

Framskrivningsmodell for aktivitet innen somatiske spesialisthelsetjenester

2026

1. Sammendrag

Framskrivningsmodellen for aktivitetsbehov innen somatiske spesialisthelsetjenester er revidert. Nåværende modell ble utarbeidet basert på aktivitet i 2022 og vedtatt i styrene i de fire regionale helseforetakene ved årsskiftet 2023/2024. Modellen beskrev forventet utvikling i aktivitet i perioden fra 2022 til 2040. Revisjonen innebærer en framskrivning fra 2025 til 2045 med oppdaterte forutsetninger og reviderte modifierende faktorer. Endringene er ikke omfattende. Revisjonen baseres på aktiviteten i 2025 og vurderinger av utviklingen i perioden 2016 til 2025. Videre er Statistisk sentralbyrå (SSB) sin befolkningsframskrivning fra 2026, hovedalternativet, benyttet i framskrivningen. Arbeidet med framskrivningsmodellene følger av oppdragsdokument gitt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Framskrivningen baserer seg på at aktiviteten som legges til grunn, reflekterer behovet for befolkningen slik at dagens forbruksmønster er dekkende. Likeledes legges det til grunn at den observerte utviklingen er et uttrykk for behovsutviklingen.

Utviklingen i aktivitet i perioden 2022-2025 viser en større reduksjon i liggedøgn enn forventet ut fra gjeldende framskrivningsmodell. Det skyldes større effekt av friskere aldring, mindre behov for planlagt døgnbehandling av kreftsykdommer og større reduksjon i oppholdstider enn forventet. For poliklinikk er det mindre endringer i samlet økning i aktivitet sammenlignet med hva som var forventet.

Behov for spesialisthelsetjenester er i stor grad relatert til alder, og forventet befolkningsutvikling er sentral i vurderingene av aktivitetsbehovet i årene fremover. For aktivitet i somatiske spesialisthelsetjenester er det særlig relevant hvordan den eldre delen av befolkningen utvikler seg. Basert på SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 forventes en samlet nasjonal vekst i befolkningen på 9,4% fram til 2045. Antall 65 år og eldre forventes å øke med 42,4%. Den sterke økningen i antall eldre vil påvirke behov for somatiske spesialisthelsetjenester i betydelig grad.

Utover endringer i befolkningssammensetning, forventes det at behovet for spesialisthelsetjenester påvirkes av flere ulike forhold. Det gjelder utvikling i den generelle folkehelsen, i diagnostikk og behandling, av samarbeidsstrukturer og av endringer i andre driftsformer. I framskrivningsmodellene omtales dette som modifierende faktorer.

De modifierende faktorene som påvirker framskrivningen for liggedøgn i somatiske spesialisthelsetjenester utover demografi, er bedre eldrehelse (friskere aldring), utvikling i kreftbehandling, liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, reduksjon i oppholdstider, overgang fra døgn til dag- og poliklinisk behandling og reduksjon av behov for innleggelser ved bedret samhandling.

Bedre eldrehelse (friskere aldring) forventes å redusere behov for liggedøgn. Det har vært en økning i levealder gjennom en årrekke. Historiske trender viser at økning i levealder er assosiert med flere friske leveår og flere år med selvhjulpenhet. Det har for eksempel vært en betydelig reduksjon i insidens (alders- og kjønnsjustert) av hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd, og reduksjonen synes å fortsette. Sykdomsbyrdeanalyser er én måte å vurdere befolkningens helsetilstand på. Aldersstandardisert rate for total sykdomsbyrde har blitt betydelig redusert i perioden 1990-2021. Framskrivning av sykdomsbyrde viser at denne utviklingen fortsetter mot 2050, men ikke i så stor grad som tidligere. Forventet levealder har også økt mindre enn tidligere de siste årene. Revidert framskrivningsmodell beregner et redusert behov for liggedøgn på 3,7% av totale liggedøgn som følge av bedre eldrehelse.

Antall liggedøgn for behandling av kreftsykdommer er fremdeles nedadgående. Det er en reduksjon i behov for planlagt døgnbehandling, særlig knyttet til planlagt døgnkirurgi.

Liggedøgn relatert til akuttsløyfen er mer stabil. Det forventes en videre nedgang i liggedøgn i revidert framskrivningsmodell. Effekten utgjør 1% av totale liggedøgn.

Det er i dag mye oppmerksomhet rettet mot mulighetene som ligger i bedre samhandling, ikke minst gjennom *prosjekt X* og helsereformutvalgets arbeid. De fleste sykehusene i Norge har nå dedikerte prosjekter som arbeider med å forbedre samhandling, med mål om bedre forløp. Prosjektene har ulik tilnærming til forløpet for skrøpelig eldre, hvor noen adresserer tidlig fase og forebygging, andre selekterer pasienter med særskilt høyt forbruk av innleggelser, mens enkelte prosjekter prøver ut at spesialisthelsetjenesten beholder et ansvar for pasienten en periode etter utskrivelse. Større strukturelle endringer i organisering av forløp og behandlingsansvar vil kunne påvirke behov for aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Det er per nå ikke lagt inn noen ytterligere effekter av samhandling i modellen knyttet til disse tiltakene. Dette må vurderes hvis det vedtas endringer i organisering av helsetjenestene som følge av helsereformutvalgets anbefalinger.

Det var vel 74 000 utskrivningsklare liggedøgn i 2025, omtrent samme nivå som i 2022. Det er forskjeller mellom regionene hvor Helse Nord har en betydelig økning. I områder med stort omfang av utskrivningsklare liggedøgn, representerer dette driftsutfordringer. Gjeldende modell legger til grunn at dette er liggedøgn hvor det ikke er behov for spesialisthelsetjenester, og at bedret samhandling kan redusere antallet. Det blir beholdt ett liggedøgn per opphold for å sikre gode overganger. Det ble i arbeidet påpekt at det var nødvendig med ytterligere tiltak i kommunene for å sikre tilstrekkelig samlet kapasitet. Ved revisjonen opprettholdes samme vurdering som tidligere. Nasjonalt utgjør utskrivningsklare liggedøgn 74 302 i 2025 fordelt på 22 131 opphold. Ved opprettholdelse av 1 liggedøgn per opphold, innebærer dette at spesialisthelsetjenesten ikke planlegger for 52 000 av liggedøgnene i 2025 ved framskrivningen.

I nåværende modell forventes bedret samhandling på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommuner å kunne redusere antall innleggelser noe i kommuner med høyt antall innleggelser. Utviklingen siden 2022 peker i den retning, og effekten beholdes i den reviderte modellen.

Oppholdstider er redusert mer enn forventet i perioden 2022-2025, særlig innen planlagte opphold med kirurgisk DRG. Utviklingen har i stor grad vært preget av at helseforetak og sykehus med de lengste oppholdstidene - har redusert disse. Klyngen av helseforetak med oppholdstider ned mot 2 dager, har vært mer stabil. Det forventes her en videre reduksjon i oppholdstidene, men at det settes en nedre grenseverdi for helseforetak med oppholdstider ned mot 2,1 dager. Det er ikke vurdert samme nedre grenseverdi for ikke-kirurgiske planlagte opphold, men det er en forventning om videre nedgang i oppholdstider. For akuttopphold er opptidstiden mindre redusert. Effektene av oppholdstider er innarbeidet med en differensiering mellom lokal- og regionssykehus, og helseforetakets aktuelle oppholdstider.

Det har vært en økning i andel dagkirurgi i perioden 2022-2025 med variasjon mellom helseforetak innenfor ulike fagområder. Det forventes fortsatt noe økning. Den tydeligste utviklingen som har vært over de siste årene, er at andelen med døgnkirurgi med 1 liggedøgn har økt. Trolig vil en del av disse oppholdene fremover konverteres til dagkirurgi. For flere av områdene med høyest volum av dagkirurgi vurderes det at man er i ferd med å nå et platå. Det framskrives et volum på 7 000 døgnopphold med potensiale for dagkirurgi, og at dette reduserer liggedøgnsvolumet med ett liggedøgn per døgnopphold. Dette medfører at den dagkirurgiske andelen i Norge øker fra 65 prosent til 67 prosent.

Endringer i innleggelsesmønster, reduksjon i oppholdstider og overgang fra døgn til dagkirurgi samles til en felles forbedringsfaktor og reduserer behovet for liggedøgn med

2,8% av totalen. Samlet reduserer de modifierende faktorene behovet for liggedøgn med 9,1% frem mot 2045.

For poliklinikk/dagbehandling forventes en fortsatt økning utover det som befolkningsutviklingen tilsier, men noe svakere enn hva utviklingen har vært i perioden 2016 til 2025. Overgang fra døgn til dag/poliklinikk, reduksjon i antall kontroller, bedret samhandling og digital oppfølging med behovsstyrete polikliniske konsultasjoner forventes å redusere behovet.

Revidert framskrivningsmodell for aktivitet legger til grunn at det er behov for en økning i aktivitet med en aldrende befolkning. En ren demografisk framskrivning av behovet for somatiske spesialisthelsetjenester ville gitt behov for en økning i liggedøgn på 32,3% og for poliklinikk på 17,6% i 2045. For liggedøgn medfører de modifierende faktorene at behovet ikke øker like mye som befolkningsutviklingen skulle tilsi. Samlet framskrives behov for en vekst på 20,2% i liggedøgn fra 2025 til 2045. Det framskrives en sterkere vekst i poliklinikk enn hva befolkningsutviklingen vil tilsi, men en økning på 24,3% frem mot 2045. Framskrivningene varierer over helseregioner og helseforetak.

Avtalespesialister utgjør en betydelig del av poliklinisk kapasitet innen flere fagområder. Helseregionene har ulikt antall avtalespesialister, og dermed et ulikt samlet volum. Vurdering av antall hjemler til avtalespesialister følger egne prosesser i regionene. Aktiviteten hos avtalespesialister inngår således ikke selve framskrivningsmodellen, men aktiviteten er synliggjort og framskrevet etter befolkningsutviklingen for å vise omfanget.

Innhold

1.	Sammendrag.....	2
2.	Bakgrunn.....	6
2.1	Oppdrag og mandat for arbeidet.....	6
2.2	Prosess.....	6
2.3	Avgrensninger	6
3.	Befolkningsutvikling og behov for spesialisthelsetjenester.....	8
4.	Framskrivningsmodellen for somatikk.....	11
5.	Aktivitetsutvikling og behov for døgnbehandling.....	13
5.1	Utvikling i døgnbehandling 2016-2025	13
5.2	Modifiserende faktorer i modell.....	15
5.2.1	Global Burden of Disease	15
5.2.2	Hjerte- og karsykdommer.....	15
5.2.3	Ortopedi	17
5.2.4	Lungesykdommer.....	18
5.2.5	Barn og unge.....	18
5.2.6	Bedre eldre eldre helse (friskere aldring)	21
5.2.7	Kreftområdet.....	26
5.2.8	Rehabilitering	35
5.2.9	Samhandling.....	38
5.2.10	Oppholdstider	46
5.2.11	Dagkirurgi.....	50
5.2.12	Forbedringsfaktor.....	52
5.3	Faktorer i framskrivning av liggedøgn i somatikk.....	53
5.4	Resultater liggedøgn.....	53
6.	Aktivitetsutvikling og behov for poliklinikk og dagbehandling.....	56
6.1	Utvikling i dag- og poliklinisk aktivitet 2016-2025	56
6.2	Digital oppfølging.....	61
6.3	Avtalespesialister.....	63
6.4	Revidert framskrivning av poliklinikk og dagbehandling	65
6.5	Faktorer i framskrivning av poliklinikk i somatikk.....	65
6.6	Resultater poliklinikk.....	65
6.6.1	Avtalespesialister	69
7.	Særlig kapasiteter som framskrives	70
7.1	Dialyse.....	70
7.2	Operasjoner	70
7.3	Døgnopphold og nulldagersliggere	71
7.4	Intensivkapasitet.....	71
8.	Samlet vurdering.....	72
	Vedlegg – organisering av arbeidet	73

2. Bakgrunn

2.1 Oppdrag og mandat for arbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet gav i Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument oppdrag til de regionale helseforetakene om å utarbeid felles framskrivningsmodell av befolkningens behov for helsetjenester som støtte for planlegging av framtidige tjenestetilbud. Helse Sør-Øst RHF fikk oppdrag å lede arbeidet. På grunn av pandemien ble oppdraget forsinket. Det ble først utarbeidet framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester ble vedtatt av styrene i de fire regionale helseforetakene ved årsskiftet 2023/2024.¹ De ble forutsatt en jevnlig revisjon av modellen, anbefalt hvert fjerde år.

Framskrivningsmodellene for både psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling og for somatikk ble besluttet revidert våren 2026. Mandat for arbeidet er vedtatt i interregionalt AD-møte.

2.2 Prosess

Arbeidet er utført av en faggruppe med representanter fra de fire regionene, brukere, tillitsvalgte, KS og observatør fra Helsedirektoratet. Analyser og framskrivinger er gjort av analyseavdelingen i Helse Sør-Øst i dialog med analyseavdelingene i alle RHF-ene og Sykehusbygg HF. Disse har også deltatt i møtene. Gruppen har hatt fem møter. Det vises til vedlegg for sammensetning av gruppen og møteplan.

Medlemmene av faggruppen har hatt ansvar for å forankre arbeidet internt i sine respektive organisasjoner. Interregionalt fagdirektørmøte og interregionalt AD-møte har blitt orientert underveis.

Framskrivning av befolkningsutviklingen er et viktig grunnlag for framskrivningsmodellen. I framskrivingene er det benyttet SSB sin befolkningsframskrivning fra juni 2026, hovedalternativet (MMMM).

2.3 Avgrensninger

Framskrivningen baserer seg på at aktiviteten som legges til grunn, reflekterer behovet for befolkningen slik at dagens forbruksmønster er dekkende. Likeledes legges til grunn at den observerte utviklingen er et uttrykk for behovsutviklingen. Det betinger at kapasitet, økonomi eller andre forhold ikke er begrensende faktorer. Det tas heller ikke inn noen komponenter av over- eller underforbruk i grunnlaget for framskrivningen.

Siste års aktivitet er grunnlaget for framskrivning. Det har vært diskutert å benytte aktiviteten over en lengre tidsperiode. Det vil imidlertid medføre at man ikke får med endringer som har skjedd i den senere tid. Ved å oppdatere grunnlaget årlig når nye

¹ <https://www.helse-sorost.no/497b7f/siteassets/documents/styret/styremoter/2023/1221/framskrivningsmodell-for-somatiske-spesialisthelsetjenester.pdf>

aktivitetsdata foreligger, vil man få et bilde av utviklingen og integrere endringer som har skjedd.

Modellen framskrives på nasjonalt nivå, men justeres for en del av faktorene sin del, på grunnlag av situasjonen i det enkelte helseforetak. Dersom det er spesielle forhold som tilsier at behovet ikke er dekket av den tilgjengelige kapasiteten, må det eventuelt tas hensyn til separat og legges til grunnlaget. Det anbefales at det utvikles en metode for å understøtte denne type vurderinger ut fra et helhetlig befolkningshensyn. Det vil innebære en god analyse av nåsituasjon inkl. kapasitet, forbruksmønster og pasientstrømmer.

Det er flere sentrale initiativ i både spesialist- og primærhelsetjenesten i de siste årene som adresserer omfang og innhold i helsetjenestene som tilbys. Dette er for eksempel «kloke valg», «NOR-prosjektene», kvalitetsindikatorer, helseatlas og oversikter over samlet spesialisthelsetjeneste (e.g. «Klinisk dashboard»). Det forventes at dette arbeidet vil bidra til å fokusere helsetjenesteinnsatsen og redusere variasjon og aktivitet relatert til mindre nyttige intervensjoner.

Framskrivningen angir kun hvordan befolkningens behov for somatiske spesialisthelsetjenester forventes å utvikle seg. Når framskrivningen benyttes til planlegging av nye sykehus, vil forhold som beleggsprosent, utnyttelsesgrader av poliklinikker og operasjonsstuer, arealstandarder med støtterom, arbeidsplasser for personalet mv, komme inn i den videre planleggingen og være avgjørende for det samlede arealbehovet. På bakgrunn av det økede behovet som framskrivningen viser, og utfordringer knyttet til bemanning i årene framover, er det spesielt viktig å utforme arealer slik at de legger forholdene til rette for effektiv drift. Det anbefales at det gjøres et videre arbeid hvor man går gjennom utnyttelsesgrader og arealbehov for å sikre dette.

Behovene må brytes ned på fagområder og pasientgrupper, f.eks. må beregnet totalt behov for døgnplasser og polikliniske konsultasjoner brytes ned. Det må da også tas hensyn til at ikke alle døgnplasser nødvendigvis er tilgjengelige for alle pasienter. Typisk vil det gjelde døgnplasser på barne- og ungdomsavdelinger og føde/barselavdelinger, hvor det kan være vanskelig å benytte døgnplassene til andre grupper.

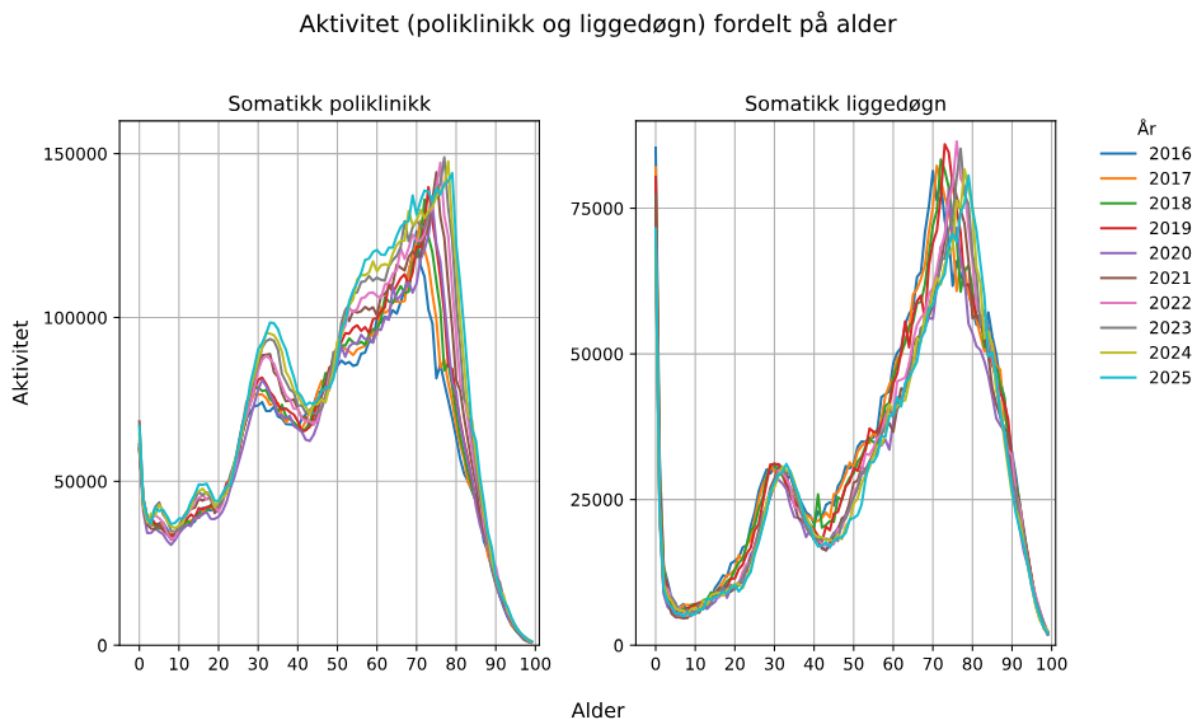
Innføring av screeningprogrammer vil kunne påvirke behovet for aktivitet. Særlig relevant er primær koloskopi ved tarmscreening. Det foreligger medio 2026 ingen klar anbefaling, og det er derfor ikke inkludert i framskrivningen i påvente av en endelig beslutning. Det bemerkes at screening for lunge- og prostatakreft også er under diskusjon.

Beredskap har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Framskrivningene dekker kun den ordinære driften. Det må gjøres egne vurderinger av hvilke konsekvenser beredskapshensyn skal ha, jfr. nylig oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er ikke gjort noen vurdering av den helsehjelp som i dag skjer utenfor det offentlige helsevesen ved egenbetaling eller forsikringsordninger.

3. Befolkningsutvikling og behov for spesialisthelsetjenester

Behov for spesialisthelsetjenester er i stor grad relatert til alder. Figuren nedenfor illustrerer sammenhengen mellom alder og aktivitet for somatikk. Den viser at behovet stiger kraftig i høyere alder. Det framgår også at det har vært en forskyvning av toppen på aktivitetskurven både for poliklinikk og liggedøgn mot høyere alder gjennom en årrekke. For liggedøgn har denne beveget seg fra 70 til 79 år i perioden 2016 til 2025. Det skyldes dels økende antall eldre, dels at behovet har forskjøvet seg til høyere aldersgrupper som følge av bedre helsetilstand hos eldre. Det ses en forbigående økning omkring 30-årsalder. Den er særlig relatert til svangerskap og fødsel.



Figur 1. Forbruk av polikliniske kontakter og liggedøgn som funksjon av alder innen spesialisthelsetjenester for somatikk. Kurvene viser årlig forbruk i perioden 2016-2025.

Gjeldende framskrivningsmodell baserte seg på aktivitet i 2022. Tabellen nedenfor viser befolkningsutviklingen fra 2022 til 2025 for ulike aldersgrupper. Det har vært en økning i befolkningen 65 år og eldre på 7,2%. Befolkningen i aldersgruppen 18-64 år har økt med 3%, mens barn/ungdomsbefolkningen er uendret fra 2022. Således er andelen eldre blitt betydelig større.

Befolkningsutvikling for ulike aldersgrupper			
Alder	2022	2025	Endring 2022-2025
0-17 år	1 108 523	1 108 219	0,0 %
18-64 år	3 327 273	3 425 758	3,0 %
65 år og eldre	989 474	1 060 363	7,2 %
Totalsum	5 425 270	5 594 340	3,1 %

Tabell 1. Antall innbyggere 2022 og 2025 i Norge for ulike aldersgrupper. Kilde SSB.

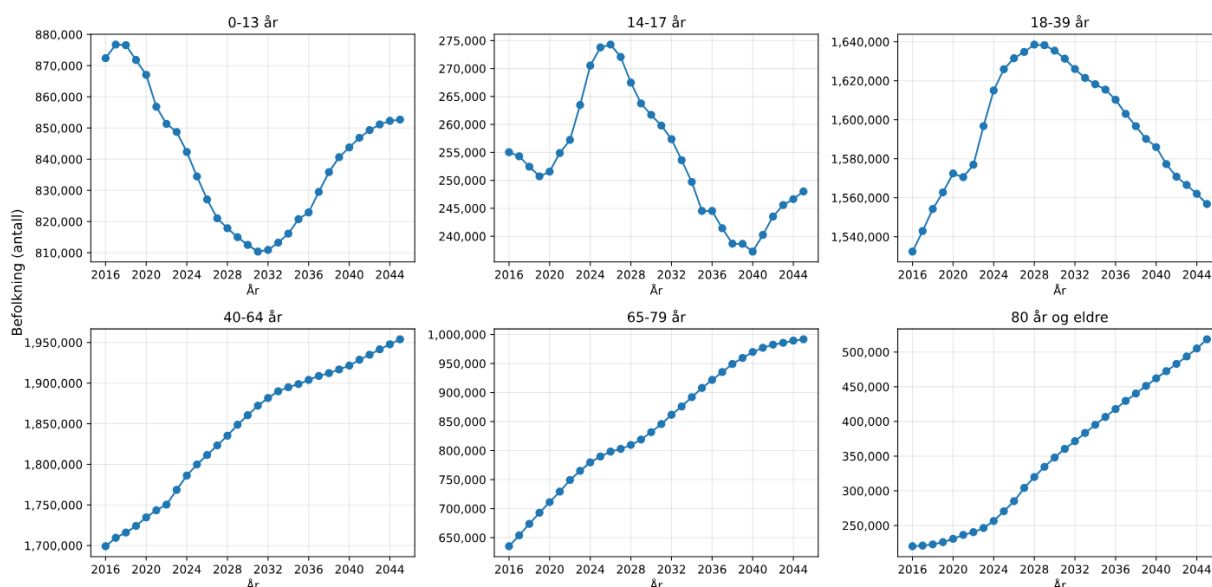
Befolkningsutviklingen mot 2040 og 2045 vises i tabellen nedenfor basert på SSB sin befolkningsframskrivning fra 2026. I perioden 2025-2045 er det særlig den eldre del av befolkningen som øker. Etter en reduksjon i antall barn/unge i perioden 2025-2040 øker denne gruppen igjen fram mot 2045, men blir fortsatt lavere enn i 2025.

