



**Kvalitetssikring av
kapasitetsberegninger for psykisk
helsevern og tverrfaglig spesialisert
rusbehandling ved Aker, Oslo
universitetssykehus HF**

1	Bakgrunn	3
1.1	Metode for framskrivninger	3
2	Om arbeidsgruppen	5
3	Poliklinikk	6
3.1	Grunnlaget fra konseptrapporten.....	6
3.2	Vurdering	6
4	Døgnbehandling.....	8
4.1	Grunnlaget fra konseptrapporten.....	8
4.2	Regional avdeling for spiseforstyrrelser.....	8
4.3	Psykisk helsevern barn og unge.....	9
4.4	Lokal sikkerhet.....	10
4.5	Omstillingsfaktorer døgnbehandling	10
4.6	Vurdering.....	12
5	Arbeidsplasser.....	14
6	Bydelene i Groruddalen.....	15
7	Oppsummering av arealbehov	16

1 Bakgrunn

Oppdraget er basert på vedtakspunkt 2 i styresak 006-2019 i Helse Sør-Øst RHF:

«Kapasitetsberegningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kvalitetssikres, og behov for endringer skal tas hensyn til i det videre arbeidet»

Kvalitetssikringen bygger på konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad, hovedprogrammets del I funksjon, for nytt sykehus på Aker, og dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell Oslo universitetssykehus HF etappe 1, datert 1. september 2018.

Oppdraget er avgrenset til å vurdere og kvalitetssikre kapasitetsberegningene som er utført som en del av konseptutredningen.

1.1 Metode for framskrivninger

Arealer for senger, dagbehandling og poliklinikk, såkalte kapasitetsbærende rom, beregnes ut fra en framskrivning av befolkningens behov for sykehustjenester. Behovene vurderes ut fra både kvantitative og kvalitative tilnærminger:

- Den kvantitative framskrivningen består i at dagens aktivitetsnivå (pasientdata fra Norsk pasientregister) framskrives med utgangspunkt i befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Det benyttes ettårig fordeling på alder og kjønn, samt bostedskommune (bydeler).
- For å fange opp utviklingstrekk ut over det som følger av befolkningsutviklingen gjøres vurderinger av blant annet sykdomsutvikling, tilbudsendringer og glidning i omsorgsnivå.
- I framskrivningene ligger det flate effekter knyttet til omstilling uavhengig av dagens situasjon i det enkelte helseforetak. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er omstillingseffektene knyttet til samhandling og intern effektivisering.

Denne beregningen, basert på den nasjonale modellen, kobles så med utnyttelsesgrad for senger og åpningstider for poliklinikk.

I tillegg kommer beregninger av behov for blant annet areal til medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner. I arealstandardene som benyttes ligger eksempelvis arbeidsstasjoner, grupperom, vaktrom, behandlingsrom (f. eks. elektrokonvulsiv behandling, overvåkningsrom og spesialrom) og ekspedisjon med areal til merkantilt støttepersonell i tillegg til de kapasitetsbærende rommene.

Modellen for framskrivning av sykehusaktivitet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er ikke så detaljert som modellen for somatikk. I somatikk gjøres det eksempelvis en vurdering av sykdomsutviklingen for en rekke diagnosegrupper, mens for psykisk helsevern og TSB gjøres det ingen differensiering på diagnosegrupper. Endringene er derfor et uttrykk for en tilbuds- og etterspørselsendring.

Framskrivningen er inndelt i tjenesteområde psykisk helsevern voksne, psykiske helsevern barn og unge og TSB. Aktiviteten er videre fordelt på døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Forutsetningene for framskrivninger innen psykisk helsevern og TSB fra Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst er lagt til grunn. Aktivitetsgrunnlag er hentet fra Norsk pasientregister 2017 og vekst framskrevet til 2035 med SSB sitt middelalternativ publisert i 2018.

Modellen for framskrivning av psykisk helsevern og TSB som er brukt i konseptrapporten for videreutvikling av Aker og Gaustad tar utgangspunkt i pasientdata fra Norsk pasientregister i 2017 for sykehusaktivitet som er planlagt til Aker ved Oslo universitetssykehus HF og Alna bydel (sykehusaktivitet ved Akershus universitetssykehus HF), som inngår i etappe 1.

