarte pasienter fra egne opptaksområder
 - **Medikamentell onkologi og kontroll etter onkologisk behandling:** Et tilbud om medikamentell onkologi og palliativ behandling ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus til pasienter i egne opptaksområder
 - **Primære «ortopediske» infeksjoner:** Oppbygging av tilbud ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra eget opptaksområde, som i dag får tilbudet dekket ved Oslo universitetssykehus HF
 - **Eldre med brudd:** En intensjon om Senter for «Eldre med brudd» lagt til Diakonhjemmet Sykehus for Oslo sykehusområde. Traumefunksjonen for pasientgruppen er i dag ved Oslo universitetssykehus HF og forutsettes videreført der

- **Urologi:** En poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på Diakonhjemmet Sykehus (uten etablering av nye vaktordninger) utredes som modell
 - **Nevrologi og slag:** Et forløp med «en-dør-inn» til Oslo universitetssykehus HF for primærbehandling og deretter overføring til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra egne opptaksområder
- **Psykisk helsevern**
 - **Alderspsykiatri:** En intensjon om samling av døgnaktivitet innen alderspsykiatri ved Diakonhjemmet Sykehus, og med poliklinikk/dagbehandling på lokalsykehus. Fagområdet gjøres til en områdefunksjon

Nærmere beskrivelse og estimerte volumer for forslagene ovenfor fremkommer under kapittel 7.4 *Løsningsforslag ved endring av oppgaver.*

1.6.2 **Løsningsalternativer ved endring av opptaksområder**

Faggruppens løsningsforslag vil bidra til gode og funksjonelle pasientforløp, men avlaster i liten grad Akershus universitetssykehus HF. Gruppens foreslåtte løsninger avlaster i større grad Oslo universitetssykehus HF og bidrar til å øke egendekningen ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus og gi mer helhetlige pasientforløp ved hvert enkelt sykehus.

Kapasitetsutfordring ved Akershus universitetssykehus HF avhjelpes i dag ved den tidligere omtalte avlastningsavtalen med Diakonhjemmet Sykehus. Denne avtalen gir i sin nåværende form ikke tilstrekkelig forutsigbarhet hverken for pasientene, sykehusene eller bydelene. Prosjektet har vurdert en rekke alternativer for hvordan Akershus universitetssykehus HF kan avlastes. Styringsgruppen valgte å gå videre med følgende to alternative løsninger for å avlaste Akershus universitetssykehus:

- Flytting av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus
- Flytting av lokalsykehusansvar for enkeltkommuner i Folloregionen til Diakonhjemmet Sykehus

At begge alternativene legger til grunn overføring til Diakonhjemmet Sykehus, er begrunnet med at Diakonhjemmet Sykehus har tilgjengelig kapasitet til å kunne håndtere en slik overføring i nær fremtid.

På bakgrunn av vurderingene av de to alternativene, har styringsgruppen innstilt på alternativet med å flytte lokalsykehusansvaret for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus, noe som representerer en liten utvidelse av og en mer pasientvennlig og forutsigbar løsning enn den avlastningsordning som allerede er etablert for Groruddalen. Styringsgruppen mener, utfra en helhetlig vurdering, at dette vil være det beste alternativet både for berørte pasienter og for sykehusene som berøres av endringen i opptaksområdet.

Oslo kommune har i flere sammenhenger gitt uttrykk for at de er godt fornøyd med det sykehusstilbudet som gis til Groruddalsbydelene ved Akershus universitetssykehus HF. Oslo kommune har derfor primært ikke ønsket at én eller flere av disse bydelene endrer sykehusstilhørighet. Gitt denne forutsetningen, er det derfor vurdert om det kan være aktuelt å overføre kommuner i Folloregionen til Diakonhjemmet Sykehus.

Oslo kommune har deltatt både i prosjekt- og styringsgruppe. Follokommunene er informert om at også flytting av opptaksområde fra denne regionen er drøftet, men det presiseres at representanter fra disse kommunene ikke har deltatt i arbeidet.

Styringsgruppen poengterte at det arbeides videre med de økonomiske konsekvensene av forslaget, og at det vil bli foretatt en risikovurdering av forslaget parallelt med høringsrunden. I tillegg må det arbeides med hvordan et slikt forslag skal gjennomføre i praksis, med alle de implikasjoner som vil følge av en flytting av et opptaksområde.

Overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet

Alternativet med å overføre bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus vil forsterke den avlastning som Diakonhjemmet Sykehus allerede i dag gir Akershus universitetssykehus HF. En slik løsning vil skape større forutsigbarhet og gi mer helhetlige pasientforløp for pasienter fra de tre bydelene Alna, Grorud og Stovner.

Forslaget vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine lokalsykehustjenester på Diakonhjemmet Sykehus innenfor kirurgi, ortopedi og indremedisin. Ved overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus vil Akershus universitetssykehus HF avlastes med i størrelsesorden 62 somatiske senger. Det er da trukket fra aktivitet knyttet til barn, fødsler, oppfølging av svangerskap og gynekologi. Dette alternativet er nærmere beskrevet i kapittel 7.5.2 *Bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus*. Egendekningsanalysene viser at i størrelsesorden 47 av de 62 somatiske sengene vil være aktivitet som kan flyttes til Diakonhjemmet Sykehus, mens de resterende ca. 14 somatiske senger vil måtte gå mot Oslo universitetssykehus HF. Årsaken til at noe av avlastningen tilfaller Oslo universitetssykehus HF skyldes at Akershus universitetssykehus HF har funksjoner som i dag ikke finnes ved Diakonhjemmet Sykehus, og som dermed vil måtte ivaretas av Oslo universitetssykehus HF.

Bydel Alna utgjør 51 000 innbyggere i 2018. En overføring av denne bydelen vil gi Diakonhjemmet Sykehus et samlet opptaksområde på 190 000 innbyggere.

Aktiviteten fra bydel Alna harmonerer med den avlastning Akershus universitetssykehus HF trenger fram mot 2025, gitt de forutsetninger for avlastningsbehov som tidligere er beskrevet. Diakonhjemmet Sykehus kan ta imot pasientene fra bydel Alna innenfor somatikk relativt raskt, og pasientene vil få det samme tilbudet som alle andre pasienter i Diakonhjemmet Sykehus nåværende opptaksområde. I og med at Diakonhjemmet Sykehus allerede i dag tar imot pasienter fra dette opptaksområdet, er det allerede opparbeidet samarbeidsarenaer mellom sykehuset og bydelen.

Overføring av enkeltkommuner i Folloregionen til Diakonhjemmet

Styringsgruppens har også drøftet å flytte lokalsykehussansvaret for enkelte Follokommuner til Diakonhjemmet Sykehus. Et alternativ kan her være å flytte aktiviteten fra kommunene Nesodden og Oppegård, men også andre kombinasjoner kan være aktuelle. Nesodden og Oppegård er i 2018 estimert til å ha en samlet befolkning på 46 000, som er noe lavere enn befolkningen i bydel Alna. En flytting av disse kommunene er estimert til å gi Akershus universitetssykehus HF en avlastning på i størrelsesorden 57 somatiske senger. Dette fordeler seg med henholdsvis 36 senger til Diakonhjemmet Sykehus og 19 senger til Oslo universitetssykehus HF.

Sammenlignet med avlastningen ved å overføre bydel Alna, anses det som en ulempe at dette løsningsalternativet gir en noe høyere belastning på Oslo universitetssykehus HF. Akershus universitetssykehus HF har et ønske om, og et behov for, å opprettholde sitt nåværende aktivitetsnivå innenfor områdefunksjonene. En overføring av Follokommuner vil innebære at et noe større antall pasienter tilknyttet områdefunksjonene overføres til Oslo universitetssykehus, enn ved alternativet med overføring av bydel Alna. Dette vises av analyser av pasientstrømmer, hvor det fremkommer at alt i dag dekkes en del områdefunksjoner for pasienter fra bydel Alna ved Oslo universitetssykehus HF.

1.7 Håndtering av psykisk helsevern, TSB, fødsler, barn og gynekologi

For å ivareta behov for tverrfaglig behandling og behandling på tvers av omsorgsnivåene, bør som hovedprinsipp ansvaret for psykisk helsevern, TSB og indremedisin organiseres innen ett og samme lokalsykehusområde. For bydel Alna og for kommuner i Follo blir dette prinsippet imidlertid utfordret ved at flere av funksjonene innen psykisk helsevern er organisert i DPS i felleskap med andre bydeler eller kommuner. Dette er små og sårbare miljøer som man skal være varsom med å stykke opp i mindre enheter. I tillegg har heller ikke Akershus universitetssykehus HF behov for avlastning innen disse områdene. En samlet styringsgruppe har derfor frarådet at man deler opp miljøene innen psykisk helsevern og TSB. Disse områdene foreslås derfor å bli gjenværende ved Akershus universitetssykehus HF også etter en eventuell flytting av det somatiske opptaksområdet.

Også for områdene fødsler, barn og gynekologi er det vurdert som hensiktsmessig at disse funksjonene blir gjenværende på Akershus universitetssykehus HF ved en eventuell flytting av det somatiske opptaksområdet. Her er begrunnelsen både at disse funksjonene ved Oslo universitetssykehus HF i dag er så store at det ikke er ønskelig med ytterligere vekst, i tillegg til at Oslo universitetssykehus HF ikke vil ha kapasitet til å overta flere fødsler. Akershus universitetssykehus HF har på sin side behov for å beholde pasientene tilknyttet disse funksjonene for å sikre store og robuste fagmiljøer. For pasienter fra

opptaksområder som foreslås flyttet til Diakonhjemmet Sykehus, er det ikke vurdert til å være en vesentlig ulempe om disse funksjonene blir gjenværende på Akershus universitetssykehus HF.

1.8 Mulige løsningsalternativer i en lengre tidshorisont

Som nevnt innledningsvis, har dette arbeidet hatt et hovedfokus på å avlaste Akershus universitetssykehus HF i et kortere tidsperspektiv. Ulike løsningsalternativer både for langsiktig avlastning av Akershus universitetssykehus HF og eventuell avlastning av Oslo universitetssykehus HF er imidlertid også drøftet. I tillegg til at disse sykehusene selv kan investere i kapasitetsutvidelser, har både Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus fremlagt byggeplaner som innebærer at kapasiteten kan utvides vesentlig. Denne kapasiteten kan enten benyttes til å øke egendekningen fra nåværende opptaksområder eller man kan velge å flytte nye opptaksområder til disse sykehusene.

For Lovisenbergs Diakonale Sykehus vedkommende er det også foretatt estimater for hvilke kapasitetseffekter det kan gi å opprette akuttkirurgi ved dette sykehuset. Opprettelse av akuttkirurgi ved Lovisenberg Diakonale Sykehus krever nybygg som tidligst kan stå ferdig i 2022/2023. Oslo og Akershus sykehusområder har allerede tre akuttkirurgiske mottak innen et begrenset geografisk område. Det vil derfor også være viktig at det gjøres en faglig vurdering om det er ønskelig og ressursmessig rasjonelt å øke antall akuttkirurgiske mottak, sett opp mot at dette vil gi mer helhetlige pasientforløp og en større egendekning for Lovisenberg Diakonale Sykehus i sin sektor.

I et langsiktig perspektiv vil også flere andre forhold enn utbyggingsplaner ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, idéfasearbeid ved Oslo universitetssykehus HF og utviklingsplanarbeid ved Akershus universitetssykehus HF som må trekkes inn i diskusjonen: eksempelvis fremtidig foretakstilhørighet for Sykehuset Innlandet, Divisjon Kongsvinger, eventuell etablering av et diagnostisk senter, Oslo kommunes planer for en storbylegevakt samt andre sider ved forholdet til tilgrensende helseforetak. Føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan vil også kunne få innvirkning på mulige langsiktige løsningsalternativer.

2. Leseveiledning

Det har vært et mål å gjøre dette til en leservennlig rapport, samtidig som det er et komplisert og komplekst utfordringsbilde som behandles. Det foreligger et betydelig analysemateriale fra prosjektets side, og mye av dette bakgrunns- og analyse materialet er lagt som vedlegg for å begrense omfanget av rapporten.

I rapporten er det benyttet tall som fremkommer direkte av de beregninger som er foretatt. Tallene er å oppfatte som estimater som det selvsagt er knyttet ulike usikkerhetsfaktorer til. Det bør også bemerkes at de sensitivitetsanalyser som er foretatt, i sum drar i retning av at sengebehovet kan være noe større enn estimatene tilsier.

De matematiske beregninger som vises i rapporten gir ikke presise svar på et fremtidig kapasitetsbehov eller konsekvenser av flyttinger, men anslår estimerte verdier, ut i fra hvilke forutsetninger som legges til grunn. Ord som cirka, omtrent, om lag osv. er utelatt for å øke leservennligheten.

2.1 Rapportens oppbygging

Rapporten er inndelt i kapitler i en bestemt rekkefølge med den hensikt å føre leseren gjennom bakgrunn, grunnlag, utfordringsbildet og til slutt foreslåtte løsninger på kort/mellomlang og lang sikt for kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet.

Innledningen gjør rede for bakgrunnen for prosjektet, og målene for prosjektet nedfelt i prosjektmandatet. Videre gjennomgås prosjektorganiseringen, premissene for arbeidet, herunder premisser gitt av styret i Helse Sør-Øst RHF, samt avgrensninger og andre pågående initiativ.

Kapittel 4 omhandler grunnlaget for analyser og bakgrunnen for arbeidet i kapasitetsprosjektet. Hovedtyngden av grunnlagsmaterialet og beskrivelse av metodikk finnes imidlertid i vedlegg. Først vil det kort redegjøres for befolkningsframskrivingen som ligger til grunn. Deretter vil SINTEF-rapporten som ligger til grunn for prosjektet omtales. Videre beskrives sensitivitetsanalyser og hvordan utnyttelsesgrader er definert og brukt. Etter dette legges det fram en analyse av egendekning ved sykehusene, før det til sist gis en beskrivelse av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester fram mot 2030.

Kapittel 5 omhandler den fysiske kapasiteten ved sykehusene i dag og den antatte kapasiteten fram mot 2030. Kapitlet innledes med kartlagt kapasitet innen poliklinikk, dagplasser og operasjonsstuer. Videre beskrives kapasiteten og utviklingsplaner for hvert av sykehusene, før det gjøres en oppsummering av antatt fysisk kapasitet fram mot 2030. Fremgangsmåte for innhenting av kapasiteten ved sykehusene og definisjoner av senger er beskrevet i vedlegg.

I kapittel 6 redegjøres det for utfordringsbildet i hovedstadsområdet innen somatisk aktivitet, det vil si en sammenstilling av befolkningens framskrevne behov opp mot fysisk kapasitet ved sykehusene i Oslo og Akershus i perioden fram til 2030. Kapitlet sammenstiller behovet estimert på bakgrunn av aktivitet beskrevet i kapittel 4, opp mot den antatte fysiske kapasiteten på sykehusene beskrevet i kapittel 5. Denne sammenstillingen gir et oppdatert bilde av kapasitetsutfordringen i hovedstadsområdet fram mot 2030, og synliggjør hvor og når det blir underkapasitet i området.

Kapittel 7 omhandler de løsningsalternativ som er skissert på bakgrunn av utfordringsbildet beskrevet tidligere i rapporten. Kapitlet innledes med en oppsummering av utfordringsbildet og skisserte prinsipper for løsning. Videre er vurderingskriteriene for vurdering av de ulike løsningsalternativene beskrevet, og metodikken benyttet ved analyser vedrørende løsningsalternativene er kort omtalt. Deretter blir faggruppens innspill til oppgavedeling referert, og videre blir prosjektets løsningsforslag ved endring av opptaksområder presentert. Til sist skisseres mulighetene for løsninger på mellomlang og lang sikt, med enkelte eksempler.

I kapittel 8 ligger vedlegg. Faggruppenotatene ligger som eget og siste vedlegg.

2.2 Forkortelser og begreper

Forkortelse/begrep	Forklaring
<i>RHF</i>	Regionalt helseforetak
<i>HF</i>	Helseforetak
<i>HSØ</i>	Helse Sør-Øst RHF
<i>OUS</i>	Oslo universitetssykehus HF
<i>Ahus</i>	Akershus universitetssykehus HF
<i>DS/Diakonhjemmet</i>	Diakonhjemmet Sykehus
<i>LDS/Lovisenberg</i>	Lovisenberg Diakonale Sykehus
<i>Hovedstadssykehusene</i>	Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
<i>PH</i>	Psykisk helsevern
<i>PHV</i>	Psykisk helsevern voksne
<i>PHBU</i>	Psykisk helsevern barn og unge
<i>DPS</i>	Distriktpsikiatrisk senter
<i>TSB</i>	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer
<i>Kort sikt</i>	Perioden fram til og med 2018
<i>Mellomlang sikt</i>	Perioden fra 2018 til 2025
<i>Lang sikt</i>	Perioden fram til og med 2030
<i>SINTEF-rapporten</i>	Rapport A26321: Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF. Gjennomført av SINTEF Teknologi og samfunn for Helse Sør-Øst RHF
<i>AGS</i>	Oslo-bydelene Alna, Grorud og Stovner
<i>Follo/Follokommuner/ Folloregionen</i>	Kommunene Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski, Vestby og Ås. Vestby er som hovedregel ekskludert, da denne kommunen skal vurderes overført til Sykehuset Østfold HF fra 1. januar 2017
<i>Demografisk (framskrevet) aktivitet/sengebehov</i>	Aktivitet/sengebehov basert utelukkende på befolkningsutvikling
<i>Omstilt (framskrevet) aktivitet/sengebehov</i>	Demografisk aktivitet/sengebehov korrigert for effekter av omstillings-/endringsfaktorer og teknologisk utvikling
<i>Endringsfaktorer/ Omstillingsfaktorer</i>	Endringsfaktorene er 1: Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud, 2: Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak, 3: Omstilling fra døgnopphold til dagopphold, 4: Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell, 5: Intern effektivisering av arbeidsprosesser. Se Vedlegg 6 <i>Metodegrunnlag fra SINTEF-rapporten</i> for mer.

3. Innledning

Dette kapitlet vil gjøre rede for bakgrunnen for dette prosjektet, og retningen og målene for prosjektet nedfelt i prosjektmandat og direktiv. Videre vil premissene for arbeidet gjennomgås, herunder premisser gitt av styret i Helse Sør-Øst RHF, samt avgrensninger og avhengigheter. Innledningen vil også beskrive organiseringen av prosjektet.

3.1 Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF arbeider kontinuerlig med tiltak for å sikre at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i regionen er tilpasset behovet.

Helse Sør-Øst RHF har i løpet av 2013–2014 gjennomført tre utredninger av fremtidig aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov. Med bakgrunn i behovet for å vurdere hvordan det regionale helseforetaket best skal ivareta sitt «sørge-for-ansvar», har en i rekkefølge sett på utfordringene for Akershus universitetssykehus, hovedstadsområdet samlet og til slutt for regionen samlet¹.

I styresakene (094-2013, 042-2014 og 090-2014) er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder, kan møtes ved; optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg, og arbeid med endringer i oppgavedelingen i Oslo-området.

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet følgende vedtak i sak 090-2014, Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst – grunnlag for videre utvikling og planlegging:

1. Styret tar redegjørelsen om SINTEFs analyse av fremtidig kapasitetsbehov til orientering.
2. Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger legges til grunn for videre arbeid med helseforetaksgruppens utviklingsplaner, med følgende presiseringer:
 - a. Ved planlegging og godkjenning av utbyggingsprosjekter beholdes høy utnyttelsesgrad som grunnforutsetning
 - b. Aktiv samhandling med kommunale tjenester skal være en viktig forutsetning for helseforetakenes og sykehusenes arbeid med «pasientens helsetjeneste». Styret legger til grunn at potensialet i samhandlingsreformen realiseres
 - c. Det gjennomføres en mulighetsstudie for etablering av diagnostiske sentre i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015
 - d. Det gjøres en samlet vurdering av forslagene i rapportene om videreutvikling og styrking av intensivkapasiteten i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015
 - e. Helseforetakene må på grunnlag av de store ulikhetene i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og TSB vurdere samlet ressursinnsats, struktur og innhold som grunnlag for den videre utvikling av tjenestetilbudet
3. Arbeidet for å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder videreføres. Plan for tiltak og gjennomføring fremmes som egen sak for styret.

Styret legger til grunn at en utnytter potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg.

4. Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF. Det legges til grunn at overføring skjer fra 1. januar 2017, men endelig vurdering gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold i 2015–2016.

Arbeidet i denne rapporten bygger på Helse Sør-Østs tidligere arbeid relatert til kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder.

¹ SINTEF-rapport A26321: «Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF»

3.2 Prosjektmandat

Mandatet for dette prosjektet er å fremme forslag om en tydelig retning for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de to sykehusområdene ved å se på følgende fire muligheter:

1. Vurdere nåværende opptaksområder i sykehusområdene Oslo og Akershus, herunder om en skal foreslå å flytte lokalsykehusansvar for bydeler til Diakonhjemmet og Lovisenberg.
2. Alternativt vurdere om en i større grad enn i dag skal styre pasientstrømmer eller behandlingsområder ved endret oppgavedeling.
3. Vurdere en kombinasjon av punkt 1 og 2.
4. Ved alternativer som avlaster Akershus universitetssykehus ved redusert opptaksområde, må det vurderes hva som skal gjøres med tilhørende områdefunksjoner som i dag ivaretas av Akershus universitetssykehus.

Arbeidet bygger på de behovsanalysene og kapasitetsvurderingene som tidligere er utarbeidet i regi av SINTEF². Prosjektarbeidet er ytterligere konkretisert i direktiv vedtatt av styringsgruppen i mai 2015. Arbeidet skal munne ut i en rapport som danner grunnlag for en styresak som legges fram for Helse Sør-Øst RHF's styre innen utgangen av året 2015.

3.3 Organisering av prosjektet

Høsten 2014 ble det startet et arbeid i regi av Helse Sør-Øst RHF for å vurdere hvordan behovet for spesialisthelsetjenester best kan løses både på kort, mellomlang og lang sikt i sykehusområdene Oslo og Akershus. Deltagere i arbeidet var representanter fra Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus samt Oslo kommune.

Vinteren/våren 2015 ble det gjennomført en større reorganisering av prosjektet med økt involvering, tydeligere prosjektorganisering og prosjektmetodikk, samt større ressursinnsats i arbeidet. Det ble på denne bakgrunn besluttet å søke ekstern bistand fra april/mai 2015. Etter en minikonkurranse ble Deloitte valgt som samarbeidspartner. Deloitte's rolle har vært å støtte og strukturere arbeidet slik at man kunne komme fram til et beslutningsgrunnlag til styret i Helse Sør-Øst RHF.

Følgende eierskap ble definert for prosjektet:

Rolle	Navn	Stilling	Enhet
Prosjekteier	Cathrine M. Lofthus	Adm. direktør	Helse Sør-Øst RHF
Prosjektleder	Alice Beathe Andersgaard	Direktør medisin og helsefag	Helse Sør-Øst RHF

² SINTEF-rapport A26321: «Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF»

3.3.1 **Styringsgruppe**

Styringsgruppe for prosjektet var som følger:

Rolle i styringsgruppe	Navn	Stilling	Enhet
Leder styringsgruppe	Cathrine M. Lofthus	Adm. direktør	Helse Sør-Øst RHF
Representant	Bjørn Erikstein	Adm. direktør	Oslo universitetssykehus HF
Representant	Øystein Mæland	Adm. direktør	Akershus universitetssykehus HF
Representant	Anders M. Frafjord	Adm. direktør	Diakonhjemmet Sykehus
Representant	Lars Erik Flatø	Adm. direktør	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Representant	Endre Sandvik	Kommunaldirektør	Oslo kommune, byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester
Representant	Kirsten Brubakk	Konserntillitsvalgt	Helse Sør-Øst RHF (UNIO)
Representant	Svein Øverland	Konserntillitsvalgt	Helse Sør-Øst RHF (LO)
Representant	Terje Keyn	Konserntillitsvalgt	Helse Sør-Øst RHF (Akademikerne)
Representant	Jørn Pettersen	Brukerrepresentant	
Representant	Hilde Sofie Hamre	Brukerrepresentant	
Representant	Tove Nakken*	Brukerrepresentant	

* Fra høsten 2015

3.3.2 **Prosjektgruppe**

Prosjektgruppe for prosjektet var som følger:

Rolle i prosjektgruppe	Navn	Stilling	Enhet
Prosjektleder	Alice Beathe Andersgaard	Direktør medisin og helsefag	Helse Sør-Øst RHF
Representant	Terje Rootwelt	Konst. viseadm. direktør	Oslo universitetssykehus HF
Representant	Tone Ikdahl*	Viseadm. direktør	Akershus universitetssykehus HF
Representant	Anne Wenche Lindboe	Fagdirektør	Diakonhjemmet Sykehus
Representant	Bjørn Magne Eggen	Fagdirektør	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Representant	Kari Sletnes	Kommuneoverlege	Helseetaten, Oslo kommune

*Fagdirektør Pål Wiik representerte Akershus universitetssykehus i første del av prosjektet

3.3.3 **Faggrupper**

For å vurdere muligheter for endring av pasientstrømmer og oppgavedeling mellom sykehusene (jfr. punkt 2 i prosjektmandatet) ble det opprettet syv faggrupper som arbeidet konkret med muligheter innenfor sine fagområder.

Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner.

Det ble opprettet faggrupper innenfor følgende områder:

1. Generell indremedisin, dialyse og geriatri
2. Psykiatri og TSB, inkl. alderspsykiatri
3. Onkologi (medikamentell kreftbehandling og palliasjon)
4. Elektiv ortopedi og eldre med brudd
5. Urologi (eks. cancerkirurgi), benign gastrokirurgi og fedmekirurgi
6. Nevrologi, inkl. slagbehandling
7. Rehabilitering

Faggruppene og deres leder har selv organisert arbeidet slik de har ment det hensiktsmessig. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner. Faggruppene ble mandatet var å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Forslagene skulle ha som utgangspunkt god utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner.

3.4 **Premisser for arbeidet**

3.4.1 **Opptaksområder og oppgavedeling**

Følgende ble lagt til grunn for arbeidet:

1. På kort og mellomlang sikt skal kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet møtes med en kombinasjon av endringer i opptaksområder / ansvar for geografiske områder og endret fordeling av oppgaver/pasientstrømmer.
2. Sykehusene i Osloområdet og Oslo kommune har lange tradisjoner for samarbeid og deling av oppgaver. Befolkningen i sykehusområdene Oslo og Akershus får sine tjenester på ulike sykehus avhengig av hva slags behandling de har behov for. Befolkningens behov for spesialisthelsetjenester i disse sykehusområdene dekkes av et nettverk av sykehus som har utviklet kompetanse innen ulike fagområder, og denne form for samarbeid og oppgavedeling bør fortsette og kombineres med definerte geografiske opptaksområder for basisfunksjoner.
3. Basisfunksjoner ved alle fire hovedstadssykehusene må som et minimum være utvalgte funksjoner innen indremedisin, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for de opptaksområder sykehusene har ansvar for. I basisfunksjoner inngår fagområdene med stort behov for samhandling og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

3.4.2 **Avgrensninger**

Prosjektet skal ikke vurdere eller utrede:

- Eventuelle kompetansemessige konsekvenser av forslagene som legges fram
- Eventuelle arbeidsrettslige konsekvenser av forslagene som legges fram
- Eventuelle økonomiske konsekvenser av forslagene som legges fram

Helse Sør-Øst RHF har parallelt med prosjektets slutfase, gjennomført en overordnet vurdering av de økonomiske konsekvensene som følger av forslagene som fremkommer av dette arbeidet.

Kapasitetsutfordringene som følge av befolkningsveksten i Oslo og Akershus sykehusområder kan også møtes ved optimalisering av drift ved sykehusene, jfr. styresaker (094-2013, 042-2014 og 090-2014). Prosjektet har ikke gått inn i tiltak rundt dette på det enkelte sykehus. Intern effektivisering av arbeidsprosesser er imidlertid en av endringsfaktorene i SINTEFs beregninger, og ligger dermed inkludert i omstilt sengebehov. Sykehusene har ulikt utgangspunkt og ulikt behov for optimalisering av driften, og det forutsettes at hvert av sykehusene arbeider med dette.

Prosjektet har fokusert på kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder. I tillegg er planer for overføring av Vestby kommune til Sykehuset Østfold HF fra 1.1.2018 hensyntatt (jfm styrevedtak 90-2014). Ytterligere bruk av Sykehuset Østfold har ikke vært del av dette prosjektet og må vurderes i en neste fase. Det samme gjelder eventuell bruk av Vestre Viken HF og ytterligere bruk av Sykehuset Innlandet HF.

3.4.3 Andre pågående initiativ

Det er i parallell med dette prosjektet en rekke andre pågående initiativ som kan påvirke dette arbeidet og de foreslåtte løsningsalternativene både på kort, mellomlang og lang sikt.

3.4.3.1 Idéfase Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus sitt arbeid med Idéfase for fremtidens sykehus vil bli omtalt flere ganger i denne rapporten. En kort beskrivelse av dette arbeidet legges ved i Vedlegg 2 *Idéfase Oslo universitetssykehus HF*. Idéfasearbeidet ved Oslo universitetssykehus omhandler hvilken kapasitet sykehuset skal ha for å ivareta befolkningens behov for helsetjenester i fremtiden. Arbeidet omfatter ulike alternativer og tar for seg både lokalsykehusfunksjon, region- og landsfunksjoner. Mandatet til idéfasearbeidet ved Oslo universitetssykehus har lagt til grunn de bydeler sykehuset i utgangspunktet har ansvar for og den funksjonsfordeling som i dag er gjort mellom sykehusene i regionen. Kapasitetsprosjektet har mottatt og satt seg inn i en del av idéfasematerialet og diskutert dette. Prosjektet tar de forelagte planer til orientering og har lagt disse til grunn for dette arbeidet.

Mandatet for idéfasearbeidet er behandlet og godkjent av styret i Helse Sør-Øst (sak 020-2013 Utviklingsplan og idéfasemandat Oslo universitetssykehus HF), og dette legger til grunn at Oslo universitetssykehus også i fremtiden skal ivareta de oppgaver og det opptaksområdet som helseforetaket har per dags dato.

3.4.3.2 Utviklingsplan Akershus universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus utarbeider en utviklingsplan (2015–2030) som skal gi grunnlag for spesialisthelsetjenestetilbud for den raskt voksende befolkningen i Akershus sykehusområde fram mot 2030. Sykehuset har hatt betydelige kapasitetsutfordringer siden endringen av opptaksområdet i 2011. Utviklingsplanen beskriver to scenarier. Scenario A innebærer et konstant befolkningsgrunnlag på 500 000 samtidig som sykehuset får nye områdefunksjoner og dermed styrket egendekning. Scenario B innebærer en reduksjon av befolkningsgrunnlag til 450 000, samt flere områdefunksjoner og økt egendekning. Økt egendekning kan utvikles gjennom styrking av allerede etablerte områdefunksjoner og nyetablering av tilbud som hittil ikke har vært gitt ved foretaket. Etablering av stråleenhet med tilhørende sengeposter og poliklinisk kapasitet inngår som ett av tiltakene i planen for å styrke egendekningen.

I et premissnotat fra 8. juni 2015 la Helse Sør-Øst føringer for arbeidet med utviklingsplanen og den virksomhetsmessige delen av planen skal forelegges Helse Sør-Øst RHF før Akershus universitetssykehus viderefører arbeidet med utviklingsplanen. Dette skal ivareta en best mulig koordinering mellom utviklingsplanen til Akershus universitetssykehus HF og Helse Sør-Østs overordnede planlegging i hovedstadsområdet.

Planene antas styrebehandlet våren 2016.

I tillegg til utviklingsplanen har Akershus universitetssykehus arbeidet med en idéfase for nytt psykiatribygg. Fire ulike løsningsforslag har blitt vurdert, og prosjektet konkluderer med å anbefale to alternativer som tas med videre inn i konseptfasen. Kostnadmessig vil begge alternativer innebære investeringer på

ca. 500 millioner kroner. Videre er målet med konseptfasen å utvikle et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor definerte rammer. Det ble i styresak 044-2015 i Helse Sør-Øst RHF besluttet at det ikke er rom for en slik utbygging i denne økonomiplanperioden (fram til 2019), og konseptfasen er derfor utsatt. Hovedinnholdet i idéfaserapporten blir lagt til i utviklingsplanen, der det blir fremlagt forslag om en trinnvis utbygging.

Prosjektet har mottatt og satt seg inn i de foreløpige utkast. Ytterligere omtale av det foreløpige arbeidet med utviklingsplan og idéfase nytt psykiatribygg er gjengitt i Vedlegg 3 *Utviklingsplaner ved Akershus universitetssykehus HF*.

3.4.3.3 Storbylegevakt, diagnostiske senter og kommunal akutt døgnerhet

Planene og debatten rundt ny storbylegevakt i Oslo har pågått lenge, og opprinnelig var den tenkt samlokalisert med akuttkirurgiske funksjoner ved Oslo universitetssykehus. Byrådet avga ny innstilling om lokalisering høsten 2015. Det er uvisst hvilke kapasitetsmessige konsekvenser en ny storbylegevakt vil få for sykehusene.

Diagnostiske senter hvor pasienten får tilgang til spesialistpoliklinikk kan være en del av løsningen på kapasitetsutfordringen i sykehusområdene, spesielt med tanke på poliklinikkrom og diagnostisk kapasitet ved sykehusene. Et slikt senter vil også øke nærhet og tilgjengelighet for pasientene, og kan vurderes samlokalisert med ny storbylegevakt. Det er igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune for å vurdere mulighetene for oppbygging av et slikt tilbud i Oslo.

Oppbyggingen av kommunale akutt døgnerheter (KAD) har pågått over flere år. Dette tilbudet omfatter omlag 100 senger (hvorav 73 senger ved Aker sykehus) i Oslo og Akershus sykehusområder fra årsskiftet 2015/2016, og kan brukes i enda større grad enn i dag til å gi pasientene et godt og tilpasset tilbud. Det er vanskelig å kvantifisere hvor stor avlastning KAD-tilbudet har for sykehusene. I SINTEFs grunnlagsarbeid er det forutsatt en betydelig overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

3.4.3.4 Avlastning ved Sykehuset Innlandet, Kongsvinger

Sykehuset Innlandet har i dag en samarbeidsavtale med Akershus universitetssykehus, der sykehuset på Kongsvinger avlaster Akershus universitetssykehus innenfor flere behandlingsområder. Avtalen innebærer at noen pasientgrupper utredes og behandles på Kongsvinger sykehus for å redusere belastningen på Akershus universitetssykehus. Sykehuset på Kongsvinger har også lokalsykehusansvaret for somatiske pasienter i Nes kommune i Akershus. Denne kommunen tilhører egentlig Akershus sykehusområde.

Både politikere og brukere i Kongsvinger har gitt signaler om at de ønsker en sterkere tilknytning til Akershus universitetssykehus. I foretaksrådet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF den 17. august 2015 ble Helse Sør-Øst derfor bedt om at det i arbeidet med analyse og kapasitetsbehov 2030 også vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus. Helse Sør-Øst RHF planlegger dette som en del av en neste fase som må gjennomføres i 2016.

Det er besluttet at ytterligere avlastning ved Kongsvinger sykehus ikke inkluderes i denne fasen av kapasitetsprosjektet, selv om det pågår et arbeid for å se på dette som et avlastningstiltak for vinteren 2015/2016.

3.4.3.5 Nasjonal helse- og sykehusplan

Regjeringen har i november dette år lagt fram Nasjonal helse- og sykehusplan. Planen skisserer prinsipper for fremtidig sykehusstruktur og kriterier for ulike typer sykehus. Stortingsmeldingen vil bli regjeringens operative redskap for å ruste tjenesten til å møte det fremtidige behovet for helsetjenester. Det er uvisst hvilke konsekvenser dette vil få for kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet, og dette vil bli nærmere vurdert i neste fase av kapasitetsarbeidet som vil pågå i 2016.

4. Grunnlagsmateriale og metodikk

Dette kapittelet omhandler grunnlaget for analyser og bakgrunnen for det videre arbeidet i kapasitetsprosjektet. Hovedtyngden av grunnlagsmaterialet og beskrivelse av metodikk vil imidlertid finnes i vedlegg. Først vil det kort redegjøres for befolkningsframskrivingen som ligger til grunn. Deretter vil SINTEF-rapporten som ligger til grunn for prosjektet omtales. Videre oppsummeres sensitivitetsanalyser og hvordan utnyttelsesgrader er definert og brukt. Etter dette presenteres resultatene av en analyse av egendekning ved hovedstadssykehusene, før det til sist gis en beskrivelse av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester fram mot 2030.

4.1 Befolkningsframskriving

For å vurdere kapasitetsbehov innen spesialisthelsetjenesten i fremtiden brukes befolkningsframskrivinger som grunnlag. Befolkningsframskrivinger er beregninger av hvordan befolkningen utvikler seg fremover, gitt ulike forutsetninger om fruktbarhet, dødelighet, flytting og inn- og utvandring. I kapasitetsprosjektet legges SSBs mellomalternativ, MMMM (middels verdier for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring) til grunn. MMMM-alternativet skal vise den mest sannsynlige utviklingen i befolkningen.

Oslo kommune og Akershus fylkeskommune har foretatt egne befolkningsframskrivinger for sine respektive regioner. Oslo kommune sitt mellomalternativ anslår 7 % større befolkning i 2030 enn SSB sitt mellomalternativ for Oslo. Akershus fylkeskommune sitt hovedalternativ anslår 10 % større befolkning i 2030 enn SSB sitt mellomalternativ for kommuner i Akershus fylke.

Det er stor usikkerhet knyttet til hvordan folketallet og sammensetningen av befolkningen i Oslo og Akershus vil utvikle seg. Spesielt knytter det seg stor usikkerhet til forutsetningene om innvandring. Det er derfor gjort analyser som vurderer konsekvensen av å bruke SSB sitt MMMH-alternativ eller Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger. Sensitivitetsanalysene har synliggjort hvilken konsekvens disse alternative framskrivingsmodellene ville hatt på sengebehovet ved hovedstadssykehusene. Analysen viser at alternative framskrivinger ville gitt et økt estimert sengebehov totalt for hovedstadssykehusene i 2030 på 78 somatiske senger med MMMH-alternativet, og 91 somatiske senger mer med Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger, enn ved å bruke SSB sin MMMM-alternativ. Resultatene fra sensitivitetsanalysene er nærmere beskrevet i Vedlegg 4 *Analysen av sensitivitet og aktivitetsutvikling somatikk*.

Alle sykehusene i hovedstadsområdet må planlegge for en betydelig aktivitetsøkning gitt dagens opptaksområder og antatt befolkningsutvikling. Oslo og Akershus sykehusområder kan forvente en befolkningsvekst på 21 % fram mot 2030. Veksten varierer mellom kommuner og bydeler. Lovisenberg må forvente en særlig sterk vekst på 28 % for sitt opptaksområde. I Vedlegg 5 *Befolkningsframskriving og opptaksområder* finnes en mer detaljert gjennomgang av befolkningsframskrivinger for bydeler og kommuner i Oslo og Akershus, samt beskrivelse av dagens opptaksområder og pasientstrømmer.

4.2 SINTEF-rapporten – analyse av aktivitet og kapasitetsbehov i Helse Sør-Øst

SINTEF-rapport A26321 med analyse av aktivitet og kapasitetsbehov i 2030 i Helse Sør-Østs opptaksområde, ligger til grunn for dette prosjektarbeidet. SINTEF har benyttet aktivitetsdata fra sykehusene i 2012 og framskrevet aktiviteten fram mot 2030, basert på SSBs MMMM-alternativ for befolkningsframskriving. Videre er de framskrevne aktivitetsdata justert i henhold til fem endringsfaktorer³ og deretter korrigert for effektene av generell teknologisk utvikling. Framskrevet aktivitetsdata korrigert for effekter av endringsfaktorer og teknologisk utvikling omtales videre som *omstilt aktivitet*. Basert på forutsetninger om kapasitetsutnyttelse (utnyttelsesgrad senger, driftstid i poliklinikk mm.) omsettes omstilt aktivitet til et antatt behov for fysisk kapasitet. SINTEF har lagt til grunn basis utnyttelsesgrad for beregning av fremtidig kapasitetsbehov (se kapittel 4.5 *Utnyttelsesgrader*).

³ Endringsfaktorene er 1: Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud, 2: Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samhandlingstiltak, 3: Omstilling fra døgnopphold til dagopphold, 4: Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell, 5: Intern effektivisering av arbeidsprosesser

SINTEF-rapporten konkluderer med at Akershus universitetssykehus vil ha et betydelig underskudd på sengekapasitet innen somatikk i 2030, gitt dagens opptaksområder. SINTEF-rapporten vurderer ikke byggenes beskaffenhet ved Oslo universitetssykehus. Videre vil både Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus ha betydelig underkapasitet på poliklinikkrom ved basis kapasitetsutnyttelse i 2030.