Befolkning framskrevet til 2040 og 2045 per aldersgruppe					
Alder	2025	2040	2045	Endring 2025-2040	Endring 2025-2045
0-17 år	1 108 219	1 081 041	1 100 691	-2,5 %	-0,7 %
18-64 år	3 425 758	3 507 482	3 510 707	2,4 %	2,5 %
65 år og eldre	1 060 363	1 431 836	1 510 121	35,0 %	42,4 %
Totalsum	5 594 340	6 020 359	6 121 519	7,6 %	9,4 %

Tabell 2. Antall innbyggere i 2025 og framskrevet i 2040 og 2045 i Norge for ulike aldersgrupper. Kilde SSB 2026.

Den årlige endringen i ulike aldersgrupper vises på nasjonalt nivå i figuren nedenfor for perioden 2016-2045. I vurdering av behov for somatiske spesialisthelsetjenester er det særlig av betydning at antall eldre øker betydelig. Innbyggere i aldersgruppen 65-79 år øker sterkt fram til 2040, mens det deretter blir en mindre årlig økning. Antall eldre over 80 år øker i hele perioden med sterkest vekst over de neste åtte årene. Antall voksne i alder 18-39 år reduseres noe årlig fra 2029 og ut perioden mens aldersgruppen 40-64 år øker jevnt til 2032, hvorefter økningen avtar. Innen gruppen barn og unge skjer det forskyvninger mellom aldersgruppene.

Befolkningsutvikling for ulike aldersgrupper i Norge



Figur 2. Faktisk årlig endring i befolkning for ulike aldersgrupper for 2016-2025, samt framskrevet til 2045. Kilde SSB 2026. Merk ulike skalaer på y-aksene.

Helseregionene og opptaksområdene for det enkelte helseforetak/sykehus vil utvikle seg forskjellig fremover mot 2045. Tabellen nedenfor viser forventet befolkningsutvikling fra 2025 til 2045 i de ulike opptaksområdene fordelt på aldersgrupper. I Oslo-området er det vedtatt flere endringer i opptaksområder i perioden. Disse er innarbeidet i tabellen.

Befolkningsutvikling 2025-2045 per region og opptaksområde. Endringer i ansvarsfordeling av bydeler i Oslo er innarbeidet i befolkningen for 2045. SSB 2026.												
	2025				2045				Endring			
	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt	0-17 år	18-64 år	65 år og eldre	Totalt
Helse Midt	149 866	457 633	153 103	760 602	144 256	458 102	203 782	806 140	-3,7 %	0,1 %	33,1 %	6,0 %
Helse Møre og Romsdal	54 477	159 276	58 660	272 413	50 016	152 465	75 871	278 352	-8,2 %	-4,3 %	29,3 %	2,2 %
Helse Nord Trøndelag	27 926	79 245	31 385	138 556	25 373	74 507	39 007	138 887	-9,1 %	-6,0 %	24,3 %	0,2 %
St. Olavs hospital	67 463	219 112	63 058	349 633	68 867	231 130	88 904	388 901	2,1 %	5,5 %	41,0 %	11,2 %
Helse Nord	90 478	292 911	104 340	487 729	84 590	273 277	132 026	489 893	-6,5 %	-6,7 %	26,5 %	0,4 %
Finnmarksykehuset	13 953	46 020	15 069	75 042	13 488	43 097	20 202	76 787	-3,3 %	-6,4 %	34,1 %	2,3 %
Helgelandssykehuset	14 319	44 465	17 796	76 580	12 518	38 949	21 546	73 013	-12,6 %	-12,4 %	21,1 %	-4,7 %
Nordlandssykehuset	26 505	83 424	30 679	140 608	24 430	77 546	37 986	139 962	-7,8 %	-7,0 %	23,8 %	-0,5 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	35 701	119 002	40 796	195 499	34 154	113 685	52 292	200 131	-4,3 %	-4,5 %	28,2 %	2,4 %
Helse Sør-Øst	622 988	1 968 487	594 828	3 186 303	641 224	2 066 007	869 904	3 577 135	2,9 %	5,0 %	46,2 %	12,3 %
Akershus universitetssykehus	131 759	389 547	105 519	626 825	119 240	351 317	144 176	614 733	-9,5 %	-9,8 %	36,6 %	-1,9 %
Oslo universitetssykehus	59 566	192 062	39 933	291 561	84 523	260 205	82 792	427 520	41,9 %	35,5 %	107,3 %	46,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	25 639	96 184	26 632	148 455	27 041	104 256	39 463	170 760	5,5 %	8,4 %	48,2 %	15,0 %
Lovisenberg Diagonale Sykehus	23 076	134 096	13 626	170 798	28 619	172 161	31 712	232 492	24,0 %	28,4 %	132,7 %	36,1 %
Sykehuset i Vestfold	49 778	152 327	55 966	258 071	48 984	155 527	78 986	283 497	-1,6 %	2,1 %	41,1 %	9,9 %
Sykehuset Innlandet	62 541	201 087	81 511	345 139	62 381	196 392	103 893	362 666	-0,3 %	-2,3 %	27,5 %	5,1 %
Sykehuset Telemark	33 479	103 997	40 387	177 863	31 601	99 807	52 219	183 627	-5,6 %	-4,0 %	29,3 %	3,2 %
Sykehuset Østfold	65 077	199 462	69 723	334 262	66 945	208 846	101 049	376 840	2,9 %	4,7 %	44,9 %	12,7 %
Sørlandet Sykehus	66 914	193 122	62 152	322 188	66 043	198 873	89 656	354 572	-1,3 %	3,0 %	44,3 %	10,1 %
Vestre Viken	105 159	306 603	99 379	511 141	105 848	318 623	145 957	570 428	0,7 %	3,9 %	46,9 %	11,6 %
Helse Vest	244 887	706 727	208 092	1 159 706	230 621	713 321	304 409	1 248 351	-5,8 %	0,9 %	46,3 %	7,6 %
Helse Bergen	94 884	293 001	84 360	472 245	91 065	299 061	122 418	512 544	-4,0 %	2,1 %	45,1 %	8,5 %
Helse Fonna	39 282	108 751	37 441	185 474	35 247	103 014	51 550	189 811	-10,3 %	-5,3 %	37,7 %	2,3 %
Helse Førde	22 482	63 244	24 362	110 088	20 696	59 647	30 190	110 533	-7,9 %	-5,7 %	23,9 %	0,4 %
Helse Stavanger	88 239	241 731	61 929	391 899	83 613	251 599	100 251	435 463	-5,2 %	4,1 %	61,9 %	11,1 %
Totalsum	1 108 219	3 425 758	1 060 363	5 594 340	1 100 691	3 510 707	1 510 121	6 121 519	-0,7 %	2,5 %	42,4 %	9,4 %

Tabell 3. Befolkningsutviklingen i opptaksområdene for helseforetak/sykehus, SSB 2026. Vedtatte endringer i opptaksområder for Osloregionen er innarbeidet. Endringen medfører at bydelene Grorud, Stovner og Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Sagene bydel overføres til Lovisenberg Diagonale sykehus.

4. Framskrivningsmodellen for somatikk

Gjeldende framskrivningsmodell er basert på aktiviteten i 2022 med framskrivning til 2040. Det ble gjort to korreksjoner av for å sikre at utgangspunktet for aktivitet var representativt da aktiviteten i 2022 ble vurdert fortsatt å være noe påvirket av pandemien. Opphold for planlagt kirurgisk døgnaktivitet ble justert noe opp. Det ble også lagt til et økt behov for poliklinisk aktivitet som tok høyde for et økt antall ventende på poliklinisk behandling og oppfølging i løpet av 2022.

En ren demografisk framskrivning vil øke behovet for somatiske spesialisthelsetjenester markant, spesielt på grunn av økningen i antall eldre. Flere forhold ble imidlertid vurdert å modifisere behovet basert på trender og forventninger om endringer. Det er dels faktorer som skyldes endringer i sykdomspanorama og helsetilstand i befolkningen, og dels utvikling i hvordan helsetjenester tilbys. De modifiserende faktorene som ligger i modellen i behov for liggedøgn, er følgende:

- Friskere aldring forskyver behovet for helsetjenester mot høyere alder. Det beregnes en effekt med ett års forskyvning av behov for liggedøgn per 10 kalenderår for aldersgruppen 65-89 år. Unntatt fra beregningene er kreft og demens.
- Behandling av kreftsykdommer vurderes særskilt da det er et relativt omfattende fagområde. Kreftområdet ble unntatt fra effekt av friskere aldring da total insidens av kreftsykdom ble vurdert å holde seg relativt konstant. Behovet for liggedøgn forventes imidlertid å gå noe ned da mer av behandling kan skje som poliklinikk/dagbehandling.
- Reduksjon i utskrivningsklare liggedøgn: I 2022 ble det benyttet 73.355 liggedøgn etter at pasienten var utskrivningsklar. Modellen legger til grunn at dette er liggedøgn hvor det ikke er behov for spesialisthelsetjenester, og at bedret samhandling med kommunehelsetjenesten kan redusere antallet. Det beholdes ett liggedøgn per opphold for å sikre gode overganger. Det ble påpekt at det krever tiltak dersom kommunene skal klare oppgaven de har på dette området.
- Det arbeides stadig med tiltak for å yte spesialisthelsetjenester på en mest mulig effektiv måte ut fra medisinsk og teknologisk utvikling. Det har særlig medført overgang fra døgn til dag- og poliklinisk behandling og reduksjon i oppholdstider ved innleggelse gjennom en årrekke. Denne utviklingen forventes å fortsette, men i mindre grad. I tillegg ser en variasjon mellom helseforetakene og kommunene i hvor hyppig pasienter innlegges. Basert på vurderinger av variasjoner mellom helseforetakene på disse områdene ble det identifisert muligheter for endringer som samlet er lagt inn som en forbedringsfaktor knyttet til noe mer overgang fra døgn- til dagkirurgi, noe reduksjon i oppholdstid og noe reduksjon av innleggelsesfrekvens der den er høyest. Effekten ble lagt inn med halvparten av det potensialet som ble identifisert, da det ikke kan forventes full effekt av alle faktorer.

Når det tas hensyn til de modifiserende faktorene, framskrev modellen at behovet for liggedøgn øker med 21,4% i perioden 2022-2040, mot 33,7% hvis aktiviteten i 2022 ble framskrevet rent demografisk uten modifikasjoner. Økningen i behov vil være ulik mellom helseforetakene. Forskjellene er særlig knyttet til ulik befolkningsutvikling, men også i noen grad relatert til forskjeller i de modifiserende faktorene.

Aktiviteten innen poliklinisk behandling og dagbehandling har i en årrekke vært preget av at flere pasienter kan få behandling uten innleggelse. I tillegg har det vært en generell økning i poliklinikk/dagbehandling utover det befolkningsutviklingen skulle tilsi. Framskrivningen av behov for poliklinisk- og dagaktivitet i modellen ble basert på tilgjengelige data for perioden 2018-2022. Behovet ble framskrevet med en litt lavere økning i aldersspesifikke

rater enn den som er observert i foregående år, på grunn av forventning om noe mindre overgang fra døgn til dag, noe redusert behov for kontroller og bedret samhandling. Det ble imidlertid fortsatt regnet med en økning utover det befolkningsutviklingen skulle tilsi. Kreftområdet viste en betydelig vekst i perioden 2018-2022, det ble derfor framskrevet med høyere faktor enn de øvrige fagområdene. Likeledes ble øyesykdommer framskrevet noe høyere for å ta høyde for en fortsatt økning i injeksjonsbehandling i en del år fremover.

Digital oppfølging med behovsstyrt direkte poliklinisk kontakt forventes å redusere behovet for ordinær poliklinisk oppfølging. Under arbeidet med framskrivningsmodellen var det begrenset med data for vurdering av hva dette vil bety i årene framover. Det er i modellen lagt inn en effekt på reduksjon på 5% i annen poliklinisk aktivitet.

Samlet framskrev modellen en økning i behov for poliklinikk/dagbehandling i perioden 2022-2040 på 25,6% mens en ren demografisk framskrivning ville tilsi en økning på 17,9%. Her vil det også være forskjeller mellom helseforetakene hovedsakelig på grunn av forskjeller i befolkningsutvikling.

Resultatene av framskrivningsmodellen blir oppdatert årlig siden aktivitetsgrunnlag og befolkning er i endring. De modifierende faktorene holdes konstant, som årlige effekter, i perioden mellom revisjoner.

5. Aktivitetsutvikling og behov for døgnbehandling

5.1 Utvikling i døgnbehandling 2016-2025

Utviklingen av aktiviteten fram til og med 2025 viser en større reduksjon i liggedøgn enn forventet ut fra modellen. Det vurderes å skyldes større effekt av friskere aldring, mindre behov for planlagt døgnbehandling av kreftsykdommer og større reduksjon i oppholdstider enn forventet.

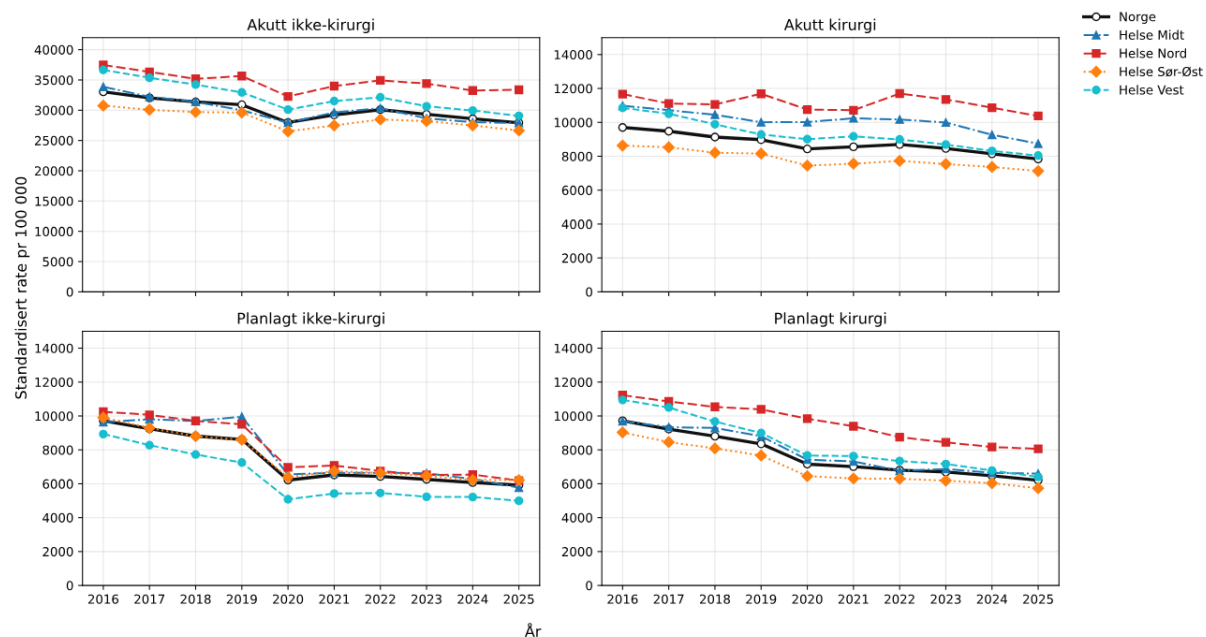
Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall opphold og liggedøgn totalt og fordelt på om oppholdene har vært akutte eller planlagte, og om det er gjennomført en kirurgisk prosedyre (opphold med kirurgisk DRG) eller ikke, i perioden 2016-2025. Tabellen omfatter alle opphold ved helseforetak og sykehus med opptaksområde samt Sunnaas sykehus.

Utvikling i liggedøgn og antall døgnopphold fordelt på ulike typer opphold. Helseforetak og sykehus med opptaksområde. Ekskludert friske nyfødte.															
	Akutt ikke-kirurgi			Akutt kirurgi			Planlagt ikke-kirurgi			Planlagt kirurgi			Totalt		
År	Oppholds-			Oppholds-			Oppholds-			Oppholds-			Oppholds-		
	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid
2016	1 732 485	480 745	3,60	511 734	79 171	6,46	506 969	136 555	3,71	507 453	136 195	3,73	3 258 641	832 666	3,91
2017	1 707 196	479 027	3,56	507 709	79 227	6,41	489 866	133 509	3,67	490 278	135 539	3,62	3 195 049	827 302	3,86
2018	1 698 678	479 667	3,54	498 303	79 132	6,30	473 929	130 175	3,64	476 611	132 996	3,58	3 147 521	821 970	3,83
2019	1 700 885	481 617	3,53	498 085	80 033	6,22	469 733	123 661	3,80	459 132	133 011	3,45	3 127 835	818 322	3,82
2020	1 563 343	452 774	3,45	473 965	81 975	5,78	343 658	92 816	3,70	401 407	119 287	3,37	2 782 373	746 852	3,73
2021	1 659 793	482 304	3,44	489 174	84 413	5,80	365 083	100 335	3,64	399 924	125 012	3,20	2 913 974	792 064	3,68
2022	1 746 554	505 492	3,46	508 527	84 489	6,02	364 728	100 296	3,64	394 514	123 739	3,19	3 014 323	814 016	3,70
2023	1 731 317	499 471	3,47	505 194	83 432	6,06	361 033	100 936	3,58	396 730	128 419	3,09	2 994 274	812 258	3,69
2024	1 722 243	498 974	3,45	495 108	82 661	5,99	353 796	100 576	3,52	390 604	130 631	2,99	2 961 751	812 842	3,64
2025	1 716 016	505 331	3,40	487 265	82 318	5,92	347 697	101 108	3,44	380 375	132 092	2,88	2 931 353	820 849	3,57
Endring 2016-2025	-1,0 %	5,1 %	-5,8 %	-4,8 %	4,0 %	-8,4 %	-31,4 %	-26,0 %	-7,4 %	-25,0 %	-3,0 %	-22,7 %	-10,0 %	-1,4 %	-8,7 %
Endring 2022-2025	-1,7 %	0,0 %	-1,7 %	-4,2 %	-2,6 %	-1,7 %	-4,7 %	0,8 %	-5,4 %	-3,6 %	6,8 %	-9,7 %	-2,8 %	0,8 %	-3,6 %

Tabell 4. Utvikling i liggedøgn, døgnopphold og oppholdstid for helseforetak og sykehus med opptaksområder i Norge samt Sunnaas sykehus. Fordelt på akutte og planlagte, kirurgiske (definert som kirurgisk DRG) og ikke-kirurgiske opphold.

I perioden 2022-2025 økte totalt antall opphold noe mens antall liggedøgn ble redusert da samlet oppholdstid gikk ned. Standardisert rate per 100 000 for liggedøgn gikk ned med 7,2% nasjonalt. Reduksjonen skyldes dels reduksjon i rate for antall opphold, dels reduksjon i oppholdstid. Det er noen forskjeller mellom helseregionene som illustrert i figurene nedenfor som viser standardiserte rater for liggedøgn for ulike typer opphold.

Utvikling liggedøgn i standardisert rate per 100 000



Figur 3. Utvikling i liggedøgn i standardisert rate per 100 000 per helseregion. Fordelt på akutte og planlagte, kirurgiske (definert som kirurgisk DRG) og ikke-kirurgiske liggedøgn.

Tabellen nedenfor viser liggedøgn fordelt på fagområder og type opphold i 2025 og 2022. Prosentvis er reduksjonen størst for rehabilitering og luftveissykdommer, det er også en klar reduksjon i liggedøgn for behandling av kreftsykdommer.

Utvikling i liggedøgn fordelt på fag. Helseforetak og sykehus med opptaksområde. Ekskludert friske nyfødte.															
Fag	Akutt ikke-kirurgi			Akutt kirurgi			Planlagt ikke-kirurgi			Planlagt kirurgi			Totalt		
	2022	2025	Endring	2022	2025	Endring	2022	2025	Endring	2022	2025	Endring	2022	2025	Endring
Annet	75 194	72 820	-3 %	4 544	3 493	-23 %	17 461	15 986	-8 %	10 935	11 737	7 %	108 134	104 036	-4 %
Blod og immunsystem	19 784	19 919	1 %	786	553	-30 %	2 896	2 650	-8 %	788	719	-9 %	24 254	23 841	-2 %
Endokrine sykdommer	49 924	55 403	11 %	2 399	1 479	-38 %	5 375	4 604	-14 %	5 923	5 452	-8 %	63 621	66 938	5 %
Fordøyelse	163 117	161 012	-1 %	88 167	87 299	-1 %	12 692	12 623	-1 %	29 568	29 995	1 %	293 544	290 929	-1 %
Godartede svulster	8 533	9 744	14 %	1 649	1 790	9 %	4 290	3 932	-8 %	14 224	13 691	-4 %	28 696	29 157	2 %
Hjerte/kar	301 777	295 245	-2 %	95 386	90 529	-5 %	18 827	16 928	-10 %	56 003	54 545	-3 %	471 993	457 247	-3 %
Hud	26 896	31 953	19 %	11 900	9 612	-19 %	7 946	8 400	6 %	5 820	5 422	-7 %	52 562	55 387	5 %
Infeksjon og parasittsykdom	82 085	79 209	-4 %	4 379	3 686	-16 %	4 364	3 303	-24 %	438	1 176	168 %	91 266	87 374	-4 %
Kreft	155 536	158 543	2 %	23 302	21 539	-8 %	84 849	78 321	-8 %	97 271	84 437	-13 %	360 958	342 840	-5 %
Luftveissykdommer	299 924	274 551	-8 %	19 032	11 212	-41 %	13 941	12 872	-8 %	5 156	5 862	14 %	338 053	304 497	-10 %
Muskel-skjelett	53 798	56 090	4 %	27 433	32 518	19 %	8 012	7 533	-6 %	69 943	64 486	-8 %	159 186	160 627	1 %
Nevrologi	64 811	63 065	-3 %	5 723	5 014	-12 %	28 472	28 266	-1 %	5 115	5 229	2 %	104 121	101 574	-2 %
Psykiske lidelser	16 618	17 941	8 %	65	365	462 %	2 844	2 446	-14 %	7	9	29 %	19 534	20 761	6 %
Rehabilitering	1 822	1 109	-39 %	52	248	377 %	90 606	78 217	-14 %	81	144	78 %	92 561	79 718	-14 %
Skader	71 314	68 212	-4 %	133 465	125 564	-6 %	1 908	3 132	64 %	11 243	11 117	-1 %	217 930	208 025	-5 %
Svangerskap, føde og barsel	174 728	172 198	-1 %	34 238	32 712	-4 %	46 370	55 672	20 %	29 999	32 836	9 %	285 335	293 418	3 %
Urinveier og kjønnsorganer	124 299	124 153	0 %	9 304	9 989	7 %	7 776	7 068	-9 %	24 514	25 488	4 %	165 893	166 698	0 %
Ytre årsaker til sykdom	44 492	43 446	-2 %	42 136	45 086	7 %	5 130	4 615	-10 %	23 546	24 625	5 %	115 304	117 772	2 %
Øre	6 086	5 621	-8 %	275	249	-9 %	381	334	-12 %	1 196	1 468	23 %	7 938	7 672	-3 %
Øye	5 816	5 782	-1 %	4 292	4 328	1 %	588	795	35 %	2 744	1 937	-29 %	13 440	12 842	-4 %
Totalsum	1 746 554	1 716 016	-2 %	508 527	487 265	-4 %	364 728	347 697	-5 %	394 514	380 375	-4 %	3 014 323	2 931 353	-3 %

Tabell 5. Utvikling i liggedøgn for helseforetak og sykehus med opptaksområder i Norge. Fordelt på ulike fag, samt akutte og planlagte, kirurgiske (definert som kirurgisk DRG) og ikke-kirurgiske opphold. Totalt antall liggedøgn innen det enkelte fagområdet vises i kolonnen helt til høyre.