Grunnlaget for kvalitetssikring er følgende aktivitetsgrunnlag med beregnet kapasitet.

	Aktivitetsgrunnlag 2017	Framsrevet aktivitet 2035	Kapasitetsbærende- rom
Psykisk helsevern for voksne			
Oppholdsdøgn	42 865	42 659	139 senger
Poliklinikk og dagopphold	35 109	47 507	33 behandlings- og konsultasjonsrom
Psykisk helsevern for barn og unge			
Oppholdsdøgn	9 031	7 869	29 senger
Poliklinikk og dagopphold	3 730	4 395	17 behandlings- og konsultasjonsrom
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Oppholdsdøgn	25 537	23 916	17 senger
Poliklinikk og dagopphold	31 560	41 932	30 behandlings- og konsultasjonsrom

Figur 1. Kilde: Hovedprogram nytt sykehus på Aker, Oslo universitetssykehus HF, del 1 funksjonsprogram

2 Om arbeidsgruppen

Arbeidet er utført i et samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF, ved klinikk for psykisk helse og avhengighet (KPHA).

Fra Helse Sør-Øst RHF har Nicolai Møkleby, Christian Thoresen og Glenn Flandorfer deltatt.

Fra Oslo universitetssykehus HF har klinikkleder Marit Bjartveit, avdelingsleder Thor Børre Sangesland, økonomileder Jon Kristiansen, økonomirådgiver Siri Lundquist og overlege barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Ruth-Kari Ramleth deltatt. Klinikktillitsvalgt for norsk psykologforening Birgit Aanderaa og hovedverneombud i klinikken, Christian Smestad Torp har også deltatt i arbeidet.

Arbeidsgruppen har innhentet informasjon fra aktuelle aktører etter behov.

3 Poliklinikk

3.1 Grunnlaget fra konseptrapporten

I regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst fremheves mulighetsrommet med å ta i bruk nye behandlingsmåter. Eksempler er e-poliklinikk/e-mestring, bruk av FACT-team (Fleksibel Assertive Community Treatment (FACT) er et ambulant behandlingstilbud rettet mot personer med psykisk lidelser) og ACT-team (Assertive Community Treatment-team er en modell for å gi oppsøkende og helhetlige tjenester til personer med psykoselidelser). Bruk av teknologi vil påvirke måten man arbeider på og utforming av arealer. Det er anslått at 15 prosent av den polikliniske aktiviteten vil kunne håndteres ved video/internett-behandling.

Nye måter å arbeide på vil fortsatt kreve areal og det er derfor ikke forutsatt en reduksjon i poliklinikkarealer basert på endrede arbeidsformer. Helsepersonell vil trenge areal for å utføre avstandsoppfølging av pasienter. I hovedprogram for nytt sykehus på Aker del 1 funksjonsprogram, presiseres det i fotnote 6 (s. 25) at areal som fjernes som følge av omstilling med teknologi skal tilbakeføres, det vil si innarbeides i programmet (slik at det finnes rom til helsepersonell til blant annet medisinsk avstandsoppfølging). Dette arealet utgjør ca. 150 m²netto.

I hovedprogram for nytt sykehus på Aker, del 1 funksjonsprogram (s. 39), er det beskrevet at det er avsatt samlet 2.000 m² netto til poliklinikk innenfor de tre tjenesteområdene.

3.2 Vurdering

Når man skal vurdere arealbehovet er det nødvendig å se på fordelingen av den polikliniske aktiviteten. Eksempelvis vil gruppebehandling kreve mer areal enn standard polikliniske konsultasjoner med en pasient. Samtidig vil en dagbehandling ha en lengre varighet enn en telefonkonsultasjon. I framskrivningene er det benyttet total poliklinisk aktivitet i 2017. For psykisk helsevern og TSB inkluderer dette en aktivitet utover polikliniske konsultasjoner med fysisk fremmøte av pasient. Nedenfor vises andelen av ulike former for poliklinisk aktivitet for de tre tjenesteområder som er framskrevet.