SINTEF-rapporten omhandler også psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Fremskrivning av aktivitet for psykisk helsevern og TSB fram mot 2030 tar utgangspunkt i aktivitetsutviklingen siste 6 år, aktivitet 2013, kapasitet 2014 og forventet demografisk utvikling. SINTEFs konklusjon er at sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområder innen psykisk helsevern for voksne og TSB har et tilstrekkelig antall døgnplasser. Innen psykisk helsevern for barn og unge er det estimert en marginal underkapasitet av døgnseger. Også innen psykisk helsevern og TSB er det estimert et økt kapasitetsbehov for dag- og poliklinikkrom.

Tallmaterialet fra SINTEF er å oppfatte som estimater som det selvsagt er knyttet ulike usikkerhetsfaktorer til. For mer detaljer om grunnlaget i SINTEF-rapporten henvises det til Vedlegg 6 *Metodegrunnlag fra SINTEF-rapporten*.

4.3 Kapasitetsutfordring innen somatiske døgnplasser

SINTEF-rapporten beskriver estimert kapasitetsbehov basert på døgn-, dag-, poliklinisk- og operasjonsaktivitet, og innen somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det kommer tydelig fram av materialet i SINTEF-rapporten at den største kapasitetsutfordringen i hovedstadsområdet er innenfor somatiske døgnseger. Sengearealer er også det som i størst grad driver totalareal i et sykehus. Prosjektet har på bakgrunn av dette gjort et tydelig valg om at bruk av senger og sengeareal er den mest bestemmende faktoren for hvordan kapasitetsutfordringene i hovedstadsregionen bør løses.

Som en del av dette prosjektet er det på nytt gått gjennom både nåværende og fremtidig sengekapasitet, og i samråd med sykehusene modifisert materialet der det er funnet behov for det.

Det vil også være en betydelig vekst innen dag- og poliklinisk aktivitet, og ifølge SINTEF-rapporten vil Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus ha underkapasitet på poliklinikkrom i 2030. Det legges imidlertid i dette prosjektet til grunn at hvert av sykehusene finner sin løsning på dette. Innen psykisk helsevern og TSB er kapasitetsutfordringene ifølge SINTEF-rapporten mindre relatert til sengeareal enn tilfellet er innen somatikken.

4.4 Sensitivitetsanalyser

Beregninger i SINTEF-rapporten gir opphav til en rekke usikkerhetsmomenter, både basert på den overordnede metodikken og valg som er gjort i det arbeidet, og i form av spesifikke forutsetninger som er benyttet. Enkelte av disse spesifikke forutsetningene er analysert for å avdekke hvor sensitive resultatene er for endringer i de enkelte forutsetningene, og følgelig hvordan estimert fremtidig aktivitetsnivå ved hovedstadssykehusene påvirkes av slike endringer.

Sensitivitetsanalysene viser at forutsetningene lagt til grunn i omstilt aktivitet, kan være relativt sensitive for endringer, og trekker i retning av høyere fremtidig kapasitetsbehov. Den samlede vurderingen av sensitivitetsanalysen kan derfor være at det er mer som taler for en økning i fremtidig sengebehov, enn en reduksjon i fremtidig sengebehov.

Den endringsfaktoren i SINTEF-rapporten med størst virkning, er overføring av liggedøgn fra spesialhelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Det er gjennomført en sensitivitetsanalyse for å vurdere hvordan liggedager og sengebehov i årene 2018–2030 endrer seg dersom man forutsetter en annen omstilling mot primærhelsetjenesten. Analysen viser at resultatene i SINTEF-rapporten virker å være relativt sensitive for endringer i omstilling mot primærhelsetjenesten. En reduksjon fra SINTEF-rapportens forutsetning (7,57 %) til 4 % ville i 2030 gitt et økt, estimert sengebehov på 69 senger ved Oslo

universitetssykehus og 38 senger ved Akershus universitetssykehus. For alle hovedstadssykehusene utgjør effekten totalt 122 senger i 2030.

Resultatene i SINTEF sitt hovedalternativ baserer seg på SSB sitt MMMM-alternativ for befolkningsframskriving. Det er gjennomført analyser som vurderer konsekvensen av å heller bruke SSB sitt MMMH-alternativ eller Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine befolkningsframskrivinger. Analysen viser at bruk av SSB sin MMMH-framskriving eller Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger ville gi et økt, estimert sengebehov totalt for hovedstadssykehusene i 2030 på hhv. 78 og 91 senger, sammenlignet med å bruke SSB sin MMMM-framskriving.

Det påpekes at ingen av befolkningsframskrivingene tar høyde for den siste tids betydelige økning i antall flyktninger og asylsøkere som ankommer Norge.

SINTEF-rapporten benytter basis utnyttelsesgrad ved estimering av sengebehov ved Akershus universitetssykehus. Siden Akershus universitetssykehus er et nytt bygg og bygget på en forutsetning om høy utnyttelsesgrad, er dette lagt til grunn i vurderingen av fremtidige kapasitetsbehov (innen voksensomatikken) ved dette sykehuset. Analysen viser at med høy utnyttelsesgrad vil sengebehovet ved Akershus universitetssykehus reduseres med 39 senger i 2030 sammenlignet med SINTEF sine estimater.

SINTEF har i sitt hovedalternativ for somatikken lagt til en 20 %-aktivitetsøkning innen observasjonsdøgn, dag- og poliklinisk aktivitet på bakgrunn av endringer i teknologi, forventninger og etterspørsel. Da det er usikkerhet knyttet til hvorvidt denne aktivitetsøkningen vil gjøre seg gjeldende er det gjort en analyse som undersøker hvordan aktivitetsestimater endres dersom man benytter en annen, lavere aktivitetsvekst. Sensitivitetsanalysene viser at dersom aktivitetsøkningen på 20 % elimineres, vil 2030-aktiviteten bli redusert tilsvarende 30 døgnenger tilknyttet observasjonsheter, 65 dagplasser og 133 poliklinikkrom for hovedstadssykehusene samlet.

I SINTEF-rapporten er 2012 brukt som basisår for beregning av fremtidig aktivitet. Basert på aktivitetsutviklingen i perioden 2012–2014, er aktivitetsnivåene ved hovedstadssykehusene redusert. Samtidig har befolkningen i Oslo og Akershus sykehusområder i samme periode vokst med 3,5 %. Dette innebærer at man beveger seg lenger unna det aktivitetsnivået som SINTEF har beregnet for 2030, selv om man kommer nærmere i tid.

Sensitivitetsanalyser og usikkerheter rundt metodikk benyttet i SINTEF-rapporten er beskrevet i Vedlegg 4 *Analyser av sensitivitet og aktivitetsutvikling somatikk*.

4.5 Utnyttelsesgrader

Et beregnet, framskrevet kapasitetsbehov er en konsekvens av den framskrevne aktiviteten og valg av utnyttelsesgrader. Utnyttelsesgrad referer eksempelvis til hvor mange timer i døgn, dager i uka og uker i året et poliklinikkrom planlegges benyttet, eller prosentvis hvor mange dager per år en seng planlegges benyttet (beleggsprosent). Det legges til grunn ulike utnyttelsesgrader for ulike funksjoner i sykehus. I SINTEFs arbeid for Helse Sør-Øst presenteres to alternative utnyttelsesgrader; basis utnyttelsesgrad og høy utnyttelsesgrad. I dette kapasitetsprosjektet benyttes hovedsakelig basis utnyttelsesgrad, og innen somatikken tilsvarer dette 85 % utnyttelse for normalseng (somatikk), og 75 % for observasjonsplasser og for pasienthotellsenger. Se Vedlegg 7 *Utnyttelsesgrader* for mer detaljer rundt utnyttelsesgrader.

Når det gjelder sengekapasitet vil nyere bygg kunne legge bedre til rette for gode løsninger for pasientlogistikk og bedre utnyttelse av sengeområder på tvers av tradisjonelle avdelingsgrenser. Akershus universitetssykehus er bygget på en forutsetning om høy utnyttelsesgrad. Dette er lagt til grunn i vurderingen av fremtidige kapasitetsbehov (innen voksensomatikken) ved dette sykehuset. Det er forutsatt at Akershus universitetssykehus fortsetter gjennomføringen av den plan som er presentert for prosjektet; en plan som sannsynliggjør at det kan driftes med 90 % belegg innen voksensomatikken uten at det som en hovedregel blir nødvendig med korridorpatienter. For de andre sykehusene i eldre bygningsmasser, legges 85 % belegg (basis utnyttelsesgrad) til grunn.

Med hensyn til poliklinikk, dagbehandling og operasjonsstueutnyttelse er åpningstidene den avgjørende faktoren for kapasitetsutnyttelsen. Forutsetninger og premisser for lengre åpningstider følger av gjeldende overenskomster, og er i mindre grad avhengig av om det dreier seg om nybygg eller ikke. Det er således lagt til grunn at alle sykehusene kan håndteres likt når det gjelder dette spørsmålet. Det er allerede i dag flere eksempler på kveldspoliklinikker i dagens bygningsmasse. I arbeidet med kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder er det lagt til grunn at hvert av sykehusene må finne sin løsning på kapasitet for aktivitetsendringer innen poliklinikk, dagbehandling og operasjoner. Høyere utnyttelsesgrad kan være en del av slike løsninger.

4.6 Egendekning

Egendekning referer til andelen av aktivitet fra befolkningen i et sykehus' opptaksområde som foregår ved dette sykehuset. Egendekning baserer seg på analyser av pasientstrømmer, og kan måles for ulike parametere og pasientgrupper, som antall liggedager, antall pasientkontakter, DRG-produksjon, utvalgte diagnosegrupper, elektive pasienter, osv. Egendekningen vil blant annet være et resultat av arbeidsdelingen mellom sykehusene.

Mandatet for prosjektet presiserer at muligheter for utvidet bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg skal vurderes som en mulig løsning på kapasitetsutfordringen i Oslo og Akershus sykehusområder. En måte å oppnå dette på er at de to sykehusene øker sin egendekning, det vil si at de tar ansvar for en større andel av pasientbehandlingen for innbyggerne i sine respektive opptaksområder. Analyser gjennomført av Helse Sør-Øst RHF viser at de to sykehusene har lav egendekning per i dag. Målt etter sum antall liggedøgn innen somatikk har Diakonhjemmet en egendekning på 44 % og Lovisenberg på 29 %. Dersom fødsler, nyfødte og barn ekskluderes har Diakonhjemmet en egendekning på 53 % målt i antall liggedøgn og Lovisenberg en egendekning på 40 %. For dagbehandling/poliklinikk er egendekningen enda lavere på hhv. 21 % og 14 %.

Egendekningsanalyser for ulike parametere og pasientgrupper er gjennomført for å synliggjøre hva Diakonhjemmets og Lovisenbergs lave egendekning skyldes. Konklusjonen er at den enkeltfaktoren som isolert sett ville hatt størst effekt på egendekningen er etablering av et akuttkirurgisk tilbud ved Lovisenberg. Egendekning ved sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg vil kunne økes for liggedøgn, og i enda større grad når det gjelder dagbehandling og poliklinikk. For ordens skyld kan det også nevnes at egendekningen er høyere innenfor de fagområder hvor de to sykehusene i henhold til fastsatt oppgavefordeling ivaretar pasientansvaret. Nærmere omtale av egendekning for Diakonhjemmet og Lovisenberg finnes i Vedlegg 9 *Egendekningsanalyser*.

Nåværende egendekning er benyttet som grunnlag for faggruppene arbeider knyttet til vurdering av oppgavedeling som kan øke egendekning på Diakonhjemmet og Lovisenberg.

Analyser av pasientstrømmer og egendekning inngår også som en del av arbeidet med å estimere konsekvenser av ulike løsningsalternativer. En fullstendig gjengivelse av disse pasientstrøm- og egendekningsanalysene er ikke en del av denne rapporten, men det er referert til vesentlige funn og forutsetninger der det er relevant.

4.7 Befolkningens framskrevne behov for somatiske spesialisthelsetjenester

Her beskrives den forventede aktivitetsutviklingen innen somatisk døgnbehandling for de fire sykehusene i hovedstadsområdet i perioden fram mot 2030. Fremskrivningen bygger på SINTEF-rapporten, med enkelte korrigeringer utført av Deloitte, og er basert på demografisk framskrivning justert for endringsfaktorer og teknologisk utvikling. Med bakgrunn i SINTEF-rapporten, er behovet for omstilte liggedager framskrevet også for mellomperioden fram mot 2030. Det antas at 60 % av omstillingene skjer innen 2020 og totalt 90 % innen 2025. Fremskrivningen brukes videre til å estimere behovet for antall somatiske senger ved hovedstadssykehusene fram mot 2030, med utgangspunkt i dagens opptaksområder:

Forventet utvikling i antall liggedager og sengebehov somatikk i perioden fram mot 2030										
Sykehus og variabel	2012	2014	2018		2020		2025		2030	
	Reell aktivitet	Reell aktivitet	Demografi	Demografi og omstilling	Demografi	Demografi og omstilling	Demografi	Demografi og omstilling	Demografi	Demografi og omstilling
OUS										
Liggedager	451 292	442 296	502 139	463 782	519 107	466 236	558 229	472 946	592 045	491 546
Sengebehov	1 484	1 454	1 651	1 525	1 707	1 533	1 835	1 555	1 946	1 616
% endring fra 2012		-2,0 %	11 %	3 %	15 %	3 %	24 %	5 %	31 %	9 %
Ahus										
Liggedager	232 882	235 085**	262 630	237 684	275 557	240 698	308 071	249 751	339 445	268 179
Sengebehov	734	741**	828	750	869	759	972	788	1 071	846
% endring fra 2012		0,9 %	13 %	2 %	18 %	3 %	32 %	7 %	46 %	15 %
DS										
Liggedager	43 574	43 879**	48 201	43 075	50 253	43 127	56 115	44 179	63 119	48 201
Sengebehov	143	144**	158	141	165	141	184	145	207	158
% endring fra 2012		0,7 %	11 %	-1 %	15 %	-1 %	29 %	1 %	45 %	11 %
LDS										
Liggedager	42 360	42 892	47 850	43 199	49 970	43 494	55 864	45 003	61 941	48 561
Sengebehov	139	140	157	141	164	142	183	147	203	159
% endring fra 2012		1,3 %	13 %	2 %	18 %	3 %	32 %	6 %	46 %	15 %

* Vestby er foreslått flyttet til Sykehuset Østfold HF fra 1. januar 2017 og er derfor ekskludert fra framskrivningen fra og med 2018

** Korrigeret for avlastningsavtalen; Diakonhjemmet uten aktivitet knyttet til avtalen med Akershus universitetssykehus (estimert 20 senger i 2014). Aktiviteten er lagt til ved Akershus universitetssykehus

Tabell 1: Fremskrevet utvikling i antall liggedager og sengebehov i perioden fram mot 2030. Kilde: SINTEF-rapport A26321, samt Deloitte's korrigeringer og omstilt framskrivning i mellomperioden.

Tabell 1 viser at det antas vekst i sengebehov for alle sykehusene fram mot 2030. Tabellen synliggjør også at endringsfaktorene har relativ stor innvirkning på utviklingen. Både på Akershus universitetssykehus og Lovisenberg utgjør demografisk framskrivning 46 % vekst fra 2012, mens demografisk og omstilt framskrivning resulterer i 15 % vekst. Det forventede somatiske sengebehovet og kapasiteten på sykehusene vil legge mye av premissene for videre vurderinger av oppgavedeling og opptaksområder for hovedstadssykehusene.

I tabellen er det benyttet tall som fremkommer direkte av de beregninger som er foretatt. Tallene er igjen å oppfatte som estimater som det selvsagt er knyttet ulike usikkerhetsfaktorer til. De sensitivitetsanalyser som er foretatt, drar i sum i retning av at sengebehovet kan være noe større enn estimatene tilsier. Det presiseres også at usikkerheten i tallmaterialet blir større jo lenger man går fram i tid.

Samlet gir framskrivningen fra 2012 til 2030 en økning på 12 % for liggedager, 88 % for dagopphold og 51 % for polikliniske konsultasjoner.

Fremskrevet behov innen psykisk helsevern og TSB tar utgangspunkt i korrigerede aktivitetsdata fra 2013. Overordnet, viser SINTEFs framskrivinger et lavere aktivitetsnivå i 2030 sammenlignet med 2013 for døgntilbudene. Døgntilbudet innen psykisk helsevern for voksne (PHV voksne) er det eneste døgntilbudet som viser en svak vekst. For poliklinikk vises en betydelig økning i aktivitetsnivået på 36 % i 2030 sammenlignet med 2013. For fremskrevet behov innen psykisk helsevern og TSB henvises det til SINTEF-rapport A26321.

5. Kapasitet og utviklingsplaner

Dette kapitlet omhandler den fysiske kapasiteten ved hovedstadssykehusene i dag og den antatte kapasiteten fram mot 2030. Kapitlet innledes med beskrivelse av kartlagt kapasitet innen poliklinikk, dagplasser og operasjonsstuer. Videre beskrives kapasitet og utviklingsplaner for hvert av hovedstadssykehusene, før det gjøres en oppsummering av antatt fysisk kapasitet fram mot 2030. Det presiseres at usikkerheten i tallmaterialet blir større jo lenger man går fram i tid. Hovedfokus i dette arbeidet har, som tidligere poengtert, vært å finne løsninger for den somatiske kapasitetsutfordringen på Akershus universitetssykehus, primært i et kortsiktig tidsperspektiv.

Fremgangsmåte for innhenting av kapasiteter ved sykehusene og definisjoner av senger er beskrevet i Vedlegg 8 *Fremgangsmåte og definisjoner vedrørende kapasitet*.

Kapasitet referer i dette arbeidet til den fysiske kapasiteten sykehusene har til å ta imot pasienter. Antall fysisk tilgjengelige senger i 2014 harmonerer ikke i alle tilfeller med antall senger i drift dette året. Gjennomgangen av sengemassen bygger på kartleggingen dokumentert i SINTEF-rapporten, men er modifisert i samråd med sykehusene.

5.1 Kartlegging av kapasitet poliklinikkrom, dagplasser og operasjonsstuer

SINTEFs kartlegging av poliklinikkrom, dagplasser og operasjonsstuer ligger til grunn for dette arbeidet. SINTEF bemerker at det er knyttet usikkerhet til kartleggingen. I prosjektgruppemøte i september 2015 ble det gjort en overordnet vurdering av videre fremgangsmåte for kartleggingsprosess for poliklinikkrom, dagplasser og operasjonsstuer. Det ble gitt tilslutning til å ikke gå inn i en like grundig kartleggingsprosess som det som ble gjennomført for sengekapasiteten, fordi kapasiteten innen poliklinikkrom, dagplasser og operasjonsstuer ikke er avgjørende for valg av løsningsalternativ.

Det utarbeides estimater for endring i behov for rom relatert til det enkelte løsningsalternativ. Bruken av poliklinikkrom og dagplasser er i mange tilfeller fleksibelt, og man har i dette prosjektet valgt å se denne romkapasiteten under ett.

5.2 Kartlegging av sengekapasitet ved Oslo universitetssykehus HF

Sengetelling og vurdering av sengenes tilstand har vært særlig utfordrende ved Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har gjort et omfattende arbeid i forbindelse med sitt idéfaseprosjekt parallelt med dette prosjektet for å få oversikt over arealet som kan benyttes til bruk for pasientsenger også framover.

5.2.1 *Korrigert somatisk sengekapasitet i 2014 og endringer fram mot 2030*

Klinikkene ved Oslo universitetssykehus har gjort en vurdering av hva som er fysisk mulige senger i dag og fram mot 2030. Fysisk sengekapasitet ved Oslo universitetssykehus er per i dag 1 580 senger. Sengeantallet er ekskludert postoperative senger, og uten plasser i akuttmottak og sykehotell.enger på Statens Senter for Epilepsi, Geilomo barnesykehus og kommunale døgnplasser på Aker er ikke inkludert.

Det har vært en utfordring for Oslo universitetssykehus å gjøre vurderinger av sengemassens levetid. Helse Sør Øst RHF's tilstandsanalyse for bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus (per 2011) viser at 52 % av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus har tilstandsgrad 2 eller dårligere. Dette tilsvarer utilfredsstillende eller svært dårlig tilstand. Det er uklart hvilke økonomiske tiltak som må til for å holde sengekapasiteten oppe i påvente av nye sykehusbygg. Det er iverksatt tiltak og det foreligger planer om å gjennomføre nødvendige vedlikeholdsprosjekter for å lukke offentlige pålegg. Sum av egenfinansiering og lån foreslått over statsbudsjettet 2016 gir en samlet finansiering på 1,8 mrd for utbedring av forholdene ved Oslo universitetssykehus.

Tabell 2 fremstiller korrigert somatisk sengekapasitet ved Oslo universitetssykehus i perioden 2014–2030.

Fysisk tilgjengelige somatiske senger ved OUS 2014–2030					
Oslo universitetssykehus HF	2014	2018	2020	2025	2030
Fysisk tilgjengelige senger	1 580	1 580	1 580*	1 580	1 580
Langsiktige investeringsprosjekt, ikke vedtatt (HSØ finansiert)			Idéfasearbeid pågår		
Totalt mulig sengekapasitet etter nye investeringer			Idéfasearbeid pågår		

* Det forutsettes at Oslo universitetssykehus opprettholdes med 1 580 senger

Tabell 2: Fysisk sengekapasitet innen somatikk ved Oslo universitetssykehus 2014–2030. Kilde: Oslo universitetssykehus.

Videre følger enkelte bemerkninger rundt sengeantall og levetid ved den enkelte lokasjon ved Oslo universitetssykehus.

Rikshospitalet

Ved Rikshospitalet kan alle sengene brukes i hele tidsperioden.

Ullevål

På Ullevål er det store variasjoner i behovene for vedlikehold mellom bygg og etasjer. Kreftbygget, barnesenteret og de nyrenoverte infeksjonssengene forventes å være egnet til drift i hele perioden. Midler over statsbudsjettet 2016 vil også benyttes til vedlikehold på Ullevål.

Radiumhospitalet

Oslo universitetssykehus legger til grunn at Radiumhospitalet skal driftes videre i minst et 15 års perspektiv, selv om idéfasen på Oslo universitetssykehus realiseres. Radiumhospitalet har per i dag i overkant av 170 døgn Wenger.

Aker

Ut over mulig etablering av dagkirurgisk senter inkludert eventuell 5-døgns post, er det ikke kortsiktige planer om ny døgndrift på Aker. Videre bruk av Aker er skissert som en av løsningene i idéfasearbeidet.

5.2.1.1 Idéfase ved Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus arbeider med idéfase for fremtidig sykehusløsning parallelt med dette prosjektet. Dette er beskrevet nærmere i Vedlegg 2 *Idéfase Oslo universitetssykehus HF*. I idéfasearbeidet planlegges det med at sykehuset opprettholder dagens ansvarsområde. I idéfasearbeidet er det lagt til grunn 1 883 senger (inklusive normalsenger, hotellsenger og observasjonssenger, men eksklusive postoperative plasser og intensivsenger for voksne). Investeringsbehovet relatert til idéfasen er ikke behandlet i dette prosjektet.

Dette prosjektet har forutsatt at Oslo universitetssykehus opprettholder 1 580 senger (sengeantallet er eksklusive postoperative senger, og uten plasser i akuttmottak og sykehotell).

I hovedsak diskuteres nå to hovedalternativ i idéfasen: delt løsning mellom Gaustad Sør og Ullevål, eller en delvis samling på Gaustad Sør med lokalsykehus et annet sted, inkludert hoveddelen av psykisk helsevern og TSB.

Delt løsning mellom Gaustad Sør og Ullevål

En delt løsning mellom Gaustad Sør og Ullevål vil innebære lokal- og områdefunksjoner på Ullevål, og lands- og regionfunksjoner på Gaustad. Alternativet innebærer bygningsmessige tiltak på Gaustad og Ullevål. Lokalsykehusfunksjoner videreføres her med fem til seks bydeler på eksisterende lokasjoner. Det vil ikke være noe eget lokalsykehus for Oslo universitetssykehus noe annet sted i dette alternativet.

Delvis samling på Gaustad Sør med lokalsykehus annet sted

Delvis samling på Gaustad Sør innebærer sykehus på Gaustad med regions-/landsfunksjoner, samt multitraume, akuttkirurgi og lokalsykehus et annet sted for tre bydeler. Aktuelle lokaliseringer for lokalsykehus kan være:

- Ullevål
 - Utvikling på nåværende sykehusområde
- Aker-alternativet
- Oslo Sør-alternativet

Dersom et lokalsykehus legges på Aker er det lagt til grunn at nybygg for somatikk bygges i sør og for psykisk helse nord på Aker Sykehus sitt område.

5.2.2 Korrigert sengekapasitet innen PH og TSB i 2014 og antatt kapasitet i 2030

Oslo universitetssykehus har gjort en vurdering av hva som er fysisk mulige senger innen psykisk helsevern og TSB i dag, og antatt levetid for sengene i perioden fram mot 2030.

Kapasitet døgnenger PH og TSB ved OUS i 2014 og 2030		
Tjenesteområde	Døgnenger 2014 (fysisk kapasitet)	Døgnenger 2030 (antatt kapasitet)
PHV sykehusfunksjon	199	208
PHV DPS	50	60
PHBU	17	19
TSB	100	43
Sum	366	330

Tabell 3: Kapasitet døgnenger psykisk helsevern og TSB på Oslo universitetssykehus i 2014 og 2030. Kilde: Oslo universitetssykehus.

Det har også for byggene brukt innen PH og TSB vært utfordrende for Oslo universitetssykehus å gjøre vurderinger av sengemassens levetid. Det er knyttet usikkerhet til hvorvidt enkelte av byggene skal vedlikeholdes eller om driften skal flyttes.

Økning innen PHV sykehusfunksjon skyldes hovedsakelig at det vurderes en økning innen sikkerhetspsykiatri (RSA). Nedgang i antall senger innenfor TSB skyldes til dels aldrende bygningsmasse. Det antas imidlertid at drift kan opprettholdes i bygningen, men investeringsbehovet knyttet til dette er ukjent.

5.3 Kartlegging av sengekapasitet ved Akershus universitetssykehus HF**5.3.1 Korrigert somatisk sengekapasitet i 2014 og endringer fram mot 2030**

Akershus universitetssykehus har per i dag 667 somatiske senger. Av disse ligger 647 på Nordbyhagen, mens de resterende 20 sengene er lokalisert på Ski. Også dette sengetallet er uten postoperative senger.

Det pågår et internt arbeid på Akershus universitetssykehus med å iverksette tiltak for å håndtere kapasitetsutfordringene i forkant av kommende vinter. Det arbeides aktivt med konkrete tiltak for driftsoptimaliseringer, kortsiktige avlastningsmuligheter ved bruk av Sykehuset Innlandet, Kongsvinger, og opprettelse av nye senger. Akershus universitetssykehus har allerede redusert antall korridorpatienter betydelig som en følge av driftsoptimaliseringene. I det interne arbeidet er det vedtatt at det skal åpnes 15 nye senger i løpet av vinteren 2015/2016. Dette frigjøres blant annet ved å gjøre om medisinrom/personalrom til pasientrom. Videre er det startet en prosess med siktemål om å istandsette/øke med ytterligere 25 senger. Dette er senger ved blant annet Barnesenteret, Medisinsk overvåking og «Nye Nord». Oversikt over sengekapasitet fram til 2030 er vist i Tabell 4 nedenfor.

Fysisk tilgjengelige somatiske senger ved Ahus 2014–2030					
Akershus universitetssykehus HF	2014	2018	2020	2025	2030
Mindre oppgraderinger		15+25*			
Fysisk tilgjengelige senger	667	707	707	707	707
Langsiktige investeringsprosjekt, ikke vedtatt (HSØ finansiert)		Utviklingsplanarbeid pågår			
Totalt mulig sengekapasitet etter nye investeringer		Utviklingsplanarbeid pågår			

* Det er vedtatt å åpne 15 nye senger vinteren 2015/2016 og planer for å istandsette/øke med ytterligere 25 senger i løpet av 2016

Tabell 4: Somatisk sengekapasitet ved Akershus universitetssykehus fra 2014 til 2030. Kilde: Akershus universitetssykehus.

Tabellen viser at med de utvidelser som er skissert over, vil Akershus universitetssykehus kunne øke dagens sengekapasitet på 667 til 707 innen 2018. Alle sengene er vurdert til å vare gjennom hele perioden.

Akershus universitetssykehus er i gang med utarbeidelse av en utviklingsplan for sykehuset for perioden 2015 til 2030. Flere scenarier skisseres. Oppsummering av den foreløpige planen ligger vedlagt (se Vedlegg 3 *Utviklingsplaner ved Akershus universitetssykehus HF*). Utviklingsplanen skal legges fram for styrebehandling i februar 2016.

5.3.2 Korrigert sengekapasitet innen PH og TSB i 2014 og antatt kapasitet i 2030

Kartleggingen av døgn Wenger foretatt av SINTEF innen PH og TSB er gjennomgått av divisjon psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus.

Kapasitet døgn Wenger PH og TSB på Ahus i 2014 og 2030		
Tjenesteområde	Døgn Wenger 2014 (fysisk kapasitet)	Døgn Wenger 2030 (antatt kapasitet)
PHV sykehusfunksjon	128	130
PHV DPS	108	108
PHBU	22	22
TSB	68	68
Sum	326	328

Tabell 5: Kapasitet døgn Wenger psykisk helsevern og TSB på Akershus universitetssykehus i 2014 og 2030. Kilde: SINTEF-rapport A26321 og Akershus universitetssykehus.

I 2014 hadde Akershus universitetssykehus avtale om kjøp av 28 døgn Wenger av Oslo universitetssykehus (spesialpsykiatri), og disse er ikke inkludert i sengetallet i Tabell 5. Omfordeling av eksisterende Wenger har medført ledig kapasitet innen akuttpsykiatri på Akershus universitetssykehus, og dette ble fra 1. juli 2015 utnyttet til å redusere kjøp fra Oslo universitetssykehus tilsvarende 10 døgnplasser. Antall Wenger ved avdeling akuttpsykiatri ble samtidig utvidet med to døgn Wenger fra samme dato. Dette vises som en økning fra 128 til 130 Wenger innen PHV sykehusfunksjon fra 2014 til 2030 i tabellen over. Gjenværende kjøp av døgn Wenger fra Oslo universitetssykehus tilsvarer 18 Wenger fra 1. juli 2015.

Divisjon psykisk helsevern gjennomfører andre planlagte omstillingstiltak, men disse vil ikke ha vesentlig innvirkning på sengekapasiteten. En del av tiltakene er midlertidige og ledd i en langsiktig strategi for å få tilnærmet riktig kapasitet over tid, samt hensiktsmessig fordeling av kapasitet mellom sykehusavdelinger og DPS.

Akershus universitetssykehus gjennomførte en idéfase om nytt psykiatribygg i 2012. Det ble i styresak 044-2015 i Helse Sør-Øst RHF besluttet at det ikke er rom for en slik utbygging i denne økonomiplanperioden (fram til 2019), og konseptfasen er derfor utsatt. Hovedinnholdet i idéfaserapporten blir lagt til i utviklingsplanen, der det blir fremlagt forslag om en trinnvis utbygging. Oppsummering av de foreløpige planene er gjengitt i Vedlegg 3 *Utviklingsplaner ved Akershus universitetssykehus HF*.

5.4 Kartlegging av sengekapasitet ved Diakonhjemmet Sykehus

For å oppnå en oppdatert oversikt over døgnenger ved Diakonhjemmet er SINTEFs tallmateriale gjennomgått og korrigert. Dette ble gjort for å sikre et mest mulig korrekt bilde av dagens kapasitet ved Diakonhjemmet, samt oversikt over sengenes levetid gjennom tidsperioden. Videre har sykehuset utvidelsesmuligheter som kan gi muligheter for en vesentlig større sengekapasitet.

5.4.1 Korrigert somatisk sengekapasitet i 2014 og endringer fram mot 2030

Tabell 6 viser korrigert sengetall for 2014, samt kapasitet for perioden 2014 til 2030.

Fysisk tilgjengelige somatiske senger ved DS 2014–2030					
Diakonhjemmet	2014	2018	2020	2025	2030
Mindre oppgraderinger		+12			
Fysisk tilgjengelige senger (uten vesentlige investeringer)	206	218	218	218	218
Mulige investeringsprosjekt		+30		+160	
Totalt mulig sengekapasitet etter eventuelle nye investeringer		248	248	408	408

Tabell 6: Somatisk sengekapasitet ved Diakonhjemmet fra 2014 til 2030. Kilde: Diakonhjemmet.

Diakonhjemmet har i dag en kapasitet tilsvarende 206 somatiske senger. Sengetallet er eksklusive postoperative senger.

En sengepost med 22 senger vil trenge ombygging for å få badetrom tilknyttet sengerom. Det foreligger planer for å rehabilitere denne sengeposten. Resterende senger vil med normalt vedlikehold kunne opprettholdes gjennom hele tidsperioden.

I løpet av 2016 kan Diakonhjemmet åpne 12 senger ved å gjøre enklere ombygginger og rokade i allerede eksisterende bygningsmasse. Sykehuset benytter på nåværende tidspunkt 30 senger til å avlaste Akershus universitetssykehus med 10 pasienter per døgn. I begynnelsen av 2017 kan sykehuset åpne inntil 30 sengeplasser og poliklinikkplasser/dagbehandlingsarealer i et modulbygg.

På lengre sikt har Diakonhjemmet utviklet en mulighetsstudie som skisserer muligheter for å åpne 160 senger i 2022. Dette byggetrinn vil inneholde nye sengeposter og poliklinikkrom/dagbehandlingsarealer. Sykehuset er avhengig av beslutning i 2016 for å være klar til bruk i 2022. Dette kommer i tillegg til de kortsiktige utvidelsesmuligheter skissert over.

Totalt sett medfører dette at Diakonhjemmet har en kortsiktig utvidelsesmulighet fra ultimo 2016 på 12 nye somatiske senger. Sykehuset har mulighet for ytterligere utvidelse med 30 senger inkludert poliklinikk/dagbehandlingsarealer i nytt modulbygg fra ultimo 2017, og muligheter for ytterligere 160 nye somatiske senger i nytt bygg fra 2022.

5.4.2 Korrigert sengekapasitet innen PHV i 2014 og endringer i kapasitet fram mot 2030

Når det gjelder sengekapasitet innen psykisk helsevern har Diakonhjemmet totalt 45 fysiske sengeplasser. Disse fordeler seg på 22 senger innen PHV på Vinderen, og 23 sengeplasser ved alderspsykiatrisk avdeling på Tåsen. På alderspsykiatrisk avdeling er det 16 senger i drift og en sengepost på 7 senger som ikke er i bruk på nåværende tidspunkt. Alle sengene vil med normalt vedlikehold kunne opprettholdes gjennom hele tidsperioden.

Diakonhjemmet benytter også 25 sengeplasser (subakutt/intermediær) som driftes av Lovisenberg. Disse er ikke inkludert i kapasitetstallene for Diakonhjemmet. Diakonhjemmet drifter alderspsykiatri på vegne av Lovisenberg.

5.5 Kartlegging av sengekapasitet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

Sengekapasitet ved Lovisenberg er gjennomgått, og SINTEF-tallene er korrigert i den hensikt å få et mest mulig korrekt bilde av dagens kapasitet ved sykehuset. Videre er også sengenes levetid gjennom tidsperioden vurdert og utviklingsmuligheter ved sykehuset er presentert i prosjektet.

5.5.1 Korrigert somatisk sengekapasitet i 2014 og endringer fram mot 2030

Innenfor somatikk har Lovisenberg i dag en kapasitet på 155 senger, ekskludert postoperative senger. Det foreligger ulike muligheter knyttet til utvidelser som vist i Tabell 7.

Fysisk tilgjengelige somatiske senger ved LDS 2014–2030					
Lovisenberg	2014	2018	2020	2025	2030
Fysisk tilgjengelige senger (uten vesentlige investeringer)	155	155	155	155	155
Mulige investeringsprosjekter		+10	+60	+120 ± 30	
Totalt mulig sengekapasitet etter eventuelle nye investeringer		165	225	345 ± 30	345 ± 30

Tabell 7: Somatisk sengekapasitet ved Lovisenberg fra 2014 til 2030. Kilde: Lovisenberg.

Sengeplassene/-kapasiteten vil med normalt vedlikehold kunne opprettholdes gjennom hele tidsperioden.

Lovisenberg er i ferd med å reise et nytt undervisnings- og administrasjonsbygg, som vil stå ferdig i 2017. Dette bygget frigjør arealer i eksisterende sykehusbygg som kan bygges om til somatiske funksjoner. Arealet tilsvarer plassbehovet for 10 senger.

Det bygges også et nytt psykiatribygg som vil stå ferdig i 2018. Det nye bygget vil frigjøre arealer i eksisterende sykehusbygg, som kan bygges om til somatiske funksjoner tilsvarende 60 sengeplasser. Disse sengeplassene vil eventuelt kunne være tilgjengelige i 2019.

Lovisenberg har videre mulighet for å bygge et tilbygg til dagens hovedsykehusbygg, på den såkalte branntomten. Dette tilbygget kan romme 120 ± 30 senger, avhengig av behov og utforming av bygget. Bygget kan stå ferdig til bruk tidligst i 2023, gitt forpliktende avklaringer for fremtidig bruk i løpet av 2016. Bygget vil bli finansiert gjennom investeringsmidler som sykehuset selv frembringer.

Sykehuset har samlet sett tre utviklingsmuligheter på kort og mellomlang sikt som til sammen kan utgjøre 190 ± 30 ekstra sengeplasser; de første 70 vil være innen somatikk, de øvrige vil avhenge av bestilling på fremtidig bruk.

5.5.2 Korrigert sengekapasitet innen PHV i 2014 og endringer i kapasitet fram mot 2030

Lovisenberg har per i dag 95 fysiske senger innen PHV, og utvidelsesmuligheter på 20 nye sengeplasser etter 2018. Per 2015 er 90 døgnseingsplasser i bruk.

Kapasitet døgnseingsplasser PHV ved Lovisenberg i 2014 og 2030		
PHV sykehusfunksjon og DPS	Døgnseingsplasser 2014 (fysisk kapasitet)	Døgnseingsplasser 2030 (antatt kapasitet)
Uten utvidelse	95	95
Utvidelsesmuligheter		20
Sum	95	115

Tabell 8: Sengekapasitet innen psykisk helsevern voksne ved Lovisenberg i 2014 og 2030. Kilde: Lovisenberg.

Innen PHV rapporterer Lovisenberg at de har høyere kapasitet enn det som ble rapportert i SINTEF-materialet. 19 døgnseingsplasser på Lovisenberg DPS var ikke inkludert i materialet. Disse sengene var dermed heller ikke medregnet i aktivitetsframskrivningen.

Lovisenberg vil våren 2018 flytte inn i et nytt psykiatribygg. Alle heldøgns plasser innen PHV og DPS skal samles i bygget (95 senge plasser). I tillegg er det mulig å etablere 20 nye psykiatriske senge plasser når nytt bygg står klart.

Som tidligere nevnt, drifter Lovisenberg subakutt/intermediære senger for Diakonhjemmet, mens Diakonhjemmet har ansvaret for alderspsykiatrien for Lovisenberg.

5.6 Oppsummering somatisk sengekapasitet 2014–2030

Dette kapitlet har gitt en oversikt over kapasiteten ved de fire hovedstadssykehusene per i dag, og antagelser om mulig kapasitet fram mot 2030. Under vises en oppsummerende tabell over somatisk sengekapasitet ved de fire sykehusene. For Oslo universitetssykehus bygger sengeantallet på de samme grunnforutsetningene som ligger til grunn for sykehusets idéfasearbeid. Sengetallet på 1 580 er dog noe lavere enn det som ligger til grunn for idéfasearbeidet. For Akershus universitetssykehus vises kapasitet innenfor dagens bygningsmasse inkludert planlagte kortsiktige utvidelser. Mandatet for dette kapasitetsprosjektet peker på økt bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg som en del av løsningen på kapasitetsutfordringene. Begge de private ideelle sykehusene har beskrevet betydelige muligheter for utvidelser. Skisserte potensielle utvidelser for de to private ideelle sykehusene er lagt inn i Tabell 9.

Somatisk sengekapasitet inkludert potensielle utvidelser ved DS og LDS 2014–2030					
Sykehus	2014	2018	2020	2025	2030
OUS	1 580	1 580	1 580*	1 580	1 580
Ahus	667	707	707	707	707
DS	206	248	248	408	408
LDS	155	165	225	345	345
Sum	2 608	2 700	2 760	3 040	3 040

* Oslo universitetssykehus forutsettes opprettholdt 1 580 senger, selv om investeringsbehovet relatert til dette ikke er kjent p.t.