5.2 Modifiserende faktorer i modell

5.2.1 Global Burden of Disease

Det har vært en økning i levealder gjennom en årrekke. Historiske trender viser at økning i levealder er assosiert med flere friske leveår og flere år med selvhjulpenhet. Det har for eksempel vært en betydelig reduksjon i insidens (alders- og kjønnsjustert) av hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd, og reduksjonen synes å fortsette. Sykdomsbyrdeanalyser er én måte å vurdere befolkningens helsetilstand på. Med sykdomsbyrde menes det samlede helsetapet i en befolkning, både det som skyldes for tidlig død, og det som skyldes at deler av befolkningen lever med sykdommer og skader.

Det globale sykdomsbyrdeprosjektet (Global Burden of Disease, GBD) er et internasjonalt arbeid for systematisk å tallfeste helsetap og død fra sykdommer, skader og risikofaktorer for en rekke land i verden, herunder også Norge. Norge deltar i arbeidet ved Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet. Framskrivninger av sykdomsbyrde i Norge er gjort ved hjelp av estimer og trender fra 1990-2021 for en rekke sykdommer, sosiodemografiske indikatorer og andre helsefaktorer. På denne bakgrunn er sykdomsbyrde framskrevet til 2050. Prosjektet beregner også forventet levealder og forventede friske leveår, jf. senere omtale.

Aldersstandardisert rate for total sykdomsbyrde har blitt betydelig redusert i perioden 1990-2021. Framskrivning viser at denne utviklingen fortsetter mot 2050, men ikke i så stor grad som tidligere.² Reduksjonen er særlig drevet av reduksjon i hjerte-kar-sykdom, kreft og luftveissykdommer. Det er framskrevet en reduksjon for Norge i aldersstandardisert rate for helsetapsjusterte leveår til 2045 på 8,4% med overlappende konfidensintervall. Dette er samlet sykdomsbyrde for både somatiske-, psykiske- og ruslidelser.

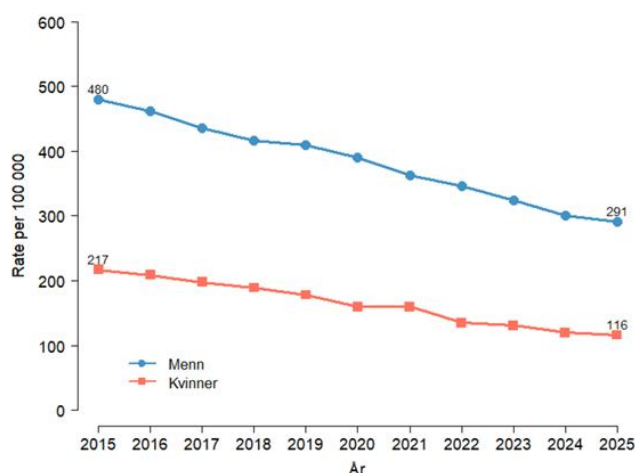
5.2.2 Hjerte- og karsykdommer

Insidensen av en rekke hjerte- og karsykdommer har vist nedgang over flere år. Figuren nedenfor illustrerer utviklingen ved å vise aldersstandardisert rate for innleggelser for akutt hjerteinfarkt i perioden 2015-2025.³ Raten er redusert med 39% for menn og 47% for kvinner. Insidensen av første gangs tilfelle av akutt hjerneslag er også redusert. Data fra Hjerte-karregisteret viser en reduksjon i aldersstandardisert rate for førstegangs akutt hjerneslag på 10,0% for kvinner og 8,5% for menn i perioden 2021-2025.⁴ I perioden har det også vært en svak reduksjon i atrieflimmer/flutter, mens insidens av hjertesvikt har økt noe.

² GBD 2021 Forecasting Collaborators: Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet 2024, 403, 2204–2256.

³ Norsk hjerteinfarktregister. Årsrapport 2025.

⁴ Hjerte-kar-registeret, Årsrapport 2025.



Figur 4. Aldersstandardisert rate for innleggelser for akutt hjerteinfarkt. Norsk hjerteinfarktregister, Årsrapport 2025.

Det er således så langt ikke tegn til at reduksjonene i standardiserte rater for hjerteinfarkt og hjerneslag stopper opp. Dødeligheten er også betydelig redusert over år.

Parallelt med fallende insidens av koronarsykdom har det også vært en reduksjon i aldersstandardisert rate for invasiv behandling av koronarsykdom.⁵

Av hjerteklaffesykdom er aortastenose (forsnevring av klaffen til hovedpulsåren) den tallmessig viktigste. Den øker med alder, og vil derfor øke med en aldrende befolkning. Der hvor behandling er nødvendig, skjer dette nå oftest ved kateterbaserte prosedyrer og i mindre grad ved hjertekirurgi. Da kateterbasert behandling er mer skånsom for eldre, er indikasjonen blitt utvidet. Dette har økt antall prosedyrer, men det utgjør likevel en liten gruppe, og liggedøgnene knyttet til behandlingen utgjør et lite volum av det totale.

Behandling av pasienter med medfødt hjertefeil har blitt betydelig bedre, og denne pasientgruppen lever lengre med sin hjertesykdom. De utgjør imidlertid ikke noen stor gruppe.

Atrieflimmer utgjør den dominerende lidelsen hos pasienter med hjerterytmeforstyrrelser, og er årsak til en del innleggelser. Den øker i forekomst med økende alder. Aldersjustert insidens av første gangs atrieflimmer er blitt noe redusert de siste årene. Behandlingsmessig har kateterbehandling med ablasjon økt i omfang. Det forventes fortsatt noen økning, utover det befolkningsøkningen skulle tilsi, men omfanget sett i forhold til totalpopulasjonen er likevel begrenset.

Pasienter med hjertesvikt utgjør en stor gruppe av pasienter med behandling for hjertesykdom. Medikamentell behandling av hjertesvikt har utviklet seg de siste årene. Data fra Norsk hjertesvikregister viser en reduksjon i sykehusinnleggelser og også redusert dødelighet i de siste årene for pasienter fulgt opp ved hjertesviktpoliklinikker.⁶

Samlet forventes fortsatt reduksjon i insidens av hjertesykdom og hjerneslag, noe som bidrar til grunnlaget for å regne med friskere aldring. Ellers forventes pasienter med hjertesykdom å følge de generelle utviklingstrekk som legges til grunn i framskrivningene.

⁵ Norsk register for invasiv kardiologi, Årsrapport 2024

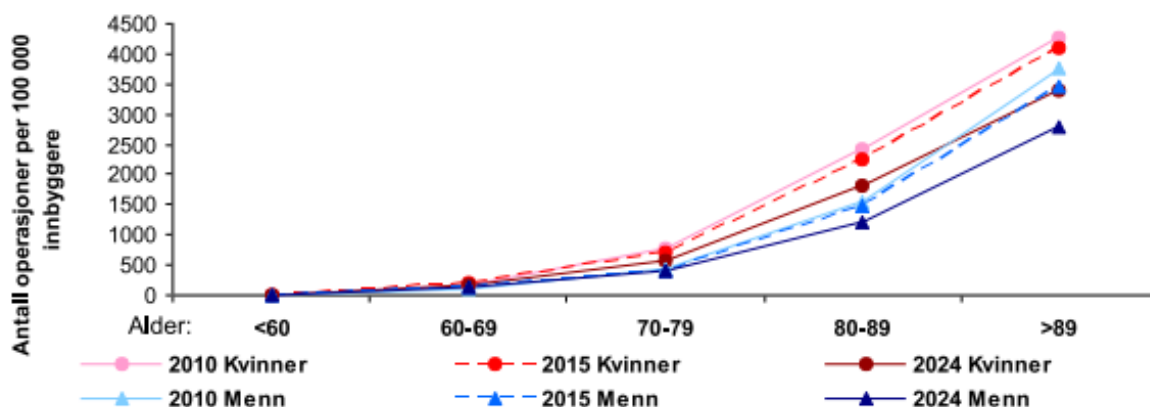
⁶ Berge, K. et al., ESC Heart Failure, 2025, 3343-3352.

5.2.3 Ortopedi

Ortopedisk behandling utgjør en betydelig andel av behandlingen innen sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. De største pasientgruppene som innlegges akutt, er pasienter med hoftebrudd og andre skader, mens pasienter som opereres for leddproteser, hovedsakelig i hofte og knær, utgjør en betydelig del av den planlagte aktiviteten. Ryggkirurgi er også relativt omfattende. Mindre ortopediske inngrep gjøres for en stor del dagkirurgisk.

Norge ligger fortsatt i verdenstoppen for hoftebrudd til tross for at aldersjustert rate har gått ned i flere tiår. I perioden 2010-2021 ble aldersjustert rate redusert med 1,9% årlig.⁷ Figuren nedenfor viser innrapporterte primære hoftebrudd per 100 000 fordelt på alder i perioden 2010-2024.⁸ Siden så å si alle med hoftebrudd blir innlagt, gir dette godt uttrykk for forekomst. Figuren viser redusert insidens både for kvinner og menn i alle eldre aldersgrupper.

Figur 2: Innrapporterte primære hoftebrudd per 100 000 innbyggere for 2010, 2015 og 2024



Figur 5. Antall hoftebrudd per 100 000 innbyggere i 2010, 2015 og 2024 fordelt på alder. Norsk hoftebruddsregister, Årsrapport 2025.

I tråd med dette gikk totalt antall akuttinnleggelser for hoftebrudd ned med 3,6% i tiden 2022-2025 mens antall eldre i befolkningen økte. Færre undervektige, mindre røyking, flere som er operert for hofteprotese samt noe effekt av osteoporosebehandling er pekt på som bidragende faktorer. Andre typer brudd har vist en litt økende aldersspesifikk rate som brudd i rygg og bekken (1,2% årlig) og brudd i arm/skulder (0,6% årlig) i perioden 2010-2021.⁹

Med en aldrende befolkning vil behovet for behandling av degenerative ortopediske lidelser øke. Med bedret helsetilstand i høyere alder kan det bli aktuelt med operativ behandling høyere opp i alder enn i dag, f.eks. for protesekirurgi. Det vurderes imidlertid ikke at økningen blir av en slik størrelse at det legges inn noe økt behov utover det som følger av befolkningsutviklingen. Faglig utvikling kan medføre endringer i operasjonsindikasjoner. For eksempel indikerer nye forskningsresultater at færre ankelbrudd har behov for operativ behandling mens det kan komme økt aktivitet på andre områder, f.eks. økt antall skulderproteser. Det er ikke tatt hensyn til disse forholdene i framskrivningen da de forventes løst

⁷ Andvig, J. et al., Acta Orthopaedica 2025, 96, 182-188

⁸ Norsk hoftebruddsregister, Årsrapport 2025

⁹ Andvig, J. et al., op. Cit.

innenfor samlet operasjonsvolum. Kirurgi som har vist seg å ha lav nytteverdi, er redusert betydelig siste 15 år. Operasjonsindikasjoner vil jevnlig være gjenstand for faglige diskusjoner.

Utviklingen de senere år har vært preget av kortere oppholdstid både for akutte og elektive pasienter. En del pasienter med akutte skader som ikke krever akutt operasjon, blir initialt konservativt behandlet poliklinisk for så å komme inn til dagkirurgisk endelig behandling noen dager senere. Det har også vært ytterligere overgang til dagkirurgi for elektive pasienter.

Data for oppholdstid og andel dagkirurgi innen ortopedi viser variasjon mellom helseforetakene. Det tyder på at det fortsatt er et potensial for noe reduksjon i oppholdstid og overgang til noe mer dagkirurgi. Andelen som utskrives dagen etter planlagt protese-kirurgi, har således økt fra 2022-2025. Noen helseforetak opererer også proteser hos utvalgte pasienter dagkirurgisk. Innen poliklinikk har utviklingen gått i retning av færre kontroller og bruk av telefonkonsultasjoner og skjemabasert oppfølging. Skjemabasert oppfølging som alternativ til konsultasjon, er tatt i bruk ved en del avdelinger og forventes å øke med derav følgende redusert behov for fysiske kontroller. Effektene av endringer på framskrevet behov inngår i de generelle utviklingstrekkene som benyttes.

5.2.4 Lungesykdommer

Utover lungekreft som er omtalt spesielt, utgjør obstruktive lungesykdommer (astma, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser og infeksjoner de største sykdomsgrupper som krever spesialisthelsetjenester for lungesykdommer. Røyking utgjør den viktigste faktoren for utvikling av KOLS. Data fra Tromsøundersøkelsen viste at den aldersjusterte prevalensen av KOLS ble redusert i perioden 2001-2017.¹⁰ Det kan forventes at reduksjonen fortsetter i årene fremover på grunn av at færre røyker, noe som vil være bidragende til friskere aldring.

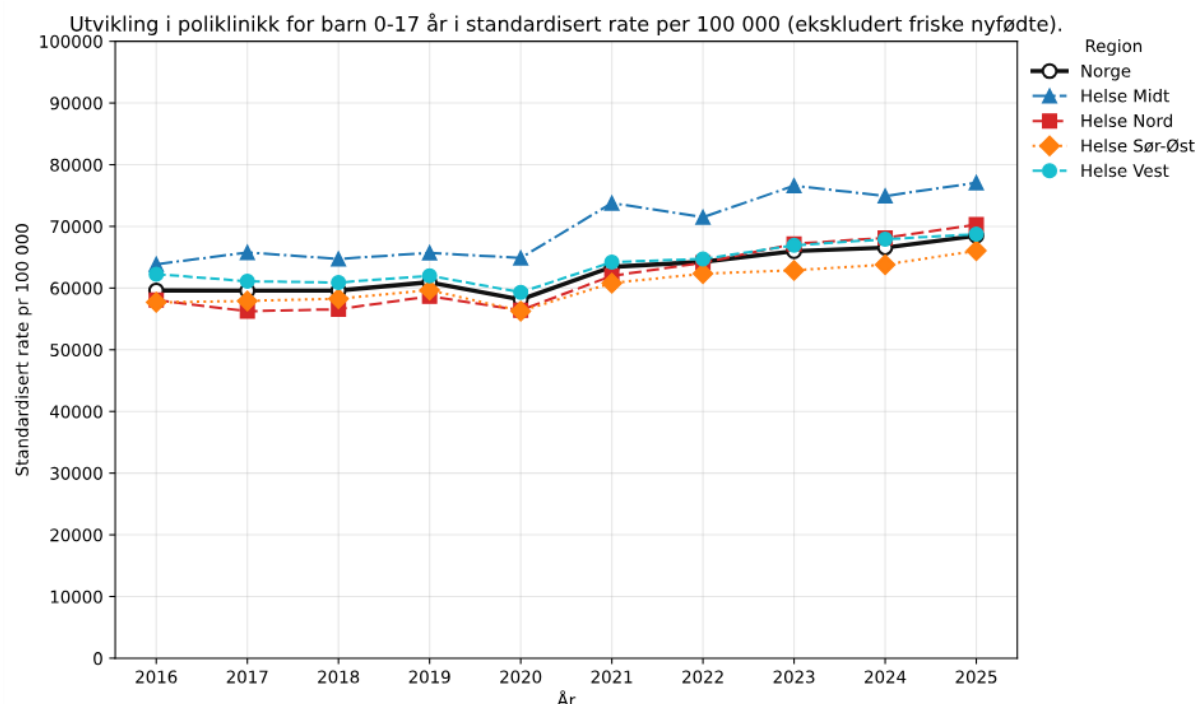
Infeksjonssykdommer i luftveiene vil fortsatt utgjøre en betydelig sykdomsbyrde. Forebygging f.eks. med vaksinasjon mot influensa og pneumokokkinfeksjon i den eldre aldersgruppen, er viktige tiltak for å redusere sykdom.

Antall liggedøgn for luftveissykdommer ved akutte ikke-kirurgiske opphold er redusert med 9% i perioden 2022 til 2025. Dette er en betydelig nedgang i totalbildet ettersom slike opphold utgjør 15% av antall akutte ikke-kirurgiske liggedøgn. Utviklingen er delvis forklart av kortere oppholdstider, med en reduksjon i samme periode fra 4,58 til 4,30 døgn. Denne reduksjonen kan skyldes raskere diagnostikk og raskere overgang til peroral medikamentell behandling. Samtidig vil forekomst av luftveissykdommer med behov for innleggelse variere fra år til år. Det forventes at utviklingen innen lungesykdommer følger den generelle utviklingen i behov for spesialisthelsetjenester.

5.2.5 Barn og unge

Det er en relativt tydelig økning i antall polikliniske konsultasjoner for barn og unge med om lag 6,5% i standardisert rate per 100 000 siden 2022. Figuren nedenfor viser utviklingen over helseregioner.

¹⁰ Melbye, H. et al., Is the Disease Burden from COPD in Norway Falling off? A Study of Time Trends in Three Different Data Sources. Int J Chronic Pulmonary Disease 2020, 15, 323-334.



Figur 6. Antall dag- og polikliniske kontakter per 100 000 for barn (0-17 år), ekskludert friske nyfødte.

Behandling av barn og unge strekker seg over alle fagdisipliner. Tabellen nedenfor viser fordelingen over fagområder for ulike aldersgrupper. De største volumene er relatert til skader og endokrine sykdommer. Luftveissykdommer, nevrologi, psykiske lidelser og oppfølging i forbindelse med fødsel er også relativt høye volumer på tvers av aldersgrupper. Enkeltstående områder som hud, er høyere i enkelte aldersgrupper.

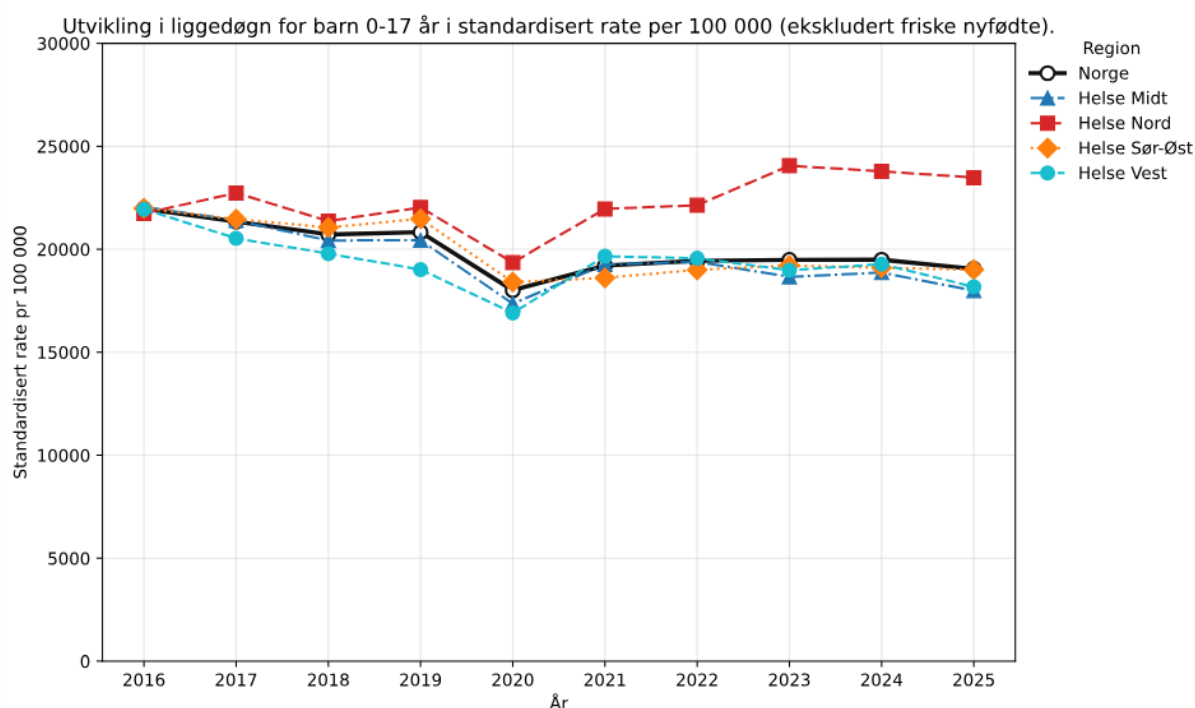
	Antall dag- og poliklinikk etter alder i 2025									
	0-4 år		5-9 år		10-14 år		15-17 år		Total	
Annet	69 103	30 %	38 769	20 %	38 820	19 %	24 673	17 %	171 365	22 %
Blod og immunsystem	2 487	1 %	2 688	1 %	2 172	1 %	1 225	1 %	8 572	1 %
Endokrine sykdommer	5 629	2 %	12 878	7 %	19 747	10 %	14 694	10 %	52 948	7 %
Fordøyelse	10 133	4 %	11 705	6 %	14 098	7 %	12 157	8 %	48 093	6 %
Godartede svulster	2 851	1 %	1 046	1 %	1 421	1 %	1 141	1 %	6 459	1 %
Hjerte/kar	6 722	3 %	4 363	2 %	4 487	2 %	4 194	3 %	19 766	3 %
Hud	5 532	2 %	4 317	2 %	6 555	3 %	8 015	6 %	24 419	3 %
Infeksjon og parasittsykdom	1 933	1 %	1 246	1 %	896	0 %	733	1 %	4 808	1 %
Kreft	3 489	2 %	4 507	2 %	3 106	2 %	1 816	1 %	12 918	2 %
Luftveissykdommer	17 020	7 %	11 867	6 %	9 797	5 %	6 802	5 %	45 486	6 %
Muskel-skjelett	3 251	1 %	5 714	3 %	12 773	6 %	12 059	8 %	33 797	4 %
Nevrologi	6 966	3 %	10 828	6 %	12 885	6 %	9 559	7 %	40 238	5 %
Psykiske lidelser	4 918	2 %	15 749	8 %	12 849	6 %	7 276	5 %	40 792	5 %
Rehabilitering	757	0 %	420	0 %	57	0 %	37	0 %	1 271	0 %
Skader	17 036	7 %	20 842	11 %	35 736	17 %	21 271	15 %	94 885	12 %
Svangerskap, føde og barsel	43 943	19 %	13 455	7 %	11 602	6 %	7 602	5 %	76 602	10 %
Urinveier og kjønnsorganer	2 741	1 %	3 397	2 %	3 202	2 %	3 402	2 %	12 742	2 %
Ytre årsaker til sykdom	2 548	1 %	2 010	1 %	2 029	1 %	1 546	1 %	8 133	1 %
Øre	9 597	4 %	10 208	5 %	5 944	3 %	3 348	2 %	29 097	4 %
Øye	11 041	5 %	18 329	9 %	7 883	4 %	3 873	3 %	41 126	5 %
Totalsum	227 697		194 338		206 059		145 423		773 517	

Tabell 6. Antall dag- og polikliniske kontakter per 100 000 i 2025 for barn (0-17 år), fordelt på fag.