Type konsultasjon	BUP	TSB	VOP	Samlet
Poliklinisk konsultasjon	11 %	68 %	54 %	59 %
Gruppebehandling	22 %	0 %	24 %	13 %
Konsultasjon pårørende/foresatt	8 %	0 %	1 %	1 %
Strukturert poliklinisk dagbehandling	32 %	0 %	2 %	2 %
Samarbeidsmøte	6 %	2 %	1 %	1 %
Telefon med pasient eller førstelinje	20 %	30 %	18 %	24 %
Totalsum	100 %	100 %	100 %	100 %

Figur 2. Kilde: Oslo universitetssykehus HF.

Med bakgrunn i framskrevet poliklinisk aktivitet er det gjort en ny vurdering av arealbehov, med beregning av arealbehov fordelt på type poliklinisk behandling. Det er forutsatt en arealstandard på 25 m² for polikliniske rom og 33 m² for gruppebehandlinger. I hovedprogram for nytt sykehus på Aker, del 1 funksjonsprogram, er det forutsatt 25 m² for alle rom. Gruppebehandlingene utgjør 13 prosent av den totale aktiviteten og øker arealbehovet.

Tidsbruken for de ulike konsultasjonene varierer fra 30 minutter per pasient i gruppebehandling til 300 minutter for dagbehandlingene. Fordelingen av type polikliniske opphold vil påvirke snitt konsultasjonstid for den samlede polikliniske aktiviteten. Gjennomsnittlig konsultasjonstid med den framskrevde aktiviteten er i underkant av 80 minutter, eksklusive dagbehandling er snitt

konsultasjonstid på 75 minutter og ligger innenfor de dimensjonerende forutsetningen som er beskrevet i kapittel 1.1. Dagbehandling med 5 timers varighet, som særlig finnes innenfor BUP, øker arealbehovet noe.

Gjennomgangen av arealbehovet for poliklinikk gir en arealøkning på 262 m² netto.

4 Døgnbehandling

4.1 Grunnlaget fra konseptrapporten

Aktivitet fra 2017 for følgende behandlingssenheter i psykisk helsevern for voksne er framskrevet:

- Akuttpsykiatrisk avdeling
- Alderspsykiatrisk seksjon
- Seksjon for psykosebehandling
- Seksjon for tidlig psykosebehandling
- Regional seksjon spiseforstyrrelser

For psykisk helse for barn- og ungdom inngår barneseksjonen og ungdomsseksjonen.

Innen TSB inngår enhetene rus og avhengighet for voksne og ungdom, samt rusmottak og avgifting.

I tillegg er det framskrevet aktivitet tilsvarende sykehuspasienter bosatt i bydel Alna som er behandlet ved Akershus universitetssykehus HF.

Det er benyttet en kapasitetsutnyttelse som tilsier 85 prosent belegg i senger innen voksenpsykiatri, 80 prosent belegg i senger innen TSB og 75 prosent belegg i senger innen psykisk helsevern for barn- og ungdom.

I hovedprogram nytt sykehus på Aker, del 1 funksjonsprogram, er det avsatt samlet 10.793 m² netto til døgnbehandling med 251 senger.