Tabell 9: Total somatisk sengekapasitet forutsatt opprettholdelse av 1 580 senger ved Oslo universitetssykehus, med planlagte investeringer på Akershus universitetssykehus, og inkludert potensielle utvidelser ved Diakonhjemmet og Lovisenberg i perioden 2014–2030. Kilde: OUS, Ahus, DS og LDS.

6. Utfordringsbildet for kapasitet i hovedstadsområdet fram mot 2030

I dette kapitlet redegjøres det for det somatiske utfordringsbildet i hovedstadsområdet, det vil si en sammenstilling av befolkningens framskrevne behov vurdert opp mot antatt fysisk kapasitet ved hovedstadssykehusene. Kapitlet sammenstiller behovet estimert på bakgrunn av aktivitet beskrevet i kapittel 4.7, opp mot den antatte fysiske kapasiteten på sykehusene beskrevet i kapittel 5. Denne sammenstillingen gir et oppdatert bilde av kapasitetsutfordringen i hovedstadsområdet fram mot 2030, og synliggjør hvor og når det blir underkapasitet i området. Tallene er å oppfatte som estimater som det selvsagt er knyttet ulike usikkerhetsfaktorer til.

6.1 Kapasitetsutfordring innen somatikk fra 2014 fram mot 2030

Ved sammenstilling av forventet sengebehov basert på framskrevet omstilt aktivitet og antatt fysisk tilgjengelig kapasitet fra 2014 fram mot 2030 får vi en synliggjøring av kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet. Tallmaterialet nedenfor bygger på SSBs middelsalternativ (MMMM), og det er benyttet høy utnyttelsesgrad innen voksensomatikk ved Akershus universitetssykehus. SSBs alternativ med høy innvandring (MMMh) og effekten av å benytte basis utnyttelsesgrad ved Akershus universitetssykehus er drøftet i sensitivitetsanalysen:

Somatisk sengebehov sett opp mot sengekapasitet med investeringer ved OUS og Ahus 2014–2030					
Sykehus	2014	2018	2020	2025	2030
OUS					
Sengekapasitet	1 580*	1 580	1 580	1 580	1 580
Omstilt sengebehov		1 525	1 533	1 555	1 616
Differanse		55	47	25	-36
Overskuddskapasiteten som fremkommer ved OUS er en teoretisk kapasitet. Deler av sengemassen driftes som femdøgnssenger og andre deler av sengemassen er av en tilstandsgrad som ikke egner seg for tilfredsstillende pasientbehandling.					
Ahus					
Sengekapasitet	667	707	707	707	707
Omstilt sengebehov		750**	759	788	846
Differanse		-43	-52	-81	-139
DS					
Sengekapasitet	206	218	218	218	218
Omstilt sengebehov		141	141	145	158
Differanse		77	77	73	60
LDS					
Sengekapasitet	155	155	155	155	155
Omstilt sengebehov		141	142	147	159
Differanse		14	13	8	-4

* Det forutsettes at Oslo universitetssykehus opprettholdes med 1 580 senger

** Det er lagt til grunn at Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF 1. januar 2017 (estimert 20 senger som er tatt ut)

Tabell 10: Somatisk sengebehov sett opp mot sengekapasitet for perioden 2018–2030. Kilde: SINTEF-rapport A26321 for behov i 2030, Deloitte's beregning omstilt sengebehov for mellomliggende år samt evt. korrigeringer. Kapasitet 2014–2030 oppdatert av sykehusene.

Tabellen viser at det i 2030 totalt sett er et vesentlig kapasitetsunderskudd på somatiske sengeplasser i hovedstadsområdet. Det vises til tidligere kapitler for mer informasjon rundt kapasitet og framskrevet behov.

6.1.1 Kapasitetsutfordring ved Akershus universitetssykehus HF

Sammenstillingen i Tabell 10 viser at Akershus universitetssykehus opplever en sterk kapasitetsutfordring fram mot 2030. Avtalen med Diakonhjemmet avlaster Akershus universitetssykehus med 10 somatiske

øyeblikkelig hjelp-pasienter daglig, fra Oslobydelene Alna, Grorud og Stovner. Denne avtalen hadde full virkning fra 1. juni 2014, og tilsvarer ca. 30 somatiske senger. Akershus universitetssykehus er estimert å ha et underskudd på somatiske senger alle år fram mot 2030, og i 2030 utgjør dette 139 senger i underskudd. Akershus universitetssykehus har behov for avlastning allerede på kort sikt, og ytterligere avlastning på lenger sikt.

Akershus universitetssykehus er i gang med utarbeidelse av en utviklingsplan på oppdrag fra sitt styre. I et premissnotat fra 8. juni 2015 la Helse Sør-Øst RHF føringer for arbeidet med utviklingsplanen og den virksomhetsmessige delen av planen forelegges Helse Sør-Øst RHF før Akershus universitetssykehus viderefører arbeidet med utviklingsplanen. Dette skal ivareta en best mulig koordinering mellom utviklingsplanen til Akershus universitetssykehus og Helse Sør-Østs overordnede planlegging i hovedstadsområdet. Planen som Akershus universitetssykehus arbeider med skal gjelde for perioden 2015 til 2030 og flere scenarier vil bli skissert.

6.1.2 **Kapasitetsutfordring ved Oslo universitetssykehus HF**

Oslo universitetssykehus har per i dag tilstrekkelig sengekapasitet, men vil på grunn av utfasing av eldre bygningsmasse også kunne oppleve å få en underkapasitet på senger fram mot 2030, gitt dagens oppgavefordeling og opptaksområde. Dersom Oslo universitetssykehus opprettholder en sengekapasitet på 1 580, vil sykehuset først oppleve å ha behov for avlastning etter 2025.

Oslo universitetssykehus gjennomfører et idéfasearbeid, som er beskrevet i Vedlegg 2 *Idéfase Oslo universitetssykehus HF*. Idéfasearbeidet skisserer behov for vesentlige investeringer for å muliggjøre en kapasitet som kan ivareta aktivitetsbehovet fram mot 2030. Hvis Oslo universitetssykehus realiserer idéfasen, vil dette medføre at sykehuset ikke har noe avlastningsbehov. Målet for prosjektet er sluttbehandling i Oslo universitetssykehus styre tidlig i 2016, og påfølgende behandling i Helse Sør-Øst RHF.

6.1.3 **Kapasitet ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus**

Diakonhjemmet har tilstrekkelig sengekapasitet i hele perioden, uten ytterligere investeringer. Diakonhjemmet har ledig kapasitet i dag, og kan investere ytterligere for å avlaste Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, som beskrevet i kapittel 5.4.

Lovisenberg får underkapasitet på noen få senger i 2030 hvis ikke kapasiteten utvides. Sykehuset har imidlertid allerede startet bygging og er i ferd med å utvide sin kapasitet. Med disse nye byggene har Lovisenberg ledig kapasitet som vil stå klar til bruk i 2019.

Ved å benytte tilgjengelig kapasitet og mulige utvidelser på Diakonhjemmet og Lovisenberg, kan vesentlige investeringer ved Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus unngås.

6.1.4 **Utfordringer i kapasiteten for dagbehandling, diagnostisk kapasitet og poliklinikkrom innen somatikk**

SINTEF konkluderte med at det vil være underkapasitet på poliklinikkrom og dagplasser i Oslo og Akershus sykehusområder i 2030, forutsatt at basis utnyttelsesgrad legges til grunn. Poliklinikkrom og dagplasser er imidlertid ikke avgjørende for valg av løsningsalternativ i dette prosjektet. Åpningstider og gjeldende overenskomster vil være avgjørende for muligheten av høyere kapasitetsutnyttelse av disse rommene. Det er i dette arbeidet lagt til grunn at hvert enkelt sykehus må finne sin løsning på kapasitet for aktivitetsendringer innen poliklinikk, diagnostisk kapasitet, dagbehandling og operasjoner. Poliklinikkrom vil derfor drøftes sekundært og det utarbeides kun estimer for omfanget relatert til det enkelte løsningsalternativ.

6.1.5 **Utfordringer relatert til lav egendekning ved de private ideelle sykehusene**

Mandatet for prosjektet presiserer at muligheter for utvidet bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg skal vurderes som en mulig løsning på kapasitetsutfordringen i Oslo og Akershus sykehusområder. En måte å oppnå dette på er at de to sykehusene øker sin egendekning, det vil si at de tar ansvar for en større andel av pasientbehandlingen for innbyggerne i sine opptaksområder. Siden både Diakonhjemmet og

Lovisenberg har lave egendekninger i dag, har det ligget i mandatene til faggruppene å vurdere om det er pasientgrupper fra deres opptaksområder som i dag får sitt tilbud ved Oslo universitetssykehus som like gjerne kunne fått tilbudet ved lokalsykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg.

Nedenfor gjengis egendekning etter antall liggedager (eksklusive barn og fødsler). For nærmere beskrivelse av egendekning henvises til Vedlegg 9 *Egendekningsanalyser*.

Egendekning 2014 etter antall liggedager, eks. fødsel og barn							
Sykehus	Akutt			Elektiv			Overordnet egendekning (eks. fødsel og barn)
	Medisinsk DRG	Kirurgisk DRG	Akutt totalt	Medisinsk DRG	Kirurgisk DRG	Elektiv totalt	
OUS	85 %	92 %	87 %	61 %	80 %	69 %	82 %
Ahus	90 %	76 %	87 %	33 %	43 %	36 %	71 %
DS	77 %	54 %	72 %	9 %	21 %	14 %	53 %
LDS	67 %	3 %	52 %	14 %	12 %	13 %	40 %

Note: Bydel Sagene er inkludert i OUS sitt opptaksområde. Indremedisin for bydel Sagene ivaretas temporært av LDS. Tar man ut effekten av dette endres egendekningen innen akutte medisinske DRG til 94 % for OUS sitt vedkommende

Tabell 11: Egendekning etter antall liggedager. Barn og fødsler er ikke inkludert i tallmaterialet. Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014.

Den primære kilden for analyser av aktivitet og egendekning er aktivitetsdata tilgjengeliggjort for prosjektet av Helse Sør-Øst RHF. Alle verdier er for 2014.

6.2 Utfordringsbildet for kapasitet innen psykisk helsevern og TSB

I SINTEF-rapporten kommer det tydelig fram at det er et kapasitetsunderskudd på somatiske senger i hovedstadsområdet, men man ser ikke den samme utfordringen innen psykisk helsevern og TSB. Hovedfokus for beskrivelser av kapasitetsutfordring har derfor vært innen somatikken. Fremskrevet behov sett opp mot fysisk kapasitet innen psykisk helsevern og TSB finnes i Vedlegg 10 *Kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern og TSB*.

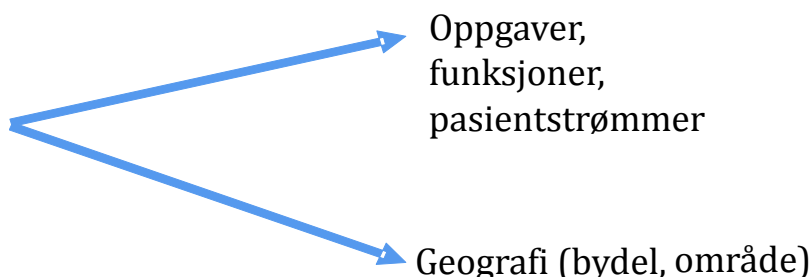
7. Løsningsalternativer for Oslo og Akershus sykehusområder

Dette kapitlet omhandler de løsningsalternativ som er skissert på bakgrunn av utfordringsbildet beskrevet i kapittel 6. Kapitlet innledes med en oppsummering av skisserte prinsipper for løsning. Videre er vurderingskriteriene for vurdering av de ulike løsningsalternativene beskrevet, og metodikken benyttet til analyser vedrørende løsningsalternativene er kort omtalt. Deretter blir faggruppens innspill til oppgavedeling beskrevet, og videre omtales prosjektets løsningsforslag ved endring av opptaksområder. Til sist skisseres mulighetene for løsninger på mellomlang og lang sikt, med enkelte eksempler.

Helse Sør-Øst RHF arbeider videre med risikovurderinger og økonomiske konsekvenser av de ulike kortsiktige løsningsalternativene.

7.1 Prinsipper for løsning

Det er i mandatet skissert to prinsipielle tilnærminger til kapasitetsutfordringene. Sykehus kan avlastes ved endring i fordeling av oppgaver, funksjoner og pasientstrømmer, og/eller ved geografiske endringer ved endring av opptaksområde.



Figur 1: To prinsipielle muligheter for å løse kapasitetsutfordringene. Kilde: Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektet innstiller på en kombinasjon av de to prinsipielle mulighetene. Det vil i det videre presenteres løsningsforslag fra faggruppene som fokuserer på endring i oppgaver, funksjoner og pasientstrømmer, og prosjektets løsningsforslag med fokus på endring av opptaksområder.

7.2 Vurderingskriterier

Prosjektets mandat og direktiv er førende for vurderingene av løsningsalternativene for spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo og Akershus sykehusområder. Føringer fra mandat og prosjektdirektiv som vil gjøre seg gjeldende ved vurdering av løsningsalternativene, kan oppsummeres som følger:

- På kort og mellomlang sikt skal kapasitetsutfordringene i hovedstaden møtes med en kombinasjon av endringer i opptaksområder / ansvar for geografiske områder og endret fordeling av oppgaver/pasientstrømmer
- En bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg
- Sykehusene i Osloområdet og Oslo kommune har lange tradisjoner for samarbeid og deling av oppgaver. Befolkningen i sykehusområdene Oslo og Akershus får sine tjenester på ulike sykehus avhengig av hva slags behandling de har behov for. Befolkningens behov for spesialisthelsetjenester i disse sykehusområdene dekkes av et nettverk av sykehus som har utviklet kompetanse innen ulike fagområder og denne form for samarbeid og oppgavedeling bør fortsette og kombineres med definerte geografiske opptaksområder for basisfunksjoner
- Basisfunksjoner ved alle fire hovedstadssykehusene må som et minimum være utvalgte funksjoner innen indremedisin, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for de

opptaksområder sykehusene har ansvar for. I basisfunksjoner inngår fagområdene med stort behov for samhandling og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Utfordringer i koblingen mellom indremedisin og psykisk helsevern/TSB er blitt problematisert i prosjektet, og utdypes i løsningsalternativene.

Videre har styringsgruppen gitt sin tilslutning til øvrige vurderingskriterier som er satt opp med utgangspunkt i målene i den nasjonale kvalitetsstrategien; trygge og gode tilbud, god tilgjengelighet, organisering som underbygger gode pasientforløp og god ressursutnyttelse. Operasjonalisering av vurderingskriterier basert på målene i kvalitetsstrategien, er gjengitt i det påfølgende.

Trygge og gode tilbud

- Organisering tilrettelagt for store pasientgrupper og de som bruker spesialisthelsetjenesten mest
- Tilgang til oppdatert medisinsk teknisk utstyr
- Tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne utføre spesialiserte funksjoner med god kvalitet
- Mulighet for å ivareta de lovpålagte oppgavene utdanning og forskning
- Robuste fagmiljø med god rekrutteringsevne
- Etablering av løsninger som kan stå seg over tid

God tilgjengelighet

- Transporttilbud/infrastruktur (vei, bane, buss)
- God tilgjengelighet for alle brukergrupper
- Geografisk nærhet mellom bydeler og sykehuset
- Hensiktsmessig beliggenhet, fleksibilitet og utvidelsesmuligheter ved eksisterende tomter
- Mulighet for sykehusdrift i en byggeperiode

Organisering som underbygger gode pasientforløp

- Samhandling/koordinering psykisk helse/TSB og somatikk
- Arbeidsfordeling mellom primær og spesialisthelsetjenesten
- Rasjonell pasientflyt innad i spesialisthelsetjenesten
- Forståelig organisering for henviser og pasient
- Flytting av pasienter mellom sykehus begrenses til situasjoner der dette er faglig begrunnet
- Begrensning i antall sykehus en pasient behøver å forholde seg til
- Begrensning i antall samhandlingsarenaer per bydel

God ressursutnyttelse

- Personell kan brukes til aktiv pasientbehandling fremfor passiv vaktberedskap
- Rasjonell utnyttelse av kostbart medisinsk teknisk utstyr
- Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak
- Minst mulig risiko for overbelastning av et enkelt sykehus, med spesielt fokus på Oslo universitetssykehus

Videre vil tidsaspektet, det vil si *når* et løsningsforslag vil kunne realiseres, også vektlegges som vurderingskriterium. Dette skyldes at Akershus universitetssykehus, som vist i tidligere kapitler, har avlastningsbehov på kort sikt.

Vurderingskriteriene vil bli lagt til grunn i drøftingen av de ulike løsningsalternativene.

7.3 Metodikk anvendt i beregninger

Ved endring av opptaksområder vil behandlingsaktivitet knyttet til befolkningen i aktuell område i hovedsak flyttes til et annet sykehus. Det er imidlertid en rekke pasientforløp som ikke følger opptaksområdet grunnet ulike forhold som områdefunksjoner, avtaler og ulike behandlingstilbud. Egendekningen på Diakonhjemmet og Lovisenberg er lavere enn ved de andre sykehusene, og ved flyttinger dit vil en del av aktiviteten bli værende igjen ved avgivende sykehus, eller tilføres andre sykehus. For å estimere pasientstrømmer ved flytting har det blitt utført en rekke analyser, blant annet basert på egendekning. Metodiske valg og forutsetninger i analysene er vist i Vedlegg 9 *Egendekningsanalyser* og Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*.

Det er, som tidligere beskrevet, Akershus universitetssykehus som har behov for avlastning på kort sikt. En forutsetning ved avlastning av Akershus universitetssykehus er at aktivitet knyttet til gynekologi, svangerskap, fødsel og barsel, samt barn blir værende igjen ved sykehuset. Diakonhjemmet og Lovisenberg har per i dag ikke barneavdelinger, fødeavdelinger eller gynekologiske avdelinger. Føde, barsel, barn og gynekologi ivaretas i dag ved Oslo universitetssykehus for disse sykehusene. Akershus universitetssykehus har behov for å beholde disse funksjonene selv etter eventuell endring av opptaksområder for å sikre store og robuste fagmiljøer. Oslo universitetssykehus har store og robuste miljøer innen fagområdene, og har ikke behov for økt pasientaktivitet innen disse områdene. I tillegg har Oslo universitetssykehus ikke kapasitet til en økning i antall fødsler. For pasientene innen ovennevnte områder er det vurdert til å ikke være en vesentlig merbelastning om disse funksjonene fremdeles ivaretas ved Akershus universitetssykehus.

7.4 Løsningsforslag ved endring av oppgaver

Prosjektets mandat er å komme med forslag til endringer i opptaksområder og/eller vurdere om en i større grad enn i dag skal styre pasientstrømmer eller behandlingsområder ved endret oppgavedeling.

Som tidligere beskrevet, var faggruppens mandat å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Faggruppens forslag skal samlet sett bidra til bedre utnyttelse av alle sykehus i Oslo og Akershus sykehusområder og øke egendekningen ved de private ideelle sykehusene.

Faggruppens innspill er gjennomgått i møte med brukere og tillitsvalgte, og deretter behandlet både i prosjektgruppe og styringsgruppe. Basert på faggruppens innspill, har styringsgruppen lagt til grunn seks forslag innen somatikk og ett forslag innen psykisk helsevern i sitt samlede forslag til løsningsalternativer knyttet til oppgavefordeling for kapasitetsutfordringene i sykehusområdene. Forslagene vil enten avlaste, øke egendekningen og/eller skape helhetlige pasientforløp:

- **Somatikk**
 - **Dialyse:** Dialysetilbud ved Diakonhjemmet og Lovisenberg på mellomlang sikt for avklarte pasienter fra egne opptaksområder
 - **Medikamentell onkologi og kontroll etter onkologisk behandling:** Et tilbud om medikamentell onkologi og palliativ behandling ved Diakonhjemmet og Lovisenberg, til pasienter i egne opptaksområder
 - **Primære «ortopediske» infeksjoner:** Oppbygging av tilbud ved Lovisenberg for pasienter fra eget opptaksområde, som i dag får tilbudet dekket ved Oslo universitetssykehus
 - **Eldre med brudd:** En intensjon om Senter for «Eldre med brudd» lagt til Diakonhjemmet for Oslo sykehusområde. Traumefunksjonen for pasientgruppen er i dag ved Oslo universitetssykehus og forutsettes videreført der
 - **Urologi:** En poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på Diakonhjemmet (uten etablering av nye vaktordninger) utredes som modell
 - **Nevrologi og slag:** Et forløp med «en-dør-inn» til Oslo universitetssykehus for primærbehandling og deretter overføring til Diakonhjemmet og Lovisenberg for pasienter fra egne opptaksområder

- **Psykisk helsevern**

- **Alderspsykiatri:** En intensjon om samling av døgnaktivitet innen alderspsykiatri ved Diakonhjemmet, og med poliklinikk/dagbehandling på lokalsykehus. Fagområdet gjøres til en områdefunksjon

Faggruppene hadde også andre forslag til endringer som ikke ble tatt med i det videre arbeidet. De andre innspillene er ikke beskrevet nærmere da de enten dreide seg om driftsinterne forhold ved det enkelte sykehus, ble vurdert som overordnede innspill om pasientflyt eller utgjorde begrensede aktivitetsvolum. Innen psykisk helsevern hadde faggruppen ulike forslag. Flere av forslagene omhandlet oppgavedeling innen hovedstadsområdet, og disse vil bli vurdert ved et senere tidspunkt. Faggruppens innspill i sin helhet er lagt ved rapporten i Vedlegg 12 *Løsningsforslag ved endring av oppgaver – faggruppenotater*.

Videre følger en kort fremstilling av de endringsforslagene fra faggruppene som styringsgruppen har lagt til grunn. Hvert forslag er i ettertid kvantifisert for å angi hvilket aktivitetsvolum løsningen omhandler.

7.4.1 **Dialyse: oppbygging av tilbud ved Diakonhjemmet og Lovisenberg**

Oppbygging av dialysetilbud ved Diakonhjemmet og Lovisenberg for pasienter i eget opptaksområde vil avlaste Oslo universitetssykehus og øke egedekningen. Det vil også styrke bredden av det indremedisinske tilbudet ved lokalsykehusene.

All nyremedisinsk virksomhet i sykehusområdene er i dag samlet ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Dette er store nyremedisinske miljøer.

På mellomlang sikt mener faggruppen at Diakonhjemmet og Lovisenberg kan bygge opp dialysetilbud for avklarte pasienter i sine opptaksområder. Opptaksområdene er store nok til å ha et pasientvolum til å skape et godt pasienttilbud og robust fagmiljø. Det tar tid å bygge opp robuste og gode fagmiljøer, og denne oppbyggingen må skje trinnvis.

Aktivitet på Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus for denne pasientgruppen fra Diakonhjemmets opptaksområde utgjorde 2 200 registrerte kontakter i 2014, og aktivitet for pasientgruppen fra Lovisenbergs opptaksområde utgjorde 4 200 registrerte kontakter i 2014.

Behandlingen er poliklinisk og det kreves således ikke opprettelse av flere senger ved Diakonhjemmet eller Lovisenberg.

Det er flere modeller som kan være aktuelle for denne virksomheten ved Diakonhjemmet og Lovisenberg. Det finnes ulike organiseringer av tilbud i andre helseforetak, og endelig modell må utredes nærmere.

7.4.2 **Medikamentell onkologi og kontroll etter onkologisk behandling: oppbygging av tilbud ved Diakonhjemmet og Lovisenberg**

Oppbygging av medikamentell onkologisk behandling og kontroll etter onkologisk behandling ved Diakonhjemmet og Lovisenberg for pasienter i eget opptaksområde vil avlaste Oslo universitetssykehus, øke egedekning og skape helhetlige pasientforløp.

Medikamentell kreftbehandling utføres i dag hovedsakelig ved Oslo universitetssykehus for bydelene som har lokalsykehustilhørighet til de tre Oslosykehusene. Det foregår medikamentell behandling av lungekreft for pasienter fra Lovisenberg sitt opptaksområde ved Lovisenberg. For bydelene Alna, Grorud og Stovner utføres medikamentell behandling ved Akershus universitetssykehus. Den medikamentelle onkologiske

Aktivitet dialyse 2014					
Opptaksområde	Bydel	Antall kontakter		Antall pasienter*	
		OUS HF	Ahus HF	OUS HF	Ahus HF
OUS		8 369		54	
	Bjerke	1 042		7	
	Marka	317			
	Nordre Aker	1 174		8	
	Nordstrand	1 178		8	
	Sagene	1 418		9	
	Sentrum	58			
	Søndre Nordstrand	1 896		12	
	Uoppgitt bydel Oslo				
	Østensjø	1 286		8	
Ahus		470	15 095		97
	Alna	131	1 992		13
	Grorud	41	995		6
	Stovner	24	2 204		14
	Andre Ahus	274	9 904		63
DS		2 094	118	13	
	Frogner	755	100	5	
	Ullern	721	11	5	
	Vestre Aker	618	7		
LDS		4 027	158	26	
	Gamle Oslo	1 492		10	
	Grünerløkka	2 050		13	
	St. Hanshaugen	485	157		
Sum		14 960	15 372	96	99

ICD-10: Z49.1 og Z49.2 (dialyse)
Filter: Alle behandlingsnivå, hoveddiagnose
*Antall pasienter er beregnet med bakgrunn i forutsetningen om gjennomsnittlig 3 konsultasjoner i uken
Verdier lavere enn 5 er nullt grunnet krav om anonymisering

Tabell 12: Aktivitet innen dialysebehandling 2014.
Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014, Deloitte for estimering av antall pasienter.

behandlingen er for noen krefttyper og stadier helt eller delvis samlet ved Oslo universitetssykehus (regionalisert). Dette representerer i størrelsesorden 15 % av det totale antallet polikliniske kurer. Stråleterapi utføres kun ved Oslo universitetssykehus for de to sykehusområdene. Dersom pasientene har behov for sykehusinnleggelse for komplikasjoner av den onkologiske behandlingen eller for andre, samtidige sykdommer, vil de i hovedsak bli behandlet ved sitt lokalsykehus. Det samme gjelder ved eventuelt behov for palliasjon. Kontrollene etter behandlingen skjer ved henholdsvis Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.

Medikamentell onkologisk behandling og kontroll ved de vanligste krefttypene (bryst-, prostata-, kolorektal- og lungekreft) kan for et flertall av pasientene som har Diakonhjemmet eller Lovisenberg som sitt lokalsykehus overføres fra Oslo universitetssykehus til disse. Prosentvis antall medikamentelle kurer gitt på lokalsykehus er 70 % ved sammenliknbare lokalsykehus. Resten av slike kurer gis ved regionssykehusene. Oppstart og gradvis opptrapping av denne aktiviteten fra 2017 kan under visse forutsetninger være mulig. Faggruppen mener det er realistisk at 50 % av antall kurer til pasienter med disse krefttypene kan få sin behandling ved Diakonhjemmet og Lovisenberg innen 2024. Ved gradvis overtakelse av behandling av andre, ikke-regionaliserte behandlinger antas egendekningsgraden å kunne øke til 70 % fram mot 2030. Dersom det forutsettes en egendekningsgrad på 70 % vil Diakonhjemmet ha 2 100 kurer og Lovisenberg 2 900 kurer etter oppbygging av tilbud på sykehusene.

Antall kurer medikamentell onkologi 2014	
	Antall kurer
Faktisk aktivitet ved OUS i 2014	19 500
Overføring av aktivitet til DS (70 % egendekning)	2 100
Overføring av aktivitet til LDS (70 % egendekning)	2 900
OUS etter overført aktivitet	14 500
Faktisk aktivitet ved Ahus i 2014	9 200
hvorav Alna	1 100
hvorav Grorud og Stovner	1 300

Tabell 13: Faktisk antall kurer innen medikamentell onkologi i 2014 og endring ved overføring til DS og LDS. Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014, Deloitte for estimering av endring ved overføring.

Foruten avlastning av Oslo universitetssykehus, vil konsekvenser av forslaget være bedre pasientforløp: medikamentell behandling, komplikasjonsbehandling, behandling av komorbiditet, onkologisk kontroll og palliasjon integreres i større grad ved samme sykehus. Forslaget krever ikke flere senger ut over det som følger av insidensøkning. Behandlingen er poliklinisk, og Diakonhjemmet og Lovisenberg har fra før ansvar for behandling av akutte komplikasjoner og palliasjonsbehov.

Faggruppen har pekt på viktige forutsetninger for forslaget, blant annet oppbygging av kompetanse, klare og fastlagte pasientforløp, og velfungerende multidisiplinære team (MDT) som samarbeider om pasientene på tvers av institusjonsgrensene.

7.4.3 Primære «ortopediske» infeksjoner: oppbygging av tilbud ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

Oppbygging av tilbud til pasienter med primære ortopediske infeksjoner (eksklusive postoperative infeksjoner, som sykehuset allerede ivaretar i dag) ved Lovisenberg vil avlaste Oslo universitetssykehus, øke egendekning og skape helhetlige pasientforløp. Dette vil være et tilbud til pasienter fra Lovisenbergs opptaksområde. De andre sykehusene har akuttkirurgisk tilbud, og behandler denne pasientgruppen selv.

Pasientgruppen er ikke ensartet, men inneholder bl.a. osteomyelitter, abscesser, diabetiske sår, andre typer sår mm. Dette er pasienter som i mange tilfeller kommer i skjæringspunktet mellom ortopedi, generell kirurgi og infeksjonsmedisin og således faglig sett burde vært sett i sammenheng med indremedisin. Innen denne pasientgruppen er det et relativt høyt behov i Lovisenbergs opptaksområde. Mange av pasientene har lang liggetid og behov for gjentatte kirurgiske inngrep, med poliklinisk oppfølging i etterkant. Oppbygging av et tilbud til denne pasientgruppen på Lovisenberg vil avlaste Oslo universitetssykehus, skape større faglig bredde/styrke i indremedisinsk tilbud ved Lovisenberg, samt øke egendekningsgraden ved sykehuset. Erfaringsmessig er dette en pasientgruppe som krever døgnkontinuerlig beredskap, men ikke nødvendigvis tilstedeværelse av kirurg da mye av aktiviteten kan styres som «halvøyeblikkelig hjelp» på dagtid.

Aktivitet ved Oslo universitetssykehus knyttet til pasienter fra Lovisenbergs opptaksområde var i 2014 totalt 1 649 pasientkontakter, hvorav 1 504 dagbehandling/poliklinikk og 145 døgnopphold. Det ble registrert 1 242 liggedager i 2014. Inkluderes pasienter fra bydel Sagene, utgjør dette fire senger.

7.4.4 Eldre med brudd: lårhalsbruddsenter

Lårhalsbruddpasientene er en stor og sårbar gruppe. Det er godt dokumentert hva som må til pre-, per- og postoperativt for å unngå komplikasjoner og for å optimalisere funksjonsnivå og bedre overlevelse. Denne pasientgruppen behandles i dag ved Diakonhjemmet, Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Diakonhjemmet har funksjonsansvar for pasienter fra Diakonhjemmet og Lovisenbergs opptaksområde. Alle de tre sykehusene har innført standardiserte pasientforløp. Det er fortsatt i varierende grad potensiale for forbedring innenfor områdene gode og effektive pasientforløp, geriatrisk tilnærming, medikamentell behandling, ernæring, kirurgisk teknikk og implantatvalg, overvåking og forebygging av infeksjoner, postoperativ tverrfaglig rehabilitering, samt undervisning og forskning.

Faggruppen er delt i synet på hvor mange steder i Oslo som bør behandle brudd i øvre ende av lårbenet. Antallet pasienter totalt er stort nok til at flere steder kan inneha tilstrekkelig volum og kompetanse. I tillegg kommer utdanningsmessige konsekvenser av å samle denne kirurgien på få steder.

På sikt kan man tenke seg at Oslo og Akershus hadde hvert sitt lårhalsbruddsenter, hvor alle nødvendige fagdisipliner støttet opp

Sengebehov primære ortopediske infeksjoner 2014					
Opptaks-område	Bydel	OUS HF	Ahus HF	DS HF	LDS HF
OUS		5			
	Bjerke	1			
	Marka				
	Nordre Aker	1			
	Nordstrand	1			
	Sagene	1			
	Sentrum				
	Søndre Nordstrand	1			
	Uoppgitt bydel Oslo				
	Østensjø	1			
Ahus		1	10		
	Alna		1		
	Grorud		1		
	Stovner		1		
	Andre Ahus	1	7		
DS		1		1	
	Frogner				
	Ullern				
	Vestre Aker				
LDS		2			1
	Gamle Oslo	1			
	Grünerløkka	1			
	St. Hanshaugen				
Sum		9	10	1	1

ICD-10: M60, M86, L02, L03, L89, L97
Filter: Hoveddiagnose, inneliggende
Forutsetning: 85 % utnyttelsesgrad og drift 365 dager i året
Avrundinger forekommer

Tabell 14: Sengebehov primære ortopediske infeksjoner 2014. Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014, Deloitte for estimering av sengebehov.

Sengebehov eldre med brudd 2014				
Opptaks-område	Bydel	OUS HF	Ahus HF	DS HF
OUS		7		2
	Bjerke	1		
	Marka			
	Nordre Aker			1
	Nordstrand			1
	Sagene	1		
	Sentrum			
	Søndre Nordstrand			
	Uoppgitt bydel Oslo			
	Østensjø	3		
Ahus			12	1
	Alna		1	1
	Grorud		1	
	Stovner		1	
	Andre Ahus		9	
DS				4
	Frogner			2
	Ullern			1
	Vestre Aker			1
LDS				2
	Gamle Oslo			
	Grünerløkka			
	St. Hanshaugen			1
Sum		7	12	9

ICD-10: S72.0, S72.1, S72.2
Filter: Hoveddiagnose, inneliggende, alder > 65 år

Tabell 15: Sengebehov eldre med brudd 2014. Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014, Deloitte for estimering av sengebehov.

om behandlingen og hvor alle de øvrige forutsetninger for optimal behandling, oppfølging, undervisning og forskning var til stede. Disse sentrene måtte i tilfelle være tilknyttet et forskningsmiljø som kunne dokumentere praksis og videreutvikle den beste behandlingen. Et lårhalsbruddsenter kan ikke realiseres på kort sikt. I mellomtiden må man øke forutsetningene for god behandling på de nåværende behandlingssteder.

Dersom ansvaret for lårhalsbrudd i Oslo (inkl. Alna, Grorud og Stovner) samles i ett senter medfører dette et behov for 19 senger. Dette senteret kan legges til Diakonhjemmet og vil da tilsvare en aktivitetsøkning på 10 senger. Oslo universitetssykehus har traumefunksjonen for pasientgruppen per i dag og dette forutsettes videreført der, hvilket innebærer at Oslo universitetssykehus må sikres et visst volum for opprettholdelse av kompetanse.

7.4.5 Urologi: en poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på Diakonhjemmet Sykehus kan utredes som modell

En poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på Diakonhjemmet kan utredes som modell. En slik virksomhet vil øke egendekning til Diakonhjemmet og avlaste Oslo universitetssykehus. Modellen er poliklinisk/dagkirurgisk og det kreves således ikke opprettelse av flere senger ved Diakonhjemmet.

I dag er det bare Oslo universitetssykehus som har urologi i Oslo, og denne er internt organisert på tre forskjellige steder ved sykehuset. Fra urologisk side er det derfor et svært tydelig signal om at man ikke ønsker flere urologiske driftssteder. Det vil heller ikke være grunnlag for en egen urologisk avdeling med vaktfunksjon, gitt at kreftkirurgien innen urologi fortsatt er samlet ved Oslo universitetssykehus.

Deler av faggruppen mener at en poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på Diakonhjemmet (uten etablering av nye vaktordninger) bør kunne utredes som modell. Dette er en modell som har flere likhetstrekk med modellen på Haraldsplass Diakonale sykehus i Helse Vest. Haraldsplass har nærmest en urologisk dagenhet med enkelte urologiske senger. En slik virksomhet vil kunne tilby urologisk kompetanse på dagtid for vurdering av innlagte i andre avdelinger.

7.4.6 Nevrologi og slagbehandling

Faggruppen foreslår at det etableres komplette behandlingslinjer innen slagbehandling i Oslo og Akershus sykehusområder. Dette vil klargjøre og gjøre pasientforløpene bedre.

For området slagbehandling er det ønskelig å etablere to komplette behandlingslinjer (ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus), inkludert slagenhet og rehabiliteringstilbud. Dette vil sikre færrest mulig organisatoriske overføringer av pasient mellom institusjoner. Overvåking bør foregå i rammen av slagenhet. For Diakonhjemmet og Lovisenbergs opptaksområder vil en del pasienter primært bli innlagt Oslo universitetssykehus for vurdering av intervensjon, stabilisering og diagnostikk, for så å bli overflyttet respektive sektorsykehus etter 2–3 dager for videre rehabilitering.

Det er foreløpig usikkert hvilke konsekvenser dette har for sengebehovet ved de enkelte sykehusene. Dersom dette skal utredes nærmere bør det brukes grunnlagsdata fra det enkelte sykehus for å kvantifisere konsekvenser

Urologi: Antall polikliniske/dagkirurgiske kontakter 2014					
Opptaks-område	Bydel	OUS HF	Ahus HF	DS HF	LDS HF
OUS		6 383	295	15	21
	Bjerke	721	36		
	Marka	29			
	Nordre Aker	1 236	51	6	
	Nordstrand	1 268	54		
	Sagene	834	33		19
	Sentrum	29			
	Søndre Nordstrand	891	45		
	Uoppgitt bydel Oslo	211	30		
	Østensjø	1 164	44		
Ahus		2 799	9 497	22	
	Alna	603	711	5	
	Grorud	332	436		
	Stovner	224	608	5	
	Andre Ahus	1 640	7 742	12	
DS		2 962	83	63	
	Frogner	1 199	21	22	
	Ullem	742	16	15	
	Vestre Aker	1 021	46	26	
LDS		2 916	85	10	35
	Gamle Oslo	1 051	45	6	9
	Grünerløkka	1 104	26		21
	St. Hanshaugen	761	14		5
Sum		15 060	9 960	110	62

ICD-10: R31, R33, N13, N20-23, N25-29, N30-39, N40-51, N99
Filter: Hoveddiagnose, poliklinisk/dagopphold
Verdier lavere enn 5 er nullet grunnet krav om anonymisering

Tabell 16: Antall polikliniske/dagkirurgiske kontakter innen urologi, 2014. Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014.

7.4.7 Alderspsykiatri

Faggruppen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vurdert to muligheter for organisering av alderspsykiatrien. Det er ikke konsensus i faggruppen. Det ene forslaget er å beholde dagens organisering, mens det andre er å samle døgnvirksomheten ved Diakonhjemmet. Her vises endringsalternativet da dette kan bidra til avlastning av Oslo universitetssykehus.

I 2013 ble det utarbeidet et beslutningsgrunnlag for styrene i Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet der prosjektgruppen konkluderte med å anbefale en områdefunksjon innen alderspsykiatri ved at de alderspsykiatriske avdelingene ved Oslo universitetssykehus (seks bydeler) og Diakonhjemmet (seks bydeler DS/LDS) slås sammen og legges til Diakonhjemmet.

Samling vil innebære en estimert økning i sengebehov på 20–27 døgnseger for Diakonhjemmet (dagens aktivitet ved Oslo universitetssykehus, evt. pluss bydelene Alna, Grorud og Stovner). Totalt vil aktiviteten på Diakonhjemmet utgjøre 37–42 døgnseger ved samling av alderspsykiatri døgn.

Fordeler ved en samling av døgntilbudet er blant annet at kliniske behandlere trenger et visst pasientgrunnlag med sjeldnere tilstander for å ha kompetanse til å gi helsetjenester på spesialistnivå. Dette ivaretas best ved en større døgnavdeling. Videre fører et større pasientgrunnlag og større fagmiljø til bedre muligheter for fagutvikling og forskning. Det er foreslått at poliklinisk aktivitet beholdes på lokalsykehusnivå. Kompetanse beholdes lokalt, og samhandling med bydelene lettes. Poliklinisk aktivitet kan samlokaliseres med somatiske avdelinger for å lette utredningsarbeidet (somatiske vurderinger, laboratorietjenester, radiologi).

Avbrutte behandlingsforløp mellom poliklinikk og døgn kan være en ulempe for pasientene ved dette alternativet. Videre kan samarbeidsrutinene kompliseres når flere avdelinger er involvert i behandling av samme pasient og det kan medføre økt kompleksitet å samarbeide med mange bydeler. Det skisserte alternativet kan gi små fagmiljø ved sykehusene med bare poliklinikk og det fordrer således samarbeid om fagutvikling og forskning.