En sentral utvikling i sykdomsbildet for barn og unge er økning i overvekt/fedme. Oppfølging for endokrine sykdommer har i perioden 2016-2025 økt med 55% i antall polikliniske kontakter. Dette er primært oppfølging for diabetes og overvekt. Utviklingen i endokrine sykdommer vil kunne påvirke behovet for helsetjenester, ikke bare hos barn og unge, men også bidra til økt behov gjennom livet.

Et annet sentralt utviklingstrekk er en økning i barn med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, særlig autisme. Den organisatoriske strukturen for diagnostisering og behandling av utviklingsforstyrrelser er ulik over helseforetak i Norge. Noen steder er tilbudet organisert i BUP, andre i somatikken. Den standardiserte raten for barn og unge under 17 år har økt med 123% siden 2016, og for barn 0-6 år er den økt i underkant av 200%. Tjenestene som utreder, diagnostiserer og behandler autisme i Norge, er relativt små enheter, som beskrives med et betydelig press på kapasitet i regionene. Ettersom organiseringen av tilbudet er fordelt over tjenesteområder, ved ulike helseforetak – bør behov for kapasitet sees uavhengig av tjenesteområde.

Utviklingen i innleggelser og bruk av liggedøgn er relativt stabil i standardiserte rater per 100 000. Om lag 50% av liggedøgn (ekskl. friske nyfødte) gjennomføres ved regionssykehusene. Videre er 1/3 av liggedøgn (ekskl. friske nyfødte) for barn i første leveår. Figuren nedenfor viser utviklingen i liggedøgn i standardisert rate per 100 000. Utviklingen over de siste årene er stabil sett i forhold til befolkningsutviklingen.

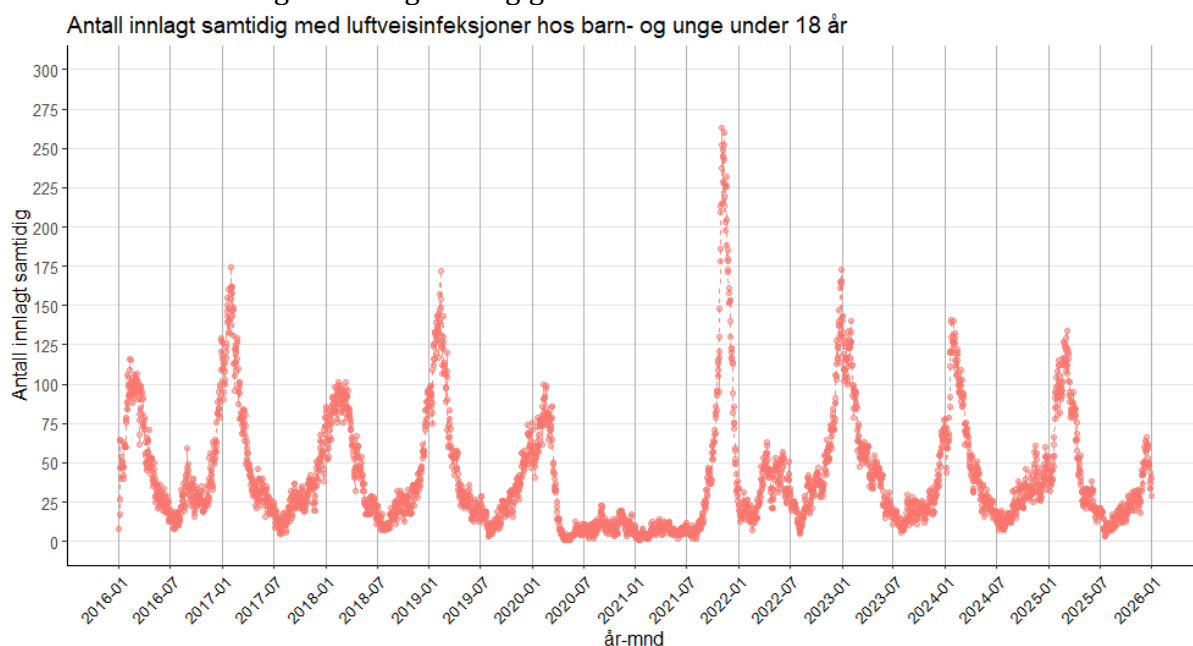


Figur 7. Antall liggedøgn per 100 000 for barn (0-17 år), ekskludert friske nyfødte.

Stortinget har i juni 2026 vedtatt å be Regjeringen innføre vaksine til gravide eller antistoff til spedbarn som profylakse mot RS-virusinfeksjon. RS-virusinfeksjon medfører årlig 3 500-4 000 liggedøgn for spedbarn. Direktoratet for medisinske produkter har beregnet at innføring av profylakse mot RS-virusinfeksjon kan redusere antall innleggelser med 40-70%, avhengig av metode og grad av effekt.¹¹ En halvering av innleggelser vil medføre en reduksjon på 1 750 – 2 000 liggedøgn som er om lag 1% av årlige liggedøgn for barn og unge. Effekten vil komme i løpet av et par år etter innføring, og er derfor ikke egnet for å ta inn som egen faktor i en framskrivningsmodell over lang tid. Effekten vil komme fram når den påvirker grunnlagsåret for framskrivning. Driftsmessig vil en slik innføring medføre mindre topp-belastning på avdelingene. Antall innlagt samtidig med luftveisinfeksjoner varierer gjennom året, med distinkte toppe, som betyr en betydelig ekstrabelastning på

¹¹ [Metodevurdering av RSV-forebygging hos spedbarn - Direktoratet for medisinske produkter](#)

avdelingene. Figuren nedenfor illustrerer også hvordan enkeltår kan ha betydelig større volum av antall innlagt samtidig avhengig av hvor omfattende utbruddene er.



Figur 8. Antall innlagt samtidig med luftveisinfeksjoner hos barn (0-17 år) i perioden 2016-2025.

Digital skjemabasert oppfølging er også tatt i bruk for barn og unge. Et eksempel er fra barne- og ungdomsklinikken ved Stavanger universitetssykehus HF. Mange pasienter henvises for mage-tarm-plager som ofte er funksjonelle. Ved henvisning fra fastlege får familien tilsendt et skjema via SMS. Basert på svarene vurderes om det er behov for konsultasjon eller om andre råd er det som skal til. Erfaringen er kortere tid til diagnose og behov for færre konsultasjoner.¹²

5.2.6 Bedre eldre eldrehelse (friskere aldring)

Bedre helsetilstand i den eldre befolkning (friskere aldring) forventes å redusere behov for liggedøgn. For å vurdere effekten kan man dels se på utviklingen i sykdomsbildet og forbruk av helsetjenester, dels vurdere dødelighet.

Som omtalt over, har det vært en reduksjon i aldersstandardisert rate for akutt hjerteinfarkt, akutt hjerneslag og hoftebrudd gjennom en årrekke. Dette er tilstander som i de aller fleste tilfeller medfører sykehusinnleggelse. Hva det kan bety for behovet for liggedøgn innenfor et relativt kort tidsintervall er illustrert i tabellen nedenfor. Den viser antall opphold i 2022, forventet antall i 2025 dersom det hadde vært samme aldersspesifikke insidens i 2025 som i 2022, samt faktisk antall opphold i 2025. Faktisk antall opphold i 2025 er lavere enn forventet som uttrykk for en redusert insidens. Det er deretter beregnet forventet antall liggedøgn i 2025 dersom insidensen hadde vært uendret med oppholdstider som i 2025, og sammenliknet dette med faktisk liggedøgnforbruk. Resultatene viser at det samlet har vært i overkant av 20 000 færre liggedøgn (13% reduksjon) for disse tilstandene i 2025 som følge av redusert insidens.

¹² Tveitnes, Dag, personlig meddelelse

Antall opphold per utvalgte diagnose* i 2022, framskrevet liggedøgn 2025 med lik innleggelsesrate som 2022, samt faktisk aktivitet 2025. Akuttinnleggelser.					
Diagnose	Opphold 2022	Forventet 2025 basert på 2022	Faktisk antall opphold 2025	Reduksjon i liggedøgn	Reduksjon i liggedøgn i %
Hjerneslag	10 379	11 190	10 339	-6 211	-7,6 %
Hoftebrudd	9 427	10 124	9 091	-5 519	-10,2 %
Hjerteinfarkt	12 654	13 531	10 884	-9 005	-19,6 %
Totalsum	32 460	34 846	30 314	-20 736	-13,0 %
* Hjerneslag: I6[134]%					
Hjerteinfarkt: I2[123]%					
Hoftebrudd: S72[012]%					

Tabell 7. Estimert forskjell i liggedøgn mellom faktisk antall i 2025 og beregnet antall basert på befolkningen dersom aldersspesifikk rate for hjerneslag, hjerteinfarkt og hoftebrudd hadde vært som i 2022 med oppholdstid som i 2025.

Det har vært en økning i levealder gjennom en årrekke. Historiske trender viser at økning i levealder er assosiert med flere friske leveår og flere år med selvhjulpenhet.

Det forventes at økning i levealder med flere friske leveår fortsetter. Framskrivningene er imidlertid noe ulike. Hovedalternativet (middelalternativet) i SSB sin framskrivning 2026 gir en forventet levealder ved fødsel på 87,2 år samlet for begge kjønn (88,5 år for kvinner, 85,8 år for menn) i 2050.¹³ I tråd med dette, anføres det i Perspektivmeldingen 2024 at forventet levealder fram mot 2060 antas å øke med 6-7 år for en nyfødt. For en 61-åring ventes levealderen å øke med om lag fem år, hvorav tre av årene antas å være med god helse.¹⁴

Prosjektet Global Burden of Disease (GBD) framskriver en mindre økning i levealder, basert på utviklingen 1990-2021. De framskriver i sitt referansealternativ (det mest sannsynlige) en forventet levealder ved fødsel på 84,8 år samlet for begge kjønn (85,9 år for kvinner, 83,7 år for menn) i 2050, en økning fra 83,0 år i 2022 som var deres forventning til levealder det året. Det framskrives også at økningen i levealder 2022-2050 er ledsaget av tilnærmet samme økning i antall friske leveår.¹⁵ Denne framskrivningen gir en betydelig mindre økning i levealder de neste tiårene sammenliknet med de foregående, og ligger også noe under SSB sitt lavalternativ. GBD anfører at det er mulig å øke levealder med 2 år i 2050 ved å eliminere risikofaktorene usunt kosthold, røyking, høy kroppsmasseindeks, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og høyt fastende blodsukker. Økende oppmerksomhet rettet mot bedre helsekompetanse hos pasienten vil kunne bidra positivt her.

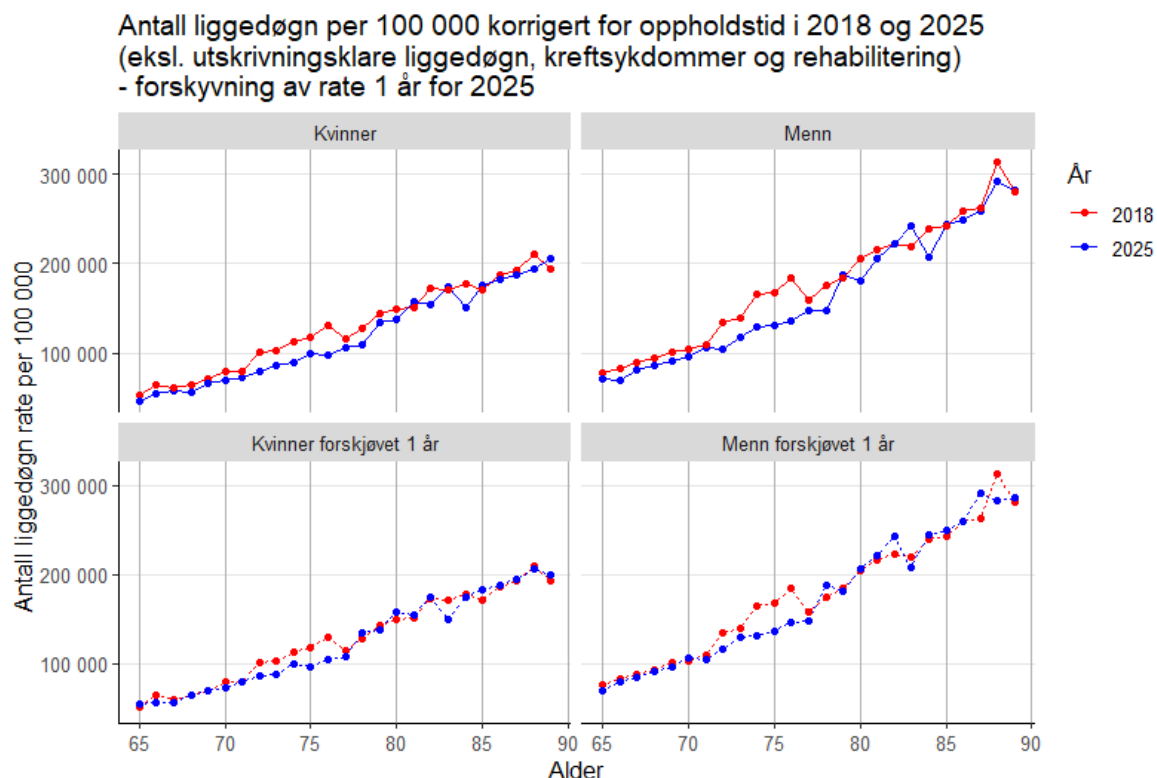
Bedre helsetilstand hos eldre (friskere aldring) kan også medføre at sykdom kan tolereres bedre. Det kan bety at tilstander som tidligere krevde innleggelse, kan behandles poliklinisk. Basert på analyser legger gjeldende modell inn en effekt av friskere aldring på bruk av liggedøgn ved at behovet for aldersgruppen 65-89 år justeres med ett friskt leveår per 10 kalenderår. Kreftområdet unntas og behandles særskilt. Det er heller ikke lagt inn noen effekt av friskere aldring knyttet til demens. Selv om noen publiserte data finner redusert aldersjustert insidens for demens, utgjør demens som hoveddiagnose en liten andel av døgnoppholdene i somatiske sykehus, og det er usikkert hvor systematisk demens og kognitiv svikt stilles som bidiagnose. Demente pasienter med annen somatisk lidelse krever ofte ekstra ressursinnsats under innleggelse.

¹³ SSB, statistikk 14744, oppdatert 12.06.2026 [14744: Framskrevet forventet levealder \(periode\), etter kjønn og alder, i 3 alternativer 2025-2100](#)

¹⁴ Meld. St. 31 (2023-2024) Perspektivmeldingen 2024

¹⁵ GBD Lancet 2024, op.cit.

Slik faktoren er beregnet i nåværende modell for forbruk av helsetjenester, kan noe av den observerte effekten være resultat av kortere oppholdstid. I revisjonsarbeidet er det derfor korrigert for oppholdstid når analysene er oppdatert. I den oppdaterte analysen benyttes liggedøgnsrater per 100 000 for ettårig alder i 2018 og 2025 (eksklusive utskrivningsklare liggedøgn, kreftsykdommer og rehabilitering). En forskyvning fra 0-7 år av de ettårige ratene ble gjort for å se hvilken som gir best tilpasning. Resultatene viste at det var sterkest korrelasjon og lavest gjennomsnittlig kvadratavvik (mean squared error (mse)) for en forskyvning på ett år i syvårsperioden. Figuren nedenfor illustrerer effekten av forskyvningen, og viser en bedre tilpasning av de aldersspesifikke ratene.



Figur 9 Antall liggedøgn per 100 000 korrigert for oppholdstid i 2018 og 2025. Ekskludert utskrivningsklare liggedøgn, kreftsykdommer og rehabilitering. Forskyvning av rate 1 år for 2025 mot venstre.

Effekten av forskyvning av liggedøgnsrater med ett år over syv år, gir en forskyvning på nærmere tre over 20 år. I beregningen nedenfor er det opprettholdt tidligere estimat på to år over 20 år. Effekten for de over 80 år er redusert, da det er indikasjon på en mer stabil innleggelsesrate for de over 80 år de siste årene.

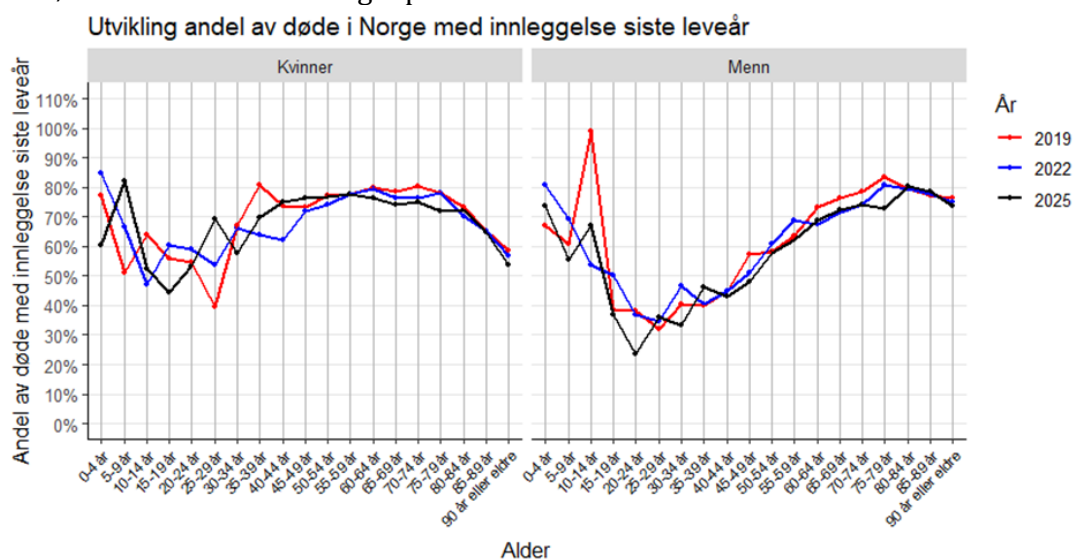
Redusert liggedøgnsrate som følge av bedre helsetilstand hos eldre			
Alder	Beregnet effekt		Effekt i modell
	Kvinner	Menn	
65-69 år	-9 %	-12 %	-10 %
70-74 år	-14 %	-12 %	-14 %
75-79 år	-12 %	-11 %	-11 %
80-84 år	-11 %	-11 %	-3 %
85-89 år	-8 %	-9 %	-3 %

Tabell 8. Effekt av redusert liggedøgnsrate som følge av bedre helsetilstand hos eldre.

Utviklingen 2022-2025 tyder på at effekten av bedre helse hos eldre kan ha vært større enn gjeldende framskrivningsmodell forventet. Oppdaterte beregninger indikerer at effekten nå også er større enn hva som legges inn i modell, men det er flere usikkerhetsmomenter som begrunner å være konservativ. Dette vil for eksempel være gjennomførte endringer som overgang fra døgn til dag, redusert variasjon eller effekter av samhandling. Samlet gir effekten av friskere aldring slik den her er beskrevet, en reduksjon i totalt antall liggedøgn på 3,7%.

En alternativ tilnærming til å estimere effekt av bedre helse hos eldre er gjennom bruk av liggedøgn i siste leveår. Som beskrevet ovenfor, forventes en fortsatt utvikling med høyere levealder i SSB sine framskrivningsmodeller. Økt levealder medfører at død inntreffer for flere ved en høyere alder enn i dag. Spesialisthelsetjenesten gir mindre omfattende behandling når pasienten dør i høyere alder. De følgende beregninger tar utgangspunkt i andel av døde som er innlagt i siste leveår, og framskrevet dødelighet. Videre beregnes liggedøgnbehov for pasienter i siste leveår som en funksjon av kjønns- og aldersspesifikke befolkningsendringer i Norge frem mot 2045 – sammenliknet med liggedøgnbehov for antall døde fordelt over kjønn og alder med liggetid per individ 2025.

Figuren nedenfor viser utviklingen i andel av døde i Norge med innleggelse i siste leveår per alderskategori.¹⁶ Figuren viser at en høy andel av døde under 10 år og over 60 år har vært innlagt på sykehus siste år før død. Figuren illustrerer også kjønnsforskjeller. Det var om lag 524 000 liggedøgn i siste leveår for pasienter som døde i 2025. Antall liggedøgn har gått ned i perioden 2019 -2025 (561 000 liggedøgn i 2019). Figuren illustrer også en stabilitet i andel av døde som har vært innlagt i perioden.

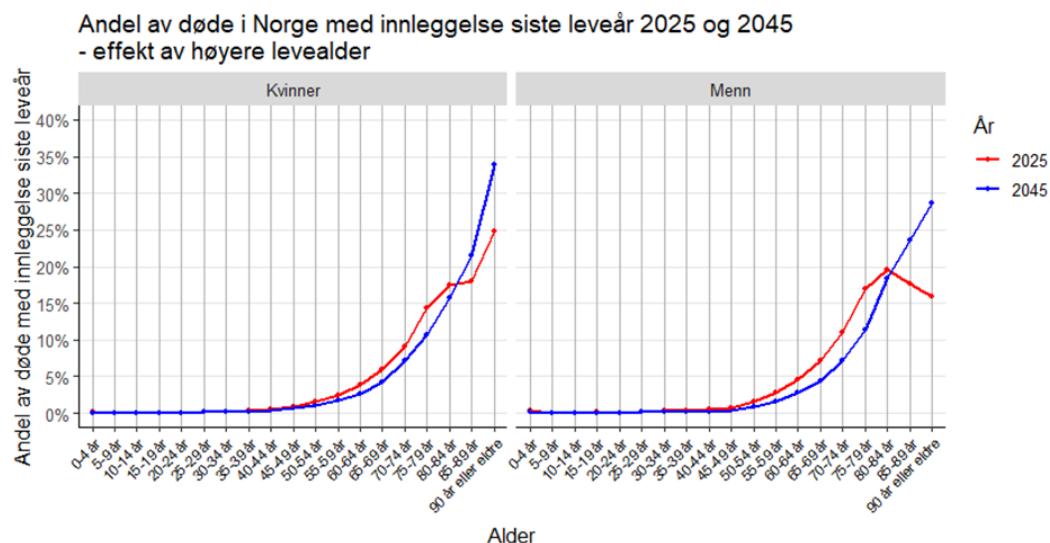


Figur 10. Andel av døde med innleggelse siste leveår i 2019, 2022 og 2025.

Andelen per alderskategori av totalt døde som var innlagt per kjønn, vises i figuren nedenfor. Figuren viser også en framskrevet dødssannsynlighet basert på SSB sine framskrivningsmodeller, og anvender samme innleggelsesrate på framskrevet antall døde i 2045. Figuren illustrerer effekt av høyere alder, hvor dødeligheten skyves oppover i alder.

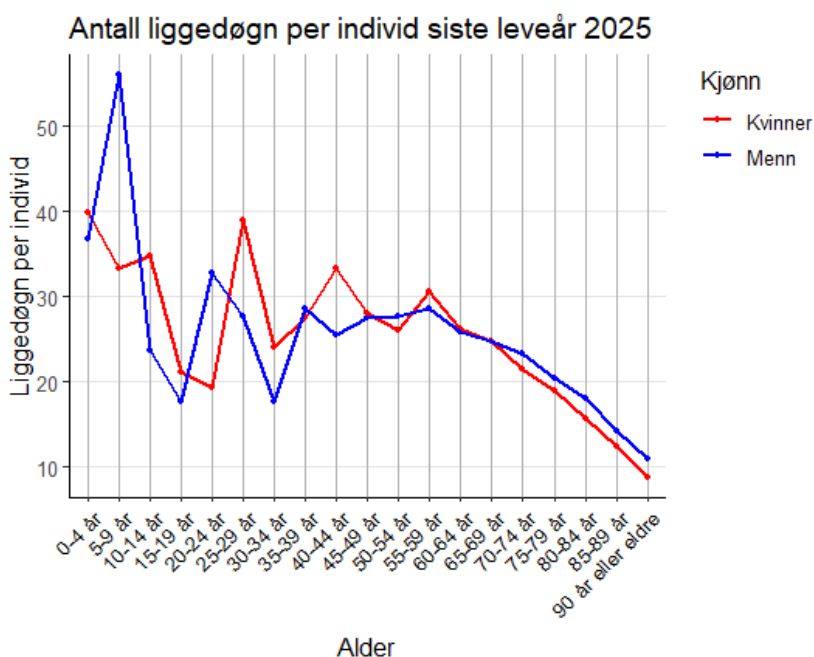
¹⁶ NPR og KPR har ikke komplett oversikt over antall døde. For individene som døde i 2019 er det 92% kompletthet, mens det fra 2020 er 96% kompletthet i registrering. Det er ikke oversikt over dødsårsak, kun dødsdato.