4.2 Regional avdeling for spiseforstyrrelser

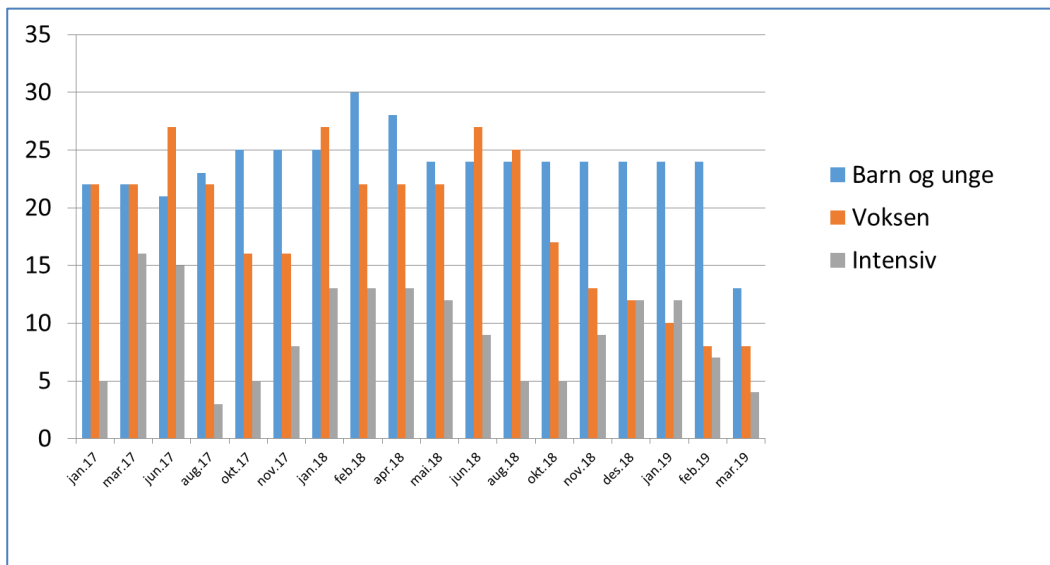
Tjenestene er framskrevet med basis i pasientdata fra Norsk pasientregister i 2017. Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP) hadde i 2017 totalt 5.821 oppholdsdøgn, hvilket er framskrevet til 4.903 oppholdsdøgn i 2035, med en utnyttelsesgrad på 85 prosent belegg i senger og med bruk av omstillingsfaktorer omtalt i metode for framskrivninger.

Ledelsen ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser og leder for for nasjonale og regionale funksjoner, klinikk for psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF, har gitt innspill til framskrivninger for RASP. RASP ivaretar regionale funksjon og det er en forventning om økt behov for kapasitet i framtiden. Det anbefales derfor at det legges til grunn en framskrivning med bakgrunn i faktisk kapasitet i dag og med en befolkningsvekst i regionen.

Tabell og figur nedenfor viser henholdsvis henvisninger i perioden 2015-2018 og ventetider målt i uker ved RASP i perioden 2017 til 2019. Ventetiden for barn- og unge har i perioden vært lang.

Henvisninger til RASP døgntil behandling				
	2015	2016	2017	2018
Barn og unge	13	25	27	15
Voksen	22	30	31	31
Intensiv	34	41	32	33
Total døgn	69	96	90	79

Figur 3. Antall henvisninger, Kilde Oslo universitetssykehus HF.



Figur 4. Gjennomsnittlig ventetid i antall uker, Kilde Oslo universitetssykehus HF.

Tabellen nedenfor viser beregnet kapasitetsbehov ut fra antall pasienter (henviste), liggetid for 2018 og en kapasitetsutnyttelse på 85 prosent belegg i senger.

	Antall pasienter	Liggetid 2018	Behov liggedøgn
Barn	30	127	3 796
Voksen	30	110	3 306
Intensiv	35	45	1 575
Sum			8 677
Sengebehov med 85% belegg			28

Når det gjøres en skjønsmessig vurdering basert på volumet av henvisninger og aktuell liggetid, er kapasitetsbehovet 28 senger. Legges en regional befolkningsvekst på 15 prosent til 2035 til grunn, vil dette gi et behov for 32 senger.

4.3 Psykisk helsevern barn og unge

Sykehusdelen av psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er framskrevet med bakgrunn i pasientdata fra Norsk pasientregister 2017. Psykisk helsevern regional BUP er framskrevet sammen med psykisk helsevern for voksne.

Barnenevrologisk avdeling BUP inngår ikke i grunnlaget.

BUP ved Oslo universitetssykehus HF har et tilbud som heter front-team barn. Dette er hjemmesykehus for barn- og unge og er en ønsket utvikling av tjenesten. I grunnlaget til Norsk pasientregister er denne aktiviteten registrert som liggedøgn og blir derfor inkludert i framskrivningene.

Selv om front-team barn ikke benytter de sengene som er blitt framskrevet, er det behov for en beredskapskapasitet på sykehus for å sikre tilbudet. Dette er skjønnsmessig vurdert til 3 senger.

Det har i prosessen med kvalitetssikring kommet frem et behov fra BUP-enheten om å få nærmere avklaring på hva som er støtteareal og spesifisering av hvordan det er planlagt at pårørendes mulighet for overnatting på enhet skal håndteres. Pårørendes rettigheter for tilstedeværelse på sykehus er tatt hensyn til.