Aktivitet alderspsykiatri fra Oslobydeler		
HF og bydel	Liggedøgn	Sengebehov
Aktivitet ved OUS, 2015*	6 103	20
Bjerke	445	2
Nordre Aker	1 255	4
Nordstrand	1 576	5
Sagene	684	2
Søndre Nordstrand	320	1
Østensjø	1 676	5
Andre	147	1
Aktivitet fra AGS ved Ahus i 2014	1 930	7
Alna	370	1
Grorud	781	3
Stovner	779	3
Aktivitet ved DS (Tåsen) i 2014**	4 851	16
Frogner	1 185	4
Ullem	741	2
Vestre Aker	1 051	3
Gamle Oslo (LDS-bydel)	377	1
Grünerløkka (LDS-bydel)	474	2
St. Hanshaugen (LDS-bydel)	875	3
Andre	148	1
Sum	12 884	42

* For OUS er aktivitetsdata på bydelnivå for jan.–sept. 2015 benyttet grunnet utilstrekkelig kvalitet av 2014-data. Aktivitet for hele 2015 er estimert ved å multiplisere aktivitet i de ni første månedene med 12/9
** Diakonhjemmet ivaretar alderspsykiatri for Lovisenberg
Forutsetning: 85 % utnyttelsesgrad og drift 365 dager i året. Avrundinger forekommer
Bydel Sentrum og Marka har ikke noe registrert aktivitet innen alderspsykiatri og er ekskludert fra tabellen

Tabell 17: Aktivitet innen alderspsykiatri fra Oslobydeler. Kilde: Sykehusene for liggedøgn, Deloitte for estimering av sengebehov.

7.5 Løsningsalternativer ved endring av opptaksområder

Faggruppens løsningsforslag avlaster i liten grad Akershus universitetssykehus. Deres foreslåtte løsninger avlaster i større grad Oslo universitetssykehus og bidrar til å øke egedekningen ved Diakonhjemmet og Lovisenberg og dermed til mer helhetlige pasientforløp. Akershus universitetssykehus har imidlertid, som tidligere beskrevet, et behov for avlastning på kort, mellomlang og lang sikt. Dagens kapasitetsutfordring ved Akershus universitetssykehus avhjelpes ved den tidligere omtalte avlastningsavtalen med Diakonhjemmet. Denne avtalen sikrer at Akershus universitetssykehus avlastes med 10 somatiske øyeblikkelig hjelp-pasienter daglig, fra bydelene Alna, Grorud og Stovner. Dette tilsvarer gjennomsnittlig 30 senger. Denne avtalen gir i sin nåværende form ikke tilstrekkelig forutsigbarhet hverken for pasientene, sykehusene eller bydelene.

Prosjektet har vurdert en rekke alternativer for hvordan Akershus universitetssykehus kan avlastes på kort sikt. Tabell 18 oppsummerer de løsningsalternativene som har blitt analysert og vurdert.

Oppsummering av løsningsalternativer ved endring av opptaksområder på kort sikt		
Alternativ	Avlastning somatiske senger Ahus 2018	Befolkning 2018
Bydeler i Oslo		
Alna til Diakonhjemmet	-62	Alna: 51 000
Grorud og Stovner til Diakonhjemmet	-82	Grorud: 28 500 Stovner: 33 500
Alna til Lovisenberg, og St. Hanshaugen til Diakonhjemmet	-60	Alna: 51 000 St. Hanshaugen: 41 000
Alna til Oslo universitetssykehus, og Nordre Aker til Diakonhjemmet	-60	Alna: 51 000 Nordre Aker: 51 000
Alna til Oslo universitetssykehus, og Nordstrand til Diakonhjemmet	-60	Alna: 51 000 Nordstrand: 52 000
Alna til Oslo universitetssykehus, og Østensjø til Diakonhjemmet	-60	Alna: 51 000 Østensjø: 53 000
Kommuner i Follo		
Enebakk til Diakonhjemmet	-12	Enebakk: 11 000
Frogn til Diakonhjemmet	-18	Frogn: 16 000
Ås til Diakonhjemmet	-18	Ås: 20 000
Nesodden til Diakonhjemmet	-23	Nesodden: 19 000
Oppegård til Diakonhjemmet	-34	Oppegård: 27 000
Ski til Diakonhjemmet	-40	Ski: 31 000

Tabell 18: Oppsummering av løsningsalternativer ved endring av opptaksområder. Kilde: Deloitte for estimering av avlastning somatiske senger Ahus 2018, SSB MMMM-framskriving for befolkning 2018.

Løsningsforslagene med endring av opptaksområder følger to akser. Avlastning av Akershus universitetssykehus skjer enten ved flytting av lokalsykehusansvar for bydeler i Groruddalen, eller kommuner i Follo. I tillegg kan det foretas rokader av andre bydeler for å få en bedre geografisk samling av opptaksområdene.

Øvrige Akershus kommuner har geografisk nærhet til Akershus universitetssykehus og bør derfor fortsette å tilhøre Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.

7.5.1 Begrunnelse for valg av løsningsalternativer

7.5.1.1 Valg av løsningsalternativer innen somatikk

Flere løsningsalternativer innebærer overføring av én eller flere av bydelene Alna, Grorud og Stovner. Oslo sykehusene behandler allerede pasienter fra de tre Groruddalsbydelene, og har opparbeidede samarbeidskanaler både med Oslo kommune og bydelene. Diakonhjemmet avlaster allerede Akershus universitetssykehus tilsvarende gjennomsnittlig 30 somatiske senger.

Flytting av lokalsykehusansvaret for bydelene Grorud og Stovner vil innebære en større avlastning enn det Akershus universitetssykehus har behov for på kort sikt. Overføring av kun én av disse to bydelene vil representere for liten avlastning i forhold til behovet. Aktivitet fra befolkningen i bydel Alna tilsvarer omtrent sykehusets avlastningsbehov. Flere løsningsalternativer inneholder avlastning ved å overføre bydel Alna fra Akershus universitetssykehus, og rokkere andre bydeler mellom Oslo sykehusene. Rokking av lokalsykehusansvar for to bydeler vil involvere flere parter enn ved overføring av kun én bydel. Det vil også ha konsekvenser for flere innbyggere/pasienter og medføre mer ressursbruk enn ved overføring av én bydel.

Alternativet med å flytte lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet vil forsterke den avlastning som Diakonhjemmet allerede i dag gir Akershus universitetssykehus. En slik løsning vil skape større forutsigbarhet og klare retningslinjer samt mer helhetlige pasientforløp for pasienter fra bydelene Alna, Grorud og Stovner.

Oslo kommune er godt fornøyd med tilbudet Groruddalsbydelene får ved Akershus universitetssykehus, og ønsker primært ikke at det gjøres en flytting av lokalsykehusansvar for disse tre bydelene. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra Oslo kommune har styringsgruppen også vurdert løsningsforslag som impliserer flytting av lokalsykehusansvar for enkelte Follokommuner.

Alternativet med Follokommuner innebærer å flytte lokalsykehusansvaret for én eller flere kommuner fra Akershus universitetssykehus til Diakonhjemmet. Overføring av Nesodden og Oppegård kommune tilsvarer den avlastning Akershus universitetssykehus har behov for på kort sikt. I dette alternativet vil Akershus universitetssykehus miste mer spesialisert aktivitet knyttet til områdefunksjonene, med bakgrunn i høyere egendekning i Folloregionen enn for Groruddalsbydelene. Oslo universitetssykehus har høyere aktivitet fra bydelene Alna, Grorud og Stovner enn fra Follo. Overføring av Follokommuner vil derfor også innebære en noe høyere belastning for Oslo universitetssykehus enn ved overføring av Groruddalsbydeler. På sikt vil eventuell bygging av lokalsykehus i Oslo Sør/Folloregionen naturlig inkludere opptaksområde for kommunene i Follo.

I mandatet er det skissert at kapasitetsutfordringen kan avlastes ved økt bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg. Ved skisserte løsninger vil kun kapasitet ved Diakonhjemmet benyttes til avlastning. Dette skyldes at Diakonhjemmet har kapasitet til å avlaste Akershus universitetssykehus i den størrelsesordenen sykehuset har behov for på kort sikt. I tillegg er det allerede etablert samarbeid mellom Diakonhjemmet og Akershus universitetssykehus gjennom den eksisterende avlastningsavtalen. For Lovisenbergs vedkommende, vil sykehuset først i 2019 ha sengekapasitet til å kunne motta en pasientøkning tilsvarende Akershus universitetssykehus sitt nåværende avlastningsbehov.

Styringsgruppen har vurdert alle løsningsalternativene. Styringsgruppen valgte å gå videre med følgende to alternative løsninger for å avlaste Akershus universitetssykehus:

- Flytting av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet
- Flytting av lokalsykehusansvar for enkeltkommuner i Folloregionen til Diakonhjemmet

De to skisserte alternativene er beskrevet i mer detalj i hhv. kapittel 7.5.2 og 7.5.3. Analyser, beskrivelse og implikasjoner av de andre løsningsforslagene ligger vedlagt i Vedlegg 1 *Løsningsalternativer ved endring av opptaksområde*.

På bakgrunn av vurderingene av disse to alternativene, har styringsgruppen innstilt på alternativet med å flytte lokalsykehusansvaret for bydel Alna til Diakonhjemmet. Styringsgruppen mener, utfra en helhetlig vurdering, at dette vil være det beste alternativet både for berørte pasienter og for sykehusene som berøres av endringen i opptaksområde.

Styringsgruppen poengterer at det må arbeides videre med de økonomiske konsekvensene av forslaget, og at det må foretas en risikovurdering av forslaget. I tillegg må det arbeides med hvordan et slikt forslag kan la seg gjennomføre i praksis, med alle de implikasjoner som vil følge av en flytting av et opptaksområde.

7.5.1.2 Ingen endring av opptaksområde for psykisk helsevern og TSB på kort sikt

Et av premissene i prosjektet har vært at alle sykehusene skal ha basisfunksjoner innen indremedisin, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Argumenter for en kobling mellom psykisk helsevern/TSB og indremedisin er spesielt fremført av Oslo kommune og bydelene. Dette med bakgrunn i antall samarbeidsrelasjoner for bydelene, og de sammensatte behovene pasientene har for oppfølging i kommunehelsetjenesten.

I prosjektperioden har fagmiljøene fremmet et sterkt ønske om å ikke splitte fagmiljøene som er bygget opp innen psykisk helsevern i Groruddalen. Fagmiljøet har gjennomgått endringer de senere årene og har nå etablert en god organisasjonsform. Diakonhjemmet har heller ikke mulighet for å overta psykisk helsevern og TSB like raskt som somatikk. Dette ville kreve noe mer forberedelse og kapasitetsutvidelse. I tillegg er det innenfor somatikk kapasitetsutfordringene foreligger, og det er derfor ikke noe kapasitetsmessig begrunnelse for å endre opptaksområde for psykisk helsevern og TSB.

Med bakgrunn i dette anbefaler prosjektet å la ansvaret for psykisk helsevern og TSB være igjen på Akershus universitetssykehus i denne omgang. Prosjektet har synliggjort aktivitet innen psykisk helsevern og TSB i Vedlegg 1 *Løsningsalternativer ved endring av opptaksområde*.

7.5.2 Bydel Alna til Diakonhjemmet

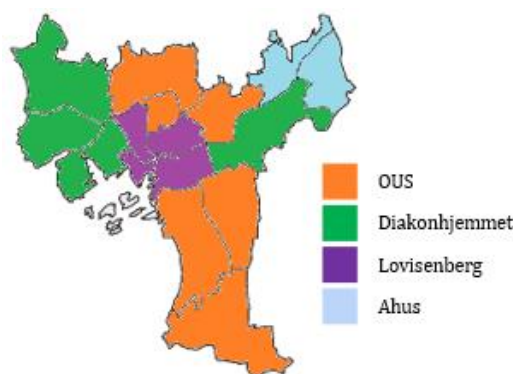
Løsningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for bydel Alna flyttes fra Akershus universitetssykehus til Diakonhjemmet. Dette vil være en forsterkning av dagens avlastningsavtale mellom sykehusene. Forslaget vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine sykehustjenester ved Diakonhjemmet innenfor kirurgi og indremedisin. Diakonhjemmet har en egendekning som er lavere enn ved Akershus universitetssykehus. Dette fører til at innbyggerne vil få en større andel av sine tjenester ved Oslo universitetssykehus. Det er allerede i dag betydelig aktivitet for bydelens innbyggere på Oslo universitetssykehus.

Bydel Alna utgjør rundt 51 000 innbyggere i 2018. En overføring av bydelen vil gi Diakonhjemmet et opptaksområde på rundt 190 000 innbyggere.

7.5.2.1 Kapasitetsmuligheter Diakonhjemmet

Diakonhjemmet har muligheter til å avlaste Akershus universitetssykehus med somatisk aktivitet innen kort tid. Analysene viser at Diakonhjemmet har noe ledig kapasitet. Deler av denne ledige kapasiteten brukes allerede til den tidligere beskrevne avlastningsavtalen med Akershus universitetssykehus. Avtalen omfatter avlastning i størrelsesorden 30 somatiske senger for pasienter hovedsakelig fra Alna, Grorud og Stovner. Diakonhjemmet har i tillegg mulighet til å øke med 12 somatiske senger i løpet av 2016.

Når det gjelder poliklinikk og dagplasser har Diakonhjemmet kapasitet i dagens bygningsmasse, men det må gjøres noen omrokninger og midlertidige løsninger i påvente av et planlagt modulbygg. Dette hindrer likevel ikke økning i aktivitet på kort sikt. Det planlagte modulbygget kan utnyttes fleksibelt til poliklinikkrom, dagplasser og sengeplasser. Dette bygget kan stå klar til bruk i 2017.



Figur 2: Opptaksområder ved overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte.

7.5.2.2 Aktivitet innen somatikk

Ved overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet vil Akershus universitetssykehus avlastes med 62 somatiske senger. Det er da trukket fra aktivitet knyttet til barn, fødsler, oppfølging av svangerskap og gynekologi. Egendekningsanalysene viser at 47 av de 62 somatiske sengene vil være aktivitet som flyttes til Diakonhjemmet.

Deler av aktiviteten for denne bydelen skjer i dag på Oslo universitetssykehus. Dette vil øke basert på funksjoner som Akershus universitetssykehus har, men som Diakonhjemmet ikke dekker. Økningen for Oslo universitetssykehus er beregnet til 14 somatiske senger utover den aktivitet man allerede har for befolkningen i Alna i dag. Aktivitet tilsvarende 1 seng vil fordeles mellom andre sykehus.

Poliklinisk aktivitet og dagbehandling utgjør 10 rom/plasser på Akershus universitetssykehus i 2014. I materialet er antallet poliklinikkrom og dagplasser slått sammen da det er glidende overganger for bruk av rom og plasser. Med utgangspunkt i egendekningsgraden til Diakonhjemmet innen poliklinikk og dagbehandling vil denne aktiviteten bli fordelt med 4 plasser ved Diakonhjemmet og 6 plasser på Oslo universitetssykehus. Se Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*, for detaljer rundt effekt for somatisk dag- og poliklinisk behandling.

Som beskrevet tidligere, vil aktivitet knyttet til barn, fødsler, svangerskap og gynekologi ved alle løsningsalternativer bli værende igjen ved Akershus universitetssykehus. Det skal ikke bygges opp ny barne- eller fødeavdeling ved Diakonhjemmet, og Akershus universitetssykehus har uttrykt ønske om, og behov for å beholde disse funksjonene, selv etter eventuell endring av opptaksområder.

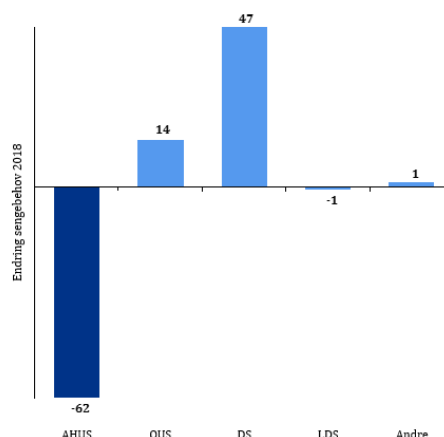
7.5.2.3 Psykisk helsevern og TSB

Som tidligere beskrevet, anbefaler prosjektet å la ansvaret for psykisk helsevern og TSB for bydel Alna være igjen på Akershus universitetssykehus i denne omgang. Prosjektet har synliggjort aktivitet innen psykisk helsevern og TSB i Vedlegg 1 *Løsningsalternativer ved endring av opptaksområde*.

7.5.2.4 Vurderinger av alternativet

En ny ordning med endring av opptaksområde vil erstatte dagens avlastningsavtale mellom Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet, som kun gjelder pasienter med behov for akutt innleggelse eller vurdering av innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Ny ordning vil omfatte akutte og elektive innleggelser, poliklinikk og dagbehandling. Videre er dagens avlastningsavtale midlertidig og uforutsigbar for pasienter, pårørende, bydelene og sykehusene, og bidrar til oppstykkete pasientforløp. Endring til fast opptaksområde vil rydde i uforutsigbarhet og legge til rette for bedre pasientforløp.

- **Trygge og gode tilbud:**
 - Pasientene vil inngå i de samme etablerte forløp som øvrige pasienter fra Diakonhjemmets nåværende opptaksområde, også når det gjelder oppgave-/funksjonsfordeling mellom Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus
- **Organisering som underbygger gode pasientforløp:**
 - Det er allerede opparbeidet samhandlingskanaler og kommunikasjon mellom Diakonhjemmet og bydelen (jfr. avlastningsavtalen DS/Ahus)
 - Bydel Alna er geografisk adskilt fra resten av Diakonhjemmets nåværende opptaksområde. Bydelene i nåværende opptaksområde har ikke opparbeidede samarbeidsakser med bydel Alna
 - Eventuelle fremtidige endringer i bydeler/bydelsgrenser kan skape utfordringer når geografisk opptaksområde ikke er sammenhengende



Figur 3: Endring i somatisk sengebehov i 2018 ved overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte for estimering av endring.

- Ulik sykehustilknytning innen somatikk og psykisk helsevern/TSB kan for bydelen oppleves som noe mer krevende med hensyn til samarbeid om enkeltpasienter
- **God tilgjengelighet:**
 - Offentlig transport; det er T-baneforbindelse mellom bydel Alna og Diakonhjemmet (Borgen/Steinerud/Frøen)
 - Biltrafikk; det er relativt korte avstander, selv om det er noe lengre bilvei mellom Diakonhjemmet og bydel Alna, enn mellom Akershus universitetssykehus og bydel Alna
- **God ressursutnyttelse:**
 - Diakonhjemmet har kapasitet til denne aktivitetsøkningen innenfor somatikk
 - Akershus universitetssykehus trenger avlastning i denne størrelsesorden
 - Oslo universitetssykehus får en moderat økning ved denne overføringen, samtidig som overføring av andre fagområder til Diakonhjemmet og Lovisenberg, jfr. faggruppens innspill, vil avlaste Oslo universitetssykehus

7.5.2.5 Oppsummering av løsningsalternativet

Den midlertidige avlastningsavtalen mellom Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet gjør at Diakonhjemmet allerede har stor aktivitet fra bydel Alna. Diakonhjemmet har opparbeidet kommunikasjonskanaler med bydelen og kunnskap om befolkningen. En omgjøring av denne avtalen til å gjelde et fast opptaksområde vil bidra til forutsigbarhet for pasientene, pårørende, bydelen og sykehusene.

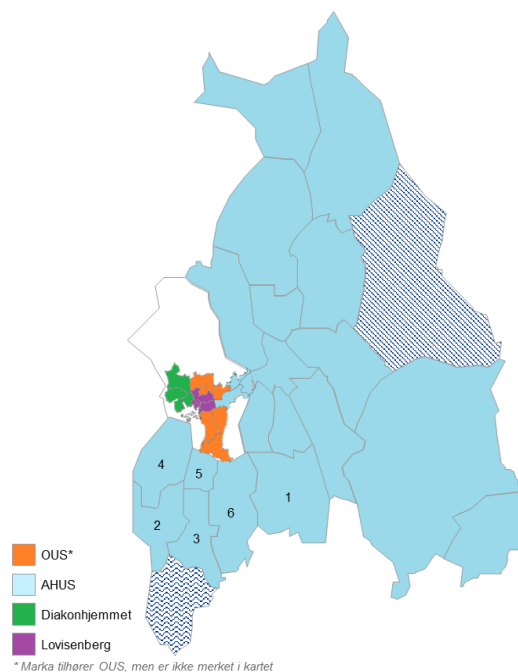
Aktiviteten fra bydel Alna harmonerer med den avlastning Akershus universitetssykehus trenger på kort sikt, gitt de forutsetninger for avlastningsbehov som er beskrevet tidligere. Diakonhjemmet kan ta imot pasientene fra bydel Alna innenfor somatikk relativt raskt og de vil få det samme tilbudet som alle andre pasienter i Diakonhjemmets nåværende opptaksområde.

7.5.3 Overføring av enkeltkommuner i Folloregionen til Diakonhjemmets sykehus

Løsningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for enkelte kommuner i Follo flyttes fra Akershus universitetssykehus til Diakonhjemmet. Dette vil bety at innbyggere i de aktuelle kommunene vil få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet innen kirurgi og indremedisin. Det vil ikke være aktuelt å flytte alle Follokommunene. Et alternativ kan være å overføre kommunene Nesodden og Oppegård, men andre kombinasjoner kan også være aktuelle.

Kommune	Befolkning 2018
1. Enebakk	11 000
2. Frogn	16 000
3. Ås	20 000
4. Nesodden	19 000
5. Oppegård	27 000
6. Ski	31 000
Sum	124 000

Tabell 19: Befolkning i 2018 for kommuner i Folloregionen.
Kilde: SSB, MMMM-alternativet.



Figur 4: Dagens opptaksområder i Oslo og Akershus sykehusområder. Kilde: Deloitte.

7.5.3.1 Effekt for somatisk døgntilrettelagt behandling

Tabell 20 viser estimat over somatiske senger som avlastes Akershus universitetssykehus ved eventuell overføring av den enkeltkommuner i Follo til Diakonhjemmet, og hvordan sengene er estimert å fordele seg mellom Oslo sykehusene:

Endring i somatisk sengebehov ved overføring av Follokommuner 2018						
Kommune	Befolkning 2018	Ahus	OUS	DS	LDS	Andre
1. Enebakk	11 000	-12	4	8	0	0
2. Frogn	16 000	-18	7	12	0	-1
3. Ås	20 000	-18	6	12	1	0
4. Nesodden	19 000	-23	9	16	0	-3
5. Oppegård	27 000	-34	13	20	1	-1
6. Ski	31 000	-40	15	25	1	-1
Sum	124 000	-145	54	93	3	-6

Tabell 20: Endring i somatisk sengebehov ved overføring av enkeltkommuner i Follo til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte.

7.5.3.2 Psykisk helsevern og TSB

Et av premissene i prosjektet har vært at psykisk helsevern/TSB og indremedisinsk opptaksområde skal følge hverandre, som basisfunksjoner på lokalsykehuset. Dette både for å skape gode og færrest mulig samarbeidsarenaer for bydel/kommune, og internt på sykehusene for pasienter med både psykiske og somatiske lidelser. Follokommunene har i dag et felles DPS på Ski⁴. Også for dette alternativet vurderes det som hensiktsmessig at psykisk helsevern og TSB blir gjenværende på Akershus universitetssykehus ved en eventuell flytting av somatikken. Prosjektet har synliggjort aktivitet innen psykisk helsevern og TSB i Vedlegg 1 *Løsningsalternativer ved endring av opptaksområde*.

⁴ For innbyggere i Enebakk kommune ivaretas DPS, BUP og TSB poliklinikk av Nedre Romerike

7.5.3.3 Vurderinger av alternativet

Nesodden og Oppegård har en aktivitet tilsvarende 57 somatiske senger ved Akershus universitetssykehus. Dette harmonerer godt med Akershus universitetssykehus sitt avlastningsbehov. En ny ordning med endring av opptaksområde vil erstatte dagens avlastningsavtale mellom Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet om pasienter fra Groruddalen, og som kun gjelder pasienter der det av lege i primærhelsetjenesten er vurdert et behov for akutt innleggelse. Ny ordning vil omfatte akutte og elektive innleggelser, poliklinikk og dagbehandling for Nesodden og Oppegård.

- **Trygge og gode tilbud:**
 - Pasientene vil inngå i de samme etablerte forløp som øvrige pasienter fra Diakonhjemmets nåværende opptaksområde, også når det gjelder oppgave-/funksjonsfordeling mellom Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus
- **Organisering som underbygger gode pasientforløp:**
 - Kommunene i Follo er geografisk adskilt fra resten av Diakonhjemmets opptaksområde. Bydelene i nåværende opptaksområde har ikke opparbeidede samarbeidsrelasjoner mot Follo. Det samme gjelder Diakonhjemmet
 - Det kan være aktuelt å bygge et lokalsykehus i Oslo Sør, jfr. Oslo universitetssykehus idéfase. Sett i lys av dette kan en flytting av sykehustilhørighet til Diakonhjemmet være uhensiktsmessig
 - Det er et etablert samarbeid mellom kommunene i Follo på flere områder. En splitting av sykehustilhørighet kan derfor være uhensiktsmessig
- **God tilgjengelighet:**
 - Offentlig transport; det er båt, buss og togforbindelser mellom kommunene og sykehusene
- **God ressursutnyttelse:**
 - Diakonhjemmet har kapasitet til denne aktivitetsøkningen innenfor somatikk, litt avhengig av hvor mange kommuner det vil være aktuelt å flytte.
 - Akershus universitetssykehus trenger avlastning i denne størrelsesorden, men vil i dette alternativet også miste mer spesialisert områdeaktivitet. Dette på bakgrunn av høyere egendekning for Folloregionen, enn for Groruddalsbydelene. Akershus universitetssykehus trenger spesialisert aktivitet for å opprettholde områdefunksjoner
 - Oslo universitetssykehus får en høyere økning i sengebehov ved denne overføringen, og det er ikke estimert hva som er Oslo universitetssykehus sin øvre kapasitetsmulighet ved overføringer. Samtidig vil overføring av andre fagområder til Diakonhjemmet og Lovisenberg, jfr. faggruppernes innspill, avlaste Oslo universitetssykehus

7.5.3.4 Oppsummering av løsningsalternativet

Flytting av lokalsykehusansvaret for Nesodden og Oppegård tilsvarer avlastning i den størrelsesorden Akershus universitetssykehus har behov for. I dette alternativet vil sykehuset miste mer spesialisert aktivitet knyttet til områdefunksjonene, på bakgrunn av høyere egendekning for Folloregionen enn for Groruddalsbydelene. Overføring av Follokommuner vil innebære en noe høyere belastning for Oslo universitetssykehus enn overføring av Groruddalsbydelene, da Oslo universitetssykehus allerede har stor aktivitet fra bydelene Alna, Grorud og Stovner.

En overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet vil innebære en forsterkning av eksisterende avtale mellom sykehusene. En eventuell overføring av Follokommuner vil innebære nødvendigheten av å opparbeide endrede pasientstrømmer og nye samarbeidskanaler.

7.6 Mulige løsningsalternativer og vurderinger på mellomlang og lang sikt

Dette prosjektet har hatt hovedfokus på løsningsalternativer innen somatikk på fram mot 2025. Avlastningen for Akershus universitetssykehus er skissert til å være 62 somatiske senger (2018-aktivitet) ved flytting av lokalsykehusansvar for bydel Alna. Dette vil være tilstrekkelig avlastning for Akershus universitetssykehus fram til 2025, gitt forutsetninger lagt til grunn.

Det vil imidlertid være betydelige kapasitetsutfordringer på mellomlang og lang sikt selv med den kortsiktige avlastning som er skissert i foregående kapitler. Dette gjelder spesielt for Akershus universitetssykehus og eventuelt også Oslo universitetssykehus, og skyldes i hovedsak befolkningsvekst og usikkerhet ved bygningsmassens levetid og fremtidens dimensjonering av Oslo universitetssykehus. På mellomlang og lang sikt er det både mange ulike forutsetninger og muligheter for løsning av kapasitetsutfordringene. I dette delkapittelet vil det pekes på noen av de løsningsalternativene som bør utredes og vurderes nærmere på mellomlang og lang sikt; idéfase ved Oslo universitetssykehus, utviklingsplan ved Akershus universitetssykehus, ytterligere avlastning ved bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg, avlastning ved Sykehuset Innlandet, Kongsvinger, og avlastning ved Sykehuset Østfold. Denne listen er ikke uttømmende.

7.6.1 Idéfase Oslo universitetssykehus og utviklingsplan Akershus universitetssykehus

Idéfaseprosjektet ved Oslo universitetssykehus

Det pågående idéfasearbeidet ved Oslo universitetssykehus vil være avgjørende for den langsiktige oppdelingen av opptaksområdene i hovedstadsområdet. Den fremtidige dimensjoneringen av Oslo universitetssykehus er ikke bestemt, og størrelsen på dette sykehuset vil være avgjørende for hvordan man skal møte kapasitetsutfordringen på mellomlang og lang sikt. I idéfasearbeidet ved Oslo universitetssykehus er det lagt til grunn 1 883 senger (inklusive normalsenger, hotellsenger og observasjonssenger, men eksklusive postoperative plasser og intensivsenger for voksne). Dersom idéfaseprojektet realiseres fullt ut vil det ikke være behov for avlastning av Oslo universitetssykehus.

Utvidelse av kapasiteten ved Akershus universitetssykehus

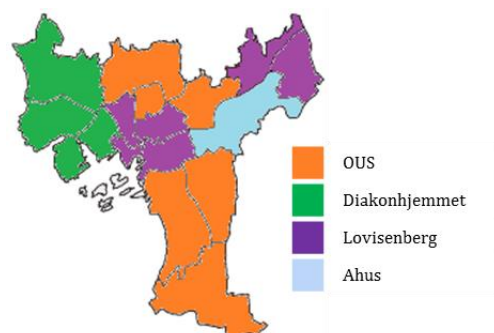
Det pågår et utviklingsplanarbeid ved Akershus universitetssykehus som skisserer ulike utviklingsretninger. Avhengig av resultat av dette arbeidet vil det kunne få innvirkning på fremtidig kapasitet og avlastningsbehov.

7.6.2 Ytterligere avlastning ved bruk av Diakonhjemmet/Lovisenberg: opptaksområde og/eller flere oppgaver (akuttkirurgi Lovisenberg)

Mandatet til prosjektet har vært å vurdere nåværende opptaksområder i sykehusområdene Oslo og Akershus, herunder om det skal foreslås å flytte lokalsykehusansvar for bydelene til Diakonhjemmet og Lovisenberg. I kapittel 5 om kapasitet er det vist at både Diakonhjemmet og Lovisenberg har mulighet til ytterligere kapasitetsutvidelse enn det som er skissert i løsningsalternativene på kort sikt. Denne kapasiteten kan brukes til avlastning enten ved ytterligere endring av opptaksområder og/eller ved endring av funksjoner.

7.6.2.1 Bydel Grorud og Stovner til Lovisenberg i 2025 – et eksempel på løsning på mellomlang sikt

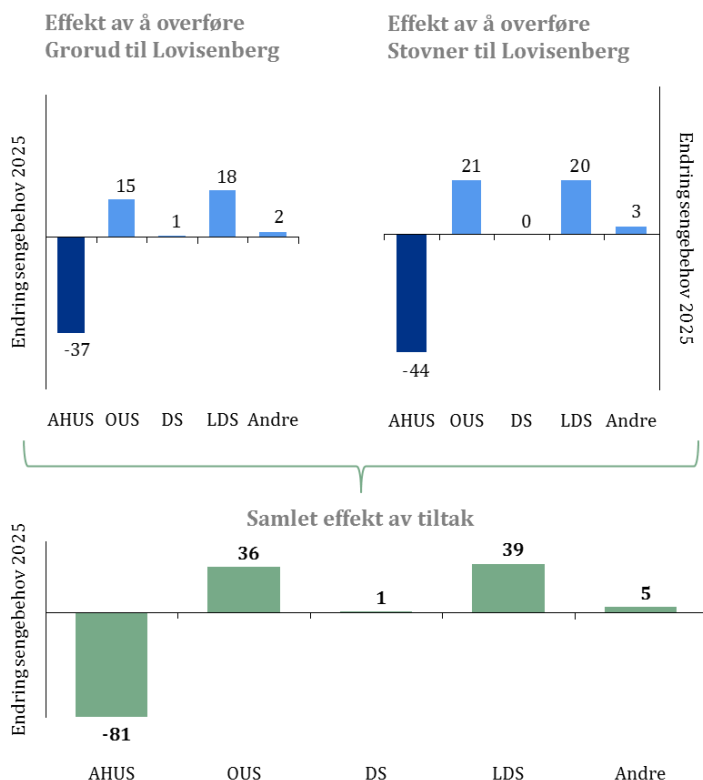
Som et eksempel på ytterligere avlastning av Akershus universitetssykehus har prosjektet utredet en potensiell avlastning på mellomlang sikt. Lokalsykehusansvar for bydelene Grorud og Stovner innen somatikk kan flyttes fra Akershus universitetssykehus til Lovisenberg i 2025. Dette vil bety at innbyggere i bydelene Grorud og Stovner får sine sykehustjenester på Lovisenberg og Oslo universitetssykehus, i stedet for ved Akershus universitetssykehus. Bydelene Grorud og Stovner utgjør 58 500 innbyggere i 2014, og øker til 70 000 i 2030. En overføring av disse bydelene vil gi Lovisenberg et opptaksområde på 244 000 innbyggere i 2030 (sett bort fra bydel Sagene som hører til Oslo universitetssykehus, men hvor Lovisenberg i dag ivaretar indremedisinske lokalsykehusfunksjoner).



Figur 5: Opptaksområder ved overføring av bydelene Grorud og Stovner til Lovisenberg. Kilde: Deloitte.

Løsningsalternativet innebærer en reduksjon i sengebehovet for Akershus universitetssykehus i 2025 tilsvarende 81 senger, hvorav 37 senger representerer bydel Grorud, og 44 senger representerer bydel Stovner. Gitt dagens driftsmodell uten akuttkirurgi ved Lovisenberg, vil en betydelig andel av pasientene få sine sykehustjenester ved Oslo universitetssykehus. Aktiviteten for de to bydelene vil fordele seg mellom Lovisenberg og Oslo universitetssykehus, med henholdsvis 39 og 36 senger.

Flytting av lokalsykehusansvar for bydelene Grorud og Stovner vil, sammen med flytting av bydel Alna til Diakonhjemmet på kort sikt, bringe Akershus universitetssykehus i balanse på lang sikt. Samtidig vil det skape kapasitetsutfordringer for Oslo universitetssykehus.



Figur 6: Endring i somatisk sengebehov i 2025 ved overføring av bydelene Grorud og Stovner til Lovisenberg. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

7.6.2.2 Akuttkirurgi ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

En mulig løsning som er diskutert i prosjektet er konsekvensene av å innføre akuttkirurgi ved Lovisenberg. Dette vil utgjøre en betydelig avlastning for Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har i dag ansvaret for all akuttkirurgi for Lovisenbergs opptaksområde. Dette er estimert til å utgjøre 26 senger i 2014, og vil øke fram til 2030. Til sammenligning hadde Diakonhjemmet akuttkirurgisk aktivitet tilsvarende 24 senger i 2014. Lovisenberg har lav egendekning og som tidligere beskrevet er oppstart av akuttkirurgi det som er den mest avgjørende faktor for å øke egendekningen (Vedlegg 9 Egendekningsanalyser).

Oppbygging av akuttkirurgi ved Lovisenberg vil innebære at sykehuset selv overtar ansvaret for akuttkirurgi for eksisterende opptaksområde, noe som vil avlaste Oslo universitetssykehus med akuttkirurgisk aktivitet og betydelig sengekapasitet. Det vil bety at Lovisenberg må bygge opp en ny driftsmodell, og krever omlegginger av driften innen kirurgi.

Fordelen for pasienter er at de vil få en større del av behovene dekket ved samme sykehus, og vil ha færre sykehus å forholde seg til. I tillegg vil det faglige tilbudet ved Lovisenberg bli bredere og mer komplett. En utvidelse av Lovisenbergs opptaksområde vil ytterligere aktualisere diskusjonen om opprettelse av akuttkirurgi. På den annen side har allerede Oslo og Akershus sykehusområde tre akuttkirurgiske mottak innen et begrenset geografisk område. Det vil derfor også være en fremtidig diskusjon om det er ressursmessig rasjonelt å øke antall akuttkirurgiske mottak.

Opprettelse av akuttkirurgi ved Lovisenberg krever imidlertid at det realiseres et større byggeprosjekt ved sykehuset. Dette bygget kan tidligst stå ferdig i 2022/2023. Oppbygging av et akuttkirurgisk fagmiljø og tilbud er dermed tids- og ressurskrevende, og kan ikke realiseres på kort sikt. På lang sikt kan det avlaste Oslo universitetssykehus.

7.6.3 Andre vurderinger og kapasiteter

Det finnes også andre kapasiteter i sykehusområdene som kan vurderes som en del av løsningsalternativene på mellomlang og lang sikt. Her vises to eksempler som kan bidra til løsning av kapasitetsutfordringen på mellomlang og lang sikt.

Mer aktivitet til Sykehuset Innlandet, Kongsvinger

I foretaksrådet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF den 17. august 2015 ble Helse Sør-Øst bedt om at det i arbeidet med analyse og kapasitetsbehov 2030 også vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus. Helse- og omsorgsministeren har ikke satt noen tidsfrist for vurderingen, og Helse Sør-Øst RHF planlegger dette som en del av en neste fase som må gjennomføres i 2016.

Kongsvinger har ledig kapasitet. Ved et formelt samarbeid mellom sykehusene eller ved endring av opptaksområde, vil Akershus universitetssykehus kunne avlastes ved at en eller flere kommuner flyttes til Kongsvinger, eventuelt at deler av aktiviteten uavhengig av kommune legges til Kongsvinger. I begge tilfellene vil aktiviteten ved Akershus universitetssykehus kunne reduseres, noe som vil bidra til mindre

Bydel	Estimert sengebehov akuttkirurgi 2014	Befolkning 2014	Befolkning 2030
Gamle Oslo	10	48 417	62 098
Grünerløkka	10	52 198	65 581
St. Hanshaugen	6	35 630	46 347
Sum LDS-bydeler	26	136 245	174 026
Sagene	8	38 637	49 943
Sum LDS-bydeler og Sagene	34	174 882	223 969
Alna	11	48 307	59 002
Grorud	6	27 101	32 729
Stovner	8	31 340	37 257
Sum AGS-bydelene	25	106 748	128 988
SUM ovenstående bydeler	59	281 630	352 957

Tabell 21: Estimert sengebehov innen akuttkirurgi for utvalgte Oslobydeler samt befolkning 2014 og 2030. Kilde: Deloitte for estimering av sengebehov, SSB MMMM-alternativ for befolkning.

behov for avlastning. Prosjektet har ikke vurdert hvilke(n) eller hvor mye aktivitet som kan overføres til Kongsvinger. Dette vil måtte utredes nærmere og vil inngå i en neste fase.

Mer aktivitet til Sykehuset Østfold

Det nye sykehuset i Østfold åpnet for full drift i november 2015. Det er tidligere gjort et utredningsarbeid for å se på muligheten til å overføre Vestby kommune til Sykehuset Østfold og det legges til grunn at kommunen flyttes til Sykehuset Østfold fra 1. januar 2017. Det kan også være aktuelt å vurdere om Sykehuset Østfold kan ha kapasitet til å ta en eller flere kommuner fra Follo utover Vestby kommune.

8. Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 Løsningsalternativer ved endring av opptaksområde

Vedlegget inneholder løsningsalternativ for psykisk helsevern og TSB for de to hovedalternativene; overføring av bydel Alna og Follokommuner til Diakonhjemmet. Videre følger presentasjoner av de andre løsningsalternativene som er vurdert. I beskrivelsen av disse alternativene er psykisk helsevern og TSB inkludert i skisserte flyttinger. Forutsetninger og aktivitet ved avgivende og mottakende sykehus vil bli beskrevet i alle alternativ, selv om de er like i flere løsningsalternativ.

Aktiviteten og kapasiteten innen psykisk helsevern og TSB er ikke estimert i de mellomliggende årene mellom 2014 og 2030. Tallgrunnlaget for estimering av effekter av flyttingene innen psykisk helsevern og TSB er derfor 2014-tall. I somatikken er de kortsiktige beregnede avlastningsalternativene beregnet basert på framskrevne aktivitetstall for 2018.

For mer detaljer om fremgangsmåter ved analyser og metodikk vises det til Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*.

8.1.1 Bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus – psykisk helsevern og TSB

Et av premissene i prosjektet har vært at psykisk helsevern/TSB og indremedisinsk opptaksområde i utgangspunktet skal følge hverandre, som basisfunksjoner på lokalsykehuset. Oslo kommune har fremført argumentasjon om at opptaksområde for psykisk helsevern/TSB og indremedisin burde være sammenfallende. Dette for å skape gode og færrest mulig samarbeidsarenaer for bydelene.