Således inntreffer en høyere andel av døden i alderen 85 år og eldre i 2045 for både menn og kvinner. Det bemerkes at y-akse på figurene ovenfor og nedenfor ikke er sammenliknbar, da figuren nedenfor viser andel av totalt antall døde.



Figur 11. Andelen per alderskategori av totalt antall døde som var innlagt per kjønn, samt framskrevet dødssannsynlighet basert på SSB sine framskrivningsmodeller. Framskrevet med samme innleggesrate som i 2025 på framskrevet antall døde i 2045.

Figuren nedenfor illustrerer omfanget av liggedøgn for pasienter med innleggelse i siste leveår, vist som antall liggedøgn per individ. Det er klart flest liggedøgn for pasienter i yngre aldersgrupper med større variabilitet på grunn av færre antall døde, mens antall liggedøgn per individ halveres fra aldersgruppen 75-79 år til gruppen 90 år og eldre. Dette illustrerer at dersom døden forskyves i høyere aldersgrupper, vil vi forvente at de som dør bruker færre liggedøgn.



Figur 12. Antall liggedøgn pr individ siste leveår per alder og kjønn i 2025.

For å estimere denne effekten av høyere alder ved død er det tatt utgangspunkt i andel av døde med innleggelse i siste leveår, framskrevet dødssannsynlighet per femårig aldersgruppe og samlet liggetid per individ for døde i siste leveår per femårig aldersgruppe. Tabellen nedenfor viser resultatene sammenlignet med en ren naiv framskrivning. Tabellen viser at det var 523 853 liggedøgn assosiert med pasienter i siste leveår i 2025. Dersom dette framskrives til 2045 basert på utviklingen i befolkningen generelt (alder og kjønn) gir det et behov på 827 044 liggedøgn (58% vekst). Dersom det framskrives med dødssannsynlighet og liggedøgn per individ, gir det et behov på 786 069 liggedøgn (50% vekst). Det betyr at en forskyvning av død til høyere alder i tråd med SSB sin framskrivningsmodell gir en relativ reduksjon i behov for liggedøgn på 5% for pasienter i siste leveår. Ettersom dette er en subpopulasjon av de totale liggedøgnene, vil samlet effekt være en reduksjon på 1%.

Framskrivning av antall liggedøgn assosiert med siste leveår og effekt av høyere alder ved død		
	Liggedøgn	Endring fra 2025
Liggedøgn i 2025	523 853	
Ordinær demografisk framskrivning	827 044	57,88 %
Framscrevet basert på dødssansynlighet og bruk av liggedøgn i høyere aldersgrupper	786 069	50,06 %
Differanse i % med ulike modeller	-4,95 %	

Tabell 9. Framskrevet antall liggedøgn assosiert med siste leveår og effekt av høyere alder ved død.

Flere kilder understøtter at bedre helse hos eldre endrer behovet for liggedøgn. Global burden of disease framskriver 8,4% reduksjon i helsetapsjusterte leveår fram til 2045. Forskyvning av korrigert liggedøgnrate gir en reduksjon på 3,7%, og beregnet effekt av høyere alder/senere død gir en samlet reduksjon på 1%. Det er forventet at bedre helse hos eldre har en bredere effekt enn liggedøgn assosiert med siste leveår. Det benyttes derfor en effekt på 3,7% i modellen.

5.2.7 Kreftområdet

5.2.7.1 Generelt om utvikling innen kreftbehandling

Pasienter med kreftsykdom utgjør en betydelig del av pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten. Aktivitet knyttet til kreft utgjør om lag 12% av liggedøgnene og om lag 14% av poliklinisk aktivitet i 2025. I 2025 ble det diagnostisert 40 364 nye krefttilfeller i Norge. De hyppigste kreftformene, prostatakraft hos menn, brystkreft hos kvinner, lungekreft, tykktarmskreft og melanom og ikke-melanom hudkreft utgjorde 57,9% av tilfellene¹⁷.

Behovet for spesialisthelsetjenester er relatert til insidens og prevalens av kreftsykdommer. Insidens av kreft øker med alder. I 2025 ble 56,9% av nye tilfeller hos menn og 50,6% hos kvinner diagnostisert hos pasienter ≥ 70 år. Median alder for kreftdiagnose for alle kreftformer samlet var 71 år i perioden 2021-2025. I perioden 2016-2025 har den

¹⁷ Cancer in Norway 2025, Folkehelseinstituttet

aldersspesifikke insidensen for alle kreftformer samlet blitt litt redusert for menn. For kvinner har den økt litt, men flatet ut de siste årene. Sammenliknes femårsperiodene 2021-2025 med 2016-2020 har standardisert rate blitt redusert med 2,7% for menn og økt med 3,6% for kvinner. Av vanlige kreftformer har insidens av lungekreft gått ned både for menn og kvinner de siste årene. For menn har det vært reduksjon for prostatakraft mens brystkreft har økt for kvinner. For begge kjønn har det vært en betydelig økning i hudkreft, både for melanomer og ikke-melanom hudkreft.

Fram mot 2045 er det forventet noe reduksjon i aldersjustert insidens for menn. For kvinner forventes noe økning fram til tidlig på 2030-tallet med en utflating etter det. Det vil imidlertid totalt sett bli en betydelig økning i antall krefttilfeller på grunn av aldringen av befolkningen. Langt flere vil også få diagnostisert sin sykdom i høyere alder. Mens 38 % av krefttilfellene ble diagnostisert hos pasienter over 75 år i 2023, vil 50 % av pasientene være over 75 år i 2040.

Historisk sett har det vist seg at insidensrater for enkeltkreftformer i begrenset grad har latt seg predikere ved å følge eksisterende trender. Det kan imidlertid forventes en reduksjon i aldersspesifikk rate for lungekreft pga. dens relasjon til røykevaner. Innføring av HPV-vaksine og HPV-basert screening forventes å redusere forekomst av livmorhalskreft. Det har allerede vært en betydelig reduksjon av denne krefttypen. Innføring av tarmscreening forventes på lengre sikt å medføre tidligere oppdagelse av tarmkreft med mindre omfattende behandling, inklusive behandling av forstadier slik at kreft ikke utvikles. Dette er kreftformer som i dag krever betydelige behandlingsressurser. Det har vært en betydelig økning i hudkreft de siste årene. Denne kreftformen behandles i all hovedsak med dagkirurgi og poliklinikk. Det diskuteres også innføring av screeningprogrammer for lungekreft og prostatakraft, noe som kan påvirke diagnostikk og behandling.

Behandling av kreft omfatter kirurgi, medikamentell behandling og strålebehandling. Framskritt i behandlingen har medført bedret overlevelse slik at flere pasienter blir kurert, og flere lever lengre med sin kreftsykdom. Mortaliteten har blitt redusert. Prevalensen av pasienter som har gjennomgått kreftsykdom, øker derfor betydelig. De fleste av disse er kurert og trenger ikke spesialisthelsetjenester. Antallet som lever lengre med sin kreftsykdom, og som derfor krever langvarig behandling og oppfølging, øker imidlertid med bedret overlevelse. Noen kreftfrie pasienter vil ha behov for behandling i spesialisthelsetjenesten for senskader/organsvikt etter behandling. En redusert mortalitet medfører reduksjon i behov for palliativ behandling.

Alder på diagnosetidspunktet har betydning for hvilken behandling som tilbys. Behandlingsintensiteten reduseres, særlig for aldersgruppen over 75 år. Årsaken kan dels være at eldre tåler belastende behandlinger dårligere på grunn av annen sykdom eller alder, dels at kreftsykdommen kan være mer utbredt på diagnosetidspunktet, og dels pasientens preferanser. Ved beregning av framskrevet behov legger man dagens aktivitet for ulike aldersgrupper til grunn. Det kan tenkes at mer aggressiv behandling kan bli aktuell opp i høyere alder, selv om effekten kan være usikker. På den annen side har behandlingsintensitet knyttet til kirurgisk behandling i ulike aldersgrupper vært temmelig uendret gjennom flere år. En økt behandlingsintensitet kan være særlig knyttet til medikamentell behandling som hovedsakelig kan gis poliklinisk.

Om lag 31% liggedøgnene for kreftsykdom er relatert til kirurgisk behandling. Dagkirurgi benyttes i all hovedsak for en del av pasientene med brystkreft og de aller fleste med malignt melanom og annen hudkreft. Andre kreftformer har mindre andel dagkirurgi.

Medikamentell kreftbehandling har gjort betydelige framskritt over de senere årene. Største endring har vært innføring av immunterapi gjennom de siste 10-12 år med stadig utvidelse av indikasjonssområdene. Utvikling av medikamentell kreftbehandling forventes å fortsette. Nye medikamenter har andre angrepspunkter enn de tradisjonelle cellegiftene. En del kurer kan nå gis som injeksjon eller tabletter. Infusjoner gis alt overveiende poliklinisk eller som dagbehandling. Behandlingen er i tillegg i ferd med å bli mer målrettet (persontilpasset behandling). Denne behandling skjer alt overveiende poliklinisk. Komplikasjoner til behandling kan også som oftest håndteres poliklinisk. Samlet reduserer dette behovet for innleggelser mens poliklinikkbehovet øker. Behovet for presis laboratoriediagnostikk (patologi spesielt genomanalyser, CT/MR for responseevaluering) øker også.

Innen stråleterapi skjer det en faglig utvikling mot kortere behandlingsserier, noe som reduserer deler av den økningen som aldringen i befolkningen medfører. Økt overlevelse medfører mindre behov for palliativ behandling.

5.2.7.2 Døgnbehandling

Tabellen under viser utviklingen i antall individer og rate per 100 000 for pasienter med kreftsykdom, totalt og med behov for døgninnleggelse i perioden 2016-2025. Standardisert rate for totalt antall individer under behandling/oppfølging har økt med 10,6% i hele perioden, men tydelig flatet ut de siste årene. Standardisert rate for pasienter med behov for døgninnleggelse har gått betydelig ned.

Antall individer med kreft totalt og med døgninnleggelse i absolutt antall og standardisert rate per 100 000. Helseforetak og sykehus med opptaksområder.				
	Totalt		Med døgninnleggelse	
	Antall individer	Antall individer i standardisert rate	Antall individer	Antall individer i standardisert rate
2016	105 218	2 018	35 204	675
2017	107 970	2 026	34 839	654
2018	112 012	2 058	34 694	638
2019	116 819	2 101	35 738	643
2020	119 474	2 101	35 029	616
2021	125 438	2 158	35 692	614
2022	132 299	2 229	36 330	613
2023	135 208	2 229	36 086	596
2024	137 356	2 215	35 935	580
2025	141 416	2 232	35 889	567
Endring 2016-2025	34,4 %	10,6 %	1,9 %	-16,0 %
Endring 2022-2025	6,9 %	0,1 %	-1,2 %	-7,4 %

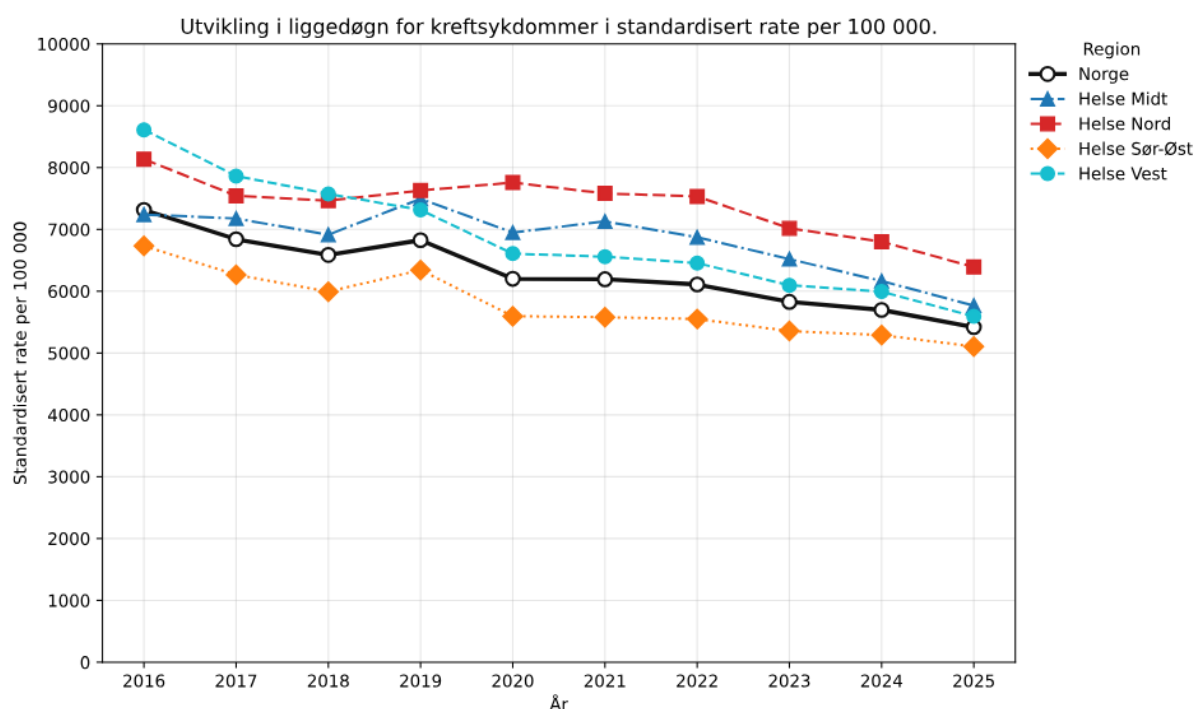
Tabell 10. Antall individer i absolutt antall og standardisert rate per 100 000 med hoveddiagnose kreftsykdom totalt og med døgninnleggelse.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i liggedøgn fordelt på type innleggelse for kreftområdet.

Utvikling i liggedøgn og antall døgnopphold for kreft ved helseforetak og sykehus med opptaksområde (ekskludert nulldagersliggere).															
Akutt ikke-kirurgi				Akutt kirurgi			Planlagt ikke-kirurgi			Planlagt kirurgi			Totalt		
År	Oppholds-			Oppholds-			Oppholds-			Oppholds-			Oppholds-		
	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid	Liggedøgn	Opphold	tid
2016	138 464	21 089	6,57	26 483	1 946	13,61	101 543	21 501	4,72	115 884	19 951	5,81	382 374	64 487	5,93
2017	134 434	20 866	6,44	24 963	1 864	13,39	95 982	19 927	4,82	109 448	19 555	5,60	364 827	62 212	5,86
2018	129 315	20 363	6,35	25 597	1 892	13,53	93 801	19 936	4,71	109 704	19 728	5,56	358 417	61 919	5,79
2019	144 753	22 443	6,45	23 204	1 771	13,10	105 589	20 663	5,11	105 369	19 812	5,32	378 915	64 689	5,86
2020	148 969	24 076	6,19	23 434	2 025	11,57	81 881	16 558	4,95	97 761	19 111	5,12	352 045	61 770	5,70
2021	150 032	24 482	6,13	24 194	2 094	11,55	87 124	17 720	4,92	97 483	19 795	4,92	358 833	64 091	5,60
2022	155 536	24 847	6,26	23 302	2 002	11,64	84 849	17 428	4,87	97 271	19 784	4,92	360 958	64 061	5,63
2023	150 756	24 720	6,10	22 427	1 950	11,50	83 819	17 311	4,84	94 021	19 555	4,81	351 023	63 536	5,52
2024	159 094	26 072	6,10	22 880	1 941	11,79	78 994	15 964	4,95	89 901	19 057	4,72	350 869	63 034	5,57
2025	157 033	26 190	6,00	21 295	1 847	11,53	77 950	15 543	5,02	84 241	18 981	4,44	340 519	62 561	5,44
Endring 2016-2025	13,4 %	24,2 %	-8,7 %	-19,6 %	-5,1 %	-15,3 %	-23,2 %	-27,7 %	6,2 %	-27,3 %	-4,9 %	-23,6 %	-10,9 %	-3,0 %	-8,2 %
Endring 2022-2025	1,0 %	5,4 %	-4,2 %	-8,6 %	-7,7 %	-0,9 %	-8,1 %	-10,8 %	3,0 %	-13,4 %	-4,1 %	-9,7 %	-5,7 %	-2,3 %	-3,4 %

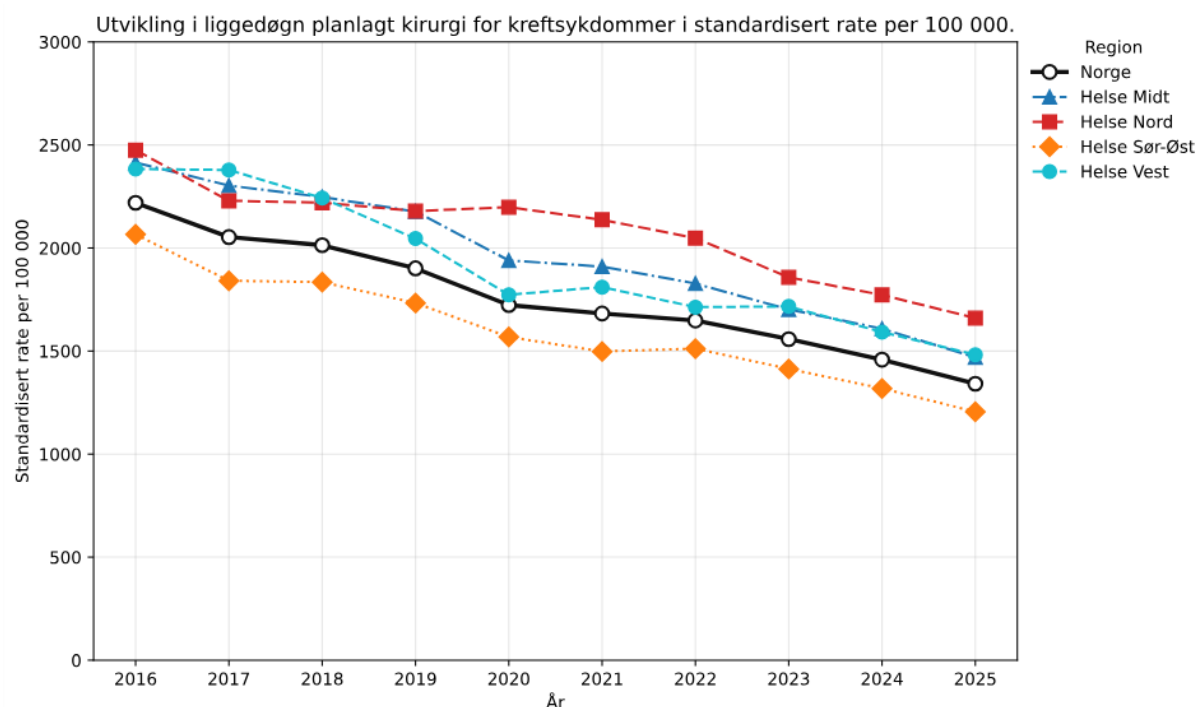
Tabell 11. Utvikling i liggedøgn, døgnopphold og oppholdstid for helseforetak og sykehus med opptaksområder i Norge ved kreftsykdom. Fordelt på akutte og planlagte, kirurgiske (definert som kirurgisk DRG) og ikke-kirurgiske opphold. Nulldagersliggere er ekskludert.

Utvikling av kirurgiske teknikker har medført kortere oppholdstid, særlig for planlagte opphold. Det er også færre pasienter som har behov for døgninnleggelse ved planlagt kirurgi. Nyere medikamentell kreftbehandling har gjort behandling mer skånsom, slik at mer av behandlingen kan gis poliklinisk eller som dagbehandling. Komplikasjoner kan i større grad behandles uten døgninnleggelse. Det har således vært en reduksjon i behovet for liggedøgn for kreftsykdom slik figuren under viser i standardisert rate per 100 000.



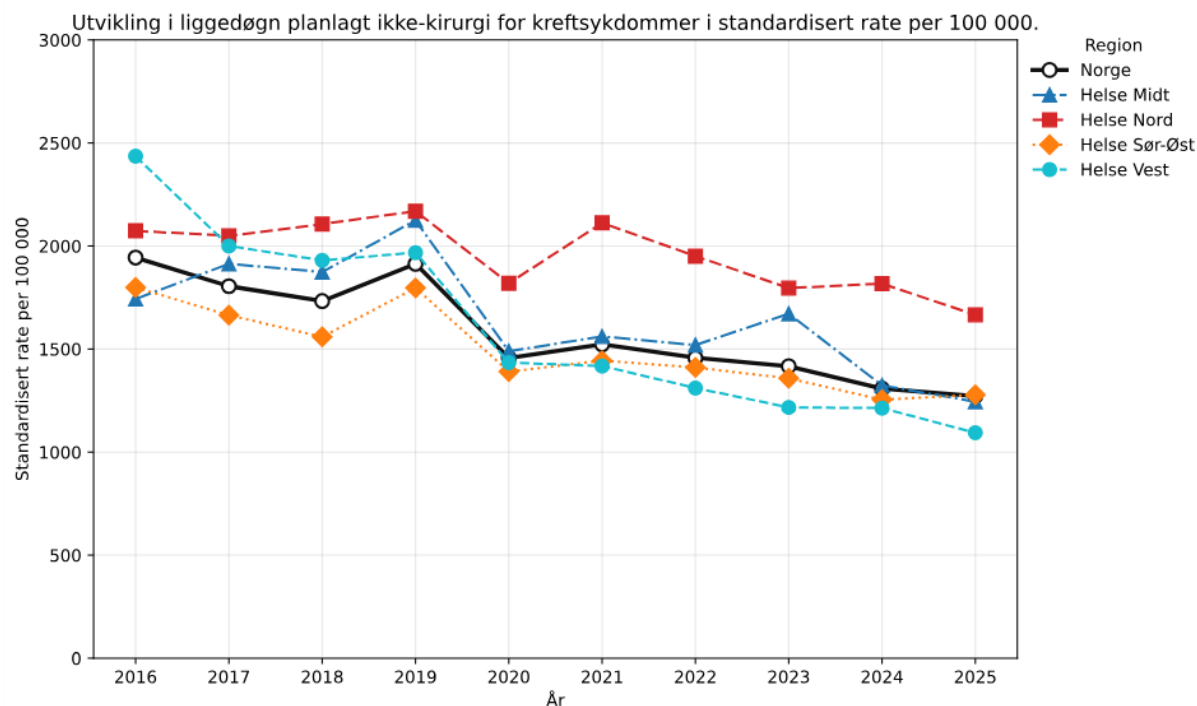
Figur 13. Utvikling i antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 for kreftsykdommer.

Reduksjonen i behovet har, som nevnt, særlig gjort seg gjeldende for planlagt behandling. Det illustreres av figuren nedenfor som viser utviklingen i behov for liggedøgn for planlagt kirurgi i standardiserte rater. Samlet er det en reduksjon i standardisert rate for liggedøgn for planlagt kirurgi på 18,6% i perioden 2022-2025.