4.4 Lokal sikkerhet

Gjennom kvalitetssikringen er det funnet avvik i framskrivingen innen psykisk helsevern voksne ved at pasientaktivitet fra deler av seksjon for psykosebehandling på Dikemark er overført til Aker, men skal til lokal sikkerhetsavdeling. I aktivitetsdata er det ikke mulig å skille ut lokal sikkerhet, men dette utgjør 10 senger i dag. Dette medfører enn justering og reduksjon av sengene innen psykisk helsevern voksne.

4.5 Omstillingsfaktorer døgntilbud

Psykisk helsevern og TSB er områder med variasjon innen kapasitet, innretning og organisering av tjenesten i Helse Sør-Øst og Norge. Dersom omstillingsfaktorene benyttes udifferensiert innen områder med stor variasjon, risikerer man å framskrive eksisterende skjevheter.

Omstillingsfaktorene i psykisk helsevern og TSB er benevnt som samhandling og intern effektivisering, konferer beskrivelse av metode for framskrivninger.

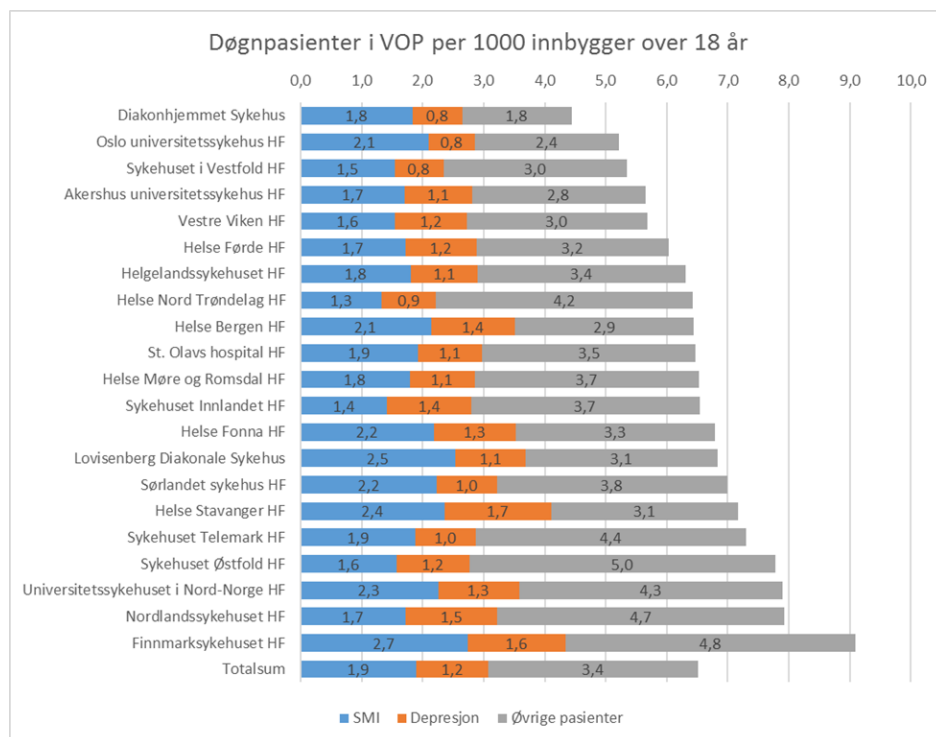
Samhandling vil kunne redusere innleggelsesmønsteret basert på bedre integrerte helsetjenester (f.eks. FACT-team) eller hvilket omsorgsnivå pasienten mottar behandling. Resultatet vil være at en mindre andel vil ha behov for innleggelse.

Intern effektivisering er redusert liggetid. Det er mange forhold som påvirker varighet av døgntilbud. Det vil kunne være pasientens tilstand, desentraliserte polikliniske og ambulante tilbud og tilbud i kommunen. Det er mange av disse forholdene man foreløpig ikke har tilstrekkelige data til å gjøre fullverdige analyser av.