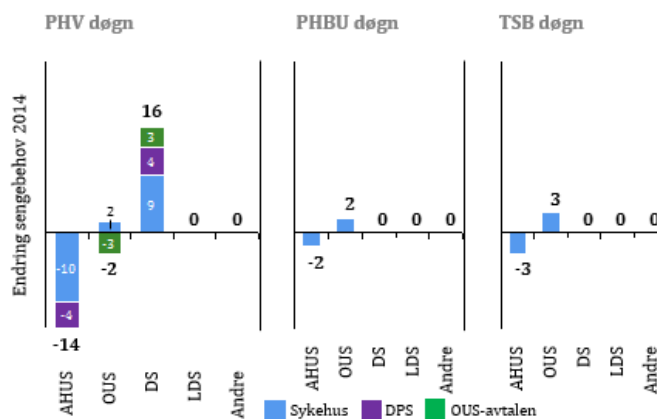
På den annen side kan ikke Diakonhjemmet avlaste innen psykisk helsevern/TSB like raskt som innen somatikk. En avlastning innen psykisk helsevern/TSB vil kreve noe mer forberedelse og kapasitetsutvidelse. I prosessen har fagmiljøet fremmet et sterkt ønske om å ikke å splitte fagmiljøene som er bygget opp innen psykisk helsevern og TSB i Groruddalen. Fagmiljøet har gjennomgått endringer de senere årene og har nå etablert en god organisasjonsform.

Med bakgrunn i dette anbefaler derfor prosjektet å la ansvaret for psykisk helsevern og TSB være igjen på Akershus universitetssykehus i første omgang. I det videre er det likevel synliggjort hvilket aktivitetsnivå innbyggere i bydel Alna har innen fagområdet.

8.1.1.1 Aktivitet innen psykisk helsevern og TSB

For psykisk helsevern voksen (PHV) viser aktivitetstall fra 2014 at innbyggerne i bydel Alna hadde behov for 14 senger på Akershus universitetssykehus. Disse sengene var fordelt mellom 10 senger på psykiatrisk avdeling på Nordbyhagen og 4 senger på døgnenhet på DPS Groruddalen.

I tillegg til aktivitet på Akershus universitetssykehus har man en avtale om kjøp av døgnplasser innen psykose- og sikkerhetspsykiatri (spesialpsykiatri) fra Oslo universitetssykehus for pasienter fra Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde. 6 av disse plassene er estimert forbrukt av innbyggerne i bydel Alna. Det antas at halvparten av disse er sikkerhetspsykiatri, og disse vil være igjen ved Oslo universitetssykehus, da Oslo universitetssykehus har områdefunksjon for sikkerhetspsykiatri. Det antas videre at også halvparten av spesialpsykiatrien på Akershus universitetssykehus er sikkerhetspsykiatri, og disse pasientene



Figur 7: Endring i sengebehov PH og TSB i 2014 ved overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

vil tilfalle Oslo universitetssykehus (ca. 2 plasser fra Alna)

Innen psykisk helsevern barn og ungdom (PHBU) er sengetallet estimert til å utgjøre 2 senger. Innen TSB er antallet senger på Akershus universitetssykehus estimert til å være 3 senger for innbyggerne i Alna. Innen TSB er det i tillegg aktivitet ved private institusjoner.

Den polikliniske aktiviteten ved Akershus universitetssykehus fra innbyggerne i Alna tilsvarer 18 rom for PHV, 9 rom for PHBU og 1 rom for TSB.

8.1.1.2 Beskrivelse av alternativet innen psykisk helsevern og TSB

En eventuell overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet vil utgjøre totalt 16 døgnenger på Diakonhjemmet. Totalt vil 3 senger tilfalle Oslo universitetssykehus, i tillegg til aktiviteten som allerede i dag eksisterer på Oslo universitetssykehus fra denne bydelen. Disse anslagene er forutsatt at Diakonhjemmet kan overta deler av de pasientene fra bydel Alna som behandles i henhold til avtalen mellom Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Avlastning av Akershus universitetssykehus (14 senger) vil trolig ikke være nok til unngå kjøp av plasser innen spesialpsykiatri fra Oslo universitetssykehus, men kan mulig redusere omfanget i noe grad.

DPS Groruddalen har tre lokasjoner og består av to separate enheter. Ved overføring av kun bydel Alna vil det være nødvendig med en gjennomgang av oppgavedeling mellom de ulike polikliniske teamene

Det forutsettes at Oslo universitetssykehus overtar områdefunksjonene for PHBU og TSB døgn. Det er mulig at BUP Furuset kan overtas av Diakonhjemmet. Enheten har PHBU poliklinikk og ansvar for kun Alna bydel. Estimerte døgnplasser som overføres innen TSB forutsetter likt forbruk av private døgnplasser.

Det eksisterer i dag avtaler mellom Diakonhjemmet og Lovisenberg om oppgavedeling innen psykisk helsevern. Konsekvensene av og for disse avtalene er ikke estimert.

8.1.2 Flytting av enkeltkommuner fra Folloregionen til Diakonhjemmet Sykehus – psykisk helsevern og TSB

Et av premissene i prosjektet har vært at psykisk helsevern og indremedisinsk opptaksområde i utgangspunktet skal følge hverandre. Dette både for å skape gode og færrest mulig samarbeidsarenaer for bydel, og internt på sykehusene for pasienter med både psykiske og somatiske lidelser. På grunn av felles DPS er det for dette alternativet vurdert som hensiktsmessig at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling blir gjenværende på Akershus universitetssykehus ved en eventuell flytting av somatikken. Under er likevel aktivitet innen psykisk helsevern og TSB beskrevet.

8.1.2.1 Aktivitet innen psykisk helsevern og TSB

I Tabell 22 vises estimat over senger innen psykisk helsevern og TSB som avlastes Akershus universitetssykehus ved flytting av lokalsykehusansvaret for enkeltkommuner til Diakonhjemmet, og hvordan sengene er estimert å fordele seg mellom Oslo sykehusene.

Psykisk helsevern og TSB: endring i sengebehov ved flytting Follokommuner (2014)					
Kommune	Ahus (PHV)	DS/LDS /OUS (PHV÷sikkerhet)	OUS (sikkerhet, nettoeffekt)	Ahus til OUS (PHBU*)	Ahus til OUS (TSB)
1. Enebakk	-3	3	0	1	1
2. Frogn	-4	4	0	4	2
3. Ås	-8	9	-1	0	2
4. Nesodden	-6	7	0	0	3
5. Oppegård	-11	10	1	2	4
6. Ski	-13	13	0	4	2
Sum	-45	46	0	11*	14

*Inkluderer aktivitet fra Follo på Bråten behandlingshjem i 2014 (est. 3 senger). Enheten har få og lange døgnopphold og pasientens bosted varierer fra år til år.

Tabell 22: Endring i sengebehov innen psykisk helsevern og TSB ved flytting av enkeltkommuner til Diakonhjemmet. Kilde: Aktivitetstall fra Ahus, analyse Deloitte.

Ved en overføring av enkeltkommuner fra Akershus universitetssykehus til Diakonhjemmet vil døgnaktivitet innen PHBU, TSB, sikkerhetspsykiatri og tidlig psykose tilfalle Oslo universitetssykehus. Dette skyldes at Oslo universitetssykehus har områdefunksjon for disse fagområdene. Det eksisterer i dag avtaler mellom Diakonhjemmet og Lovisenberg om oppgavedeling innen psykisk helsevern. Konsekvensene av og for disse avtalene er ikke estimert.

I dag utføres poliklinisk- og dagbehandling for Follokommunene ved to DPS. DPS/BUP Follo har ansvar for kommunene Frogn, Ås, Nesodden, Oppegård, Ski samt Vestby. For Enebakk kommune ivaretas DPS, BUP og TSB poliklinikk av Nedre Romerike.

Tabell 23 viser estimert behov for polikliniske rom på bakgrunn av samlet aktivitet for dag- og poliklinisk behandling i 2014 fra Follokommunene. Datagrunnlaget inkluderer all aktivitet, også ikke-refusjonsberettiget. Ved flytting av enkeltkommuner antas det at behovet overføres til mottakende sykehus.

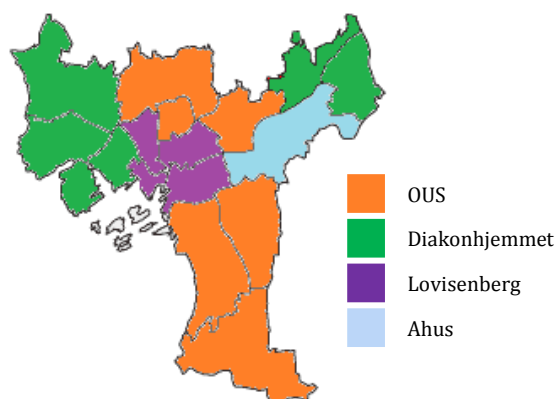
Psykisk helsevern og TSB: estimert behov poliklinikkrom 2014			
Kommune	PHV	PHBU	TSB
1. Enebakk	3	2	1
2. Frogn	4	3	1
3. Ås	5	3	1
4. Nesodden	4	3	1
5. Oppegård	7	6	1
6. Ski	9	10	1
Sum	31	29	6

Tabell 23: Estimert behov for poliklinikkrom for de enkelte Follokommunene basert på aktivitet fra 2014. Kilde: Aktivitetstall fra Ahus, Deloitte for estimering av rom.

8.1.3 Bydel Grorud og Stovner til Diakonhjemmet Sykehus

8.1.3.1 Beskrivelse av forslaget

Bydelene Grorud og Stovner kan overføres til Diakonhjemmet for å avlaste Akershus universitetssykehus på kort sikt. Dette vil bety at innbyggere i bydelene Grorud og Stovner vil få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet innenfor kirurgi, indremedisin, psykisk helsevern og TSB. En slik løsning vil føre til at Diakonhjemmets opptaksområde vil være spredt geografisk, slik vist på kartet.



Figur 8: Opptaksområder ved overføring av bydelene Grorud og Stovner til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte.

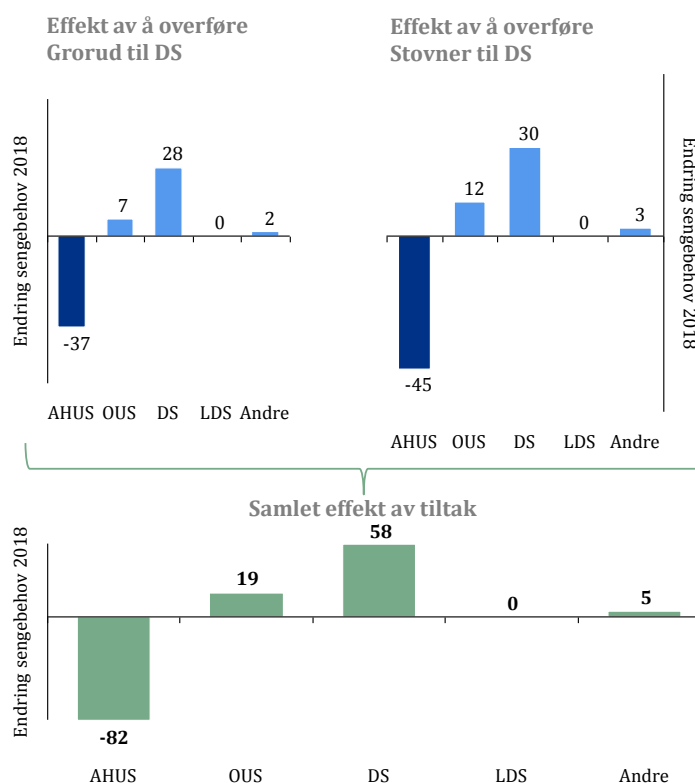
Bydelene Grorud og Stovner utgjør henholdsvis 28 500 og 33 500 innbyggere i 2018. Diakonhjemmet har ikke kapasitet til å overta all aktivitet fra befolkningen i bydelene Grorud og Stovner på kort sikt. Denne løsningen vil gi Diakonhjemmet et opptaksområde tilsvarende 201 000 innbyggere.

8.1.3.2 Somatikk

Aktivitet innen somatikk

Ved flytting av bydelene Grorud og Stovner til Diakonhjemmet i 2018, vil Akershus universitetssykehus avlastes med aktivitet tilsvarende 82 somatiske senger. Det er da trukket fra aktivitet knyttet til barn, oppfølging av svangerskap, fødsler og gynekologi, som blir værende igjen ved Akershus universitetssykehus. Egendekningsanalyser viser at om lag 58 av de 82 somatiske sengene vil være aktivitet som flyttes til Diakonhjemmet. Deler av aktiviteten for begge disse Groruddalsbydelene skjer i dag på Oslo universitetssykehus. Dette vil øke basert på funksjoner som Akershus universitetssykehus har, men som Diakonhjemmet ikke dekker. 19 senger estimeres tilført Oslo universitetssykehus, utover den aktivitet man har for befolkningen i bydelene i dag. Aktivitet tilsvarende fem senger vil fordeles mellom andre sykehus.

Totalt vil denne løsningen avlaste Akershus universitetssykehus med 82 somatiske senger, øke bruken på Oslo universitetssykehus med 19 senger, og øke somatiske senger ved Diakonhjemmet med 58 senger.



Figur 9: Endring i somatisk sengebehov i 2018 ved overføring av bydelene Grorud og Stovner til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

8.1.3.3 Psykisk helsevern og TSB

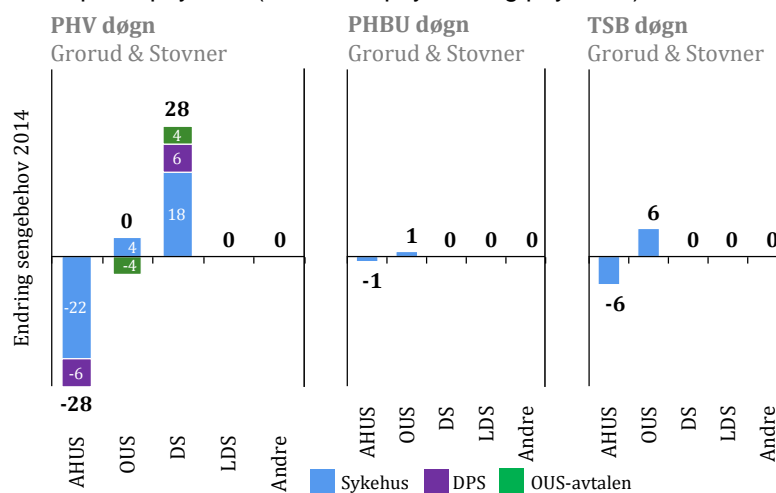
Et av premissene i prosjektet har vært at psykisk helsevern og indremedisinsk opptaksområde skal følge hverandre. I løpet av prosjektet har fagmiljøet fremmet et sterkt ønske om å ikke å splitte fagmiljøene som

er bygget opp innen PHV/DPS i Groruddalen. Prosjektet har tatt dette til følge, men synliggjør i det følgende aktivitetsnivået innen psykisk helsevern og TSB for bydelene.

Aktivitet innen psykisk helsevern og TSB

For psykisk helsevern voksen viser aktivitetstall fra 2014 at innbyggerne i bydel Grorud og Stovner hadde behov for 28 sengeplasser på Akershus universitetssykehus. De 28 sengene var fordelt på 22 senger på psykiatrisk avdeling på Nordbyhagen og seks senger på døgnenhet på DPS Groruddalen. I tillegg kommer 8 senger kjøpt på Oslo universitetssykehus. Sengene på Oslo universitetssykehus kommer av en avtale om kjøp av totalt 28 plasser (2014) innen spesialpsykiatri (sikkerhetspsykiatri og psykoser).

Ved overføring av bydel Grorud og Stovner til Diakonhjemmet viser analyser at 28 senger vil tilføres Diakonhjemmet. Avtalen om kjøp av plasser ved Oslo universitetssykehus omhandler blant annet sikkerhetspsykiatri. Oslo universitetssykehus har områdefunksjon for sikkerhetspsykiatri, og aktivitet knyttet til dette området vil derfor tilfalle sykehuset. Netto vil Oslo Universitetssykehus ikke få tilført mer aktivitet ut over det de har fra bydelene Grorud og Stovner i dag.



Det eksisterer i dag avtaler mellom Diakonhjemmet og Lovisenberg om oppgavedeling innen psykisk helsevern. Konsekvensene av og for disse avtalene er ikke estimert.

Figur 10: Endring i sengebehov PH og TSB i 2014 ved overføring av bydelene Grorud og Stovner til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

Aktivitet innen PHBU og TSB utgjør i dag 7 sengeplasser på Akershus universitetssykehus, i tillegg til bruk av døgnplasser i private institusjoner med avtale. Oslo universitetssykehus har områdefunksjon for døgnplasser innen PHBU og TSB, og disse sengeplassene vil overføres til Oslo universitetssykehus. Dette medfører 7 døgnplasser på Oslo universitetssykehus dersom det antas lik bruk av private plasser. Prosjektets faggruppe innen PH og TSB legger til grunn at det vil være mer hensiktsmessig at PHBU følger psykisk helsevern heller enn barn somatikk dersom dette er i konflikt. I denne løsningen vil da barn somatikk bli værende på Akershus universitetssykehus, mens døgnplasser innen PHBU vil overføres til Oslo universitetssykehus.

Poliklinisk aktivitet og dagbehandling for innbyggerne i Grorud og Stovner var i 2014 estimert til tilsvarende 21 rom for PHV, 9 rom for PHBU og 12 rom for TSB. Dette er basert på basis utnyttelsesgrad. All poliklinisk virksomhet og dagbehandling for befolkningen i bydelene antas i dette alternativet overført til Diakonhjemmet.

Totalt vil Akershus universitetssykehus avlastes 35 sengeplasser innen psykisk helsevern og TSB ved å overføre bydelene Grorud og Stovner til Diakonhjemmet. Diakonhjemmet vil øke med 28 sengeplasser innen PHV, og Oslo universitetssykehus vil øke med 7 plasser innen PHBU og TSB, men ikke øke innen PHV. Dette er forutsatt at Diakonhjemmet kan overta deler (psykose) av de pasientene fra Grorud og Stovner som behandles i henhold til avtalen mellom Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Avlastning av Akershus universitetssykehus (35 senger) vil ikke være nok til unngå kjøp av plasser innen spesialpsykiatri fra Oslo universitetssykehus, men kan mulig redusere omfanget i noen grad.

DPS Groruddalen har tre lokasjoner og består av to separate enheter. Ved overføring av bare bydelene Grorud og Stovner vil det være nødvendig med en gjennomgang av oppgavedeling mellom de ulike polikliniske teamene.

8.1.3.4 Vurderinger av alternativet

- Trygge og gode tilbud
 - Pasientene vil inngå i de samme etablerte forløp som øvrige pasienter fra Diakonhjemmets nåværende opptaksområde, også når det gjelder oppgave/funksjonsfordeling mellom Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
 - Det er allerede opparbeidet samhandlingskanaler og kommunikasjon mellom Diakonhjemmet og bydelene (jfr. avlastningsavtalen DS/Ahus)
 - Bydelene Grorud og Stovner henger ikke sammen med resten av Diakonhjemmets opptaksområde. Samarbeid mellom bydeler i sykehusets opptaksområde (om pasientforløp og annet) kan vanskeliggjøres av dette
 - Eventuelle endringer i bydeler/bydelsgrenser vil skape utfordringer når geografisk opptaksområde ikke henger sammen
- God tilgjengelighet
 - Offentlig kommunikasjon; Det er T-baneforbindelse mellom bydelene Grorud/Stovner og Diakonhjemmet (Borgen/Steinerud/Frøen), bedre enn mellom OUS/LDS og bydelene Grorud/Stovner
 - Trafikk; Det er korte avstander, selv om det er noe lengre bilvei mellom Diakonhjemmet og bydelene Grorud/Stovner, enn mellom Akershus universitetssykehus og bydelene Grorud/Stovner
- God ressursutnyttelse
 - Dette alternativet medfører betydelig mer avlastning enn det Akershus universitetssykehus trenger på kort sikt, samtidig som det medfører noe mer aktivitet på Diakonhjemmet enn det sykehuset har kapasitet til å motta på kort sikt både innen somatikk og psykisk helsevern
 - Overføring av en av bydelene gir for lite avlastning i forhold til Akershus universitetssykehus sitt avlastningsbehov
 - Oslo universitetssykehus får en moderat økning ved denne overføringen

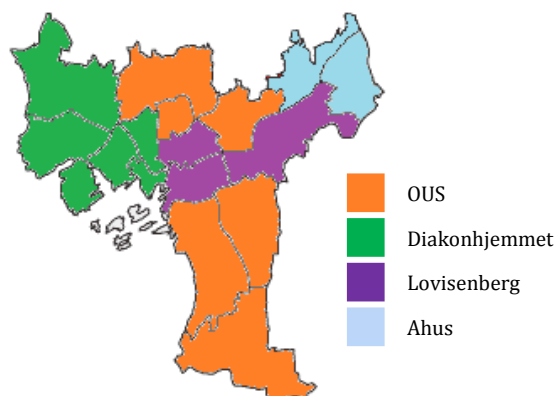
8.1.3.5 Oppsummering

Løsningsalternativet innebærer mer avlastning enn det Akershus universitetssykehus trenger på kort sikt, samtidig som det medfører noe mer aktivitet på Diakonhjemmet enn det sykehuset har kapasitet til å motta på kort sikt både innen somatikk og psykisk helsevern. Løsningsalternativet er således ikke optimalt tilpasset kapasitetsutfordringen på kort sikt.

8.1.4 Alna til Lovisenberg Diakonale Sykehus og St. Hanshaugen til Diakonhjemmet Sykehus

8.1.4.1 Beskrivelse av forslaget

For å avlaste Akershus universitetssykehus på kort sikt er et av de skisserte alternativene å flytte Alna til Lovisenberg, og rokkere St. Hanshaugen fra Lovisenberg til Diakonhjemmet. Dette vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine sykehustjenester på Lovisenberg innenfor indremedisin, psykisk helsevern og TSB, mens innbyggere i bydel St. Hanshaugen vil få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet innenfor akuttkirurgi, indremedisin, psykisk helsevern og TSB. En slik løsning vil føre til at bydelene tilhørende både Diakonhjemmet og Lovisenberg er relativt samlet geografisk.



Figur 11: Opptaksområder ved flytting av bydel Alna og St. Hanshaugen. Kilde: Deloitte.

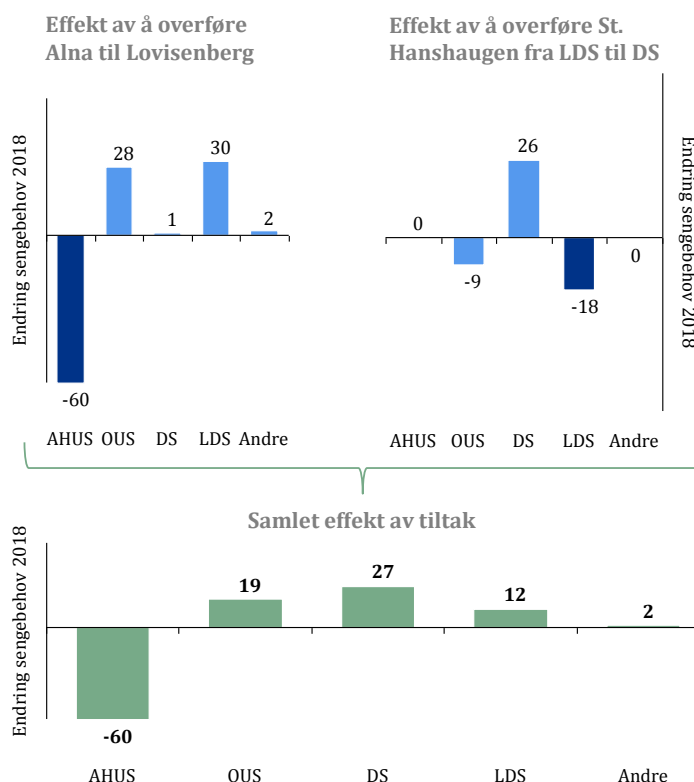
Både Diakonhjemmet og Lovisenberg har kapasitet til å overta denne aktiviteten fra befolkningen i henholdsvis Akershus universitetssykehus og Lovisenberg på kort sikt. Bydel Alna utgjør rundt 51 000 innbyggere og bydel St.Hanshaugen ca 41 000 innbyggere i 2018. Denne løsningen vil gi Lovisenberg et opptaksområde tilsvarende ca 163 000 innbyggere, og Diakonhjemmets opptaksområde vil økes til ca. 180 000 innbyggere.

8.1.4.2 Somatikk

Aktivitet innen somatikk

Ved flytting av bydel Alna til Lovisenberg i 2018, vil Akershus universitetssykehus avlastes med aktivitet tilsvarende 60 somatiske senger. Det er da trukket fra aktivitet knyttet til barn, fødsler, oppfølging av svangerskap og gynekologi. Egendekningsanalyser viser at 30 av de 60 somatiske sengene vil være aktivitet som flyttes til Lovisenberg. Deler av aktiviteten for denne bydelen skjer i dag på Oslo universitetssykehus. Dette vil øke basert på funksjoner som Akershus universitetssykehus har, men som Lovisenberg ikke dekker, blant annet akuttkirurgi. Økningen for Oslo universitetssykehus er beregnet til 28 somatiske senger utover den aktivitet man har for befolkningen i Alna i dag, hvorav 11 av disse antas å være akuttkirurgi. Aktivitet tilsvarende en seng vil overføres til Diakonhjemmet, og to senger vil fordeles mellom andre sykehus.

Lovisenberg har på kort sikt ikke kapasitet til å avlaste Akershus universitetssykehus med bydel Alna hvis de samtidig skal opprettholde dagens opptaksområde. Overføring av bydel St. Hanshaugen fra Lovisenberg til Diakonhjemmet vil løse dette. Ved å flytte St. Hanshaugen bydel vil Lovisenberg avlastes med 18 somatiske senger.



Figur 12: Endring i somatisk sengebehov i 2018 ved overføring av bydelene Alna og St. Hanshaugen. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

Egendekningsanalyser viser at Diakonhjemmet kan overta alle disse 18 plassene og i tillegg avlaste Oslo universitetssykehus med 9 sengeplasser. Dette skyldes behandling som i dag ikke tilbys på Lovisenberg, men som tilbys ved Diakonhjemmet.

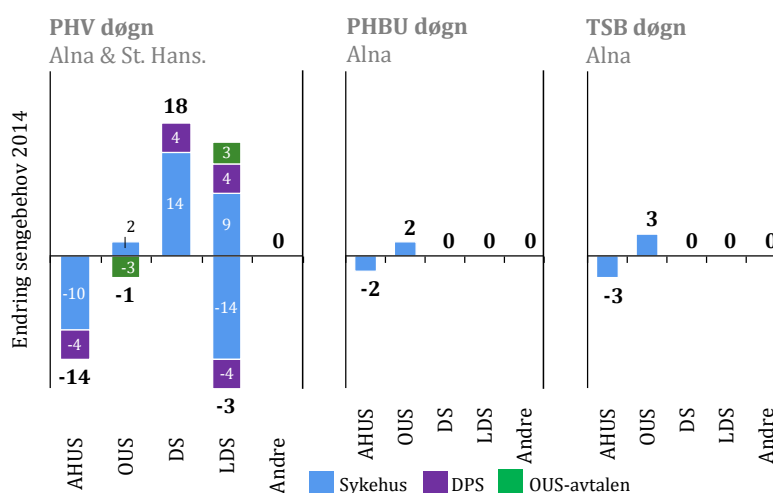
Totalt vil denne løsningen avlaste Akershus universitetssykehus med 60 somatiske senger, øke bruken på Oslo universitetssykehus med 19 senger, øke somatiske senger ved Diakonhjemmet med 27 senger og totalt øke somatiske senger med 12 senger på Lovisenberg.

8.1.4.3 Psykisk helsevern og TSB for bydel Alna og St. Hanshaugen

Aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for bydel Alna

For psykisk helsevern voksen viser aktivitetstall fra 2014 at innbyggerne i bydel Alna hadde behov for 14 senger på Akershus universitetssykehus og 6 senger på Oslo universitetssykehus, totalt rundt 20 senger. De 14 sengene på Akershus universitetssykehus var fordelt mellom 10 senger på psykiatrisk avdeling på Nordbyhagen og 4 senger på døgnenhet på DPS Groruddalen. Sengene på Oslo universitetssykehus kommer av en avtale om kjøp av plasser innen spesialpsykiatri (sikkerhetspsykiatri og psykoser).

Ved overføring av bydel Alna til Lovisenberg viser analyser at om lag 16 av de 20 sengene vil overføres til Lovisenberg. På grunn av at Oslo universitetssykehus har områdefunksjon for sikkerhetspsykiatri, vil dagens aktivitet innen dette feltet både på Akershus universitetssykehus og på Oslo universitetssykehus ved flyttingen tilfalle sistnevnte sykehus. Det eksisterer i dag avtaler mellom Diakonhjemmet og Lovisenberg om oppgavedeling innen psykisk helsevern. Konsekvensene av disse avtalene er ikke estimert.



Figur 13: Endring i sengebehov PH og TSB i 2014 ved overføring av bydelene Alna og St. Hanshaugen. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

Aktivitet innen PHBU og TSB utgjør i dag 5 sengeplasser på Akershus universitetssykehus, i tillegg til bruk av døgnplasser i private institusjoner med avtale. Oslo universitetssykehus har områdefunksjon for døgnplasser innen PHBU og TSB, og disse sengeplassene vil overføres til Oslo universitetssykehus. Dette medfører 5 døgnplasser på Oslo universitetssykehus dersom det antas lik bruk av private plasser. Prosjektets faggruppe innen PH og TSB legger til grunn at det vil være mer hensiktsmessig at PHBU følger psykisk helsevern heller enn barn somatikk dersom dette er i konflikt. I denne løsningen vil da barn somatikk bli værende på Akershus universitetssykehus, mens PHBU vil overføres til Oslo universitetssykehus.

Poliklinisk aktivitet og dagbehandling for innbyggerne i Alna var i 2014 estimert til tilsvarende 18 rom for PHV, 9 rom for PHBU og 1 rom for TSB. Dette er basert på basis utnyttelsesgrad. All poliklinisk virksomhet og dagbehandling for befolkningen i Alna antas i dette alternativet overført til Lovisenberg.

DPS Groruddalen har tre lokasjoner og består av to separate enheter. Ved overføring av kun bydel Alna vil det være nødvendig med en gjennomgang av oppgavedeling mellom de ulike polikliniske teamene.

Det er mulig at BUP Furuset kan overtas av Lovisenberg. Enheten har PHBU poliklinikk og ansvar for kun Alna bydel

Aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for bydel St. Hanshaugen

Overføring av St. Hanshaugen fra Lovisenberg til Diakonhjemmet vil føre til en overføring av aktivitet tilsvarende 18 sengeplasser innen psykisk helsevern voksne. En andel av aktiviteten innen PHV for

befolkningen skjer på Oslo universitetssykehus, og en kan anta at denne vil forbli uendret da Oslo universitetssykehus har områdefunksjon for en del områder. Det eksisterer i dag avtaler mellom Diakonhjemmet og Lovisenberg om oppgavedeling innen psykisk helsevern. Konsekvensene av disse avtalene er ikke estimert.

Døgnaktivitet innen PHBU og TSB for innbyggerne i St. Hanshaugen bydel foregår på Oslo universitetssykehus, da Oslo universitetssykehus har områdefunksjon innenfor disse områdene. Aktiviteten innen PHBU og TSB vil dermed ikke endre seg for noen av sykehusene ved en rokkering av St Hanshaugen fra Lovisenberg til Diakonhjemmet.

Poliklinisk aktivitet og dagbehandling for innbyggerne i St. Hanshaugen var i 2014 estimert til tilsvarende 15 rom for PHV, 2 rom for PHBU og 2 rom for TSB. Dette er basert på basis utnyttelsesgrad. All poliklinisk virksomhet og dagbehandling for befolkningen i St. Hanshaugen antas i dette alternativet overført til Diakonhjemmet.

Totalt gir løsningen med overføring av Alna til Lovisenberg og St. Hanshaugen til Diakonhjemmet innen PH og TSB en avlastning av 19 sengeplasser for Akershus universitetssykehus, en nedgang på 3 sengeplasser på Lovisenberg, en økning på 18 sengeplasser for Diakonhjemmet og en økning på 4 sengeplasser til Oslo universitetssykehus.

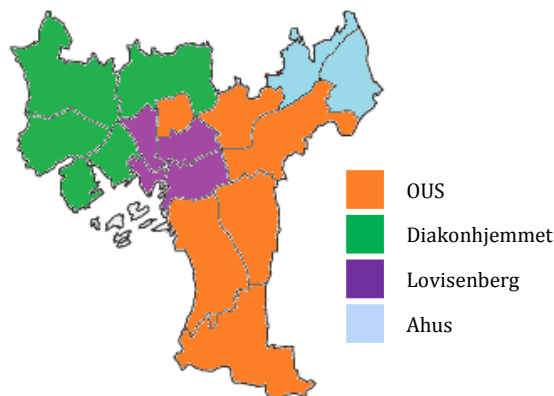
8.1.4.4 Vurderinger av alternativet

- Trygge og gode tilbud
 - Pasientene vil inngå i de samme etablerte forløp som øvrige pasienter fra Diakonhjemmets og Lovisenbergs nåværende opptaksområde, også når det gjelder oppgave/funksjonsfordeling mellom DS/LDS og OUS
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
 - Det er ikke opparbeidet samhandlingskanaler og kommunikasjon mellom Diakonhjemmet og St. Hanshaugen, og heller ikke Lovisenberg og Alna
 - Bydel Alna henger sammen med Lovisenbergs opptaksområde, og St. Hanshaugen henger sammen med Diakonhjemmets opptaksområde. Samarbeid mellom bydeler i sykehusets opptaksområde (om pasientforløp og annet) kan forenkles av geografisk nærhet
 - Lovisenberg ligger i bydel St. Hanshaugen
- God tilgjengelighet
 - Offentlig kommunikasjon; Det er buss og T-banemuligheter mellom Lovisenberg og bydel Alna
 - Trafikk; Det er korte avstander, selv om det er noe lengre bilvei mellom Lovisenberg og bydel Alna enn Akershus universitetssykehus og bydel Alna. Det er kort avstand mellom Diakonhjemmet og bydel St. Hanshaugen
- God ressursutnyttelse
 - Akershus universitetssykehus trenger avlastning i denne størrelsesorden
 - Oslo universitetssykehus får en moderat økning ved denne overføringen
 - Diakonhjemmet har mer kapasitet innen somatikk enn løsningsalternativet er estimert til, og denne kapasiteten brukes til avlastning av Akershus universitetssykehus i dag
 - Lovisenberg har kapasitet til endringen innen 2018
 - Rokkering av opptaksområde for to bydeler vil involvere flere parter enn flytting av en bydel. Dette vil ha konsekvenser for flere innbyggere/pasienter og medføre mer ressursbruk enn endring av opptaksområde for en bydel

8.1.5 Bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF og Nordre Aker til Diakonhjemmet Sykehus

8.1.5.1 Beskrivelse av forslaget

For å avlaste Akershus universitetssykehus på kort sikt er flytting av bydel Alna med i flere alternativer, da flytting av denne bydelen samsvarer godt med Akershus universitetssykehus sitt behov for avlastning. Dette alternativet skisserer en løsning der Alna flyttes til Oslo universitetssykehus, og Nordre Aker flyttes fra Oslo universitetssykehus til Diakonhjemmet. Dette vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine sykehustjenester på Oslo universitetssykehus innenfor alle områder, ekskludert barn, føde, oppfølging av svangerskap og gynekologi. Innbyggere i bydel Nordre Aker vil få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet innenfor akuttkirurgi, indremedisin, psykisk helsevern og TSB. En slik løsning vil føre til at bydelene tilhørende Diakonhjemmet blir mer samlet geografisk, enn om Alna overføres direkte til Diakonhjemmet. Bydelene tilhørende Oslo universitetssykehus vil også bli relativt samlet geografisk.



Figur 14: Opptaksområder ved overføring av bydelene Alna og Nordre Aker. Kilde: Deloitte.

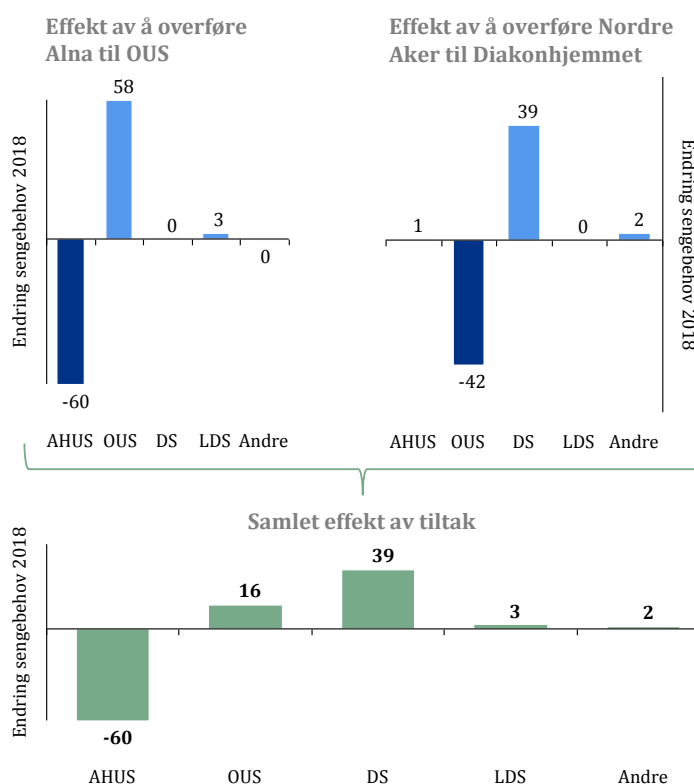
Bydelene Alna og Nordre Aker er samsvarende i befolkningsstørrelse på rundt 51 000 innbyggere, og Oslo universitetssykehus vil derfor ha kapasitet til å overta bydel Alna, dersom Nordre Aker blir rokkert til Diakonhjemmet. Diakonhjemmet på sin side vil ha kapasitet til å overta Nordre Aker allerede på kort sikt. Denne løsningen vil øke Diakonhjemmets opptaksområde til om lag 190 000 innbyggere, mens Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde forblir det samme, tilsvarende 275 000 innbyggere.

8.1.5.2 Somatikk

Aktivitet innen somatikk

Ved flytting av bydel Alna til Oslo universitetssykehus i 2018, vil Akershus universitetssykehus avlastes aktivitet tilsvarende 60 somatiske senger. Det er da trukket fra aktivitet knyttet til barn, fødsler, oppfølging av svangerskap og gynekologi. Det antas at omtrent all aktivitet vil flyttes til Oslo universitetssykehus, men analyser viser at somatisk aktivitet tilsvarende tre senger vil tilfalle Lovisenberg.

Aktiviteten for bydel Nordre Aker vil ved en flytting avlaste Oslo universitetssykehus med 42 somatiske senger. Basert på egendekningsanalyser vil om lag 39 av disse tilfalle Diakonhjemmet, mens resten vil tilfalle Akershus universitetssykehus og andre sykehus. Analyser av egendekning viser at om lag 40 somatiske senger vil være igjen ved Oslo universitetssykehus, ved flytting av bydelen. Dette skyldes at Oslo universitetssykehus har funksjoner som Diakonhjemmet ikke dekker. Det er i prosjektet forutsatt at det ikke bygges opp barneavdelinger eller fødeavdelinger ved Diakonhjemmet, og all aktivitet knyttet til



Figur 15: Endring i somatisk sengebehov i 2018 ved overføring av bydelene Alna og Nordre Aker. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

barn, fødsler og oppfølging av svangerskap for innbyggerne i Nordre Aker vil dermed bli værende ved Oslo universitetssykehus. Dette utgjør rundt 18 senger av de om lag 40 sengene som blir værende igjen på Oslo universitetssykehus ved en flytting.

Totalt vil denne løsningen avlaste Akershus universitetssykehus med om lag 60 somatiske senger, øke bruken på Oslo universitetssykehus med rundt 16 senger, øke somatiske senger ved Diakonhjemmet med rundt 39 senger og øke somatiske senger ved Lovisenberg med rundt tre, mens to somatiske senger vil tilfalle andre sykehus.

8.1.5.3 Psykisk helsevern og TSB for bydel Alna og Nordre Aker

Et av premissene i prosjektet har vært at psykisk helsevern og indremedisinsk opptaksområde skal følge hverandre, som basisfunksjoner på lokalsykehuset. Dette både for å skape gode og færrest mulig samarbeidsarenaer for bydel, og internt på sykehusene for pasienter med både psykiske og somatiske lidelser.

Aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for bydel Alna

For psykisk helsevern voksen viser aktivitetstall fra 2014 at innbyggerne i bydel Alna hadde behov for 14 senger på Akershus universitetssykehus og 6 senger på Oslo universitetssykehus, totalt rundt 20 senger. De 14 sengene på Akershus universitetssykehus var fordelt mellom 10 senger på psykiatrisk avdeling på Nordbyhagen og 4 senger på døgnenhet på DPS Groruddalen. Sengene på Oslo universitetssykehus kommer av en avtale om kjøp av plasser innen spesialpsykiatri (sikkerhetspsykiatri og psykoser).

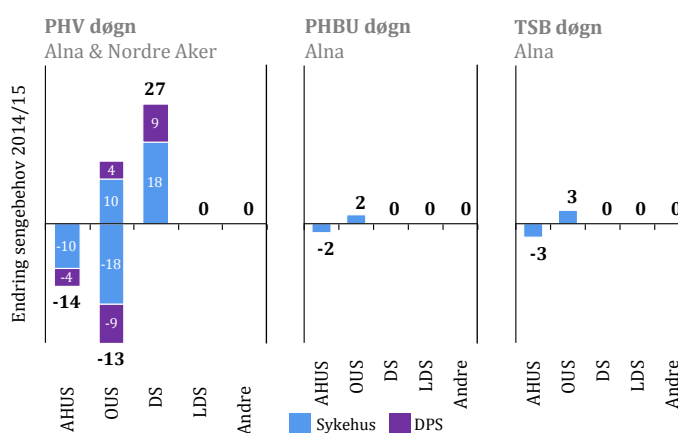
Ved overføring av bydel Alna til Oslo universitetssykehus vil aktiviteten ved Akershus universitetssykehus tilsvarende 14 senger tilfalle Oslo universitetssykehus. De 6 sengene som allerede håndteres av Oslo universitetssykehus vil også bli værende på Oslo universitetssykehus. Avlastning av Akershus universitetssykehus vil ikke være nok til unngå kjøp av plasser innen spesialpsykiatri fra Oslo universitetssykehus, men kan mulig redusere omfanget i noen grad.

Aktivitet innen PHBU og TSB utgjør i dag 5 sengeplasser på Akershus universitetssykehus, i tillegg til bruk av døgnplasser i private institusjoner med avtale. Alle sengeplassene innen PHBU og TSB vil overføres til Oslo universitetssykehus, og det antas lik bruk av private plasser. Prosjektets faggruppe innen PH og TSB legger til grunn at det vil være mer hensiktsmessig at PHBU følger psykisk helsevern heller enn barn somatikk dersom dette er i konflikt. I denne løsningen vil da barn somatikk bli værende på Akershus universitetssykehus, mens PHBU vil overføres til Oslo universitetssykehus.

Poliklinisk aktivitet og dagbehandling for innbyggerne i Alna var i 2014 estimert til tilsvarende 18 rom for PHV, 9 rom for PHBU og 1 rom for TSB. Dette er basert på basis utnyttelsesgrad. All poliklinisk virksomhet og dagbehandling for befolkningen i Alna antas i dette alternativet overført til Oslo universitetssykehus.

DPS Groruddalen har tre lokasjoner og består av to separate enheter. Ved overføring av kun bydel Alna vil det være nødvendig med en gjennomgang av oppgavedeling mellom de ulike polikliniske teamene.

Det er mulig at BUP Furuset kan overtas av Oslo universitetssykehus. Enheten har PHBU poliklinikk og ansvar for kun Alna bydel



Figur 16: Endring i sengebehov PH og TSB i 2014/15 ved overføring av bydelene Alna og Nordre Aker. Kilde: Deloitte for estimering av endring, avrundinger forekommer.

Aktivitet innen psykisk helsevern og TSB for bydel Nordre Aker

Overføring av Nordre Aker fra Oslo universitetssykehus til Diakonhjemmet vil føre til en overføring av aktivitet tilsvarende 27 sengeplasser⁵ innen psykisk helsevern voksne. Det eksisterer i dag avtaler mellom Diakonhjemmet og Lovisenberg om oppgavedeling innen psykisk helsevern. Konsekvensene av disse avtalene er ikke estimert.

Døgnaktivitet innen PHBU og TSB for innbyggerne i Nordre Aker vil forbli på Oslo universitetssykehus ved en flytting, da Oslo universitetssykehus har områdefunksjon innenfor disse områdene.

Poliklinisk aktivitet og dagbehandling for innbyggerne i Nordre Aker var i 2014 estimert til tilsvarende 5 rom for PHV, 1 rom for PHBU og 1 rom for TSB. Dette er basert på basis utnyttelsesgrad. All poliklinisk virksomhet og dagbehandling for befolkningen i Nordre Aker antas i dette alternativet overført til Diakonhjemmet.

Totalt gir løsningen med overføring av Alna til Oslo universitetssykehus og Nordre Aker til Diakonhjemmet innen PH og TSB en avlastning av 19 sengeplasser for Akershus universitetssykehus, en nedgang på 8 sengeplasser på Oslo universitetssykehus, og en økning på 27 sengeplasser for Diakonhjemmet.

8.1.5.4 Vurderinger av alternativet

- Trygge og gode tilbud
 - Pasientene vil inngå i de samme etablerte forløp som øvrige pasienter fra Diakonhjemmets nåværende opptaksområde, også når det gjelder oppgave/funksjonsfordeling mellom Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
 - Bydel Nordre Aker henger sammen med Diakonhjemmets øvrige opptaksområde, og bydel Alna henger sammen med OUS øvrige opptaksområde. Samarbeid mellom bydeler i sykehusets opptaksområde om pasientforløp kan forenkles av geografisk nærhet
 - Det er et etablert samarbeidsforhold mellom bydelene Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker
 - Det kan på lang sikt være aktuelt å bygge/legge lokalsykehusfunksjoner til Rikshospitalet. Rikshospitalet ligger i bydel Nordre Aker
- God tilgjengelighet
 - Offentlig kommunikasjon; Det er buss og T-banemuligheter mellom bydelene og sykehusene, selv om man må bytte baner og buss
- God ressursutnyttelse
 - Akershus universitetssykehus trenger avlastning i denne størrelsesorden
 - Diakonhjemmet har kapasitet til denne aktivitetsøkningen innenfor somatikk, en avlastning innen PHV/TSB vil kreve noe mer forberedelse og kapasitetsutvidelse
 - Oslo universitetssykehus får en moderat økning ved denne overføringen
 - Rokkering av opptaksområde for to bydeler vil involvere flere parter enn flytting av en bydel. Dette vil ha konsekvenser for flere innbyggere/pasienter og medføre mer ressursbruk enn endring av opptaksområde for en bydel

8.1.5.5 Oppsummering

Løsningsalternativet innebærer rokkering av to bydeler i forhold til dagens opptaksområde. Alternativet er gunstig i en geografisk dimensjon, da alternativet medfører god samling av opptaksområdet både for Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus, noe som understøtter samarbeid på tvers av bydeler. Alternativet bygger også oppunder allerede etablerte samarbeid.

Avlastningen av Akershus universitetssykehus innen somatikk kan sies å være tilstrekkelig, da utfordringsbildet viser et behov på 43 senger i 2018 og avlastningen tilsvarer rundt 60 senger. Da tallgrunnlaget er basert på estimater med mange usikkerheter, kan det være fornuftig å avlaste Akershus

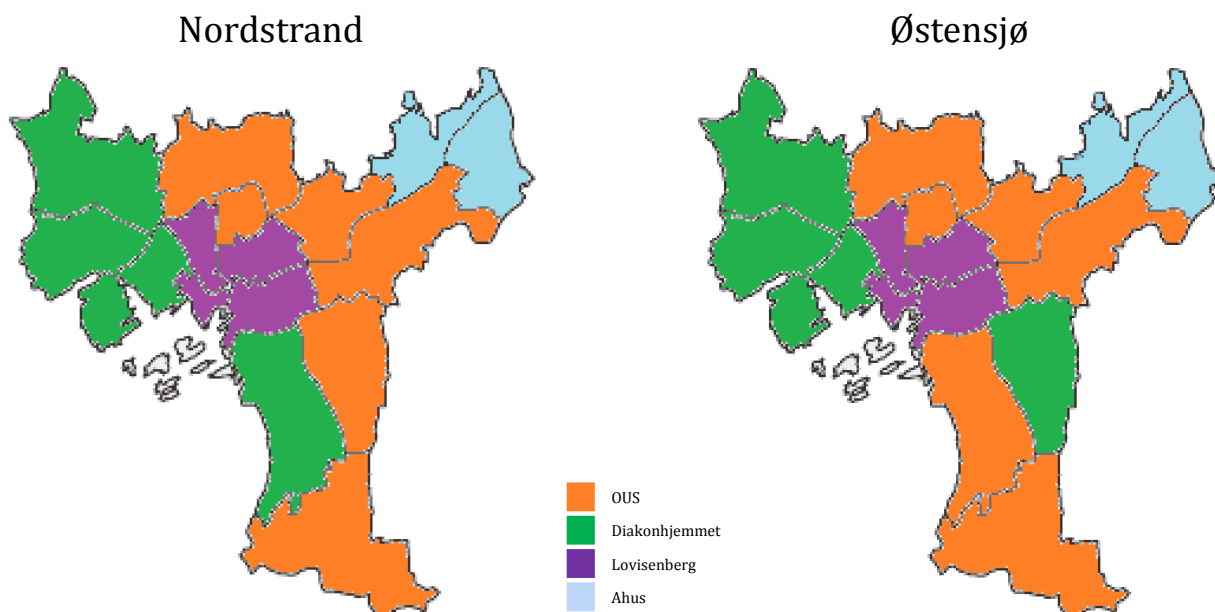
⁵ Aktivitetstall for Oslo universitetssykehus er faktisk aktivitet jan.–sept. og estimat okt.–des. 2015

universitetssykehus mer enn at kapasitet sett opp mot behov går akkurat i null. Dette løsningsforslaget er i så måte robust.

8.1.6 Bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF og Nordstrand eller Østensjø til Diakonhjemmet Sykehus

8.1.6.1 Beskrivelse av forslaget

En variant av foregående forslag er å rokkere enten bydel Nordstrand eller Østensjø. Dette vil innebære at Alna flyttes til Oslo universitetssykehus, og Nordstrand eller Østensjø flyttes fra Oslo universitetssykehus til Diakonhjemmet. Innbyggere i bydel Alna vil da få sine sykehustjenester på Oslo universitetssykehus i stedet for på Akershus universitetssykehus innenfor alle områder, ekskludert barn, føde, oppfølging av fødsler og gynekologi. Innbyggere i bydel Nordstrand eller Østensjø vil få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet innenfor akuttkirurgi, indremedisin, psykisk helsevern og TSB.



Figur 17: Opptaksområder ved flytting av bydel Alna til Oslo universitetssykehus og Nordstrand eller Østensjø til Diakonhjemmet. Kilde: Deloitte.

Bydelene Alna, Nordstrand og Østensjø er nokså samsvarende i befolkningsstørrelse på i overkant av 50 000 innbyggere. Oslo universitetssykehus vil derfor ha kapasitet til å overta Alna, dersom Nordstrand eller Østensjø blir rokkert til Diakonhjemmet. Diakonhjemmet på sin side vil ha kapasitet til å overta Nordstrand eller Østensjø allerede på kort sikt. Denne løsningen vil øke Diakonhjemmets opptaksområde til omtrent 191 000 eller 192 000 (ved rokkering av henholdsvis Nordstrand og Østensjø). Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde går noe ned til om lag 274 000 eller 273 000 (hhv. Nordstrand og Østensjø).

Disse variantene vil føre til mer oppsplitting av Diakonhjemmets opptaksområde geografisk, og varianten med rokkering av Østensjø vil splitte Oslo universitetssykehus sitt geografiske opptaksområde i to.

8.1.6.2 Aktivitet

Det er ikke gjort like omfattende beregninger av endringer av aktivitet for disse variantene av løsningsforslaget.

8.1.6.3 Vurderinger av alternativet

- Trygge og gode tilbud
 - Pasientene vil inngå i de samme etablerte forløp som øvrige pasienter fra Diakonhjemmets nåværende opptaksområde, også når det gjelder oppgave/funksjonsfordeling mellom Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus

- Organisering som underbygger gode pasientforløp
 - Bydel Østensjø/Nordstrand henger ikke sammen med resten av Diakonhjemmets opptaksområde. Samarbeid mellom bydeler i sykehusets opptaksområde om pasientforløp kan vanskeliggjøres av dette
 - Bydel Alna henger sammen med Oslo universitetssykehus øvrige opptaksområde
 - Eventuelle endringer i bydeler/bydelsgrenser vil skape utfordringer når geografisk opptaksområde ikke henger sammen
- God tilgjengelighet
 - Offentlig kommunikasjon; Det er buss og T-banemuligheter mellom bydelene og sykehusene, selv om man må bytte baner og buss
- God ressursutnyttelse
 - Diakonhjemmet har kapasitet til denne aktivitetsøkningen innenfor somatikk. En avlastning innen PHV/TSB vil kreve noe mer forberedelse og kapasitetsutvidelse
 - Akershus universitetssykehus trenger avlastning i denne størrelsesorden
 - Oslo universitetssykehus får en moderat økning ved denne overføringen, og har kapasitet til dette
 - Rokkering av opptaksområde for to bydeler vil involvere flere parter enn flytting av en bydel. Dette vil ha konsekvenser for flere innbyggere/pasienter og medføre mer ressursbruk enn endring av opptaksområde for en bydel

8.1.7 Konsekvens for somatiske dagplasser/poliklinikkrom ved ulike løsningsalternativer

Som et ledd i vurdering av de ulike løsningsalternativene, har prosjektet forsøkt å tallfeste konsekvenser for somatiske dagplasser og poliklinikkrom. Fremskrivning av somatisk dag- og poliklinisk aktivitet har ikke vært tilgjengelig på ønsket detaljnivå. På bakgrunn av dette er effekten av løsningsalternativene på dagplasser/poliklinikk estimert med utgangspunkt i 2014-aktivitet, og effekten er vist kun med 2014-tall. For mer detaljer rundt fremgangsmåte vises det til Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*.

Analysen viser at løsningsalternativene innebærer flytting av et relativt lite volum av somatiske dagplasser og polikliniske rom. Det forutsettes at det enkelte sykehus selv kan løse eventuelle kapasitetsutfordringer innen dag- og poliklinisk behandling, blant annet ved å spille på åpningstidene som er den avgjørende faktoren for kapasitetsutnyttelsen av dagplasser og poliklinikkrom.

Somatisk dag- og poliklinikk, endring estimerte plasser/rom ved ulike løsningsalternativer 2014					
Løsningsalternativ	Ahus	OUS	DS	LDS	Andre
Alna til Diakonhjemmet					
Alna til DS	-10	6	4	0	0
Grorud og Stovner til Diakonhjemmet					
Grorud til DS	-5	3	2	0	0
Stovner til DS	-9	6	2	0	1
Alna til Lovisenberg, St. Hanshaugen til Diakonhjemmet					
Alna til LDS	-10	8	0	2	0
St. Hanshaugen til DS	0	-1	3	-2	0
Sentrum* til DS	0	0	0	0	0
Alna til Oslo universitetssykehus, Nordre Aker (evt. Nordstrand/Østensjø) til Diakonhjemmet					
Alna til OUS	-10	10	0	0	0
Nordre Aker til DS	0	-4	3	0	0
Nordstrand til DS	0	-4	4	0	0
Østensjø til DS	0	-5	4	0	1
Enkeltkommuner fra Folloregionene (eks. Vestby**) til Diakonhjemmet					
Enebakk til DS	-2	2	1	0	0
Frogn til DS	-3	2	1	0	0
Nesodden til DS	-2	1	1	0	-1
Oppegård til DS	-4	3	2	0	-1
Ski til DS	-6	4	2	0	0
Ås til DS	-3	2	1	0	0
Grorud og Stovner til Lovisenberg					
Grorud til LDS	-5	4	0	1	0
Stovner til LDS	-9	8	0	2	0

* Bydel Sentrum får dekket sine helsetjenester av bydel St. Hanshaugen

** Vestby er ikke inkludert da kommunen overføres til Sykehuset Østfold HF 1.januar 2017

Aktivitet knyttet til all dagkirurgi samt fødsler og barn er ekskludert fra datagrunnlaget. Sintef basis utnyttelsesgrad lagt til grunn. Avvik mellom reduksjon på Akershus universitetssykehus og sum av økning/endring ved andre sykehus skyldes avrundinger til hele tall

Tabell 24: Endring innen somatiske dagplasser/poliklinikkrom 2014 ved ulike løsningsalternativer. Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014 for aktivitetsdata, Deloitte for estimering av effekt.

8.2 Vedlegg 2 Idéfase Oslo universitetssykehus HF

Framtidens Oslo universitetssykehus Idéfaserapport 2.0 sammenfatter arbeidet med en overordnet idéfase for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Idéfasen har som hensikt å gi et godt grunnlag for videre utvikling av sykehuset fram mot 2030. Et behov for rask oppgradering og utskifting av dagens til dels svært gamle bygninger er hovedbegrunnelsen for arbeidet. Tre alternativer er nå med i den videre utredningen:

- 0-alternativet hvor sykehuset blir i dagens lokaler
- Delt løsning mellom Gaustad Sør og Ullevål
- Delvis samling på Gaustad Sør med lokalsykehus annet sted

I tillegg er tre virksomhetsmodeller for nytt sykehus vurdert nærmere; dagens modell, en todelt modell og en klyngemodell. Sistnevnte har vært den foretrukne da den vil egne seg godt for etappevis utbygging og er forenlig med en helhetlig virksomhetsmodell for hovedstadsområdet. Ser man bort ifra 0-alternativet er arealbehovet tilnærmet likt uavhengig av virksomhetsmodell, dvs. 630 000 kvm. Dette innebærer en reduksjon totalt på mellom 150 000–200 000 kvm sett i forhold til dagens bygningsmasse.

«**0-alternativet**» innebærer at Oslo universitetssykehus fortsetter å drive virksomheten like spredt som i dag og i en lite fleksibel bygningsmasse. Mange av byggene vil trenge betydelig teknisk oppgradering og funksjonell ombygging, og er derfor å betrakte som et utsettelsesalternativ som krever omfattende reinvestering etter 2030.

«**Delt løsning mellom Gaustad Sør og Ullevål**», en delt løsning mellom Gaustad Sør og Ullevål vil innebære lokal- og områdefunksjoner på Ullevål, og lands- og regionfunksjoner på Gaustad. Alternativet innebærer bygningsmessige tiltak på Gaustad og Ullevål. Lokalsykehusfunksjoner videreføres her med fem til seks bydeler på Ullevål. Det vil ikke være noe eget lokalsykehus for Oslo universitetssykehus noe annet sted i dette alternativet.

«**Delvis samling på Gaustad Sør med lokalsykehus annet sted**», inkludert hoveddelen av psykisk helsevern og TSB, utenfor hovedsykehusområdet. Aktuelle lokaliseringer for lokalsykehuset kan være Ullevål, Aker eller Oslo Sør. Alternativet er basert på klyngemodellen der virksomheten fordeles i relativt autonome enheter.

Videreføringen av prosjektet tar sikte på å beskrive de virksomhetsmessige konsekvensene for alle tre alternativene. Målet for prosjektet er sluttbehandling i Oslo universitetssykehus styre i desember og januar 2015, og påfølgende behandling i Helse Sør-Øst RHF.

8.2.1 Utvikling av lokalsykehus

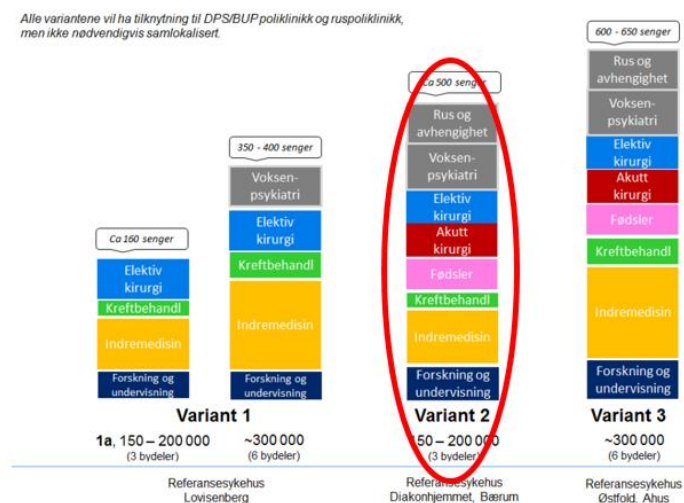
Utredningsarbeidet knyttet til lokalsykehus har beskrevet mulig virksomhetsinnhold og lokaliseringalternativer for et lokalsykehus i Oslo universitetssykehus, samt konsekvenser for Oslo universitetssykehus øvrige virksomhet. De ulike variantene av lokalsykehus påvirker andelen virksomhet på henholdsvis lokalsykehuset og regionsykehuset. Tre varianter av lokalsykehus er blitt skissert.

Variant 1 inneholder akutte indremedisinske tilstander (ikke akuttkirurgi), elektiv kirurgi og tilknytning til DPS, BUP poliklinikk, ruspoliklinikk samt voksenpsykiatri. Pasientgrunnlaget er 6 bydeler/300 000 pasienter og det er skissert ca. 350–400 senger. Variant 1a er en nedskalert versjon av variant 1, med halvparten av pasientgrunnlaget og ca. 160 senger.

Variant 2 tilbyr akutt indremedisin og akuttkirurgi, elektiv kirurgi, voksenpsykiatri, rus og avhengighetsbehandling, samt tilknytning til DPS, BUP poliklinikk og ruspoliklinikk. Pasientgrunnlaget er 3 bydeler/150 000 pasienter og det er skissert ca. 500 senger.

Variant 3 skiller seg fra Variant 2 ved å ha pasientgrunnlag på 6 bydeler/300 000 pasienter. Det er skissert ca. 600 til 650 senger i denne varianten.

Innholdet i de tre variantene kan synliggjøres på følgende måte:



Figur 18: Overordnet bilde av innhold i variantene. Medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner er inkludert, men ikke vist på denne illustrasjonen. Kilde: Oslo universitetssykehus Idéfase, Delrapport om Lokalsykehus versjon 0.9.

Styringsgruppen for idéfaseprosjektet ved Oslo universitetssykehus har anbefalt variant 2 som grunnlag for lokalsykehus utenfor hovedsykehuset som del av alternativet «Delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus annet sted», mens det ikke vil etableres eget lokalsykehus i alternativet «Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad». I dette alternativet vil lokalsykehusfunksjonene legges til Ullevål. 0-alternativet innebærer at lokalsykehusfunksjoner innen ulike fagområder leveres fra flere lokalisasjoner i Oslo universitetssykehus. Den generelle oppfatningen innen fagmiljøet er at variant 2 er å foretrekke da de inneholder både medisin og akuttkirurgi. Når det gjelder lokalisasjon kan lokalsykehus etableres både på Ullevål, Aker og Oslo Sør. Vurdering av tomter vil bli gjennomført i prosjektets arbeid med fysiske løsninger høsten 2015.

Oslo universitetssykehus utarbeider en rapport om etappevis utvikling. Rapporten redegjør for konkretisering av spesifiserte alternativer med hensyn til etappeinndeling. Foreløpig utkast av rapporten tar utgangspunkt i lokalsykehusvariant 2, og mulig byggestart av 1. etappe i 2019/2020.

8.3 Vedlegg 3 Utviklingsplaner ved Akershus universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus utarbeider en utviklingsplan (2015-2030) som skal gi grunnlag for spesialisthelsetjenestetilbud for den raskt voksende befolkning i Akershus sykehusområde fram mot 2030. Et overordnet mål for sykehuset er å utjevne det uønskede misforholdet mellom akutt lokalsykehusvirksomhet og elektive områdefunksjoner, noe som har resultert i en lav egendekningsgrad. En større andel spesialisert, elektiv virksomhet kan være gunstig, og det arbeides derfor systematisk med å styrke utvalgte områdefunksjoner. Utviklingsplanen skal:

1. Ta utgangspunkt i og utdype SINTEFs framskrivning av behovet for spesialist-helsetjenester innenfor dagens opptaksområde
2. Med utgangspunkt i SINTEFs rapport beskrive forventet utvikling innen forskning, utdanning og ikke-medisinske servicefunksjoner
3. Innarbeide behov som følge av videre utvikling av universitets- og områdefunksjoner, herunder bl.a stråleterapi, bedre balanse mellom øyeblikkelig hjelp og elektiv virksomhet
4. Beskrive alternative virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak som kan løse aktuelle og fremtidige behov
5. Foreslå ulike modeller for realisering av de arealmessige løsningene, herunder også en modell for trinnvis utvikling i tråd med økningene i behovet
6. Beskrive fremtidige utviklingsmuligheter for helseforetakets virksomhet ved Ski sykehus og andre lokaliteter utenfor Nordbyhagen
7. Beskrive kapasitets- og arealmessige behov, virksomhetsmessige og økonomiske konsekvenser dersom opptaksområdet skulle bli endret med 50/100/150 000 innbyggere.

Sykehuset har hatt betydelige kapasitetsutfordringer siden endringen av opptaksområdet i 2011. Utviklingsplanen ser et potensiale i å endre opptaksområder og/eller ny oppgavedeling mellom helseforetakene gjennom to scenarier. Scenario A innebærer et konstant befolkningsgrunnlag på 500 000 (ved for eksempel å flytte ut Vestby kommune og bydelene Alna og Grorud) samtidig som sykehuset får nye områdefunksjoner og dermed styrket egendekning. Scenario B innebærer en reduksjon av befolkningsgrunnlag til 450 000, samt flere områdefunksjoner og økt egendekning. Økt egendekning kan utvikles gjennom styrking av allerede etablerte områdefunksjoner og nyetablering av tilbud som hittil ikke har vært gitt ved foretaket. Etablering av stråleenhet med tilhørende sengeposter og poliklinisk kapasitet inngår som ett av tiltakene i planen for å styrke egendekningen.

For psykisk helsevern, TSB og voksenrehabilitering er den generelle konklusjonen at all vekst i aktivitet og kapasitet som følge av befolkningsøkning vil resultere i et økt poliklinisk tilbud. Videre skal den bygningsmessige delen av utviklingsplanen følge som en konsekvens av de virksomhetsmessige framskrivinger av aktivitet og kapasitetsbehov. Endelig behandling av utviklingsplanen er forventet tidlig 2016.

8.3.1 *Nytt psykiatribygg på Nordbyhagen*

På bakgrunn av Akershus universitetssykehus strategiske utviklingsplan (SUP 2012–2016) og veksten i Akershus universitetssykehus opptaksområde som krever tilpasning fram mot 2020 vedtok styret 26. september 2012 at idéfase for nytt psykiatribygg skulle igangsettes. Fire ulike løsningsforslag har blitt vurdert, og gruppen konkluderer med å anbefale at Alternativ 1 og 2 tas med videre inn i konseptfasen.

Alternativ 1 innebærer for Akershus universitetssykehus at all akuttpsykiatri, alderspsykiatri og spesialavdelinger innen psykisk helsevern samlokaliseres sammen med somatisk spesialhelsetjeneste på Nordbyhagen. Ved å flytte virksomheten fra Lurud til Nordbyhagen, kan Lurud avvikles og bidra til finansiering av nytt bygg.

Alternativ 2 innebærer en samling av akutt- og alderspsykiatri, samt voksenrehabilitering på Nordbyhagen. Samlokaliseringen løses ved nytt bygg i nærhet til eksisterende bygg for akuttpsykiatri. Spesialpsykiatrien samles på Lurud med utvidelse og rehabilitering av bygningsmasse.

Kostnadmessig vil begge alternativer innebære investeringer på ca. 500 millioner kroner. En gjennomføring av driftskonseptene i Alternativ 1 eller Alternativ 2 er beregnet til å redusere Akershus

universitetssykehus årlige driftskostnader med 7–13 millioner kroner årlig. Videre er målet med konseptfasen å utvikle et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor definerte rammer. Det ble i styresak 044-2015 i Helse Sør-Øst besluttet at det ikke er rom for en slik utbygging i denne økonomiplanperioden (fram til 2019), og konseptfasen er derfor utsatt. Hovedinnholdet i idéfaserapporten blir lagt til i utviklingsplanen, der det blir fremlagt forslag om en trinnvis utbygging.

8.4 Vedlegg 4 Analyser av sensitivitet og aktivitetsutvikling somatikk

Dette vedlegget omhandler sensitiviteter for endringer i en rekke forutsetninger lagt til grunn i dette arbeidet, samt en fremstilling av aktivitetsutviklingen innen somatisk døgnbehandling ved hovedstadssykehusene i perioden 2012–2014. Innledningsvis gis en kort introduksjon til sensitivitetsanalysene. Videre beskrives usikkerheter knyttet til grunnlaget fra SINTEF-rapporten, og deretter sensitivitetsanalyser for endret utnyttelsesgrad ved Akershus universitetssykehus, andre befolkningsframskrivninger, omstilling mot primærhelsetjenesten og aktivitetsøkning på grunn av endring i etterspørsel og teknologi. Til sist gis en kort beskrivelse av aktivitetsutviklingen ved hovedstadssykehusene i perioden 2012–2014.

8.4.1 Om sensitivitetsanalysene

Vurderinger av hvordan kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet kan løses, er i stor grad foretatt på grunnlag av beregninger basert på aktivitetsdata. Aktivitetsdataene er ofte benyttet i sammenheng med resultatene fra SINTEF-rapport A26321.

SINTEF-rapporten har blant annet forsøkt å predikere fremtidig aktivitet. Det gir naturligvis opphav til en rekke usikkerhetsmomenter, både basert på den overordnede metodikken og valg som er gjort i det arbeidet, og i form av spesifikke forutsetninger lagt til grunn i beregninger. Enkelte av disse spesifikke forutsetningene er analysert for å avdekke hvor sensitive resultatene er for endringer i de enkelte forutsetningene, og følgelig hvordan estimert fremtidig aktivitetsnivå ved hovedstadssykehusene påvirkes av slike endringer. Det påpekes at sensitivitetsanalysen ser på den enkelte faktoren separat og har ikke analysert samspillseffekter forbundet med endring i flere faktorer samtidig. Dette synes også riktig som følge av at det ikke er en klar samvariasjon mellom faktorene som analyseres.

Sensitivitetsanalysene viser at forutsetningene lagt til grunn i omstilt aktivitet, kan være relativt sensitive for endringer, og trekker i retning av høyere fremtidig kapasitetsbehov. Den samlede vurderingen av sensitivitetsanalysen kan derfor være at det er mer som taler for en økning i fremtidig sengebehov, enn en reduksjon i fremtidig sengebehov.

I det videre legges det fram fire usikkerhetsmomenter knyttet til den overordnede metodikken anvendt i SINTEF-rapporten, og deretter presenteres sensitivitetsanalyser av fire spesifikke forutsetninger.

8.4.2 Usikkerhet knyttet til overordnet metodikk i SINTEF-rapport A26321

I forbindelse med arbeidet i dette prosjektet, er det spesielt fire usikkerhetsmomenter knyttet til den overordnede metodikken anvendt i SINTEF-rapporten som har vist seg å kunne påvirke validiteten i beslutningsunderlaget. Usikkerheten knyttet til disse momentene er ikke tallfestet.

1. **Basisår for framskriving:** I SINTEF-rapporten er 2012 brukt som basisår for beregning av fremtidig aktivitet. Dette innebærer at SINTEF benyttet aktivitetsdata for 2012, og at man benyttet befolkningsdata for 2012 som basis for framskrivingen. Dette utgjør en usikkerhet i seg selv, i den forstand at fundamentet for rapporten, og mye av tallmaterialet i dette prosjektet, er tre år gammelt på tidspunktet prosjektet ferdigstilles.
2. **Beregnete år:** SINTEF-rapporten beregnet *omstilt aktivitet* ved hovedstadssykehusene kun i 2030, og ikke for noen av årene før. Den anvendte metodikken og fremgangsmåten er basert på dette, og er således ikke like godt egnet til å predikere aktivitetsnivå i årene mellom i dag og 2030. Dette innebærer at det er utfordrende å etterprøve resultatene fra SINTEF-rapporten før man er nærmere 2030 i tid. Følgelig er det også vanskelig å gjøre justeringer som øker treffsikkerheten til resultatene.
3. **Mellomliggende år:** På tross av at SINTEF-rapporten kun fremstiller *omstilt aktivitet* i 2030, har det vært behov for å ha estimater for omstilt aktivitet i årene 2018, 2020 og 2025. Deloitte har utført dette arbeidet på vegne av prosjektgruppen.

Utrekningen av omstilt aktivitet i de mellomliggende årene er basert på en forutsetning om at 60 % av den totale omstillingen i aktivitet ved hvert sykehus skjer innen 2020, og totalt 90 % innen 2025. Omstilling er her omtalt som de tiltakene og utviklingstrendene som SINTEF mener vil gjøre seg

gjeldende mellom 2012 og 2030, og påvirke aktiviteten i spesialisthelsetjenesten utover kun befolkningsutvikling. Dette er forutsetninger som selvfølgelig kan vise seg å ikke stemme, men det er et valg basert på at det er grunn til å tro at flere av omstillingseffektene, og da først og fremst omstilling mot primærhelsetjenesten, vil ha større effekt i de kommende årene enn i årene nærmere 2030.

4. **Aktivitetsutvikling fra 2012 til i dag:** Basert på helårsaktiviteten i 2014, er aktivitetsnivåene ved hovedstadssykehusene redusert sammenlignet med 2012 (jfr. delkapittel 8.4.7). Dette innebærer at man beveger seg lenger unna det aktivitetsnivået som SINTEF har beregnet for 2030, selv om man kommer nærmere i tid.

8.4.3 Sensitivitet for endret utnyttelsesgrad ved Akershus universitetssykehus HF

Hvorfor er analysen gjennomført?

SINTEF-rapporten benytter basis utnyttelsesgrad ved estimering av sengebehov ved Akershus universitetssykehus. For dette prosjektet er det besluttet å benytte høy utnyttelsesgrad for voksensomatikken ved sykehuset. Analysen viser konsekvensen av å benytte høy utnyttelsesgrad for Akershus universitetssykehus.

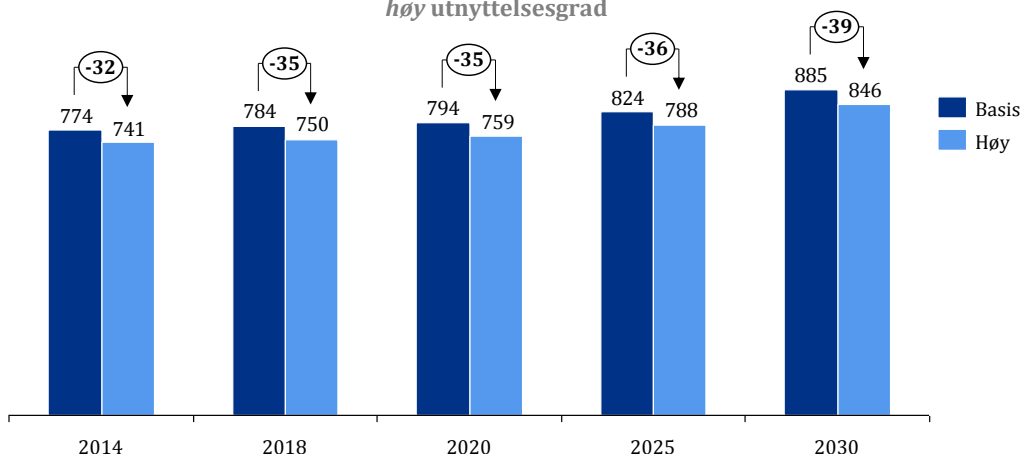
Hvordan er analysen gjennomført?

Fremgangsmåten har vært å estimere den SINTEF-baserte effektive utnyttelsesgraden på tvers av ulike sengetyper og deres respektive utnyttelsesgrader, og sammenligne dette med ny effektiv utnyttelsesgrad gitt høy utnyttelsesgrad for normal- og observasjonssenger. Differansen mellom opprinnelig og ny effektiv utnyttelsesgrad benyttes deretter til å estimere effekten av å endre utnyttelsesgrad for Akershus universitetssykehus. For en mer detaljert beskrivelse av fremgangsmåten vises det til Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*.

Hva viser resultatene fra analysene?

Analysen viser at med høy utnyttelsesgrad vil sengebehovet ved Akershus universitetssykehus reduseres med 39 senger i 2030 sammenlignet med basis utnyttelsesgrad. Figur 19 oppsummerer effekten av å benytte høy utnyttelsesgrad ved Akershus universitetssykehus på somatisk sengebehov i perioden fra 2014 til 2030. Sengebehovet er korrigert for avlastningsavtalen mellom Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet i 2014 (estimert 20 senger i 2014), og Vestby kommune er ekskludert fra 2018 (estimert 20 senger).

Omstilt somatisk sengebehov ved Ahus 2014–2030 (2014 faktisk) med basis og høy utnyttelsesgrad



Figur 19: Omstilt somatisk sengebehov ved Akershus universitetssykehus med basis og høy utnyttelsesgrad i perioden 2014–2030. Kilde: Deloitte for estimering av effekt.

8.4.4 Sensitivitet for andre befolkningsframskrivinger enn SSB MMMM-alternativ

Hvorfor er analysen gjennomført?

SINTEF-rapporten baserer sitt hovedalternativ på SSB sitt MMMM-alternativ for befolkningsframskriving. Da det er usikkerhet knyttet til hvorvidt dette alternativet best beskriver fremtidig befolkningsutvikling i hovedstadsområdet, er det gjennomført analyser som vurderer konsekvensen av å heller bruke SSB sitt MMMH-alternativ eller Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger. Analysene synliggjør hvilken konsekvens disse alternative framskrivingsmodellene ville hatt på sengebehovet ved hovedstadssykehusene.

Hvordan er analysen gjennomført?

Sensitivitetsanalysen er gjort ved at prosjektet har framskrevet aktiviteten ved hovedstadssykehusene med 2014 som basisår, for tre ulike befolkningsframskrivingsmodeller: 1) SSB MMMM-alternativ, 2) SSB MMMH-alternativ, og 3) Oslo kommune og Akershus fylkeskommunes framskrivinger. Resultatene fra MMMH- og Oslo og Akershus-framskrivingene er deretter sammenlignet med resultatet fra MMMM-framskrivingen. For en mer detaljert beskrivelse av fremgangsmåten vises det til Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*.

Hva viser resultatene fra analysene?

Analysen viser at bruk av SSB sin MMMH-framskriving eller Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger ville gitt et økt estimert sengebehov totalt for hovedstadssykehusene i 2030 på hhv. 78 og 91 senger, sammenlignet med å bruke SSB sin MMMM-framskriving. Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger ville gitt det høyeste sengebehovet i 2030, mens SSB MMMH-alternativet ville gitt det høyeste sengebehovet i mellomårene 2018–2025.

Endring i somatisk sengebehov med alternative befolkningsframskrivingsmodeller						
Sykehus	Alternativ	2014	2018	2020	2025	2030
Alle	MMMM	2 480	2 557	2 575	2 635	2 779
Alle	Differanse MMMH	0	14	23	46	78
Alle	Differanse O&A	0	4	12	42	91

Da Oslo kommune ikke utarbeider framskrivinger på bydelsnivå er sammenligningen av effektene av Oslo/Akershus-framskrivingen med SSB MMMM gjort på et aggregert nivå. Dette innebærer å behandle Oslo og Akershus sykehusområder som ett område, både i forbindelse med befolkning og aktivitet ved sykehusene med ansvar for områdene. Denne fremgangsmåten reduserer presisjonen fordi man ikke hensyntar fullt ut den befolkningsveksten som hvert sykehus (predikativt) vil oppleve

Tabell 25: Endring i somatisk sengebehov ved bruk av SSB MMMH-alternativ og Oslo kommune og Akershus fylkeskommunes befolkningsframskrivinger, 2014–2030. Kilde: Deloitte for estimering av effekt.

Forskjellen mellom alternativene MMMM og MMMH for demografisk framskriving utgjør 6 % for bydelene i Oslo kommune og 5 % for kommuner i Akershus i 2030. Høy innvandring (MMM-alternativet) vil ha særlig betydning for noen bydeler i Oslo og for enkelte kommuner i hovedstadsområdet. Oslo kommune sitt mellomalternativ anslår 7 % større befolkning i 2030 enn SSB sitt mellomalternativ for bydeler i Oslo. Akershus fylkeskommune sitt hovedalternativ anslår 10 % større befolkning i 2030 enn SSB sitt mellomalternativ for kommuner i Akershus fylke.

Det presiseres at ingen av framskrivingsalternativene fanger opp den siste tidens økte tilstrømming av flyktninger og asylsøkere til Norge.

Oslo universitetssykehus ville opplevd den største absolutte og relative endringen dersom en annen framskrivingsmodell enn SSB sitt MMMM-alternativ ble lagt til grunn, men effekten tilsvarer kun 3 % av det estimerte sengebehovet i 2030 i SINTEF-rapporten.