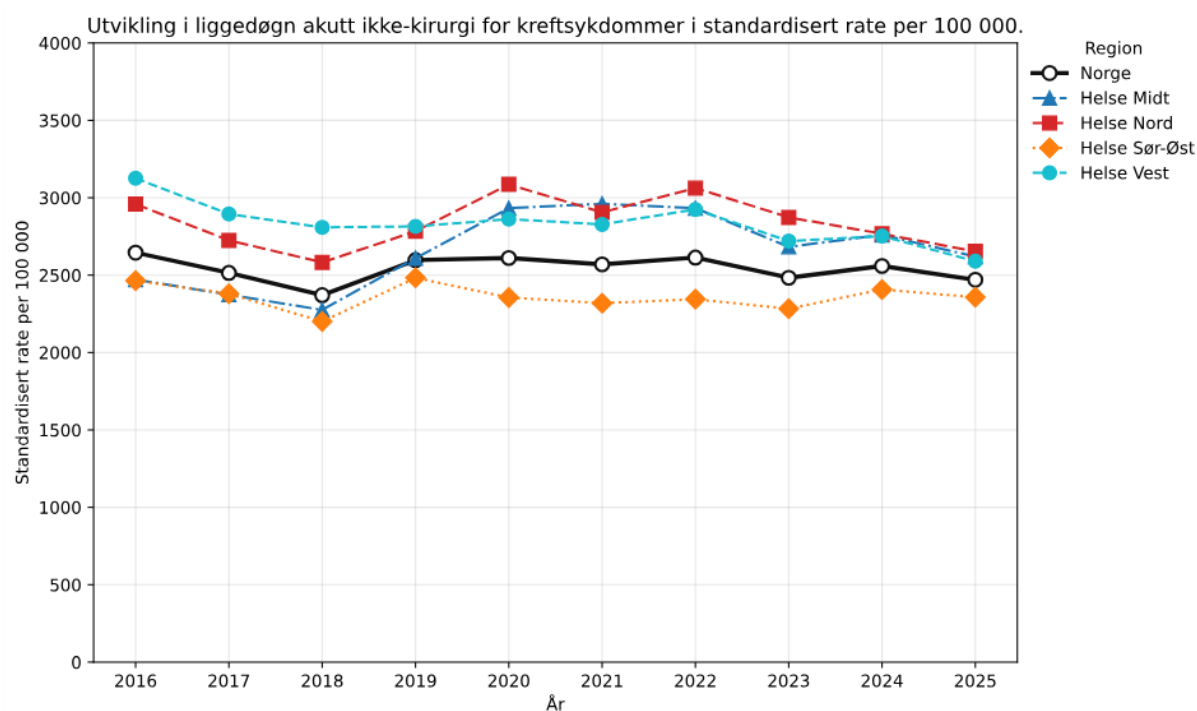
Figur 14. Utvikling i antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 for kreftsykdommer ved planlagte døgnopphold.

For planlagte innleggelser uten kirurgisk prosedyre ses også en reduksjon de siste årene, men i mindre grad. Her skjedde det et skifte under pandemien da det ble en tydelig dreining fra innleggelse til dagbehandling. Helse Nord ligger høyere enn de andre regionene. Dette kan skyldes at lengre reiseavstander kan gjøre det vanskeligere å sende pasienten hjem samme dag.



Figur 15. Utvikling i antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 for kreftsykdommer ved planlagte ikke-kirurgiske døgnopphold.

Liggedøgn knyttet til akutte innleggelser for behandling av kreftsykdom viser en større grad av stabilitet. Figuren under viser standardisert rate for liggedøgn knyttet til akutt ikke-kirurgi som utgjør 88,1% av akutte liggedøgn og 46,1% av totale liggedøgn for kreftsykdom. Dette er opphold som i betydelig grad omfatter innleggelser knyttet til siste leveår (om lag 2/3).

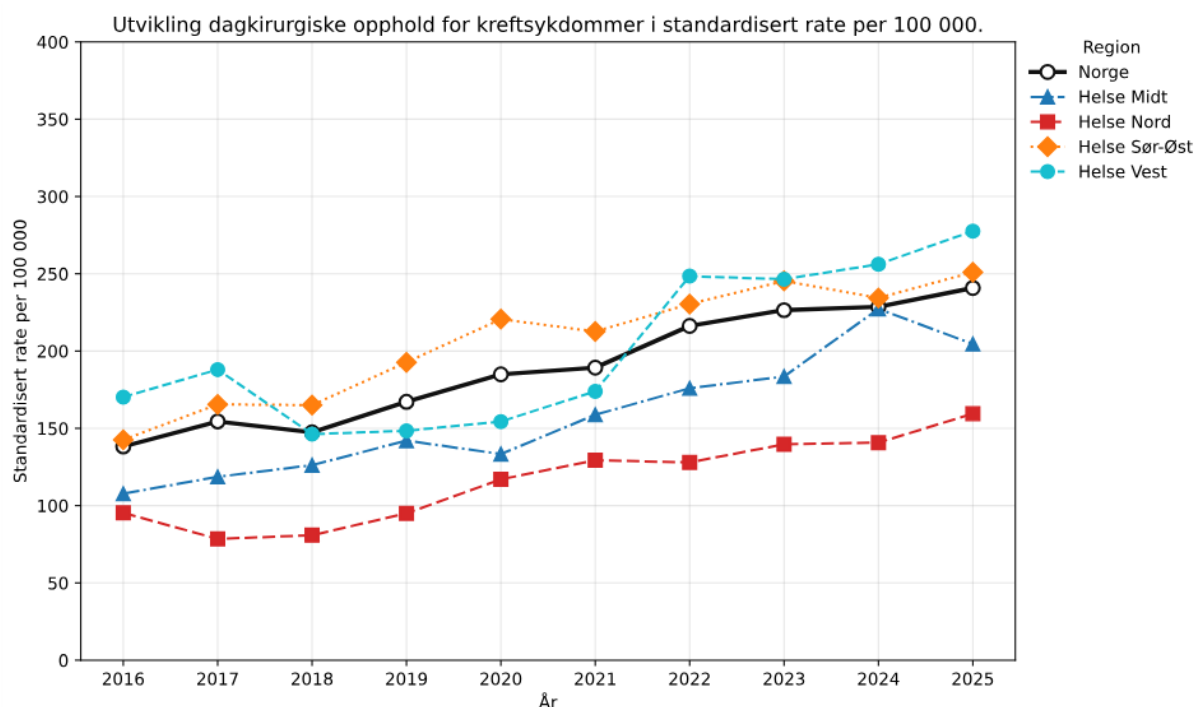


Figur 16. Utvikling i antall liggedøgn i standardisert rate per 100 000 for kreftsykdommer ved akutte ikke-kirurgiske døgnopphold.

Innen kreftområdet er om lag halvparten av liggedøgnene knyttet til planlagt behandling (47,6%). En stor del av denne behandlingen skjer på regionsykehus som har om lag 60-65% av liggedøgnene for planlagt døgnkirurgi og planlagte ikke-kirurgiske liggedøgn. Akuttsløyfen er fordelt over lokal- og regionssykehus.

5.2.7.3 Dagkirurgi for kreftsykdommer

Antall dagkirurgiske opphold for behandling av kreftsykdom har økt over en årrekke og økningen har fortsatt i perioden 2022-2025, se figuren under.



Figur 17. Utvikling i antall dagkirurgiske opphold i standardisert rate per 100 000 for kreftsykdommer. Planlagte opphold med kirurgisk DRG, registrert med dag, poliklinikk eller oppholdstid = 0.

Det største antallet dagkirurgiske inngrep knytter seg til hudkreft, både melanom og non-melanom. Brystkreft er også en større gruppe hvor det har vært en tydelig økning i andel dagkirurgi de siste årene. Sannsynligvis vil andel dagkirurgi ha nådd et platå for disse kreftformene. For de øvrige inngrepene forventes heller ikke noen vesentlig økning i andel dagkirurgi i årene framover. Tabellen under viser antall og andel dagkirurgi for ulike inngrep i 2016 og 2025.

Melanom og non-melanom hudkreft og brystkreft er kreftformer som viser økning i insidens, slik at antall dagkirurgisk inngrep forventes å øke framover.

Utvikling i dagkirurgi for selekterte kreftsykdommer. Ved Helseforetak og sykehus med opptaksområder				
	2016		2025	
	Antall	Andel dagkirurgi	Antall	Andel dagkirurgi
Bryst	3 657	29,9 %	5 075	53,0 %
Colon	2 249	0,8 %	2 292	1,6 %
Hud, non-melanoma	4 300	84,3 %	8 694	95,2 %
Livmorhals	283	31,1 %	255	55,3 %
Lunge, luftør	799	1,6 %	771	2,1 %
Mage	221	0,9 %	212	1,9 %
Melanoma	1 599	66,5 %	2 524	91,0 %
Ovarium etc.	406	5,9 %	440	4,3 %
Pancreas	253	2,8 %	244	2,9 %
Prostata	2 264	2,4 %	2 244	7,7 %
Rectum	161	3,7 %	145	1,4 %
Urinveier	3 459	14,8 %	3 598	20,1 %
Annet	7 484	9,0 %	7 742	10,8 %
Totalt	27 135	26,5 %	34 236	44,5 %

Tabell 12. Antall planlagte dagkirurgiske opphold i absolutt antall for selekterte kreftsykdommer ved helseforetak og sykehus med opptaksområde.

5.2.7.4 Framskrivning av behov for liggedøgn mot 2045

Tabellen nedenfor summerer døgnbehandling og dagkirurgi i standardiserte rater per 100 000 for kreftbehandlingen de siste 10 årene. Det har vært en økning i raten for individer totalt i behandling, men den har flatet ut de siste årene. Behovet for liggedøgn er redusert, særlig knyttet til planlagt behandling, mens dagkirurgi er økt.

År	Individer totalt	Individer døgn	Individer med kirurgi	Døgnopphold kirurgi	Dagkirurgi	Liggedøgn	Liggedøgn akutt ikke-kirurgi	Liggedøgn akutt kirurgi	Liggedøgn planlagt ikke-kirurgi	Liggedøgn planlagt kirurgi
2016	2 018	675	484	419	138	7 315	2 645	507	1 944	2 219
2017	2 026	654	481	402	154	6 841	2 514	468	1 805	2 053
2018	2 058	638	473	397	147	6 587	2 370	471	1 733	2 014
2019	2 101	643	484	389	167	6 826	2 597	414	1 914	1 901
2020	2 101	616	485	372	185	6 202	2 611	411	1 457	1 723
2021	2 158	614	491	377	189	6 193	2 570	419	1 522	1 682
2022	2 229	613	509	368	216	6 109	2 613	390	1 458	1 648
2023	2 229	596	511	356	226	5 828	2 483	371	1 417	1 558
2024	2 215	580	498	340	229	5 697	2 559	372	1 308	1 458
2025	2 232	567	499	331	241	5 419	2 470	336	1 272	1 341
Endring 2016-2025	10,61 %	-16,00 %	2,91 %	-21,14 %	74,23 %	-25,92 %	-6,61 %	-33,74 %	-34,56 %	-39,57 %
Endring pr år	1,18 %	-1,78 %	0,32 %	-2,35 %	8,25 %	-2,88 %	-0,73 %	-3,75 %	-3,84 %	-4,40 %

Tabell 13. Utvikling i standardiserte rater per 100 000 for kreftsykdommer, individer i behandling og ulike behandlingsaktiviteter.

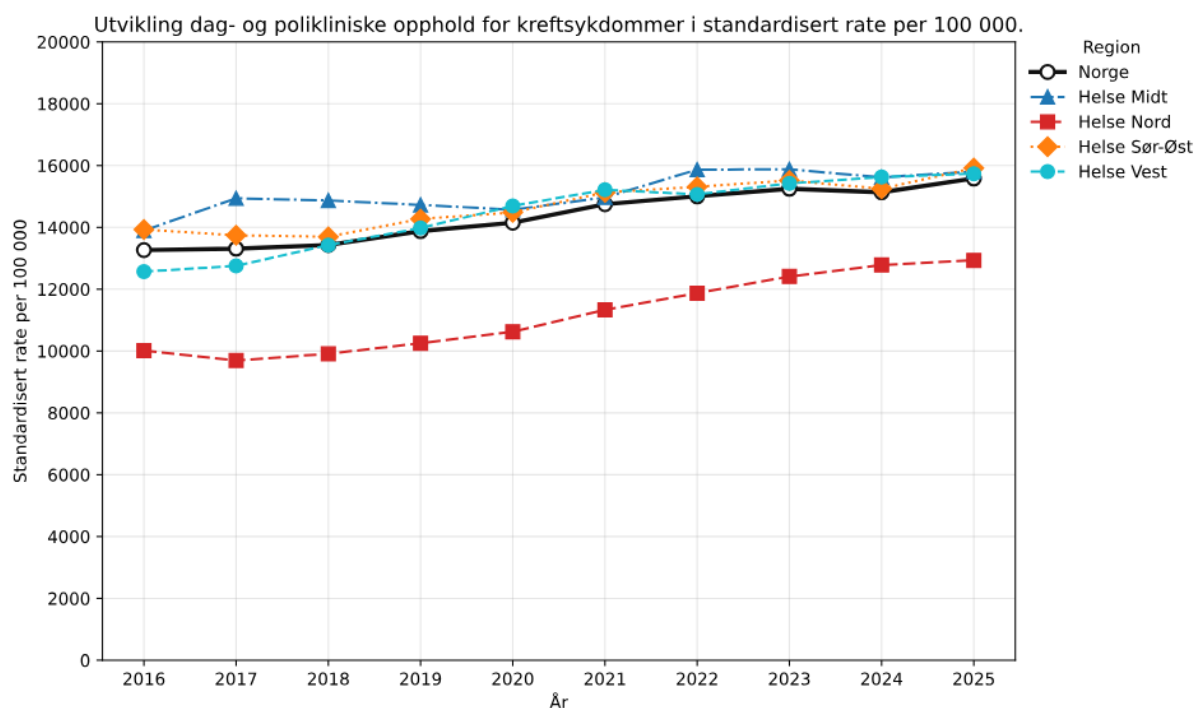
Gjeldende modell basert på aktiviteten i 2022, framskrev en fortsatt reduksjon i behov for liggedøgn, men med mindre årlig reduksjon enn i årene forut. Det ble lagt til grunn samme alders- og kjønns spesifikk insidens. Reduksjonen i liggedøgn har vært større enn forventet. Det har også vært noe reduksjon i insidens av kreftsykdommer i disse årene.

Fram mot 2045 forventes total aldersjustert insidens av kreftsykdom for kvinner å øke noe mens det forventes en reduksjon for menn. Flere vil være i eldre alder på diagnosetidspunkt. Behandlingsintensiteten for kirurgi reduseres når kommer i høy alder (særlig over 85 år), for en del kreftformer som lunge, prostata og bryst, men behandlingsintensiteten har vært temmelig uendret i en årrekke. Det gjøres derfor ikke noen endring i ressursinnsatsen knyttet til alder. Det forventes fortsatt overgang til mer poliklinikk og redusert behov for liggedøgn på grunn av medisinsk utvikling med mer målrettet behandling. Forventet lavere mortalitet vil også redusere behovet. Samtidig forventes det økt ressursinnsats og bedre behandlingsmuligheter for pasienter ved tilbakefall. Samlet vurderes at det er grunnlag for å framskrive med fortsatt noe reduksjon i behov for liggedøgn. Reduksjonen framskrives med om lag samme grad som i gjeldende modell, men lavere enn den reduksjonen som er sett til nå. Det må forventes at effektene beskrevet over blir lavere framover, siden mye er endret allerede. Behov for liggedøgn framskrives med en reduksjon på 0,43% årlig (akkumulert 8,5% fram til 2045).

5.2.7.5 Poliklinisk aktivitet ved kreftsykdom

Framskritt i behandlingen har medført at flere pasienter blir kurert for, og flere lever lengre med, sin kreftsykdom. Mortaliteten har blitt redusert. Prevalensen av pasienter som har gjennomgått kreftsykdom, øker derfor. De fleste er kurert, og trenger ikke spesialisthelsetjeneste, men antall kontroller kan øke. Antallet som lever lengre enn tidligere med sin sykdom øker, noe som medfører lengre oppfølgings- og behandlingstid for de som ikke blir kreftfrie. Hoveddelen av behandling kan skje poliklinisk. Samlet medfører dette et

økt behov for poliklinisk aktivitet. Figuren nedenfor viser standardisert rate per 100 000 for poliklinisk aktivitet i oppfølging for kreftsykdom. Det har vært en økning over år. Det var en særlig sterk økning i perioden 2018-2022 hvor standardisert rate for polikliniske kontakter økte med 2,7% årlig. Det kan tilskrives en periode hvor bruk av nye medikamentelle behandlingsregimer økte. I perioden 2022-2025 har økningen vært relativt liten. For hele perioden 2016-2025 har standardisert rate økt med om lag 1,7% årlig.



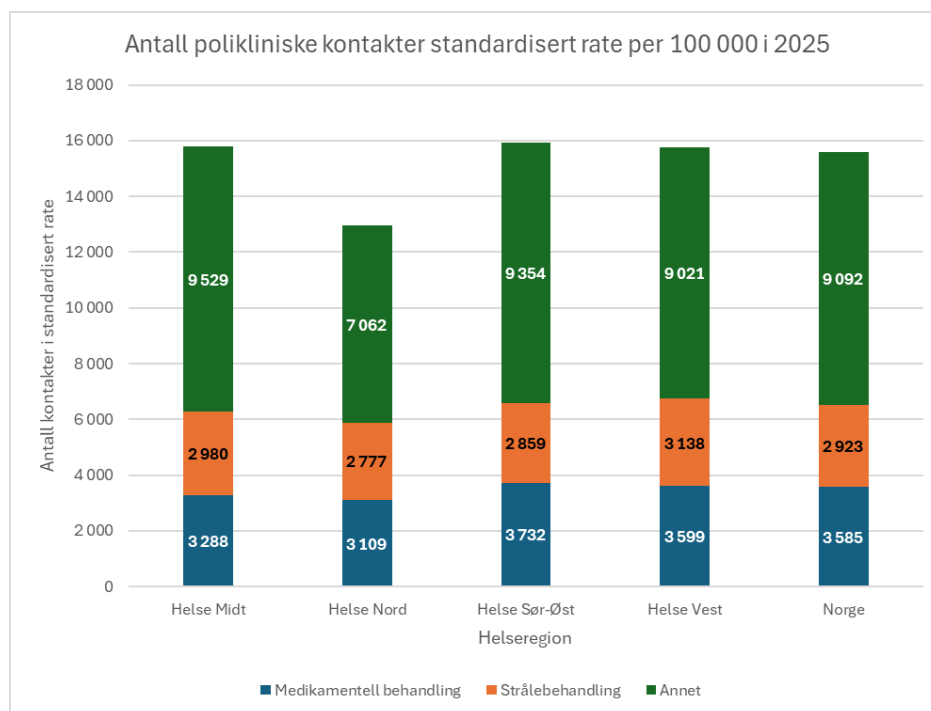
Figur 18. Utvikling i antall dag- og polikliniske kontakter per 100 000 for kreftsykdommer.

Utviklingen i poliklinikk er differensiert for ulike behandlingsformer i tråd med faglig utvikling. Tabellen nedenfor viser en vekst i medikamentell behandling, særlig i perioden 2018-2022, strålebehandling er redusert i perioden, og annen poliklinikk viser sterkest vekst.

Antall polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 ved kreftsykdom fordelt på type aktivitet			
	Medikamentell behandling	Strålebehandling	Annet
2016	2 730	3 745	6 791
2017	2 842	3 629	6 841
2018	2 910	3 510	7 009
2019	3 097	3 440	7 342
2020	3 201	3 263	7 690
2021	3 329	3 407	8 016
2022	3 413	3 278	8 314
2023	3 467	3 232	8 549
2024	3 514	2 980	8 643
2025	3 585	2 923	9 092
Endring 2016-2025	31,3 %	-22,0 %	33,9 %
Endring 2022-2025	5,0 %	-10,8 %	9,4 %

Tabell 14. Utvikling dag- og polikliniske kontakter per 100 000 for kreftsykdommer fordelt på type aktivitet.

Figuren nedenfor viser polikliniske kontakter fordelt på helseregioner i 2025. Det er mindre variasjon mellom regionene når det gjelder medikamentell behandling og strålebehandling. Helse Nord har færre kontakter for annen oppfølging. Det har vært et mønster gjennom flere år. Det antas at en større del av oppfølging skjer i primærhelsetjenesten, noe som kan være betinget av avstandene. Men dette må også ses i lys av at Helse Nord samtidig har et høyere liggedøgnsforbruk sammenlignet med de øvrige helseregioner. Det er ikke noen data som tyder på at pasientene i Helse Nord har dårligere utkomme enn i øvrige deler av landet.¹⁸



Figur 19. Antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 for kreftsykdommer i 2025 fordelt på type behandling.

Gjeldende framskrivningsmodell framskrev behovet for poliklinisk aktivitet mot 2040 med 2,4% årlig i standardisert rate. Dette var basert på en vurdering av den betydelige økningen i 2018-2022. Når data for hele perioden 2016-2025 foreligger, ser behovet ut til å være overvurdert. Det betydelige økningen i årene forut for 2022 ser ut til å være knyttet til nyere medikamentelle behandlingstilbud. I revidert modell gjøres ikke en egen framskrivning av kreftområdet, men poliklinisk aktivitetsbehov framskrives på overordnet nivå med en samlet størrelse som øvrig poliklinikk.

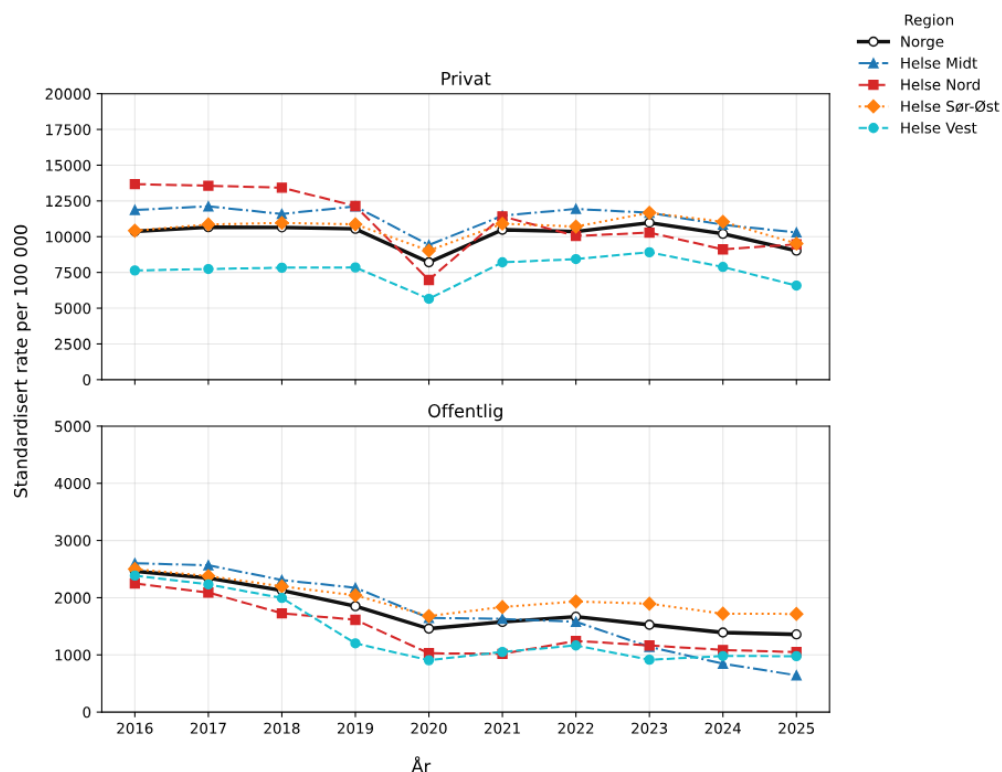
5.2.8 Rehabilitering

Rehabilitering er en oppgave for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er således et viktig område for samhandling. Organiseringen av rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten er ulik over helseforetak/sykehus, og med stort innslag fra private leverandører som har avtale med de regionale helseforetakene og finansieres av disse.