I prosessen med kvalitetssikring er det undersøkt variasjon i innleggelsesmønstre og varighet av døgntilbud. Pasientpopulasjonen i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF skiller seg noe fra landsgjennomsnittet og gjennomsnitt i Helse Sør-Øst. Det er derfor gjort en sammenlikning med selekterte opptaksområder (Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Helse Bergen HF og St. Olavs hospital HF) i tillegg, justert for kjønn og alder.

Figuren nedenfor viser andel av befolkningen som var innlagt til døgntilbud i psykisk helsevern voksne i 2017 etter diagnosegrupper (SMI = alvorlig psykisk lidelse = F2; F30-F31). Det er store forskjeller mellom opptaksområder når det gjelder i hvilken grad pasienter blir innlagt til døgntilbud. Dette kan være uttrykk for at helseforetakene og sykehusene er på ulike trinn i en

utvikling fra døgnbaserte tjenester til dag- og polikliniske tjenester. En udifferensiert framskrivningsmodell vil ikke ta høyde for disse variasjonene.



Figur 5 Kilde NPR, år 2017

Antall pasienter i døgnbehandling, justert for alder og kjønn, vises i tabellen nedenfor. Tallene viser at pasienter i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF blir sjeldnere (18 prosent lavere en landsgjennomsnittet og 10% lavere enn opptaksområder det spesielt er sammenlignet med) innlagt til døgnbehandling enn i andre opptaksområder.

	Antall pasienter i døgnbehandling psykisk helsevern VOP - Alders- og kjønnsstandardisert					
	Antall pasienter			Avvik 2017		
	2016	2017	Endring 2016-2017	Avvik til HSØ	Avvik til Norge	Avvik til selekterte opptaksområder
OUS	424	418	-1 %	-14 %	-18 %	-10 %
HSØ	495	485	-2 %	0 %	-5 %	5 %
Norge	518	511	-1 %	5 %	0 %	10 %
Selekterte opptaksområder*	466	463	-1 %	-5 %	-9 %	0 %

*Opptaksområder ved Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Helse Bergen HF, St. Olavs hospital HF

Figur 6 Kilde NPR, år 2017

Varigheten av døgnbehandling er sammenstilt i tabell nedenfor etter diagnosegrupper. Tabellen viser avviket i liggedøgn dersom pasientene i opptaksområde til Oslo universitetssykehus HF hadde hatt lik behandlingstid som et utvalg selekterte opptaksområder for sammenligning (Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus, Helse Bergen HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og St. Olavs hospital HF). Oversikten viser at pasientene i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF har 26 prosent flere liggedøgn for pasienter med SMI-diagnoser, 29 prosent flere liggedøgn for depresjon og 20 prosent flere liggedøgn for øvrige tilstander. Dette gir total 25

prosent lengre liggetid ved Oslo universitetssykehus HF, korrigert for diagnose, enn ved de opptaksområder det er sammenlignet med.

Antall individer i døgntilrettelagt og liggedøgn etter diagnose for selekterte opptaksområder i PHV VOP 2017							
Opptaksområde	Liggedøgn	Antall individer	Liggetid per individ	Antall liggedøgn		Avvik	Avvik i %
				hvis snitt			
SMI	Oslo universitetssykehus HF	35 578	489	73	26 432	9 146	26 %
	Akershus universitetssykehus HF	35 769	672	53	36 324	-555	-2 %
	Diakonhjemmet Sykehus	14 699	225	65	12 162	2 537	17 %
	Helse Bergen HF	44 931	803	56	43 405	1 526	3 %
	Lovisenberg Diakonale Sykehus	17 106	350	49	18 919	-1 813	-11 %
	St. Olavs hospital HF	26 846	528	51	28 540	-1 694	-6 %
	Sum sammenlignende opptaksområder	139 351	2 578	54			
Depresjon	Oslo universitetssykehus HF	6 873	183	38	4 852	2 021	29 %
	Akershus universitetssykehus HF	12 553	448	28	11 878	675	5 %
	Diakonhjemmet Sykehus	2 699	104	26	2 757	-58	-2 %
	Helse Bergen HF	14 658	570	26	15 113	-455	-3 %
	Lovisenberg Diakonale Sykehus	4 247	163	26	4 322	-75	-2 %
	St. Olavs hospital HF	8 186	312	26	8 272	-86	-1 %
	Sum sammenlignende opptaksområder	42 343	1 597	27			
Øvrige	Oslo universitetssykehus HF	13 577	501	27	10 844	2 733	20 %
	Akershus universitetssykehus HF	22 158	962	23	20 821	1 337	6 %
	Diakonhjemmet Sykehus	5 602	214	26	4 632	970	17 %
	Helse Bergen HF	21 215	1 042	20	22 553	-1 338	-6 %
	Lovisenberg Diakonale Sykehus	8 817	414	21	8 961	-144	-2 %
	St. Olavs hospital HF	16 230	788	21	17 055	-825	-5 %
	Sum sammenlignende opptaksområder	74 022	3 420	22			
Sum avvik OUS justert for pasientmix	56 028			42 128	13 900	25 %	