Endring i somatisk sengebehov med SSB MMMH-alternativet i stedet for MMMM-alternativet						
Sykehus	Alternativ	2014	2018	2020	2025	2030
OUS	MMMM	1 454	1 525	1 533	1 555	1 616
	Differanse MMMH	0	10	16	32	54
Ahus*	MMMM	741**	750***	759	788	846
	Differanse MMMH	0	3	5	10	18
DS	MMMM	144**	141	141	145	158
	Differanse MMMH	0	1	1	2	3
LDS	MMMM	140	141	142	147	159
	Differanse MMMH	0	1	1	2	4

* For Akershus universitetssykehus har Deloitte korrigeret for høy utnyttelsesgrad (90 % for normalsenger)

** Korrigeret for Ahus-avtalen; Diakonhjemmet uten aktivitet knyttet til avtalen med Akershus universitetssykehus (estimert 20 senger i 2014). Aktiviteten er lagt til ved Akershus universitetssykehus

*** Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF fra 1.januar 2017 og er ekskludert

Tabell 26: Endring i somatisk sengebehov ved bruk av SSM MMMH-alternativet i stedet for MMMM-alternativet, 2014–2030. Kilde: Deloitte for estimering av effekt.

Sammenlignet med en framskrivning basert på SSB sitt MMMM-alternativ, vil MMMH-alternativet gi størst endring i aldersgruppen 20–64 år, mens Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger ville gitt utslag relativt jevnt fordelt mellom aldersgruppene 20–64 år og 65 år+.

Hoveddelen av forskjellen mellom SSB sitt MMMM-alternativ, og dermed SINTEF sine resultater, og MMMH-alternativet og Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger relaterer seg til aldersgruppen 20–64 år. Derfor vil valg av framskrivingsmodell i større grad kunne påvirke estimert aktivitet til fødsel, svangerskap og barsel enn totalaktivitet. Analysene viser at differansen mellom MMMM-alternativet på den ene siden og de to øvrige alternativene på den andre, er i intervallet 4 000–4 500 liggedager tilknyttet fødsel, svangerskap og barsel i 2030 for hovedstadssykehusene samlet. Dette tilsvarer et endret sengebehov i størrelsesorden 15–20 senger i 2030.

Beregningene ovenfor er relatert til somatisk virksomhet. Ved høyere innvandring enn SSBs midlere verdi, vil dette kunne få konsekvenser spesielt innenfor psykisk helsevern. Kvalitative vurderinger av sensitiviteten for høyere innvandring er gjort med utgangspunkt i samtaler med fagmiljø og faglitteratur på området. Her kommer det fram at voksne innvandrere fra lav- og middelsinntektsland, har høyere grad av psykiske problemer enn den generelle populasjonen i Norge. Blant flyktinger er tendensen sterkere, og problemene ser også ut til å vare i lang tid etter at flyktingene ankommer landet. Det kan generelt se ut til at innvandrere i Norge kommer senere til behandling enn befolkningen generelt, og at de tradisjonelle tjenestene ikke nødvendigvis treffer denne målgruppen godt nok. Høyere innvandring i årene som kommer vil kunne føre til behov for opprettelsen av tjenester mer spesifikt rettet mot denne målgruppen. Manglende erfaringsmateriale innen nevnte områder har imidlertid ikke gjort det mulig å utarbeide tilfredsstillende analyser av eventuell volumøkning innen psykisk helsevern og TSB.

8.4.5 Sensitivitet for endringer i omstilling mot primærhelsetjenesten

Hvorfor er analysen gjennomført

Overføring av liggedøgn fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, er en av omstillingsfaktorene i SINTEF-rapporten med størst effekt på omstilt aktivitet. Denne omstillingen er først og fremst et resultat av Samhandlingsreformen. Analysen gjort i prosjektet vurderer hvordan liggedager og sengebehov i årene 2018–2030 endrer seg dersom man forutsetter en annen omstilling mot primærhelsetjenesten enn det som er anvendt i SINTEF-rapporten.

Hvordan er analysen gjennomført?

Utgangspunktet for analysen var å regne ut den totale, samlede og vektete omstillingsfaktoren anvendt i SINTEF-rapporten, på tvers av sykehus og pasientforløp (7,57 %). Deretter ble differansen mellom egenvalgte omstillingsfaktorer, både høyere og lavere enn den samlede SINTEF-verdien, og SINTEF-verdien brukt på det estimerte antall liggedøgn uten omstillinger, til å regne ut en differanse i antall liggedøgn. For en mer detaljert beskrivelse av fremgangsmåten vises det til Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*.

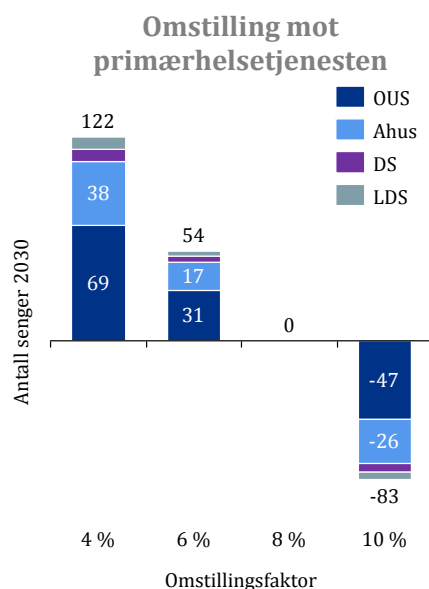
Hva viser resultatene fra analysene?

Sensitivitetsanalysene viser at en omstillingsfaktor på 10 %, dvs. at 10 % av liggedøgn overføres fra spesialist- til primærhelsetjenesten, ville redusert det estimerte sengebehov ved Oslo universitetssykehus med 47 senger i 2030 sammenlignet med en omstillingsfaktor på 7,57 % (SINTEF-verdien). Effekten for Akershus universitetssykehus tilsvarer en reduksjon på 26 senger.

En reduksjon av antatt omstilling fra 7,57 % til 4 % ville i stedet gitt et økt, estimert sengebehov på 69 senger ved Oslo universitetssykehus og 38 senger ved Akershus universitetssykehus i 2030.

Effekten av endret omstilling fra spesialist- til primærhelsetjenesten er marginal for Diakonhjemmet og Lovisenberg, og i alle tilfeller færre enn 10 senger i 2030.

Samlet virker resultatene i SINTEF-rapporten å være mer sensitive for endringer i omstilling mot primærhelsetjenesten enn ved bruk av alternative befolkningsframskrivninger. Omstilling til primærhelsetjenesten lar seg vanskelig estimere presist gitt eksisterende data- og erfaringsgrunnlag for denne omstillingsfaktoren, og kan således både økes og reduseres betydelig i effekt innenfor grensene av antatt sannsynlige utfall.



Figur 20: Endring i somatisk sengebehov i 2030 ved endring av omstillingsfaktor for omstilling mot primærhelsetjenesten. Kilde: Deloitte for estimering av effekt.

8.4.6 Sensitivitet for endringer i aktivitetsøkning som følge av etterspørsel og teknologi

Hvorfor er analysen gjennomført?

SINTEF har i sitt hovedalternativ forutsatt en 20 %-aktivitetsøkning på enkelte kategorier av aktivitet, som følge av endringer i teknologi, forventninger og etterspørsel. Da det er usikkerhet knyttet til hvorvidt denne aktivitetsøkningen vil gjøre seg gjeldende er det gjort en analyse som undersøker hvordan aktivitetsestimaterne endres dersom man benytter en lavere aktivitetsvekst enn 20 %.

Hvordan er analysen gjennomført?

SINTEF-rapporten oppgir aktivitetsestimater uten den omtalte 20 %-aktivitetsveksten. Dette medfører at det har vært relativt uproblematisk å regne ut alternative estimater. Fremgangsmåten har vært å multiplisere den oppgitte basisaktiviteten med egenvählte satser, og sammenligne resultatene med tilfellet når 20 % benyttes. For en mer detaljert beskrivelse av fremgangsmåten vises det til Vedlegg 11 *Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser*.

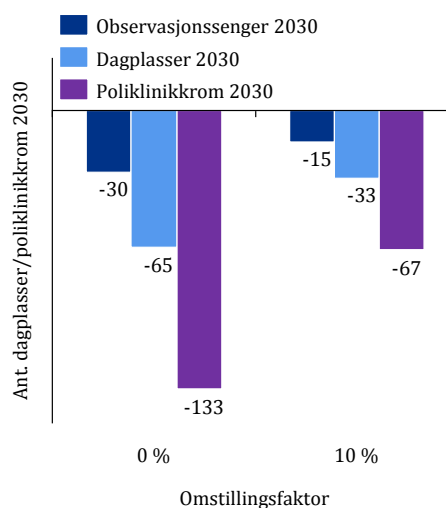
Hva viser resultatene fra analysene?

Sensitivitetsanalysene viser at dersom aktivitetsøkningen på 20 % ikke hadde blitt lagt til grunn i SINTEF-rapporten, ville 2030-aktiviteten blitt påvirket på følgende måte:

- 9 000 færre liggedøgn knyttet til observasjonssenger
- 30 000 færre dagopphold
- 300 000 færre polikliniske konsultasjoner

Relativt til basisaktiviteten, er effekten av endret sats for aktivitetsøkning størst for dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Disse effektene tilsvarer en reduksjon på 30 døgnenger knyttet til observasjonssenger, 65 dagplasser og 133 poliklinikkrom for hovedstadssykehusene samlet, ved eliminering av aktivitetsveksten. Effekten av å bruke 10 % aktivitetsvekst i stedet for 20 % vil naturlig være halvparten av det som er nevnt i punktene over.

Aktivitetsendring som følge av etterspørsel og teknologi

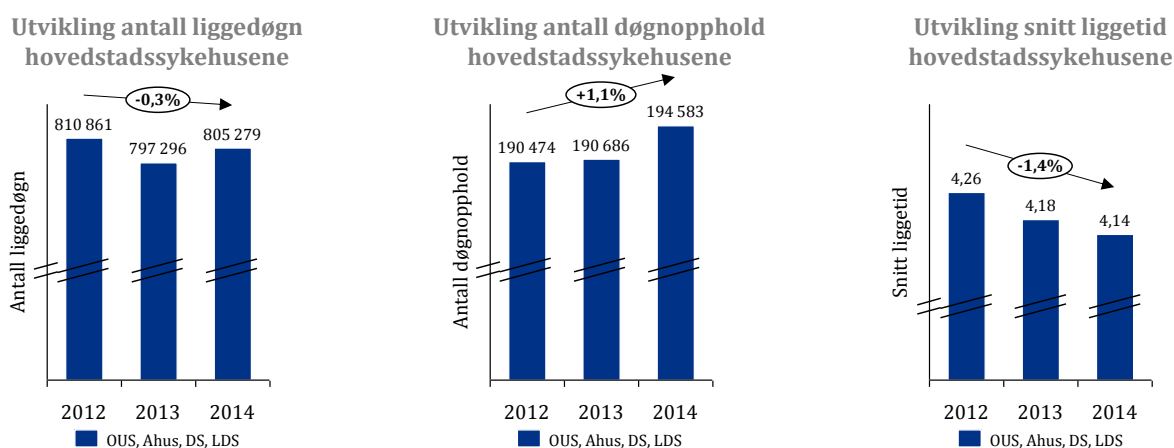


Figur 21: Endring i somatiske behov i 2030 ved endring av faktor for aktivitetsøkning som følge av etterspørsel og teknologi.
Kilde: Deloitte for estimering av effekt.

8.4.7 Aktivitetsutvikling innen somatisk døgntilbeholdning ved hovedstadssykehusene

I SINTEF-rapporten er 2012 brukt som basisår for beregning av fremtidig aktivitet. Basert på aktivitetsutviklingen i perioden 2012–2014, er aktivitetsnivåene ved hovedstadssykehusene redusert. Samtidig har befolkningen i Oslo og Akershus sykehusområder i samme periode vokst med 3,5 %. Dette innebærer at man beveger seg lenger unna det aktivitetsnivået som SINTEF har beregnet for 2030, selv om man kommer nærmere i tid.

Utviklingen innen somatisk døgntilbeholdning ved hovedstadssykehusene kan oppsummeres med at antall liggedøgn har hatt en årlig reduksjon på 0,3 % og antall døgnopphold har hatt en årlig vekst på 1,1 % ved hovedstadssykehusene samlet. Gjennomsnittlig liggetid har hatt en årlig reduksjon på 1,4 % i perioden 2012–2014 for de nevnte sykehusene sett under ett. Befolkningen i Oslo og Akershus sykehusområder har økt med 1,8 % fra 2012 til 2013 og 1,7 % fra 2013 til 2014.



År	2012	2013	2014
Befolkning Oslo og Akershus sykehusområder	979 829	997 142	1 013 802
Vekst fra foregående år	-	1,8 %	1,7 %

Figur 22: Utvikling innen antall liggedøgn, antall døgnopphold og snitt liggetid for somatisk døgntilbeholdning ved hovedstadssykehusene, samt befolkning Oslo og Akershus sykehusområder 2012–2014. Kilde: NPR-kuben og SSB.

8.5 Vedlegg 5 Befolkningsframskriving og opptaksområder

8.5.1 Befolkningsframskriving

Befolkningsframskrivinger er beregninger av hvordan befolkningen utvikler seg fremover, gitt ulike forutsetninger om fruktbarhet, dødelighet, flytting og inn- og utvandring. I dette arbeidet legges SSBs mellomalternativ, MMMM (midlere verdier for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring) til grunn for befolkningsframskrivingene. MMMM-alternativet skal vise den mest sannsynlige utviklingen i befolkningen.

Figur 23 gir en oversikt over bydeler og kommuner i Oslo og Akershus med befolkning for 2014 og 2030 gitt SSB MMMM-alternativ.

Innbyggertall 2014 og 2030 for Ahus opptaksområder			
Sykehus og område	Innbyggere 2014	Innbyggere 2030	% vekst
Ahus - Sum eks. Nes*	486 087	580 463	19 %
Ahus - Akershus eks. Nes*	379 339	451 475	19 %
Skedsmo	51 188	63 895	25 %
Lørenskog	34 697	42 048	21 %
Ullensaker	32 438	44 584	37 %
Ski	29 542	34 854	18 %
Oppegård	26 255	30 400	16 %
Eidsvoll	22 689	29 492	30 %
Nittedal	22 385	27 480	23 %
Nesodden	18 297	21 288	16 %
Ås	17 969	24 693	37 %
Sørums	16 918	23 014	36 %
Rælingen	16 806	21 293	27 %
Frogn	15 671	17 967	15 %
Aurskog-Høland	15 500	18 727	21 %
Nannestad	11 707	14 628	25 %
Fet	11 048	13 759	25 %
Enebakk	10 626	11 972	13 %
Gjerdrum	6 292	7 843	25 %
Hurdal	2 695	2 878	7 %
Rømskog	672	660	-2 %
Vestby**	15 944	**	**
Ahus - Oslo	106 748	128 988	21 %
Alna	48 307	59 002	22 %
Stovner	31 340	37 257	19 %
Grorud	27 101	32 729	21 %
Nes*	20 164	24 493	21 %

* Nes kommune sogner til SIHF for lokalsykehusfunksjoner

** Vestby kommune overføres til SØHF 1.1.2017

Innbyggertall 2014 og 2030 for OUS, DS og LDS opptaksområder			
Sykehus og bydeler	Innbyggere 2014	Innbyggere 2030	% vekst
OUS	252 383	313 753	24 %
Nordstrand	48 931	60 460	24 %
Nordre Aker	48 720	57 881	19 %
Østensjø	48 714	62 202	28 %
Søndre Nordstrand	37 054	44 187	19 %
Bjerke	30 327	39 080	29 %
Sagene	38 637	49 943	29 %
Diakonhjemmet	132 704	155 941	18 %
Frogner	54 604	63 271	16 %
Vestre Aker	46 444	55 672	20 %
Ullern	31 656	36 998	17 %
Lovisenberg	137 203	174 988	28 %
Grünerløkka	52 198	65 581	26 %
Gamle Oslo	48 417	62 098	28 %
St. Hanshaugen	35 630	46 347	30 %
Sentrum	958	962	0 %

Innbyggertall 2014 og 2030 for alle opptaksområder			
Sykehus	Innbyggere 2014	Innbyggere 2030	% vekst
Ahus*	486 087	580 463	19 %
OUS	252 383	313 753	24 %
Lovisenberg	137 203	174 988	28 %
Diakonhjemmet	132 704	155 941	18 %
Sum	1 008 377	1 225 145	21 %

* Nes kommune er ekskludert. Vestby overføres til SØHF 1.1.2017

Figur 23: Befolkningsutvikling i kommuner og bydeler i Oslo og Akershus. Kilde: SSB, MMMM-alternativ.

Figuren viser størrelsen på sykehusenes opptaksområder i 2014 og 2030. Alle sykehusene i hovedstadsområdet må planlegge for en betydelig aktivitetsøkning gitt dagens opptaksområder og antatt befolkningsutvikling. Oslo og Akershus sykehusområder kan forvente en befolkningsvekst på 21 % fram mot 2030. Veksten varierer mellom kommuner og bydeler. Lovisenberg må forvente en særlig sterk vekst på 28 % for sitt opptaksområde.

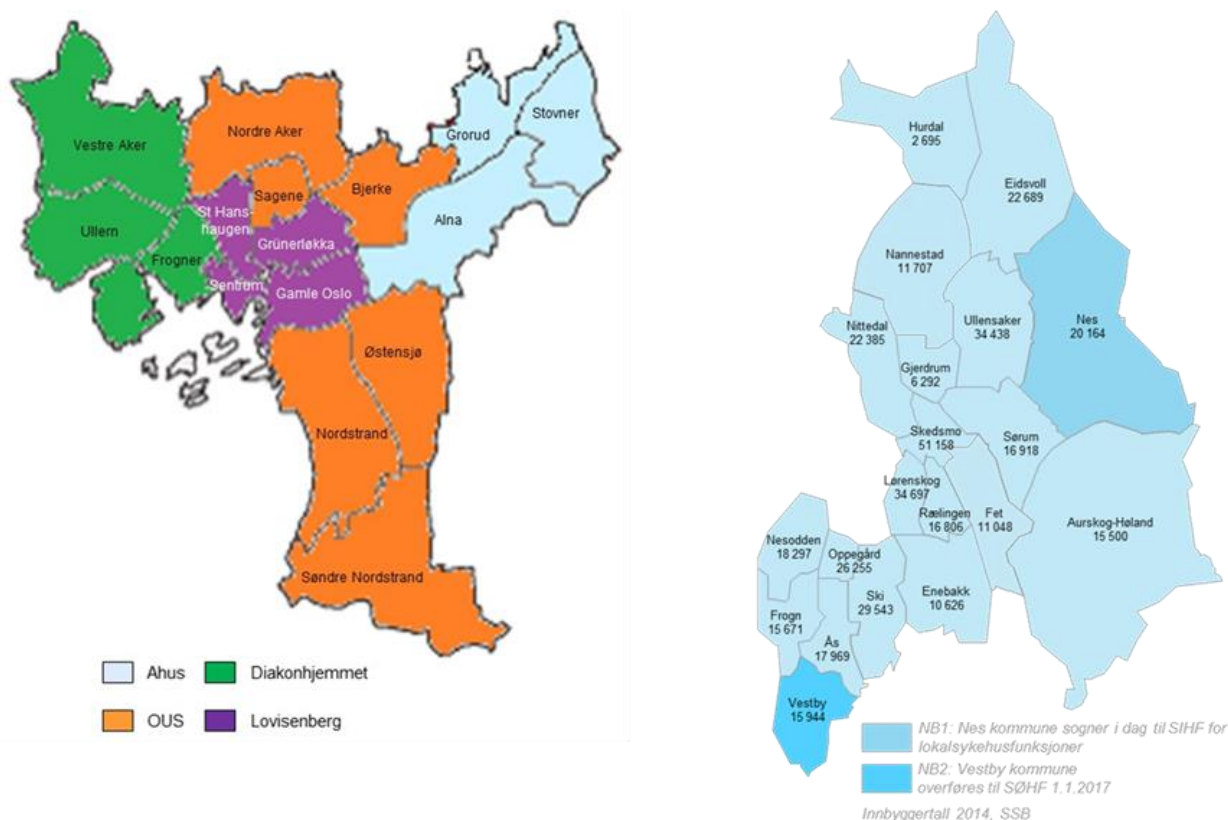
Det er stor usikkerhet knyttet til hvordan folketallet og sammensetningen av befolkningen i Oslo og Akershus vil utvikle seg. Spesielt knytter det seg stor usikkerhet til forutsetningene om innvandring. Høy innvandring (MMM-alternativet) vil ha særlig betydning for noen bydeler i Oslo og for enkelte kommuner i hovedstadsområdet. Forskjellen mellom alternativene MMMM og MMMH for demografisk framskriving utgjør ca. 6 % for bydelene i Oslo kommune og 5 % for kommuner i Akershus i 2030.

Oslo kommune og Akershus fylkeskommune har i tillegg foretatt egne befolkningsframskrivinger for sine regioner. Oslo kommune sitt mellomalternativ anslår 7 % større befolkning i 2030 enn SSB sitt mellomalternativ for bydeler i Oslo. Akershus fylkeskommune sitt hovedalternativ anslår 10 % større befolkning i 2030 enn SSB sitt mellomalternativ for kommuner i Akershus fylke.

Folketallet kan fremskrives i mange alternativer. Dette illustrerer usikkerheten i framskrivingene. SSB regner hovedalternativet (MMMM-alternativet) som sitt mest plausible alternativ og den mest sannsynlige fremtidige befolkningsstørrelsen og -sammensetningen. Det er dette alternativet som ligger til grunn for dette prosjektarbeidet. Sensitivitetsberegningene viser imidlertid hvordan sengebehovet varierer med ulike befolkningsframskrivinger.

8.5.2 Opptaksområder

Opptaksområder refererer til et geografisk område med dets innbyggere som et sykehus har ansvar for.



Figur 4: Kart som viser opptaksområder for sykehusene i Oslo og Akershus. Kilde: Deloitte og SSB for befolkning 2014.

Bildet til venstre viser hvordan bydelene i Oslo er fordelt mellom de fire sykehusene Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg i 2014. Bydel Sentrum får dekket sine helsetjenester av bydel St. Hanshaugen. Lovisenberg ivaretar medisin for befolkningen i Sagene bydel for Oslo universitetssykehus i en temporær ordning. Bydelene Alna, Grorud og Stovner tilhører Akershus universitetssykehus opptaksområde. Bildet til høyre viser en oversikt over kommuner og innbyggertall i Akershus i 2014 tilhørende Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.

Etter egen avtale får innbyggerne i Nes kommune sine lokalsykehustjenester ved Sykehuset Innlandet Kongsvinger. Det er vedtatt at innbyggerne i Vestby kommune skal få sine lokalsykehustjenester fra Sykehuset Østfold fra 1. januar 2017.

8.5.3 Kort historikk vedrørende endring av opptaksområder i Akershus og Oslo

Opptaksområdene i hovedstadsområdet har endret seg over tid. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 1. november 2003 etablering av nye opptaksområder for sine sykehus, der bydelene Grorud og Stovner ble vedtatt flyttet fra Aker sykehus til Akershus universitetssykehus i 2004. Det ble samtidig fattet vedtak om overføring av Alna i 2010 (realisert først i 2011). Flyttingen av bydelene Grorud og Stovner ble utført fra 1. april 2004, selv om innflytting i nytt Akershus universitetssykehus først skjedde på høsten 2008. Som en motvekt til denne flyttingen, ble befolkningen i Follo tilført Aker sykehus sitt ansvarsområde, ved at Ski

sykehus ble en del av Aker sykehus HF. For å utnytte kapasiteten ved nye Akershus universitetssykehus fra 2011, ble sykehuset tilført større opptaksområde. I styresak 108-2008 ble det besluttet at Follo skulle overføres til Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde fordi området grenser til Akershus universitetssykehus sitt eksisterende opptaksområde.

8.5.4 Avtaler om oppgavedeling og områdefunksjoner

Ovennevnte opptaksområder for sykehusene betyr at pasienter boende i disse områdene i hovedsak behandles på sykehuset med ansvar for sitt geografiske område. Imidlertid styres flere pasientstrømmer i hovedstadsområdet på tvers av geografiske opptaksområder ved områdefunksjoner, oppgavedeling og ulike avtaler inngått mellom sykehusene. Områdefunksjoner innebærer overordnet en samling av en tjeneste på ett sykehus i et sykehusområde. I Oslo Sykehusområde ivaretas områdefunksjoner i all hovedsak av Oslo universitetssykehus. Det er videre gjort avtaler om fordeling av enkelte oppgaver mellom sykehusene. Denne fordeling av oppgaver og områder kommer i tillegg til Oslo universitetssykehus sitt ansvar for regionsfunksjoner, der spesialisert behandling tilbys pasienter fra hele regionen, og Oslo universitetssykehus sitt ansvar som landsfunksjon der høyspesialisert behandling innenfor gitte områder tilbys pasienter fra hele landet.

I det videre gis en kort oversikt over noen av de områdene der oppgavedeling styrer pasientstrømmene. Listen er på ingen måte uttømmende, men synliggjør noen av de pasientstrømmene prosjektet i det videre arbeidet omtaler spesifikt.

Aktivitet Diakonhjemmet Sykehus

Det er inngått en avtale mellom Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet med full virkning fra 1. juni 2014 der Diakonhjemmet avlaster Akershus universitetssykehus med 10 pasienter daglig, 3 kirurgiske og 7 indremedisinske, fra Oslobydelene Alna, Grorud og Stovner. Denne avtalen utgjør i gjennomsnitt 30 senger.

Diakonhjemmet ivaretar all alderspsykiatri for Lovisenberg.

Aktivitet Lovisenberg Diakonale Sykehus

Lovisenberg ivaretar indremedisin for befolkningen i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus, virkende fra 1. september 2007.

Lovisenberg ivaretar intermedisær/subakutt PHV for bydelene tilhørende Diakonhjemmet. Nic Waals Institutt (Lovisenberg) ivaretar poliklinisk psykisk helsevern barn og unge (PHBU) for befolkningen i bydel Vestre Aker for Diakonhjemmet.

Aktivitet Oslo universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus kjøpte i 2014 28 sengeplasser innen psykose og sikkerhetspsykiatri (spesialpsykiatri) fra Oslo universitetssykehus. Dette er i 2015 redusert til 18 plasser.

Oslo universitetssykehus ivaretar all akuttkirurgi for Lovisenberg, som selv ikke har akuttkirurgi.

8.6 Vedlegg 6 Metodegrunnlag fra SINTEF-rapporten

SINTEF-rapport A26321 med analyse av aktivitet og kapasitetsbehov i Helse Sør-Østs opptaksområde i 2030 ligger til grunn for dette prosjektarbeidet. I det videre redegjøres det kort for SINTEF-rapportens grunnlag og metode.

SINTEF har på grunnlag av aktivitet i sykehusene i 2012 og data om demografiske endringer i befolkningen, forsøkt å estimere aktiviteten og kapasitetsbehovet i Helse Sør-Øst RHF i 2030. Målet med arbeidet har vært å gi Helse Sør-Øst et bedre grunnlag for å vurdere utviklingstiltak fram mot 2030. Arbeidet omfatter virksomhetsområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB.

I arbeidet har SINTEF benyttet analysemodell utviklet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging. I modellen beregnes effekter av forventet befolkningsutvikling på fremtidig aktivitet. Det er gjennomført en faglig, kvalitativ analyse av effektene av de viktigste endringsfaktorene for noen valgte pasientgrupper. Med støtte i faglige diskusjoner, erfaringer og forskningsbasert kunnskap, er fremtidig aktivitet beregnet. Dette har igjen dannet grunnlaget for beregning av fremtidig kapasitetsbehov i Helse Sør-Øst.

SINTEF beskriver at det er flere usikkerheter knyttet til framskrivingene, men at analysen likevel er et godt grunnlag for videre arbeid, drøfting og utvikling av strategier for å sikre et godt tjenestetilbud i regionen. Rapporten ble tatt til orientering av styret i Helse Sør-Øst 18. desember 2014.

8.6.1 *Forventet aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov, somatiske tjenester*

SINTEF har framskrevet somatisk aktivitet for 2012 med beregninger av befolkningsutvikling fra SSB. I hovedsak er SSBs MMMM-alternativ for befolkningsframskriving benyttet, men fordi det knytter seg særlig stor usikkerhet til forventet omfang av innvandring er også effekten av høy innvandring, MMMH-alternativet, estimert for demografisk framskrevet aktivitet. SINTEF vurderer avviket mellom framskrevet aktivitet gitt MMMM-alternativet og MMMH-alternativet å være relativt lite.

Aktivitetsdata som er framskrevet demografisk til 2030 er deretter justert i henhold til følgende fem endringsfaktorer:

- 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

Hva de fem endringsfaktorene konkret innebærer er beskrevet i SINTEF-rapporten og gjengitt i tabellen under.

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, 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.
Endring i oppholdsmåter; døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Fordeling av døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet 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 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.

Tabell 27: Beskrivelse av endringsfaktorer. Kilde: SINTEF-rapport A26321.

Endringsfaktorene er vurdert særskilt for ti somatiske pasientforløp som i sum representerer omtrent halvparten av all aktivitet i Helse Sør-Øst, regnet etter døgnopphold. Endringsfaktorene er i utgangspunktet generelle, men endringseffekten kan være forskjellig for de ulike pasientforløpene. Det antas at epidemiologi, forebygging og nye behandlingstilbud gir en økning i døgnopphold på mellom 0 og 10 %, avhengig av pasientforløp. Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten reduserer antall døgnopphold med opptil 20 %. Omstilling fra døgnopphold til dagopphold reduserer antall døgnopphold med mellom 0 og 50 %. Videre medfører endring i oppholdsmåter en reduksjon i døgnopphold med mellom 0 og 75 % avhengig av pasientforløp. Intern effektivisering av arbeidsprosesser antas å ikke redusere antall døgnopphold, men det forventes en reduksjon i liggedager på mellom 8 og 15 % avhengig av pasientforløp. Detaljering av effektene er vist i *Tabell 28* nedenfor.

SINTEFs særskilte analyse av drivere og eventuelle potensialer for endring i fremtidig aktivitet for ti utvalgte somatiske pasientforløp						
Diagnosegruppe	Andel døgnopphold (liggedager) HSØ i 2012	Epidemiologi, forebygging, nye behandlingstilbud	Oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	Omstilling fra døgnopphold til dagopphold	Endring i oppholdsmåter: døgnopphold til observasjonsenhet og til pasienthotell	Intern effektivisering av arbeidsprosesser
Ondartede svulster, inkl. kjemoterapi, strålebehandling	8 % (12 %)	Døgnopphold: +10 % Liggedager: +10 % Dagopphold: +10 % Poliklinikk: +10%	Døgnopphold: 0 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: -10 %	Døgnopphold til dagopphold: 10 %	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: 0 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: 5 %	Liggedager: -8 %
Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl. nyresvikt/ nefritter og dialyse	4 % (4 %)	Døgnopphold: 0 % Liggedager: 0 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: 0 %	Døgnopphold: 0 % Liggedager: -5 % Dagopphold: -15 % Poliklinikk: -15 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: +5 %	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: -10 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: -5 %	Liggedager: -8 %
Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl. TIA	2 % (4 %)	Døgnopphold: +5 % Liggedager: +5 % Dagopphold: +5 % Poliklinikk: +5 %	Døgnopphold: 0 % Liggedager: -15 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: 0 %	Døgnopphold: 0 % Liggedager: 0 % Dagopphold: 0 %	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: -5 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: 0 %	Liggedager: -8 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm.	8 % (7 %)	Døgnopphold: +5 % Liggedager: +5 % Dagopphold: +5 % Poliklinikk: +5 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: -10 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 %	Liggedager til observasjonsenhet: 20 % Liggedager til pasienthotell: 0 %	Liggedager: -8 %
Iskemiske hjertesykdommer	4 % (3 %)	Døgnopphold: 0 % Liggedager: 0 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: 0 %	Døgnopphold: 0 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: -10 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: +5 % Poliklinikk: 0 %	Liggedager til observasjonsenhet: 15 % Liggedager til pasienthotell: 0 %	Liggedager: -8 %
Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	3 % (5 %)	Ingen endring	Døgnopphold: -20 % Liggedager: -20 % Dagopphold: -5 % Poliklinikk: -5 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 %	Døgnopphold: -10 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 %	Liggedager: -8 %
Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	6 % (6 %)	Ingen endring	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: -10 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: 5 %	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: +5 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: +5 %	Liggedager: -15 %
Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	9 % (4 %)	Ingen endring	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: -15 % Poliklinikk: -15 %	Døgnopphold: -20 % Liggedager: -20 %	Døgnopphold: -75 % Liggedager: -75 %	Liggedager: -8 %
Skader i hofte og lår, underekstremiteter	3 % (4 %)	Ingen endring	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: -10 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: +5 %	Døgnopphold og liggedager til observasjonsenhet: 5 % Døgnopphold og liggedager til pasienthotell: 0 %	Liggedager: -10 %
Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	3 % (2 %)	Ingen endring	Døgnopphold: -20 % Liggedager: -20 % Dagopphold: -5 % Poliklinikk: -5 %	Døgnopphold: -5 % Liggedager: -5 % Dagopphold: 0 %	Døgnopphold: -20 % Liggedager: -20 % Dagopphold: 0 %	Liggedager: -8 %
Restgruppene pasientforløp for somatikk	51 % (51 %)	Døgnopphold: +1 % Liggedager: +1 % Dagopphold: +1 % Poliklinikk: +1 %	Døgnopphold: -4 % Liggedager: -7 % Dagopphold: +10 % Poliklinikk: 10 %	Døgnopphold: -13 % Liggedager: -13 % Dagopphold og poliklinikk: + overført aktivitet fra døgn	Døgnopphold: 0 % Liggedager: 0 % Dagopphold: 0 % Poliklinikk: 0 %	Liggedager: -9 %

Tabell 28: SINTEFs særskilte analyse av drivere og eventuelle potensialer for endring i fremtidig aktivitet for ti utvalgte somatiske pasientforløp. Kilde: SINTEF, Prosjektnotat 2, 2014.

SINTEF har i tillegg korrigert for effektene av generell teknologisk utvikling og hvordan dette påvirker pasientrollen og publikums forventninger til helsetjenesten. Det vises til at denne aktivitetsveksten er vanskelig å beregne, men det legges til grunn en aktivitetsøkning på 20 % på toppen av framskrevet aktivitet (justert for endringsfaktorer) innen observasjonsenheter, poliklinikk og dagbehandling. Når endringsfaktorene for de ulike pasientforløpene er hensyntatt, og effekt av teknologisk utviklinger lagt til,

betegner SINTEF dette for *omstilt aktivitet*. Omstilt aktivitet er det som videre blir benyttet som tallgrunnlag i dette prosjektet.

Basert på forutsetninger om kapasitetsutnyttelse (utnyttelsesgrad senger, driftstid i poliklinikk, mm.) omsettes framskrevet aktivitetsnivå (døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner) til et påregnet behov for kapasitetsmessige størrelser (døgnplasser, dagplasser, poliklinikkrom og operasjonsrom). SINTEF har lagt til grunn basis utnyttelsesgrad for beregning av fremtidig kapasitetsbehov, men har også vist effekter av høy utnyttelsesgrad.

Med rapportens forbehold om usikkerhet konkluderes det med at alle sykehus i Oslo har overskudd eller balanse i sengekapasiteten i 2030. Akershus universitetssykehus vil imidlertid ha et betydelig underskudd på sengekapasitet i 2030 gitt dagens opptaksområder. Videre vil både Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus ha betydelig underkapasitet på poliklinikkrom ved basis kapasitetsutnyttelse i 2030, ifølge SINTEF-rapporten.

I de framskrevne kapasitetsberegningene er det ikke tatt hensyn til usikkerhet knyttet til utnyttelse og bruk av dagens kapasitet (organisering, kvalitet bygg, driftsmodell) og heller ikke endringer i kvalitetskrav i fremtiden som vil redusere den fremtidige kapasitetsutnyttelsen for de samme byggene (krav til ensengsrom, effektive driftsenheter, mm.). Dette er problemstillinger som krever egne analyser basert på informasjon fra helseforetakene.

8.6.2 **Forventet aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov, psykisk helsevern og TSB**

SINTEFs framskriving av aktivitet for psykisk helsevern og TSB fram mot 2030 tar utgangspunkt i aktivitetsutviklingen siste 6 år, aktivitet 2013, kapasitet 2014 og forventet demografisk utvikling. SINTEF har tatt hensyn til behandlingstrender, samfunnsutviklingen, samt nasjonale og regionale planer for videre utvikling av tjenestene. Det understrekes bl.a. at nasjonale og regionale strategier peker i retning av:

- Flere polikliniske konsultasjoner
- Økt vekt på tilgjengelige tjenester og ambulant virksomhet
- Mer samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten
- Felles strategi for bruk av private leverandører

Det er foretatt en vurdering av fire endringsfaktorer innen psykisk helsevern og TSB:

- Epidemiologi
- Endring i tilbud og forventninger
- Endring i pasientstrømmer til kommunene
- Medisinsk teknologisk utvikling

Det antas at epidemiologi ikke påvirker antall liggedøgn. Endring i tilbud og forventninger antas å øke antall liggedøgn med 10 %. Endringer i pasientstrømmer til kommunene antas å redusere liggedøgn med 15 % og medisinsk teknologisk utvikling antas å redusere liggedøgn med 15 %. Den samlede effekten av endringsfaktorene antas å redusere antall liggedøgn med 20 % fram til 2030.

SINTEF understreker samtidig at framskriving på disse tjenesteområdene er krevende og forbundet med stor grad av usikkerhet. I beregningene er det ikke tatt hensyn til om dagens døgnplasser tilfredsstillende fremtidens krav til arealstandard, funksjonalitet og utforming. SINTEF skriver at «*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.*»

SINTEFs konklusjon er at sykehusene i Oslo og Akershus innen psykisk helsevern for voksne har et tilstrekkelig antall døgnplasser. Beregning av kapasitetsbehovet i 2030 for polikliniske konsultasjoner viser en betydelig underkapasitet i poliklinikkrom. For psykisk helsevern for barn og unge anser SINTEF den samlede døgnkapasiteten i Oslo og Akershus som tilstrekkelig, mens det er en underkapasitet på

polikliniske konsultasjonsrom. Innen TSB konkluderer SINTEF med at Oslo- og Akershusregionen vil ha overkapasitet på døgnplasser og underkapasitet på poliklinikkrom i 2030.

8.7 Vedlegg 7 Utnyttelsesgrader

Prosjektet har tatt utgangspunkt i SINTEFs beregnede kapasitetsbehov for Oslo og Akershus sykehusområde. Et beregnet, framskrevet kapasitetsbehov er en konsekvens av den framskrevne aktiviteten og valg av utnyttelsesgrader. Når behov for eksempelvis senger og poliklinikkrom skal beregnes, er det av stor betydning hvilken utnyttelsesgrad som legges til grunn. Utnyttelsesgrad referer eksempelvis til hvor mange timer i døgnet, dager i uka og uker i året ett poliklinikkrom planlegges benyttet, eller prosentvis hvor mange dager pr år en seng planlegges benyttet (beleggsprosent).

For planlegging av kapasitetsbehov i sykehusbygg er det utarbeidet "Ny framskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus". Framskrivingsmodellen er utviklet på vegne av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Det legges til grunn ulike utnyttelsesgrader for ulike funksjoner i sykehus. I SINTEFs arbeid for Helse Sør-Øst RHF presenteres to alternative utnyttelsesgrader; basis utnyttelsesgrad og høy utnyttelsesgrad.

Basis utnyttelsesgrad					
Kapasitetsbærende rom	Utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Tid per aktivitet i minutter	Andel dagtid
Døgnplass					
Normalseng	85 %				
Observasjonsplass	75 %				
Pasienthotellseng	75 %				
PHV & DPS	85 %				
PHBU	73 %				
TSB	80 %				
Dagplass		230	8	240	100 %
Poliklinikkrom somatikk		230	7	45	95 %
Poliklinikkrom PH & TSB		230	6	90	100 %
Operasjonsrom		230	8	90–180	80–100 %

Tabell 29: Basis kapasitetsutnyttelse benyttet av SINTEF. Kilde: SINTEF-rapport A26321

Høy utnyttelsesgrad					
Kapasitetsbærende rom	Utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Tid per aktivitet i minutter	Andel dagtid
Døgnplass					
Normalseng	90 %				
Observasjonsplass	80 %				
Pasienthotellseng	75 %				
PHV & DPS	90 %				
PHBU	75 %				
TSB	80 %				
Dagplass		240	10	240	100 %
Poliklinikkrom somatikk		240	10	45	95 %
Poliklinikkrom PH & TSB		230	8	75	100 %
Operasjonsrom		240	10	90–180	90 %

Tabell 30: Høy kapasitetsutnyttelse benyttet av SINTEF. Kilde: SINTEF-rapport A26321

På skriftlig spørsmål fra Stortinget om beleggsprosent i norske sykehus, har helseminister Bent Høie i september i år pekt på den nevnte framskrivingsmodellen og vist til at det er opp til de ulike regionale

helseforetakene å bestemme hvilken utnyttelsesgrad som skal benyttes. Både høy og basis utnyttelsesgrad er benyttet i utbyggings- og utviklingsplaner for sykehus, jfr. *Tabell 31*.