¹⁸ Heikillä, R., Myklebust, T. Å. & Møller, B. Regional variation in cancer survival in Norway. Cancer Epidemiol. 2021, 75:102038. doi: 10.1016/j.canep.2021.102038. Epub 2021 Sep 24.

Figuren nedenfor viser utviklingen i antall liggedøgn fordelt på private og i helseforetak/sykehus med opptaksområder. Samlet for Norge har antall liggedøgn hos private gått ned med 13% i perioden 2022-2025. I helseforetak og sykehus med opptaksområder har reduksjonen vært på 19%.

Utvikling liggedøgn rehabilitering i standardisert rate per 100 000 fordelt på aktør



Figur 20. Utvikling i antall liggedøgn for rehabilitering per 100 000 fordelt på aktør.

De døgnbaserte tilbudene i offentlige helseforetak er til dels organisert som separate sykehus eller avdelinger, og dels i andre typer avdelinger. Dette gir utfordringer med å eksakt kunne angi omfang av døgnaktivitet, hvor en del rehabilitering skjer på fagavdeling uten at rehabiliteringsdiagnosen anvendes. Det har vært en utvikling i fagområdet over de siste årene med tydeligere definerte indikasjoner og innretning av tjenestetilbud. Videreutviklingen av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fremover forventes å være særlig rettet mot tidlig rehabilitering etter skade/sykdom, og i mindre grad døgnrehabiliteringsopphold senere i forløpet. Det forventes i tillegg å være en utvikling med større grad av poliklinisk baserte tilbud framfor døgnbehandling i den senere fasen av pasientforløpet. I dette arbeidet er det derfor skjelnet mellom en tidlig fase (innen 6 måneder) etter et akuttforløp, og forløp som ikke direkte er tilknyttet en akuttinnleggelse (senfase).

For nærmere å analysere volum av rehabilitering i tidlig fase, har vi her identifisert pasientopphold med nærhet til en akuttinnleggelse (innen 180 dager). Tabellen nedenfor sammenstiller liggedøgn med rehabilitering i Norge relatert til akuttinnleggelser og senfaserehabilitering. Tabellen viser at antall liggedøgn er redusert, og at andelen relatert til akuttinnleggelser har økt i perioden 2018-2025.

Liggedøgn for rehabilitering (avdelingsopphold) relatert til akuttinnleggelse og senfase for helseforetak/sykehus med opptaksområder (inkl. Sunnaas HF, ekskludert overvekt og arbeidsrettet rehabilitering)				
År	Akutfase	Senfase	Totalt	Andel liggedøgn relatert til akuttforløp
2018	99 674	45 999	145 673	68 %
2019	96 732	42 995	139 727	69 %
2020	86 426	32 162	118 588	73 %
2021	87 766	36 361	124 127	71 %
2022	96 865	36 200	133 065	73 %
2023	94 248	36 539	130 787	72 %
2024	88 533	34 145	122 678	72 %
2025	86 398	32 731	119 129	73 %
Endring 2018-2025	-13,3 %	-28,8 %	-18,2 %	6,0 %
Endring 2022-2025	-10,8 %	-9,6 %	-10,5 %	-0,4 %

Tabell 15. Utvikling i liggedøgn for rehabilitering relatert til akuttinnleggelse og senfase for helseforetak og sykehus med opptaksområde (inkl. Sunnaas HF). Ekskludert overvekt og arbeidsrettet rehabilitering.

Siden tilbudet er ulikt organisert med stort innslag av private tilbydere og et faglig ønske om å videreutvikle rehabilitering relatert til akuttinnleggelser, vises antall liggedøgn i relatert til akuttforløp og senfaserehabilitering (standardiserte rater per 100 000) over opptaksområder (inkl. private) i tabellen nedenfor. I tabellen er liggedøgn relatert til arbeidsrelatert rehabilitering og overvekt ekskludert for å nærmere kunne isolere rehabilitering relatert til akuttforløp og senfase rehabilitering av kroniske tilstander over offentlige og private institusjoner.

Antall liggedøgn rehabilitering relatert til akuttinnleggelser og senfase uavhengig av aktør 2025 standardisert rate per 100 000. Liggedøgn relatert til arbeidsrelatert rehabilitering og overvekt er ekskludert.				
Opptaksområder	Standardiserte rater		Avvik til gjennomsnitt	
	Akutfase	Senfase	Akutfase	Senfase
Akershus universitetssykehus	3 572	6 778	14,2 %	10,9 %
Diakonhjemmet Sykehus	3 487	6 005	11,5 %	-1,7 %
Finnmarksykehuset	3 381	8 929	8,1 %	46,1 %
Helgelandssykehuset	2 655	5 789	-15,1 %	-5,3 %
Helse Bergen	3 298	4 316	5,5 %	-29,4 %
Helse Fonna	2 319	6 594	-25,8 %	7,9 %
Helse Førde	2 171	4 617	-30,6 %	-24,4 %
Helse Møre og Romsdal	2 539	6 417	-18,8 %	5,0 %
Helse Nord Trøndelag	3 635	10 275	16,3 %	68,2 %
Helse Stavanger	1 786	4 002	-42,9 %	-34,5 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	4 245	6 559	35,8 %	7,4 %
Nordlandssykehuset	4 292	8 089	37,3 %	32,4 %
Oslo universitetssykehus	4 785	7 981	53,0 %	30,6 %
St. Olavs hospital	3 410	6 665	9,0 %	9,1 %
Sykehuset i Vestfold	2 360	4 670	-24,5 %	-23,6 %
Sykehuset Innlandet	3 388	8 249	8,3 %	35,0 %
Sykehuset Telemark	2 746	4 968	-12,2 %	-18,7 %
Sykehuset Østfold	3 229	6 307	3,3 %	3,2 %
Sørlandet sykehus	2 600	4 815	-16,8 %	-21,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	3 856	6 870	23,3 %	12,4 %
Vestre Viken	2 984	5 807	-4,6 %	-5,0 %
Norge	3 127	6 110		

Tabell 16. Antall liggedøgn rehabilitering per 100 000 i 2025 fordelt på akutfase og senfase og opptaksområder. Liggedøgn relatert til arbeidsrelatert rehabilitering og overvekt er ekskludert.

Det er stor variasjon over opptaksområder for både rehabilitering relatert til akuttinnleggelser og senfase. Dette indikerer at det her vil være muligheter for å se på organisering og innretting av tilbud. Grunnet organiseringen av tjenesten er det vanskelig å identifisere særlig volumer innen fagfeltet som forventes å være i endring. Dette bør være gjenstand for særskilte vurderinger i behovsanskaffelser, særlig relatert til senfase, og hvordan den samlede kapasiteten best anvendes.

Utviklingen over de siste årene, samt den store variasjonen i bruk av rehabilitering, innebærer at det forventes en videre reduksjon i liggedøgn. Det synes imidlertid ikke å være grunn til noen særskilt framskrivning av rehabiliteringsfeltet, som derfor inngår i den totale modellen. Rehabiliteringsfeltet påvirkes særlig av faktorene bedre helse hos eldre og reduserte oppholdstider. Samlet er effekten på 12% over 20 år.

Den polikliniske aktiviteten innen fysikalsk medisin og rehabilitering registreres dels som rehabilitering, men også i stor grad som fagspesifikke diagnoser. De inngår da i de enkelte fagspesifikke konsultasjonsvolumene.

5.2.9 Samhandling

5.2.9.1 Utskrivningsklare pasienter

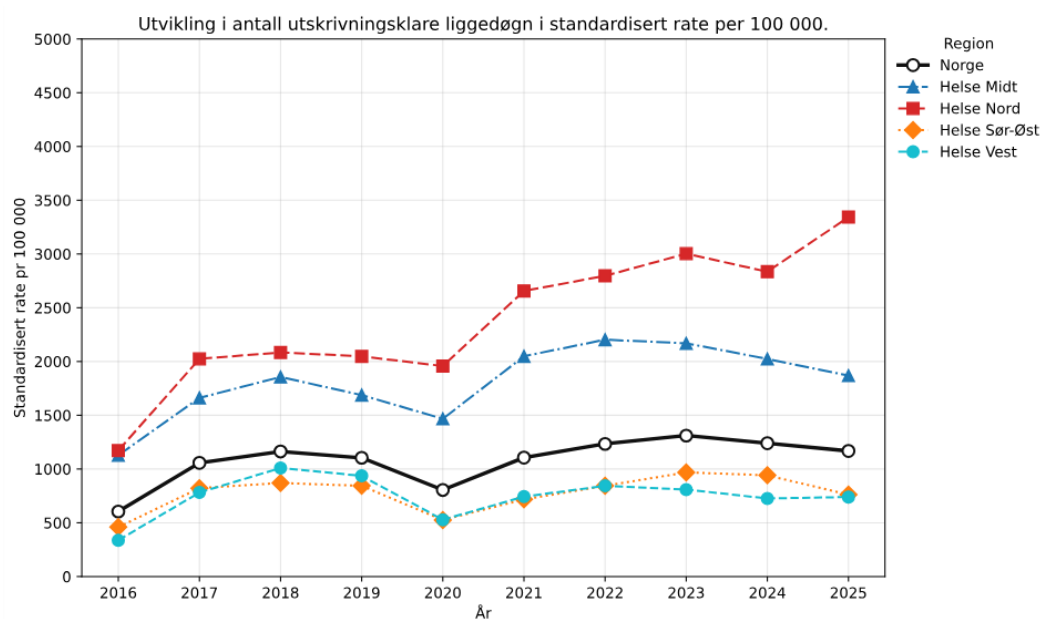
Det har ikke skjedd noen endring av betydning når det gjelder utskrivningsklare pasienter på nasjonalt nivå de siste årene. Antall utskrivningsklare liggedøgn i absolutte tall har variert litt i årene 2022-2025 og er høyere i 2025 enn i 2022. Standardisert rate per 100 000

(korrigert for kjønn og alder) for utskrivningsklare liggedøgn er nasjonalt på omtrent samme nivå i 2025 som i 2022, men med et høyere nivå i årene mellom. Det er også forskjeller mellom regionene hvor Helse Nord har en betydelig økning. Helse Midt-Norge ligger også høyt. Det er regionale variasjoner i hvor lenge pasientene blir i sykehusene som utskrivningsklare, hvor Helse Nord har den klart lengste oppholdstiden. De aller fleste pasientene som får utskrivningsklare liggedøgn, er 65 år og eldre med akuttinnleggelse.

Tabellene og figuren nedenfor illustrerer disse forholdene.

Utskrivningsklare liggedøgn			
År	Totalt	65 år og eldre med akuttinnleggelse	Andel
2018	62 780	52 069	82,9 %
2019	60 814	50 060	82,3 %
2020	45 352	37 797	83,3 %
2021	63 794	54 535	85,5 %
2022	72 906	62 198	85,3 %
2023	78 393	66 004	84,2 %
2024	76 489	65 136	85,2 %
2025	74 302	63 362	85,3 %

Tabell 17. Antall liggedøgn som utskrivningsklar og andel av disse som gjelder pasienter ≥ 65 år med akuttinnleggelse i perioden 2016-2025.



Figur 21. Utvikling i antall utskrivningsklare liggedøgn per 100 000.

Oppholdstid etter vurdert som utskrivningsklar over regioner og tid								
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Helse Midt-Norge	5,4	4,9	4,8	5,6	5,3	4,8	4,1	3,6
Helse Nord	4,8	4,3	4,7	5,7	5,4	6,1	5,7	5,9
Helse Sør-Øst	2,7	2,6	2,5	2,5	2,6	2,8	2,8	2,6
Helse Vest	3,2	3,4	3,2	2,9	2,8	3,0	2,7	2,8
Norge	3,5	3,3	3,4	3,6	3,5	3,6	3,4	3,4

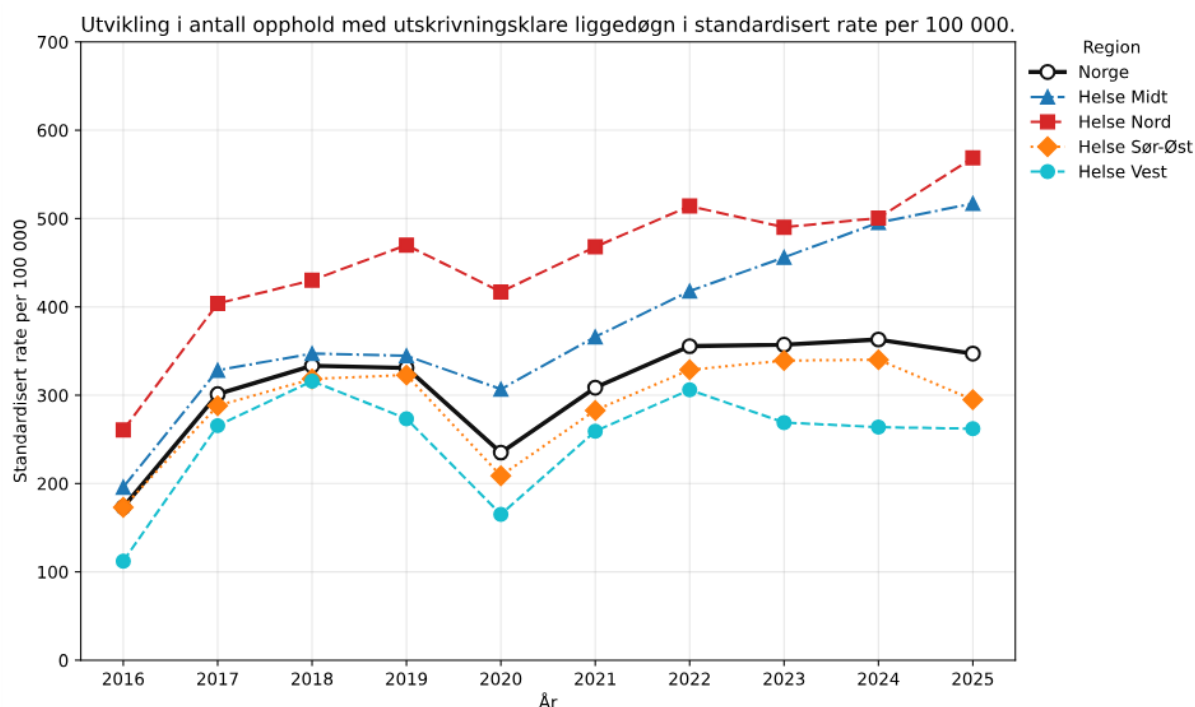
Tabell 18. Gjennomsnittlig oppholdstid etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar, nasjonalt og fordelt på helseregionene i perioden 2016-2025.

Det er også sett på oppholdstider før pasienter som får utskrivningsklare liggedøgn, er vurdert som utskrivningsklar. Denne er sammenliknet med oppholdstiden for pasienter som ikke skal ha kommunale tjenester og for de som skal ha slike tjenester, men ikke får liggedøgn som utskrivningsklar. Resultatet framkommer i tabellen nedenfor. De tre første kolonnene viser pasienter uten overføring til kommune, overført til kommune uten overliggedøgn og overført til kommune med overliggedøgn. Det er en økende oppholdstid over disse populasjonene, noe som tyder på at pasientene som blir overliggere har større sykdomsbelastning. For pasienten med overliggedøgn var det en nedgang i oppholdstid før meldt utskrivningsklar i perioden 2018 til 2022, mens den senere er mer stabil.

Utvikling i oppholdstid for pasienter som ikke overføres til kommunen, for opphold uten overliggedøgn, oppholdstid før pasient registreres som utskrivningsklar og samlet oppholdstid ved overliggedøgn. 65 år og eldre med akutt døgninnleggelse. Eks. nulldagersliggere.					
År	Oppholdstid uten overføring til kommunen	Oppholdstid uten overliggedøgn	Oppholdstid før utskrivningsklar	Gjennomsnittlig antall overliggedøgn	Oppholdstid totalt ved overliggedøgn
2018	4,2	5,7	7,5	3,5	10,9
2019	4,2	5,5	7,3	3,3	10,6
2020	4,0	5,4	7,0	3,4	10,4
2021	4,0	5,3	6,9	3,6	10,4
2022	4,0	5,2	6,5	3,5	10,0
2023	4,0	5,1	6,5	3,6	10,1
2024	3,8	5,2	6,5	3,4	9,9
2025	3,7	5,1	6,4	3,4	9,8
Endring 2022-2025	-7,0 %	-3,1 %	-1,3 %	-2,5 %	-1,7 %

Tabell 19. Gjennomsnittlig oppholdstid nasjonalt med og uten utskrivningsklare liggedøgn i perioden 2016-2025. Se tekst for nærmere omtale.

Økning i antall liggedøgn skyldes økning i antall opphold som gir utskrivningsklare liggedøgn, slik figuren under viser i standardisert rate per 100 000.



Figur 22. Utvikling i antall opphold med utskrivningsklare liggedøgn per 100 000.

I nåværende modell beholdes ett liggedøgn per opphold for å sikre gode overganger mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste mens øvrige liggedøgn som utskrivningsklar vurderes å være en kommunal oppgave. I utarbeidelsen av nåværende modell ble det påpekt at ytterligere tiltak i kommunene var nødvendig for å sikre tilstrekkelig samlet kapasitet. Selv om samlet volum av utskrivningsklare liggedøgn nasjonalt er nærmest uendret, er det betydelig lokal variasjon. Forholdene lokalt kan også variere over tid. Det skaper driftsproblemer ved de helseforetakene som har det største antallet utskrivningsklare liggedøgn. Ved revisjonen legges til grunn at prinsippet i dagens modell opprettholdes. Nasjonalt utgjør utskrivningsklare liggedøgn 74 302 i 2025 fordelt på 22 131 opphold. Opprettholdelse av 1 liggedøgn per opphold, innebærer at 52 000 liggedøgn i 2025 utgjør et volum hvor det ikke er nødvendig med spesialisthelsetjenester. Framskrevet verdi i modellen er 80 814 liggedøgn i 2045. Hva det betyr for det enkelte helseforetak i framskrivningen, framgår av resultattabellene. Det vil kreve tiltak fra kommunehelsetjenestenivå å gjennomføre dette, og det må også forventes at det vil ta tid. Det er også et område som det kan forventes at helsereformutvalget vil ha på sin agenda, jf. også Riksrevisjonens rapport om helsetjenestenes samhandling om eldre¹⁹.

5.2.9.2 Innleggesrater

I gjeldende modell forventes bedret samhandling på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å kunne redusere antall innleggelser i kommuner med høyt antall innleggelser. Utviklingen siden 2022 peker i den retning, og effekten beholdes i den reviderte modellen. Data viser at akuttinnleggelser fra langtidsinstitusjon i sykehjem er blitt redusert de siste årene, noe som har redusert antall liggedøgn noe. Tabellen nedenfor viser volumet av pasienter 80 år og eldre som er overført fra langtids- og korttidsinstitusjon ved innleggelsestidspunktet over tid (det er ikke korrigert for antall på institusjon eller

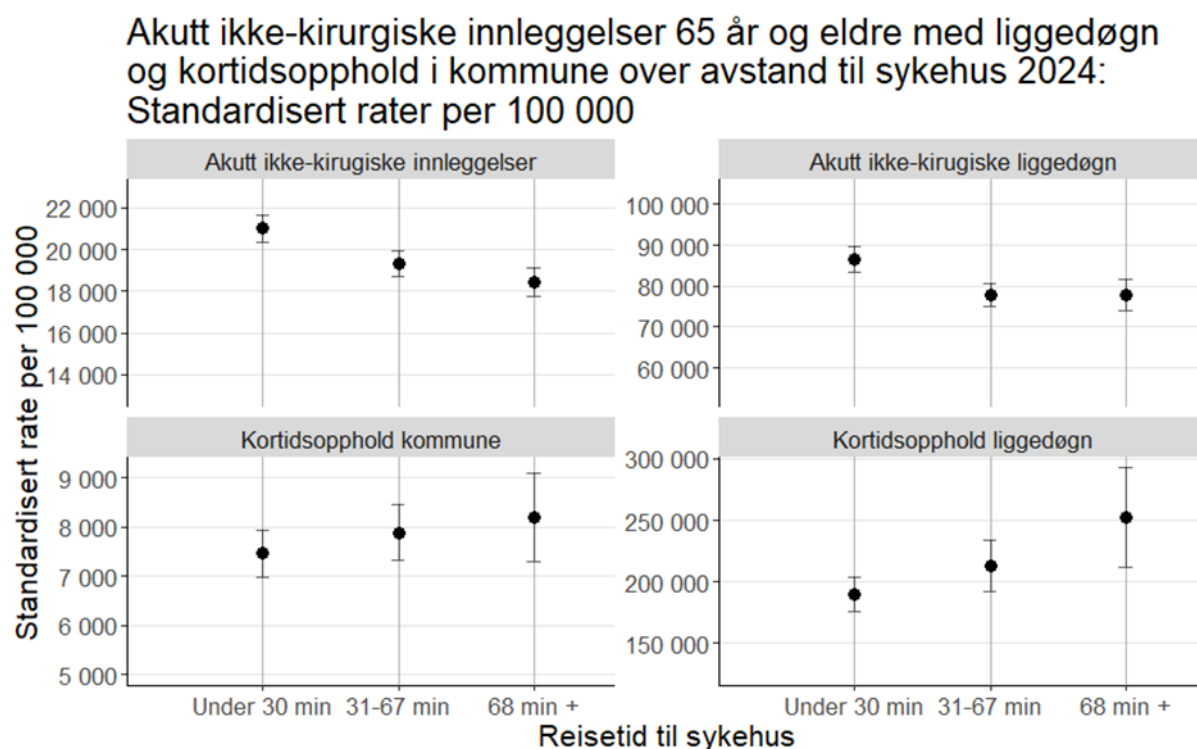
¹⁹ Riksrevisjonen si undersøkelse av helsetjenestens samhandling om eldre. Dokument 3:10 (2025-2026)

kommunal leilighet). Resultatene indikerer særlig en reduksjon i antall pasienter som er overført fra langtidsinstitusjon, hvor antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten utgjør en lavere andel i 2024 sammenlignet med 2017.

Antall pasienter og liggedøgn per år 80 år og eldre akutt ikke-kirurgi (eksl. kreft)													
År	Totalt			Fra langtidsinstitusjon					Fra korttidsopphold				
	Pasienter	Liggedøgn	Per individ	Pasienter	Liggedøgn	Per individ	Andel av pasienter	Andel av liggedøgn	Pasienter	Liggedøgn	Per individ	Andel av pasienter	Andel av liggedøgn
2016	60 005	584 875	9,75										
2017	60 149	561 549	9,34	5 584	28 358	5,08	9,3 %	5,0 %	5 235	37 385	7,14	8,7 %	6,7 %
2018	61 400	581 295	9,47	5 379	26 398	4,91	8,8 %	4,5 %	5 373	39 235	7,30	8,8 %	6,7 %
2019	62 155	568 853	9,15	5 152	24 209	4,70	8,3 %	4,3 %	4 879	36 481	7,48	7,8 %	6,4 %
2020	58 251	508 020	8,72	4 379	19 367	4,42	7,5 %	3,8 %	4 542	31 821	7,01	7,8 %	6,3 %
2021	61 687	553 025	8,97	4 547	20 305	4,47	7,4 %	3,7 %	4 842	34 697	7,17	7,8 %	6,3 %
2022	66 881	597 722	8,94	4 441	17 787	4,01	6,6 %	3,0 %	5 328	37 676	7,07	8,0 %	6,3 %
2023	67 046	612 128	9,13	3 788	14 933	3,94	5,6 %	2,4 %	4 874	34 461	7,07	7,3 %	5,6 %
2024	68 433	615 878	9,00	3 313	12 500	3,77	4,8 %	2,0 %	4 669	32 539	6,97	6,8 %	5,3 %
2025	72 356	640 455	8,85										

Tabell 20. Antall pasienter og liggedøgn per år i perioden 2016-2025, 80 år og eldre med akutte ikke-kirurgiske opphold. Totalt antall, antall fra langtidsinstitusjon og fra korttidsopphold.