Figur 7. Kilde: NPR, år 2017.

Liggedøgn justert for alder og kjønn vises i tabellen nedenfor og viser at pasientene i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF har 20 prosent flere liggedøgn enn i de opptaksområdene det er sammenliknet med.

	Alders- og kjønnsstandardiserte antall liggedøgn i psykisk helsevern VOP					
	Liggedøgn			Avvik 2017		
	2016	2017	Endring 2016-2017	Avvik til HSØ	Avvik til Norge	Avvik til selekterte opptaksområder
OUS	22 382	21 995	-2 %	13 %	9 %	20 %
HSØ	21 302	19 500	-8 %	0 %	-3 %	6 %
Norge	21 579	20 203	-6 %	4 %	0 %	10 %
Selekterte opptaksområder*	19 690	18 359	-7 %	-6 %	-9 %	0 %

*Opptaksområder ved Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Helse Bergen HF, St. Olavs hospital HF

Figur 8. Kilde NPR, år 2017.

4.6 Vurdering

I framskrivningene ligger det inne en vekst på 9 prosent som følge av økt «etterspørsel og behov».

Omstillingsfaktoren for samhandling er satt til 15 prosent reduksjon fram til 2035. Innleggelsesmønsteret for Oslo universitetssykehus HF er 10 prosent lavere enn for de selekterte opptaksområdene.

Omstillingsfaktoren for reduksjon i liggetid ligger inne med en effekt på 14 prosent fram til 2035. Oslo universitetssykehus HF har en liggetid som er 20 prosent høyere enn for de opptaksområder det er sammenlignet med, justert for alder. Når man ser på forskjellene i liggetid justert for pasientmix er den faktiske liggetiden 25 prosent høyere enn for de opptaksområdene det er sammenlignet med.

Samlet kan det være grunnlag for å nedjustere omstillingsfaktoren for samhandling, men samtidig oppjustere omstillingsfaktoren for liggetid. Følgende foreslås innarbeidet:

- Nedjustering av omstillingsfaktoren for innleggelsesmønster fra 15 til 5 prosent
- Oppjustering av omstillingsfaktoren for liggetid fra 14 til 20 prosent
- Samlet vil dette bety en nedjustering av omstillingsfaktorene fra 29 til 25 prosent

For BUP og TSB er tilsvarende analyser mer krevende. For BUP er volumet av inneliggende lavt i Norge, og en sammenligning av innleggelsesmønster og liggetid er sårbart dersom man bruker tall for ett år. For TSB er tjenesten som gis ved Oslo universitetssykehus HF annerledes (f.eks. dekning av basisfunksjoner) enn det som gis i andre opptaksområder og sammenligning er derfor vanskelig. Samme vurdering som for psykisk helsevern voksne legges derfor til grunn for TSB.

For BUP er det på grunn av økt beredskapskapasitet (front-team barn) ikke rimelig å foreta videre endringer på bakgrunn av omstillingsfaktorer. For psykisk helsevern for voksne og TSB innebærer en nedgang fra 29 prosent til 25 prosent henholdsvis 7 og 5 senger.

Tabellen under viser kapasitetsbehovet etter endringer knyttet til RASP og i omstillingsfaktorer. Behov for senger øker med 473 m² netto sammenlignet med hva som var avsatt i funksjonsprogrammet.