Utnyttelsesgrader brukt i sykehusprosjekter og -planer		
Prosjekt/HF	Basis utnyttelsesgrad	Høy utnyttelsesgrad
St. Olavs hospital, 1. byggefase	X	
St. Olavs hospital, 2. byggefase		X
Akershus universitetssykehus HF		X
Nytt østfoldsykehus		X
Nordlandssykehuset Bodø	X	
Nordlandssykehuset Vesterålen	X	
Universitetssykehuset Nord-Norge	X	
Oslo universitetssykehus HF*	X	
Vestre Viken		X
Utviklingsplan Sykehuset Sørlandet	X	

* Oslo universitetssykehus HF har noe avvikende utnyttelsesgrader

Tabell 31: Oversikt over utnyttelsesgrader som har vært brukt i sykehusprosjekter. Kilde: SINTEF-rapport A26321.

Ved fastsettelsen av utnyttelsesgrad må det tas hensyn til driftsmodellen for enheten og byggenes egnethet. SINTEF har i sitt arbeid tatt utgangspunkt i basis utnyttelsesgrad. Dette begrunnes med både organisatoriske og bygningsmessige forhold. For noen sykehus er pasientgrunnlag og tilgang på personell en begrensning. For andre sykehus er bygningsmessige forhold mer avgjørende, der gamle og uegnede bygninger gjør økt utnyttelse vanskelig. SINTEF skriver videre at høy utnyttelsesgrad er vanskelig å oppnå både fordi det gir vanskelige driftsforhold (overbelegg på sengeenheter) og fordi lange åpningstider på poliklinikkene er vanskelig å organisere. En høy kapasitetsutnyttelse kan dessuten redusere mulighetene for å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak.

For nye bygg har styret i Helse Sør-Øst RHF fattet et enstemmige vedtak (sak 090-2014) om at det «*Ved planlegging og godkjenning av utbyggingsprosjekter beholdes høy utnyttelsesgrad som grunnforutsetning*». Høy utnyttelsesgrad er her som det fremgår av tabellen ovenfor definert som utnyttelsesgrad på 90 % for normalsenger, 80 % for observasjonsplasser og 75 % for pasienthotellsenger.

8.7.1 **Utnyttelsesgrader benyttet i arbeidet med kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder**

Kapasitetstall i dette arbeidet har som hovedregel tatt utgangspunkt i basis utnyttelsesgrad. Styret i Helse Sør-Øst RHF's vedtak peker imidlertid i retning av høy utnyttelsesgrad ved planlegging og godkjenning av utbyggingsprosjekter. I arbeidet med *Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder* er intensjonen i styrets vedtak søkt ivaretatt på følgende måte:

Når det gjelder sengekapasitet vil nyere bygg kunne legge bedre til rette for gode løsninger for pasientlogistikk og bedre utnyttelse av sengeområder på tvers av tradisjonelle avdelingsgrenser. Siden Akershus universitetssykehus er et nytt bygg og bygget på en forutsetning om 90 % beleggsprosent for ordinære senger, er høy utnyttelsesgrad lagt til grunn i vurderingen av fremtidige kapasitetsbehov ved dette sykehuset. Det er forutsatt at Akershus universitetssykehus fortsetter gjennomføringen av den plan som er presentert for prosjektet; en plan som sannsynliggjør at det kan driftes med 90 % belegg innen voksensomatikken uten at det som en hovedregel blir nødvendig med korridorpasienter. For de andre sykehusene i eldre bygningsmasser, legges 85 % belegg (basis utnyttelsesgrad) til grunn.

Med hensyn til poliklinikker, dagbehandling og operasjonsstueutnyttelse er det åpningstidene som er den avgjørende faktoren for kapasitetsutnyttelsen. Forutsetninger og premisser for økte åpningstider følger av gjeldende overenskomster, og er i mindre grad avhengig av om det dreier som om nybygg eller ikke. Det er således lagt til grunn at alle sykehusene kan håndteres likt når det gjelder dette spørsmålet. Det er allerede i dag flere eksempler på kveldspoliklinikker i dagens bygningsmasse. I dette arbeidet med

kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus er det lagt til grunn at hvert enkelt sykehus må finne sin løsning på kapasitet for aktivitetsendringer innen poliklinikk, dagbehandling og operasjoner. Høyere utnyttelsesgrad kan være en del av slike løsninger.

8.8 Vedlegg 8 Fremgangsmåte og definisjoner vedrørende kapasitet

8.8.1 *Korrigerings av kapasitetstall*

Arbeidet med sengekapasitet har tatt utgangspunkt i de omfattende kartleggingene som ble gjort av SINTEF. Materialet er likevel gjennomgått og korrigert i samarbeid med det enkelte sykehus, for å få et mest mulig korrekt bilde av dagens kapasitet og sengenes «levetid» gjennom tidsperioden fram til 2030. Det er avholdt møter med alle sykehusene. De har selv gjort en gjennomgang og korrigert kapasitetstallene som var innhentet i forbindelse med SINTEF sitt arbeid.

Oversikt over antall senger i sykehus kan overordnet sett fremstå som en enkel oppgave. Erfaring viser imidlertid at sengetelling er en omfattende og tidkrevende prosess med flere usikkerheter. Det er usikkerheter rundt bruken av begrepene tekniske senger og normalsenger, og av fysiske senger og senger i bruk. Spesielt gjelder dette sengetallet ved Oslo universitetssykehus.

Sykehusene er også bedt om å estimere levetiden til sengene i tidsperioden fram mot 2030. Dette for å kunne se sammenhengen mellom framskrevet aktivitet (behov) og tilgjengelig kapasitet.

Sykehusene har videre blitt bedt om å beskrive utviklingsmuligheter som omhandler utvidelser eller endringer av kapasitet. Dette er presentert i møter og gjennom ulike utviklingsplaner.

8.8.2 *Definisjoner*

I SINTEF-kartleggingen benyttes to definisjoner av senger. Innenfor somatikk er det registrert antallet *fysiske senger*, uavhengig av om de er i bruk. Denne definisjonen er videreført i korrigeringen, dersom ikke annet fremkommer av den spesifikke tabell. Innen psykisk helsevern og TSB er det registrert antallet *senger i bruk*. Ved korrigeringer fra sykehusene ble dette endret til fysiske senger for å si noe om den aktuelle kapasiteten, uavhengig av om sengene er i bruk i dag. Det er *fysiske senger* som er benyttet videre i korrigererte tall innen psykisk helsevern og TSB dersom ikke annet fremkommer av den spesifikke tabell.

I dette materialet omfatter begrepet «senger» både normalsenger og tekniske senger, unntatt postoperative senger, dersom ikke annet fremkommer av den spesifikke tabell. Dette er likelydende med hva SINTEF legger til grunn i sine beregninger. Hoveddelen av de postoperative pasientene ligger så kort tid i den postoperative sengen at den andre sengen pasientene har på sengeposten ikke kan brukes av andre pasienter. Den postoperative sengen er derfor ekskludert. Senger på sykehotell er ikke medregnet, men senger på pasienthotell er inkludert i tallmaterialet. Føde- og barsel og kuvøsesenger er også medregnet i tallgrunnlaget.

8.9 Vedlegg 9 Egendekningsanalyser

Mandatet for prosjektet presiserer at muligheter for utvidet bruk av Diakonhjemmet og Lovisenberg skal vurderes som en mulig løsning på kapasitetsutfordringen i Oslo og Akershus sykehusområder. En måte å oppnå dette på er at de to sykehusene øker sin egendekning, det vil si at de tar ansvar for en større andel av pasientbehandlingen for innbyggerne i sine opptaksområder. Siden både Diakonhjemmet og Lovisenberg har lave egendekninger i dag, har det ligget i mandatene til faggruppene å vurdere om det er pasientgrupper fra deres opptaksområder som i dag får sitt tilbud ved Oslo universitetssykehus som like gjerne kunne fått tilbudet ved lokalsykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg. Eksempler på områder som har vært diskutert er dialysebehandling og deler av kreftbehandlingen. For Lovisenbergs del har muligheten av å etablere et akuttkirurgisk tilbud blitt diskutert.

Egendekning kan vurderes for ulike parametere: antall liggedager, pasientkontakter, elektive pasienter, DRG-aktivitet, utvalgte diagnosegrupper osv. Dersom det sees bort i fra barn, fødsel og nyfødte har Diakonhjemmet en egendekning på 53 % etter antall liggedager og Lovisenberg en egendekning på 40 %. Dette er lave tall sammenlignet med andre lokalsykehus. Lovisenberg er spesielt lavt mye på grunn av at sykehuset ikke har akutfunksjon for kirurgi. At Oslo universitetssykehus har høyest egendekning er naturlig siden det er det mest komplette sykehuset i regionen. Tabellen nedenfor **Error! Reference source not found.** viser en overordnet oversikt over egendekningsgrader innen ulike områder for aktuelle sykehus. Tallene for Diakonhjemmet og Lovisenberg utdypes og forklares mer detaljert.

Egendekning 2014 etter antall liggedager, eks. fødsel og barn							
Sykehus	Akutt			Elektiv			Overordnet egendekning (eks. fødsel og barn)
	Medisinsk DRG	Kirurgisk DRG	Akutt totalt	Medisinsk DRG	Kirurgisk DRG	Elektiv totalt	
OUS	85 %	92 %	87 %	61 %	80 %	69 %	82 %
Ahus	90 %	76 %	87 %	33 %	43 %	36 %	71 %
DS	77 %	54 %	72 %	9 %	21 %	14 %	53 %
LDS	67 %	3 %	52 %	14 %	12 %	13 %	40 %

Note: Bydel Sagene er inkludert i OUS sitt opptaksområde. Indremedisin for bydel Sagene ivaretas temporært av LDS. Tar man ut effekten av dette endres egendekningen innen akutte medisinske DRG til 94 % for OUS sitt vedkommende

Tabell 32: Egendekning etter antall liggedager. Barn og fødsler er ikke inkludert i tallmaterialet. Kilde: Helse Sør-Øst RHF 2014.

Den primære kilden for analyser av aktivitet og egendekning er aktivitetsdata tilgjengeliggjort for prosjektet av Helse Sør-Øst RHF. Alle verdier er for 2014.

Tabell 33 viser Helse Sør-Øst sin beregning for egendekning for liggedøgn, DRG-poeng, døgnopphold og dagbehandling/poliklinikk. Det mest interessante med denne tabellen er Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmets og Lovisenbergs lave egendekning innen dag- og poliklinisk behandling.

Egendekningsgrad av bydel/sykehusområdene per HF med lokalsykehusområde i Oslo*					
		Liggedøgn	DRG-poeng	Døgnopphold	Dag/pol
OUS	Totalt	84 %	82 %	75 %	88 %
	Bjerke	90 %	87 %	86 %	87 %
	Marka	98 %	97 %	96 %	100 %
	Nordre Aker	89 %	84 %	87 %	88 %
	Nordstrand	87 %	85 %	87 %	89 %
	Sagene	67 %	69 %	64 %	80 %
	Sentrum	0 %	0 %	0 %	1 %
	Søndre Nordstrand	89 %	88 %	88 %	89 %
	Uoppgitt bydel Oslo	25 %	40 %	9 %	94 %
	Øststjø	91 %	88 %	88 %	89 %

Ahus	Totalt	72 %	61 %	73 %	40 %
	Alna	71 %	61 %	71 %	37 %
	Grorud	71 %	61 %	73 %	39 %
	Stovner	76 %	63 %	77 %	46 %
DS	Totalt	44 %	39 %	43 %	21 %
	Frogner	41 %	37 %	65 %	29 %
	Ullern	49 %	42 %	46 %	22 %
	Vestre Aker	44 %	39 %	43 %	22 %
LDS	Totalt	29 %	26 %	30 %	14 %
	Gamle Oslo	28 %	25 %	29 %	14 %
	Grünerløkka	28 %	25 %	29 %	14 %
	St. Hanshaugen	32 %	29 %	32 %	15 %

* Aktivitet knyttet til fødsel og barn er **ikke** ekskludert fra datagrunnlaget. Analysen er utført av Helse Sør-Øst RHF

Tabell 33: Egendekningsgrad av bydel/sykehusområdene per HF med lokalsykehusområde i Oslo, 2014. Kilde: Helse Sør-Øst RHF.

For å ha et sykehus å sammenligne seg med, har egendekningsanalyser også blitt utført for Ringerike sykehus. Analysene av egendekning ved Lovisenberg, Diakonhjemmet og Ringerike sykehus har avdekket følgende:

- 24 % og 18 % av liggedagene i henholdsvis Diakonhjemmet og Lovisenberg opptaksområde er knyttet til barn og fødsler. Isolert håndtering av barn og fødsler er viktig for å gi et riktig bilde av egendekningen. Dersom det ikke bygges ut et barne- og fødetilbud ved Lovisenberg og/eller Diakonhjemmet vil det være et tak for egendekningen på ca. 80 % ved disse sykehusene
- Diakonhjemmet har et akuttkirurgisk behandlingstilbud. Lovisenberg har ikke et slikt tilbud i dag. Dette er faktoren som ville hatt desidert størst betydning dersom egendekningen på Lovisenberg skulle økes. Et akuttkirurgisk tilbud vil naturlig også følges av økt egendekning innen elektiv kirurgi. Etterkontroller av kirurgi utført ved andre sykehus er mye av årsaken til lav poliklinisk egendekning ved Diakonhjemmet og Lovisenberg
- Lovisenberg og Diakonhjemmet har en egendekning innen akutte liggedøgn med medisinsk DRGer på mellom 67 og 77 %. Dersom det korrigeres for det forhold at Lovisenberg ikke har et akuttkirurgisk tilbud, økes deres egendekning til 77 %. Alle de tre sykehusene (medregnet Ringerike) ligger omtrent på samme nivå her. Det er sannsynligvis ikke innenfor akutte medisinske DRGer det er mest å hente dersom egendekningen skal økes. Store volum gjør likevel at en begrenset prosentuell økning i egendekning kan gi relativt store utslag i fordeling av aktivitet
- Målt etter antall liggedager, skyldes Diakonhjemmet og Lovisenberg sin lave egendekning innen elektive medisinske DRGer i stor grad at rehabilitering og epilepsi gjøres ved andre institusjoner. Dette er spesialiserte tilbud som ikke skal skje på lokalsykehuset, og mye av aktiviteten innen rehabilitering skjer på Sunnaas. Målt etter antall polikliniske konsultasjoner er dialyse den desidert viktigste årsaken til lav egendekning på Diakonhjemmet og Lovisenberg.
- Både Diakonhjemmet og Lovisenberg har lav egendekning innen elektiv kirurgi. Dette kan i hovedsak tilskrives et smalt tilbud, men også eksterne krefter som fritt sykehusvalg. Det er også slik at Lovisenberg egentlig ikke har noe opptaksområdeansvar innen elektiv kirurgi. Til sammenligning har Ringerike sykehus et mindre totalvolum innen elektiv kirurgi enn både Diakonhjemmet og Lovisenberg, men likevel vesentlig høyere egendekning.

Konklusjonen er at egendekning ved sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg vil kunne økes ikke kun når det gjelder liggedøgn, men i enda større grad når det gjelder dagbehandling og poliklinikk. Den enkeltfaktoren som isolert sett ville hatt størst effekt på egendekningen er etablering av et akuttkirurgisk tilbud ved Lovisenberg.

8.10 Vedlegg 10 Kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern og TSB

I SINTEF-rapporten kommer det tydelig fram at det er et kapasitetsunderskuddet på somatiske senger i hovedstadsområdet, men man ser ikke den samme utfordringen innen psykisk helsevern og TSB. Hvis vi benytter sykehusenes oppdaterte sengekapasiteten innen psykisk helsevern og TSB i 2014, ser sengebehov (2013-tall) sett opp mot sengekapasitet ut som følger:

PH og TSB: sengebehov 2013 sett opp mot sengekapasitet 2014				
Sykehus	PHV sykehus	PHV DPS	PHBU	TSB
OUS				
Sengekapasitet 2014	199	50	17	100
Sengebehov 2013	199	50	19	81
Differanse	0	0	-2	19
Ahus				
Sengekapasitet 2014	128	108	22	68
Sengebehov 2013	112	110	25	52
Differanse	16	-2	-3	16
DS				
Sengekapasitet 2014	45	–	–	–
Sengebehov 2013	35	–	–	–
Differanse	10	–	–	–
LDS				
Sengekapasitet 2014	76	19	–	–
Sengebehov 2013	80	19*	–	–
Differanse	-4	0	–	–
Sum differanse sengekapasitet og omstilt sengebehov	22	-2	-5	35

* Aktivitet på Lovisenberg DPS er ikke inkludert i SINTEF-rapporten og ble følgelig hverken estimert eller framskrevet. Aktivitet i 2013 er estimert av Deloitte basert på data mottatt fra Lovisenberg. Basis utnyttelsesgrad er lagt til grunn

Behov for døgnenger 2013 er estimert på bakgrunn av liggedager 2013 (NPR med evt. korrigeringer) jfr. SINTEF-rapporten. Kapasitet 2014 er basert på korrigerede SINTEF-tall etter tilbakemelding med sykehusene

Tabell 34: *Sengebehov (2013) innen psykisk helsevern og TSB sett opp mot sengekapasitet 2014. Kilde: SINTEF-rapport A26321, Deloitte for estimering av sengebehov 2013 Lovisenberg DPS og oppdatert kapasitet fra sykehusene.*

Nåværende situasjon viser noe underskudd på sengeplasser ved DPS og innen PHBU, ellers er det overkapasitet i totalt.

Sett fram mot 2030 vil sammenstilling av sengebehov satt opp mot sengekapasitet gi følgende:

PH og TSB: sengebehov 2030 sett opp mot sengekapasitet 2030				
Sykehus	PHV sykehus	PHV DPS	PHBU	TSB
OUS				
Sengekapasitet 2030	208	60	19	43
Sengebehov 2030	200	48	18	73
Differanse	8	12	1	-30
Ahus				
Sengekapasitet 2030	130	108	22	68
Sengebehov 2030	122	108	25	52
Differanse	8	0	-3	16
DS				
Sengekapasitet 2030	45	–	–	–
Sengebehov 2030	38	–	–	–
Differanse	7	–	–	–
LDS				
Sengekapasitet 2030	76	19	–	–
Sengebehov 2030	77	19*	–	–
Differanse	-1	0	–	–
Sum differanse sengekapasitet og omstilt sengebehov	22	12	-2	-14

* Sengebehov i 2030 for PHV DPS ved Lovisenberg DPS er her satt lik estimert sengebehov for 2013, jfr. Tabell 34

Tabell 35: Sengebehov innen psykisk helsevern og TSB sett opp mot sengekapasitet 2030. Kilde: SINTEF-rapport A26321, Deloitte for estimering av sengebehov 2013 Lovisenberg DPS og sykehusene for oppdatert fysisk kapasitet i 2030.

Tabellen viser at det er estimert overkapasitet på sengeplasser for psykisk helsevern for voksne både på sykehus og DPS i hovedstadsområdet. For barn og unge er det estimert en liten underkapasitet på sengeplasser på Akershus universitetssykehus og totalt. Det er estimert en underkapasitet på døgnenger innen TSB i hovedstadsområdet, dersom det ikke gjøres vesentlige investeringer. Den estimerte underkapasiteten på TSB innen Oslo universitetssykehus skyldes gammel bygningsmasse. Det antas likevel videre drift i noen av byggene, og da vil det i tilfelle ikke lenger være underkapasitet innen TSB ved Oslo universitetssykehus eller totalt sett. Innen TSB foreligger det avtaler med mange private aktører, og denne kapasiteten er ikke medregnet.

Totalt sett ser kapasitetsutfordringene vesentlig mindre ut innenfor psykisk helsevern og TSB enn for somatikken. Også innen psykisk helsevern og TSB er tallene å oppfatte som estimater som det selvsagt er knyttet ulike usikkerhetsfaktorer til.

Det er ønskelig at pasienter får dekket en størst mulig andel av helsetjenestene ved sitt lokalsykehus. Det er også førende for arbeidet at opptaksområdene for psykisk helsevern, TSB og somatikken følger hverandre, så langt dette er mulig og hensiktsmessig.

8.11 Vedlegg 11 Forutsetninger, metodikk og fremgangsmåte ved analyser

8.11.1 Grunnlagsdata for alle beregninger i løsningsforslag

Input og demografisk framskrivning

Prosjektet har fra starten gjort et tydelig valg om at bruk av senger og sengeareal er den mest bestemmende faktoren for hvordan kapasitetsutfordringene i hovedstadsregionen bør løses. Dette begrunnes med at det på gjennomføringstidspunktet av dette prosjektet er sengekapasitet som utgjør den største kapasitetsutfordringen.

Når det skal tas beslutninger basert på fordeling av sengebehov og -areal, er det en naturlig konsekvens å anvende liggedager som analysevariabel. Liggedager kan direkte konverteres til sengebehov ved antatte utnyttelsesgrader og åpningstider, og er således langt mer beskrivende for sengebehovet enn andre datavariabler, som f.eks. antall opphold eller DRG-produksjon.

SINTEF-rapporten beregnet *omstilt aktivitet* ved hovedstadssykehusene kun i 2030, og ikke for noen av mellomårene. Videre var denne aktiviteten vist på HF-nivå og ikke bydeler og kommuner. Dette prosjektet har følgelig hatt behov for å gjøre egne framskrivinger. Grunnlaget for data brukt i løsningsalternativene er aktivitetsdata fra 2014, i motsetning til 2012 som er benyttet i SINTEF-rapporten, for de fire hovedstadssykehusene. Dette aktivitetsgrunnlaget er deretter *demografisk* framskrevet fra 2014 til 2018, 2020, 2025 og 2030 basert på SSB sitt MMMM-alternativ for befolkningsvekst, tilsvarende det som er benyttet av SINTEF. Framskrivningen er gjort ved å dele inn aktivitet og befolkning i grupper basert på aldersgruppe (0–19 år, 20–64 år og 65+ år), bosted (kommune eller bydel) og behandlersted, og framskrive kombinasjoner av aldersgruppe og bosted i henhold til den spesifikke befolkningsveksten i relevant gruppe.

I disse framskrivingene er aktivitet knyttet til ICD-10-kode Z38.0 ekskludert, da dette i all hovedsak utgjør friske nyfødte som ikke opptar kapasitet ved sykehuset.

Utrekningen av *omstilt* framskrevet aktivitet i de mellomliggende årene er basert på en forutsetning om at 60 % av den totale omstillingen i aktivitet ved hvert sykehus skjer innen 2020, og totalt 90 % innen 2025. Med omstilling menes de tiltakene og utviklingstrendene som SINTEF mener vil gjøre seg gjeldende mellom 2012 og 2030, og påvirke aktiviteten i spesialisthelsetjenesten utover kun befolkningsutvikling. Dette er forutsetninger som selvfølgelig kan vise seg å ikke stemme, men det er et valg basert på at det er grunn til å tro at flere av omstillingseffektene, og da først og fremst omstilling mot primærhelsetjenesten, vil ha større effekt i de kommende årene enn i årene nærmere 2030.

Håndtering av aktivitet knyttet til barn og fødsler i analyser av somatisk virksomhet

I en rekke analyser er aktivitet relatert til barn og fødsler håndtert spesifikt. Følgende definisjoner av ulike grupper er anvendt:

- **Friske nyfødte:** Definert som aktivitet med hoveddiagnose Z38.0. 95 % av opphold med DRG 391 *Frisk nyfødt* får Z38.0 som hoveddiagnose
- **Barn:** Definert som aktivitet der alder på pasient er i intervallet 0–19 år
- **Fødsler:** Definert som opphold med hoveddiagnose i ICD-10-kapittel O og P, samt kategoriblokk Z30–39, med unntak av Z30, og der alder på pasient er 20 år eller eldre

Alle nyfødte inngår følgelig i kategorien *barn*.

Forutsetninger i normalisering og konvertering til omstilt sengebehov

Da prosjektet har behov for å estimere aktivitet for enkeltbydeler og -kommuner har det vært nødvendig å gjøre enkelte forutsetninger ved bruk av SINTEF-materialet. Det er som et ledd i dette gjort en normalisering av den *demografiske* framskrivningen prosjektet regnet ut, slik at summene per behandlersted settes til å være identisk med resultatet i SINTEF-rapporten for mellomårene. I praksis innebærer dette man fordeler en gitt aktivitet ved ett behandlersted, på enkeltbydeler og -kommuner, basert på andelen av aktiviteten ved behandlerstedet som den aktuelle kommunen eller bydelen er tenkt å utgjøre, gitt prosjektets utregninger. For å estimere den *ønskede omstilte* aktiviteten, er det i forbindelse med denne normaliseringen deretter lagt inn omstillingseffekter tilsvarende det som er anvendt i SINTEF-rapporten.

Den normaliserte oversikten over både demografisk og omstilt framskrevet aktivitet er konvertert til sengebehov. I denne konverteringen er utnyttelsesgradene som fremgår i SINTEF-rapporten benyttet, hvilket betyr basis utnyttelsesgrad hensyntatt fordeling av sengetyper på det aktuelle sykehuset. For Akershus universitetssykehus er høy utnyttelsesgrad benyttet innen voksensomatikken.

Denne framskrivingen resulterer i en oversikt over sengebehov i årene 2018, 2020, 2025 og 2030 for hver bydel og kommune i Oslo og Akershus sykehusområder, og fordelt på behandlersted. Behandlersted er her Oslo universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) og Diakonhjemmet Sykehus (DS), samt samlekategorien *Andre*, som inneholder alle andre sykehus og helseforetak i Norge. Denne oversikten danner utgangspunktet for beregning av endring i somatisk sengebehov ved flytting av enkeltbydeler og -kommuner.

8.11.2 **Metodikk for beregning av endring i somatisk sengebehov ved flytting av bydeler og kommuner**

Med bakgrunn i oversikten som fremkommer over sengebehov per bosted og behandlersted (jfr. forrige delkapittel 8.11.1) er det utviklet en metodikk som søker å estimere hvordan pasientvolumet fra en bydel eller kommune vil fordele seg dersom man flyttet bydelen/kommunen til et annet sykehus og opptaksområde.

Metodikken består av følgende steg:

1. **Aktuelt volum:** Dette er utgangspunktet for fordelingen av pasientvolum, og angir det totale sengebehovet fra en bydel eller kommune i et gitt år, både fra nåværende lokalsykehus og andre behandlersteder. Dette volumet fordeles gjennom steg 2–6.
2. **Volum til mottagende sykehus:** Dette er et estimat på hvor mye av det aktuelle volumet som det mottagende sykehuset ville ivaretatt ved flytting. Estimaten baserer seg på det mottagende sykehuset sin nåværende egendekning for sitt nåværende opptaksområde. Diakonhjemmet har for eksempel 44 % egendekning på sine nåværende bydeler, og det forutsettes da at sykehuset også ville ivaretatt 44 % av det aktuelle volumet fra en bydel eller kommune som flyttes til sykehuset.
3. **Volum innen barn og fødsler:** Volum knyttet til barn og fødsler forblir på det behandlerstedet aktiviteten forekommer i dag, hvilket for hovedstadsområdet betyr Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.
4. **Volum innen regionale og andre spesialfunksjoner, samt generell lekkasje til Oslo universitetssykehus:** Det forutsettes at aktivitet utover det som er tilknyttet barn og fødsler, fra den aktuelle bydelen eller kommunen, som i dag skjer på Oslo universitetssykehus, vil bestå på Oslo universitetssykehus. Dette volumet består av nasjonale og regionale funksjoner, samt ulik aktivitet som av andre årsaker finner sted på Oslo universitetssykehus. Forutsetningen er at denne aktiviteten enten foregår på Oslo universitetssykehus av en spesifikk årsak, eller at den av andre årsaker er utfordrende å endre, slik at eventuell flytting av bydeler eller kommuner ikke vil påvirke dette volumet.
5. **Pasientstrømmer til andre sykehus:** Det mottagende sykehuset vil oppleve at noe av aktiviteten fra bydelen eller kommunen det overtar foregår ved andre sykehus utenom Oslo universitetssykehus (såkalte «lekkasjer»). Dette kan være på grunn av hvor pasienten rent geografisk befinner seg i det behovet for helsehjelp oppstår, eller på grunn av spesialfunksjoner ved enkelte sykehus. Disse pasientstrømmene estimeres med utgangspunkt i hvilken andel av aktiviteten i mottagende sykehus sitt opptaksområde som håndteres av andre sykehus enn lokalsykehuset og Oslo universitetssykehus. Hvis for eksempel Lovisenberg håndterer 5 % av aktiviteten fra Diakonhjemmet opptaksområde, er det trolig at 5 % av det aktuelle volumet i steg 1 ivaretas av Lovisenberg dersom bydelen eller kommunen overføres til Diakonhjemmet.
6. **Ufordelt volum:** I mange tilfeller av mulige kombinasjoner av bydel/kommune og mottagende sykehus vil deler av det aktuelle volumet i steg 1 ikke være fordelt i steg 2–5. Dette ufordelte volumet er i modellen lagt til Oslo universitetssykehus, da Oslo universitetssykehus med sin størrelse og brede virksomhet får en naturlig oppsamlingsfunksjon. Dette er et volum som det naturligvis er mulig å håndtere på andre måter dersom konkrete tiltak iverksettes. Fremgangsmåten her fremsetter således et worst-case-scenario for Oslo universitetssykehus, i den forstand at alt usikkert volum legges til dette sykehuset.

7. **Aktivitet med dagens organisering og fordeling:** Stegene 2–6 gir fordelingen av det aktuelle volumet fra den aktuelle bydelen eller kommunen. Da fremstillingen skal vise *endring i sengebehov* sammenlignet med hvordan situasjonen ville vært uten flytting av bydeler eller kommuner, er det nødvendig å ta hensyn til volumet som ville tilfalt det enkelte sykehus uten endringer i opptaksområder. For 2014 er disse volumene faktisk aktivitet, mens øvrige år baserer seg på framskrivningen spesifisert i forrige delkapittel 8.11.1.
8. **Netto endring i sengebehov:** Summen av verdiene i steg 2–6 fratrukket verdien i steg 7 utgjør netto endring i sengebehov per sykehus som følge av den aktuelle bydels- eller kommuneflyttingen.

Tabell 36 illustrerer metodikken ved å vise til et eksempel der bydel Alna flyttes fra Akershus universitetssykehus til Diakonhjemmet i 2018. Avvik i summer som fremkommer av tallene slik de vises her skyldes avrundinger.

Eksempel: Bydel Alna fra Akershus universitetssykehus til Diakonhjemmet, 2018-verdier						
Steg	Overordnet	OUS	Ahus	DS	LDS	Andre
1. Aktuelt volum	109					
2. Mottagende sykehus				48		
3. Barn og fødsler		9	10			
4. Region/spesial. OUS		15				
5. Andre sykehus		0	1		3	10
6. Ufordelt (antatt til OUS)		14				
7. Uten flytting		23	73	1	3	8
8. Netto endring		14	-62	47	-1	1

Tabell 36: Eksempel på beregning av endring i sengebehov ved overføring av bydeler. Kilde: Deloitte.

8.11.3 Metodikk for beregning av endring i behov for somatiske dagplasser og poliklinikkrom ved ulike flyttealternativer

Som tidligere nevnt har dette prosjektet gjort et tydelig valg om at bruk av senger og sengeareal er den mest bestemmende faktoren for hvordan kapasitetsutfordringene i hovedstadsregionen bør løses. For dag- og poliklinisk behandling forutsettes det at det enkelte sykehus selv kan løse eventuelle kapasitetsutfordringer. På denne bakgrunn ble det ikke foretatt egne framskrivinger av dag- og poliklinisk aktivitet for mellomårene for enkeltbydeler eller -kommuner. Slik data var heller ikke tilgjengelig i SINTEF-rapporten.

Utgangspunktet for estimering av endring i behov for somatiske dagplasser og poliklinikkrom ved ulike flyttealternativer er aktivitetsdata for 2014, og effekten er vist kun for 2014-aktivitet. Mer konkret er det tatt utgangspunkt i antall dagopphold og antall polikliniske konsultasjoner ved det enkelte sykehus fra ulike bydeler og kommuner i Oslo og Akershus sykehusområder i 2014.

Følgende fremgangsmåte er benyttet:

- Regne ut faktisk fordeling av aktivitet fra bydeler og kommuner i Oslo og Akershus sykehusområder på de enkelte hovedstadssykehusene og samlekategorien *Andre* (sykehus/HF)
- Kartlegge aktivitetsfordelingen (pasientstrømmer) for de respektive hovedstadssykehusenes eksisterende opptaksområder. Med dette menes hvor stor andel av aktiviteten fra det samlede opptaksområdet som foregår ved ulike sykehus og HF
- Applisere aktivitetsfordelingen for et sykehus på totalaktiviteten fra bydelen eller kommunen som er foreslått flyttet til vedkommende sykehus
- Regne ut differansen mellom faktisk aktivitetsfordeling gitt eksisterende opptaksområder og ny aktivitetsfordeling gitt flytting til et annet sykehus

Tilnærmingen er benyttet for dagopphold og polikliniske konsultasjoner separat, før resulterende estimerte antall dagplasser og polikliniske rom er slått sammen. Estimering av antall dagplasser og antall

poliklinikkrom er basert på basis utnyttelsesgrad slik definert i SINTEF-rapporten. Aktivitet knyttet til fødsler og barn er ekskludert. Aktivitet knyttet til dagkirurgi er også ekskludert, da slik behandling foregår ved operasjonsstuer og ikke er førende for kapasitet innen dagplasser.

Fremgangsmåten impliserer at bydelen/kommunen som flyttes sin andel av aktivitet som foregår på andre sykehus er lik fordelingen for mottakende sykehus sitt eksisterende opptaksområde. F.eks. vil fordelingen av dag-/poliklinisk aktivitet fra bydel Alna bli lik fordelingen av aktivitet fra Diakonhjemmet sitt eksisterende opptaksområde, ved flytting av Alna til Diakonhjemmet.

8.11.4 **Fremgangsmåte for sensitivetsanalyser**

Utgangspunktet for fremtidig aktivitet ved sykehusene i hovedstadsregionen er beregningene og resultatene som fremgår i SINTEF-rapporten. Fremgangsmåten i SINTEF-rapporten består av en rekke forutsetninger og estimat på fremtidig utvikling, og det har vært ønskelig å vurdere hvor sensitive de endelige aktivitetsresultatene er for andre forutsetninger.

Resultatene fra sensitivetsanalysene er presentert i Vedlegg 4 *Analyser av sensitivitet og aktivitetsutvikling somatikk*, mens det her gjøres rede for den tekniske gjennomføringen av sensitivetsanalysene. Listen under viser hvilke sensitivetsanalyser som er gjort:

- Sensitivitet for endret utnyttelsesgrad senger ved Akershus universitetssykehus
- Sensitivitet for andre befolkningsframskrivingsmodeller
- Sensitivitet for endring i omstilling mot primærhelsetjenesten
- Sensitivitet for endringer i aktivitetsøkning som følge av etterspørsel og teknologi

Videre følger en beskrivelse av fremgangsmåten anvendt i disse analysene.

Sensitivitet for endret utnyttelsesgrad senger ved Akershus universitetssykehus HF

Denne analysen viser hvordan sengebehovet ved Akershus universitetssykehus i perioden 2012–2030 ville vært, dersom man la til grunn en høy utnyttelsesgrad på 90 % for normalsenger og 80 % for observasjons-senger, sammenlignet med basis utnyttelsesgrad på henholdsvis 85 og 75 % utnyttelsesgrad for de samme sengene. I disse vurderingene er normalsenger til føde og barsel holdt uendret på 85 % utnyttelsesgrad, mens pasienthotellsenger til barsel er holdt uendret på 75 %.

Følgende fremgangsmåte er benyttet:

- Regne ut den nåværende og SINTEF-baserte effektive utnyttelsesgraden (uttrykt som %) på tvers av ulike sengetyper og deres respektive utnyttelsesgrader, vektet mot hvor mange senger SINTEF estimerer innen hver type seng
- Regne ut en ny, effektiv utnyttelsesgrad (i %) basert på endringer i utnyttelsesgrader per sengetype
- Applisere differansen mellom opprinnelig og ny effektiv utnyttelsesgrad på det relevante antall liggedager

Disse beregningene forutsetter en tilsvarende sammensetning av sengetyper når utnyttelsesgradene endres. Dette er ikke strengt korrekt, da en økning i enkelte sengetyper mens andre holdes uendret, vil resultere i at disse sengetypene får en større relativ andel av total sengemasse. Sengebehovet fremstilt i for Akershus universitetssykehus er korrigert for avlastningsavtalen mellom Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet i 2014 (estimert 20 senger i 2014), og Vestby kommune er ekskludert fra 2018 (estimert 20 senger).

Sensitivitet for andre befolkningsframskrivingsmodeller

SINTEF-rapporten baserer sitt hovedalternativ på SSB sitt MMMM-alternativ for befolkningsframskriving. Analysene gjort av prosjektet har vurdert konsekvensen av å heller benytte SSB sitt MMMH-alternativ eller Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger på fremtidig aktivitet.

Følgende fremgangsmåte er benyttet:

- Fordele faktisk aktivitet i 2014 på tredelt aldersgruppering og pasientens bosted
- Fremskrive aktivitet med 2014 som basisår til 2018, 2020, 2025 og 2030, basert på de ulike befolkningsframskrivingsmodellene

- Sammenligning av resultater: resultatene for MMMH-alternativet og Oslo kommune og Akershus fylkeskommune sine framskrivinger sammenlignes med den tilsvarende beregningen med MMMM-alternativet, og det fremkommer en relativ differanse. Denne relative differansen er deretter applisert på resultatene i SINTEF-rapporten, for å danne et felles referansepunkt
- Til slutt er resultatene konvertert til omstilte verdier ved å bruke de samme omstillingsfaktorene (faktor mellom demografisk framskrevet aktivitet og omstilt aktivitet) som ligger til grunn i SINTEF-rapporten. Dette er gjort per helseforetak og år

For å danne en baseline i samtlige år (2014, 2018, 2020, 2025, 2030) er det laget et estimat på SINTEF-rapportens resultater i de mellomliggende årene, da selve rapporten kun viser framskrevet omstilt aktivitet i 2030. I dette estimatet er det forutsatt at 60 % av den totale omstillingen (forholdet mellom demografisk framskrevet aktivitet og omstilt aktivitet) i 2030 skjer innen 2020, og 90 % innen 2025. Videre er det forutsatt de samme utnyttelsesgradene og åpningstidene som i SINTEF sitt hovedalternativ.

Sensitivitet for endring i omstilling mot primærhelsetjenesten

Denne analysen viser hvordan liggedager og sengebehov i årene 2018–2030 endrer seg dersom det forutsettes en annen omstilling mot primærhelsetjenesten enn det som er anvendt i SINTEF-rapporten.

Følgende fremgangsmåte er benyttet:

- Regne ut en samlet faktor som beskriver den omstillingen mot primærhelsetjenesten som SINTEF legger til grunn, ved å vekte pasientforløpenes respektive omstillingssatser mot pasientforløpets andel av totalt antall liggedager
- Bruke differansen mellom denne samlede faktoren og en egenvalgt sats til å estimere endring i volum som endret omstilling ville medført. I dette ligger at omstillingssatsen for omstilling mot primærhelsetjenesten eksponeres mot det totale volumet av demografisk framskrevet aktivitet, og ikke en sub-total sum
- Applisere relevant åpningstid og utnyttelsesgrad for å regne ut sengebehov. Det er forutsatt de samme utnyttelsesgradene og åpningstidene som i SINTEF sitt hovedalternativ

Sensitivitet for endringer i aktivitetsøkning som følge av etterspørsel og teknologi

SINTEF har lagt inn en 20 %-aktivitetsøkning på enkelte kategorier av aktivitet på grunnlag av endringer i teknologi, forventninger og etterspørsel. Analysen undersøker hvordan aktiviteten i disse kategoriene endres dersom man appliserer en annen, mindre aktivitetsvekst enn de 20 % som er benyttet av SINTEF.

Følgende fremgangsmåte er benyttet:

- Benytte henholdsvis 0 og 10 % vekst på baseverdien oppgitt av SINTEF, og sammenligne dette svaret med verdien SINTEF selv kommer fram til med 20 % vekst
- Endring i behov for antall dagplasser/poliklinikkrom er estimert med basis utnyttelsesgrad slik definert av SINTEF

8.12 Vedlegg 12 Løsningsforslag ved endring av oppgaver – faggruppenotater

Faggruppens notater følger som et eget dokument.