	BUP	VOP	TSB	Sum	m2	Areal standard
Døgn						
Framskrevet aktivitet 2035 inkl. Alna	7 869	42 659	23 916	74 444		
Liggedøgn - Lokal sikkerhet		3 199		3 199		
Liggedøgn - Front	2 754			2 754		
Ordinære liggedøgn	5 115	39 460	23 916	68 490		
Senger - Lokal sikkerhet	-	10	-	10	430	43
Senger - Front	10	-	-	10	430	43
Senger - Ordinære	19	129	83	231	9 933	43
Sum	29	139	83	251	10 793	
<i>Dimensjonert sengeareal i funksjonsprogrammet</i>					251	10 793
Areal						
Rest etter fordeling av senger					-	
Lokal sikkerhet					430	
Front					430	
Sum				20	860	43
Tillegg						
RASP				-16		
Areal Front + døgnkapasitet (129 m2)				-3		
Endring omstillingsfaktorer fra 29 til 25 %.				-12		
Rest				-11	-473	

5 Arbeidsplasser

Areal til arbeidsplasser utgjør 1.804 m² netto i hovedprogram for nytt sykehus på Aker. I tråd med gevinstberegningene har Oslo universitetssykehus HF et behov for kontorareal til 327 årsverk. Dette tallet ekskluderer årsverk for polikliniske behandlere som er på behandlingsrom og kompetansesentre som er planlagt inn i etappe 2.

Arbeidstilsynet legger til grunn at det skal avsettes et areal på 6 m² per arbeidsstasjon. Med en forutsetning om 6 m² per årsverk vil dette gi et arealbehov på 1.962 m², noe som er økning på 158 m² i forhold til de 1.804 m² som er avsatt.

Arbeidsformen vil være dynamisk og er en kombinasjon av pasientmøter på poliklinikk og døgnhetene, møter uten pasienter, arbeid på arbeidsstasjon, vaktordninger for leger i spesialisering, nye arbeidsformer med FACT-team, ambulante team osv. Organisasjonsutvikling og videreutvikling av konsept for arbeidsplasser skal utvikles videre i neste fase av prosjektet og detaljeres ytterligere. Det samme gjelder utformingen av arbeidsplasser som også vil skje i neste fase av prosjektet.

6 Bydelene i Groruddalen

Spesialisthelsetjenestansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner er planlagt tilbakeført til Oslo sykehusområde og som en del av Oslo universitetssykehus HF sitt opptaksområde. Tilbakeføringen er planlagt med Alna til nye Aker i etappe 1, og Grorud og Stovner i 2035.

I dag har Akershus universitetssykehus HF ansvaret for befolkningen i Groruddalen. Akershus universitetssykehus HF planlegger nytt psykiatribygg som etter planen skal ferdigstilles i 2024. Det er derfor nødvendig å avstemme planlegging av nye Aker og dimensjonering av psykiatribygg på Akershus universitetssykehus HF, slik at det ikke oppstår overkapasitet ved Akershus universitetssykehus HF ved tilbakeføring av spesialisthelsetjenestansvaret for Groruddalen til Oslo universitetssykehus HF.

Hvis spesialisthelsetjenestansvaret for bydelene Grorud og Stovner innen psykisk helsevern og TSB skal inkluderes i etappe 1 for Aker, vil det kreve et økt netto areal på ca. 2.400 m² med dagens konsept.

7 Oppsummering av arealbehov

Tabell nedenfor viser arealbehovet i netto m² etter kvalitetssikring. Kvalitetssikringen viser behov for økt areal på i overkant av 1.000 m² netto. Hvis spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Grorud og Stovner innen psykisk helsevern og TSB skal tilbakeføres i etappe 1 vil dette gi behov for et økt areal på ca. 2.400 m² netto.

Område	Årsak	Økt arealbehov (netto m ²)
Endringsfaktor teknologi	Areal skal tilbakeføres, ref. hovedprogram	150
Poliklinikk	Diffrensiering av aktivitetstyper og arealstandarder	262
Døgnplasser	Gjennomgang av aktivitetsgrunnlag 2017 og justerte omstillingsfaktorer	473
Arbeidsplasser	Avsatt areal per årsverk som angitt i gevinstberegning fra Oslo universitetssykehus HF	158
Sum		1 043