For å illustrere potensielle effekter av samhandling ble det i gjeldende framskrivningsmodell sett særlig på kommuner med høye innleggelsesrater og effekt av å nivellere disse til 75-persentil (reduserer antall opphold, men beholder samme oppholdstid). Dels var begrunnelsen at det er forhold som påvirker innleggelsesmønster utover sykkelighet. Dette er forsøkt illustrert i figuren nedenfor som viser en interaksjon i forbruksrater avhengig av reiseavstand til akuttmottak.



Figur 23. Antall akutte ikke-kirurgiske innleggelser og liggedøgn i sykehus og antall korttidsopphold og liggedøgn i kommune i standardisert rate per 100 000 fordelt etter avstand til sykehus. Gjelder pasienter 65 år og eldre.

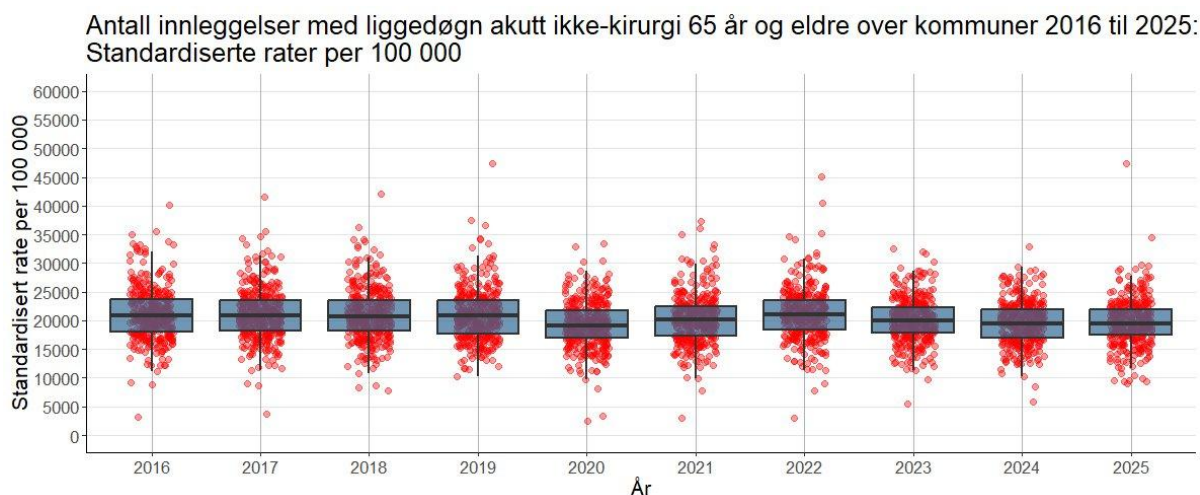
Effekten av innleggelsesmønster blir beregnet uten kreftsykdommer, utskrivningsklare liggedøgn og friske nyfødte. Siden planlagt døgnkirurgi er spesifisert som en egen faktor, holdes også denne utenfor. Tabellen nedenfor viser resultatene fra beregningen gjort ved revisjonen basert på liggedøgn i 2025. Effektene er gjennomgående størst for planlagt ikke-

kirurgi, noe som indikerer større variasjon i innleggelsesmønster. Samlet effekt av denne tilpasningen nå viser en reduksjon på 1,9% mot reduksjon på 2,7% ved utarbeidelsen av gjeldende modell basert på aktiviteten i 2022. Det betyr at det er mindre variasjon i innleggelsesvolumet over kommuner i Norge i 2025 enn i 2022.

Effekt av nivellering av antall innleggelser til 75 persentil over kommuner i 2025 (eks. kreft, UKP, planlagt kirurgi og friske nyfødte)			
	Liggedøgn 2025	Effekt av nivellering	Effekt i %
Akutt ikke-kirurgi barn	123 286	2 187	1,8 %
Akutt ikke-kirurgi voksne	524 514	5 085	1,0 %
Akutt ikke-kirurgi eldre	849 699	21 822	2,6 %
Akutt kirurgi	443 806	3 992	0,9 %
Planlagt ikke-kirurgi barn	37 685	1 786	4,7 %
Planlagt ikke-kirurgi voksne	151 855	5 084	3,3 %
Planlagt ikke-kirurgi eldre	83 630	3 136	3,7 %
Sum	2 214 475	43 092	1,9 %

Tabell 21. Nivellering av effekt av antall innleggelser til 75-persentil over kommuner i 2025. Ekskludert kreft utskrivningsklare liggedøgn (UKP), planlagt kirurgi og friske nyfødte.

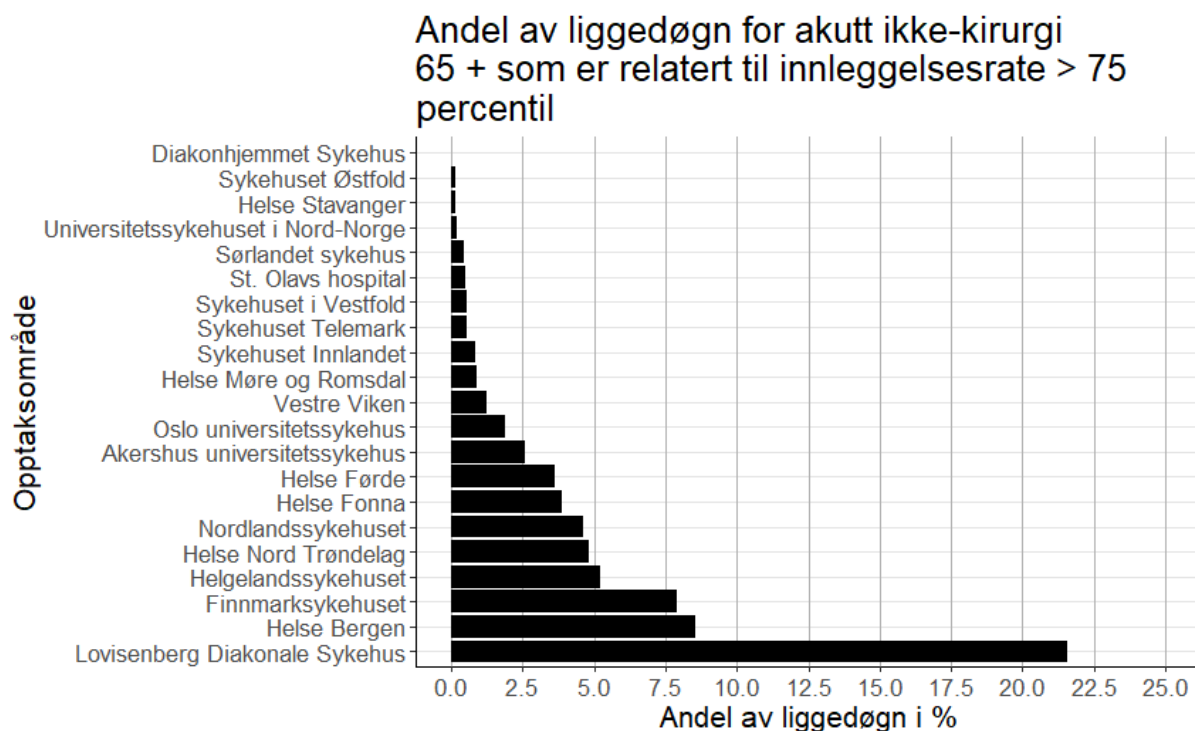
I forrige modell ble det besluttet å innarbeide effekten for akutt ikke-kirurgi eldre. Til sammenligning er effekten ned fra 29 800 liggedøgn i 2022 til 21 822 i 2025. Figuren nedenfor viser fordelingen over kommuner i Norge i perioden 2016 til 2025, og illustrerer reduksjon i variasjon – særlig for kommuner med høyere innleggelsesvolum.



Figur 24. Utvikling i antall innleggelser med liggedøgn akutt ikke-kirurgi 65 år og eldre over kommuner 2016-2025 i standardisert rate per 100 000.

Effekten fordeles over opptaksområder i Norge etter lav, moderat og høy innleggelsesrate. Figuren nedenfor viser resultatene slik de omfordes til opptaksområder i Norge. De syv opptaksområdene med høyest andel av liggedøgn gis effekt på 5%, mens de syv laveste får effekt på 1% og områder med moderat nivå får effekt på 2,5%. Samlet effekt på liggedøgn er 1%. Ettersom effekten fordeles noe ulikt over opptaksområder, bidrar faktoren til en svak reduksjon i variasjon i liggedøgn. Dette innebærer at selv om Lovisenberg Diakonale

Sykehus har en høy andel av liggedøgn (22%) assosiert med bydeler med høy innleggelsesrate, gis de en effekt på 5% i modell.



Figur 25. Andel av liggedøgn for akutt ikke-kirurgi 65 år og eldre relatert til innleggelsesrate som er høyere enn 75-percentil fordelt på opptaksområder.

Det er i dag mye oppmerksomhet rettet mot mulighetene som ligger i bedre samhandling, ikke minst gjennom prosjekt X, prosjekter med integrerte helsetjenester og helsereformutvalgets arbeid. En rekke prosjekter er i planleggingsfase eller har nylig startet, mens noen prosjekter er i gjennomføringsfase som Vitality-prosjektet i Vestfold, integrerte helsetjenester ved Akershus universitetssykehus HF og «Bo-trygt hjemme» ved Sykehuset Innlandet HF. Flere av prosjektene har ulik tilnærming til forløpet for skrøpelig eldre, hvor noen adresserer tidlig fase og forebygging, andre selekterer pasienter med særskilt høyt forbruk av innleggelser, og enkelte prosjekter prøver ut at spesialisthelsetjenesten beholder et ansvar for pasienten en periode etter utskrivelse. Preliminære resultater fra prosjektene er lovende med blant annet reduksjon i reinnleggelser og liggedøgnforbruk. Bedre overganger mellom nivåene i behandlingsskjeden, og en mer framskutt spesialisthelsetjeneste med mulighet for rask avklaring for kjente pasienter vil sannsynligvis redusere behov for en del helsetjenester.

For å illustrere potensielle effekter av integrerte helsetjenester er det her tatt utgangspunkt i akutt ikke-kirurgi 65 år og eldre. I 2024 var det 153 970 pasienter med innleggelse med et samlet volum på 1 002 061 liggedøgn. Av disse hadde 13 959 tre eller flere innleggelser siste år med 241 000 liggedøgn. Dette utgjør således 25% av liggedøgnene for denne populasjonen. Dersom vi ser på forbruket til disse pasientene ett år frem i tid, er det 9 440 av pasientene som har minst 1 innleggelse, og samlet forbruk er på 113 000 liggedøgn. Flere av prosjektene innen integrerte helsetjenester indikerer et mulighetsrom på opptil 30% reduksjon av liggedøgn. Dersom pasientene med mange innleggelser får en ytterligere reduksjon på 30%, vil det forbruket året etter være på 79 000. Dette vil da utgjøre en samlet effekt på 3,3% av akutt ikke-kirurgiske liggedøgn for de 65 år og eldre. Samtidig vil disse

tilbudene treffe subpopulasjoner av de beskrevne, slik at dette kan være en effekt i ytre område. Effekten er 1 prosentpoeng høyere enn hva som er innarbeidet i revisjonen av framskrivningsmodellen. Det blir således viktig å følge utviklingen på dette området.

5.2.9.3 Kommunale akutte døgnenger (KAD)

Etter samhandlingsreformen fikk kommunene plikt til å opprette kommunale akuttsenger innen somatikk fra 2016. Formålet er å gi pasienter med behov for akutt døgninnleggelse, men som ikke trenger det i spesialisthelsetjenesten, et kommunalt tilbud, og dermed redusere innleggelser i sykehus. En studie sammenliknet sykehusinnleggelser fra kommuner med KAD-tilbud i 2012-2014 med antall sykehusinnleggelser i 2010-2011. Man fant noe reduksjon i innleggelser i sykehus på 1,2% for hele befolkningen med en sterkere effekt på 1,9% hos pasienter over 80 år.²⁰ Effekten var avhengig av en døgnkontinuerlig legetjeneste eller samlokalisering med legevakt. Antall akutte døgnopphold i kommunale tjenester har vært på samme nivå i perioden 2021-2024.²¹ Det foreligger ikke nærmere analyser av bruk av KAD-senger for de siste årene. De siste rapportene viser en beleggsprosent på knapt 50% i 2022.²² Riksrevisjonen påpeker at det er behov for å sikre at KAD-senger fungerer etter hensikten.²³ Helsedirektoratet har fått et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om en «helhetlig utredning av KAD» som forventes å adressere forholdene omkring de kommunale akutte døgnplassene. Det kan være rom for bedre bruk av dette tilbudet.

5.2.9.4 Utvikling i reinnleggelser

Antall liggedøgn er redusert over en årrekke, og de standardiserte ratene per 100 000 reduseres mer enn reduksjonen i antall liggedøgn. Å følge med på utviklingen i reinnleggelser vil kunne være en tilnærming til å belyse om reduksjonen i liggedøgn har potensielle negative effekter. Figuren nedenfor viser utvikling i reinnleggelser i perioden 2017 til 2025.²⁴

Resultatene viser en differensiert utvikling. For hjertesvikt, KOLS og influensa og pneumoni er det en nedgang i andel reinnleggelser. For urinveisinfeksjoner og R-diagnoser (e.g. brystmerter, magesmerter) observeres en svak økning. For forløpene totalt og forløp som er meldt utskrivningsklare, er andel reinnleggelser relativt stabile.

Samlet sett vurderes det på nasjonalt nivå at reinnleggingsratene er stabile.

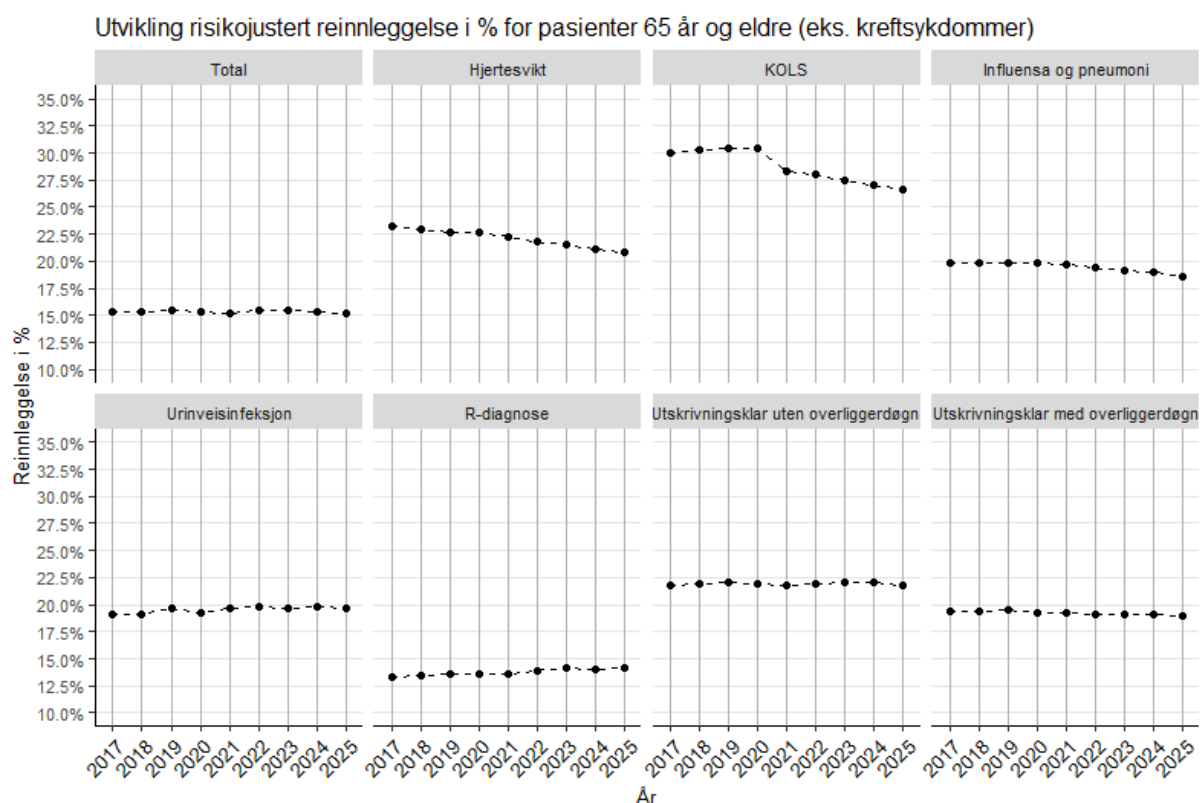
²⁰ Swanson JO, Hagen TP. Reinventing the community hospital: a retrospective population based cohort study of a natural experiment using register data. *BMJ Open* 2016; 6: e012892. doi:10.1136/bmjopen-2016-012892

²¹ [Typer kommunale helse- og omsorgstjenester - Helsedirektoratet](#)

²² [Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2022 - Helsedirektoratet](#)

²³ Riksrevisjonen si undersøkning av helsetjenestens samhandling om eldre. Dokument 3:10 (2025-2026)

²⁴ Reinnleggelser er modellert med logistisk regresjon for forløp. Reinnleggelse er definert som akutt innleggelse mellom 8 timer og 30 dager etter utskrivelse. Reinnleggingsraten tar hensyn til alder, kjønn, antall akuttinnleggelser siste år og pasientsammensetning.

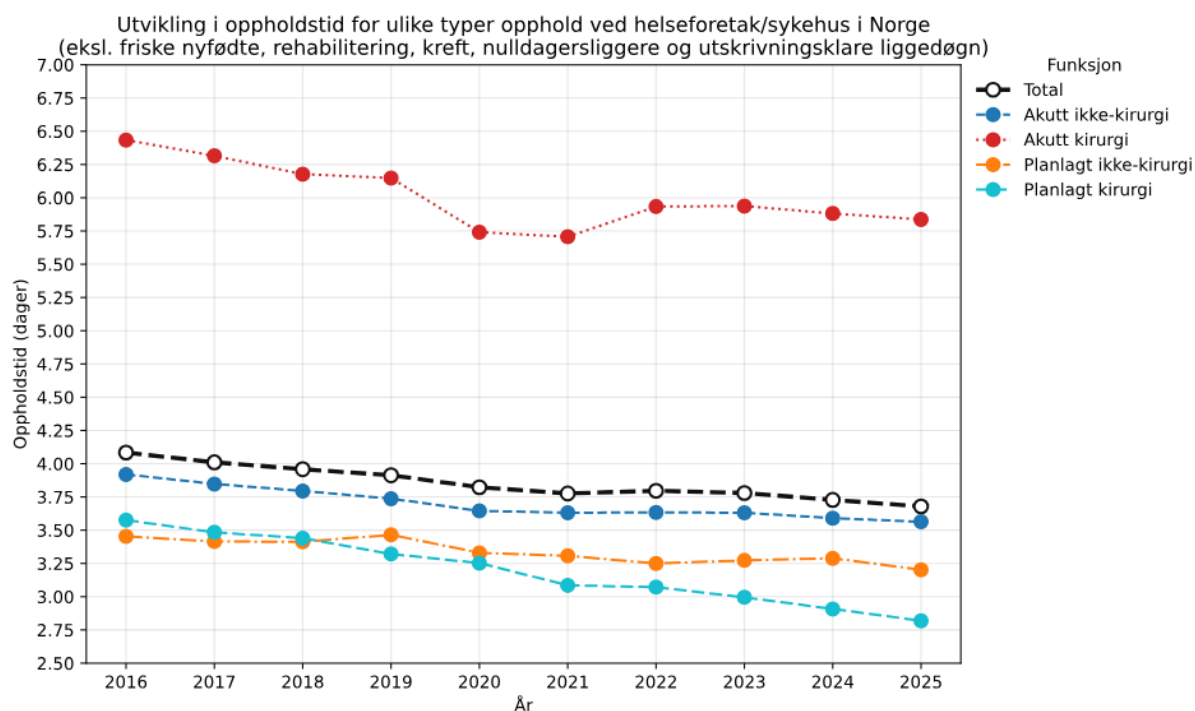


Figur 26. Utvikling i risikojustert reinnleggelse i prosent for pasienter 65 år og eldre med ulike diagnoser (ekskludert kreftsykdommer).

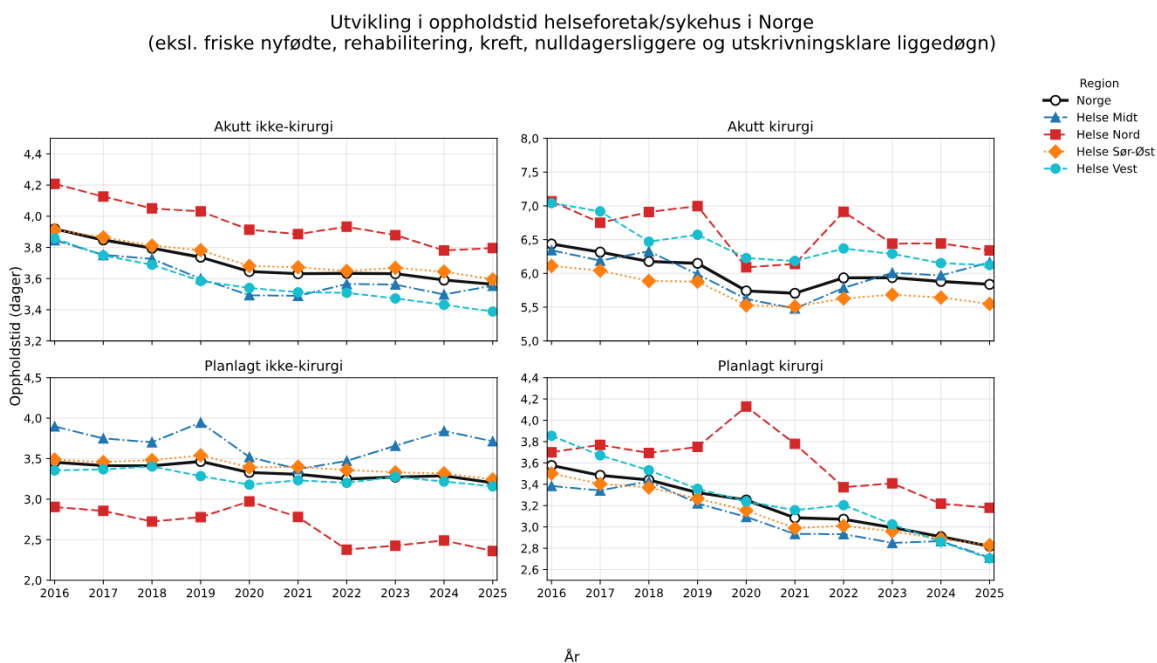
5.2.10 Oppholdstider

Et markant utviklingstrekk ved drift av de somatiske sykehusfunksjonene over lengre tid er en vedvarende nedgang i oppholdstid. Dette har medført betydelig færre liggedøgn i sykehus. Utviklingen observeres på tross av at flere av de mildere tilstandene er overført til dag- og poliklinisk behandling. Utviklingen i oppholdstider er til dels avhengig av faglig utvikling og optimalisert drift, samtidig er det for flere avdelinger på sykehusene en utvikling som er forsert gjennom et økende pasientvolum og endret befolkningssammensetning. Det er en rekke konkrete eksempler på endringer i faglig praksis med større konsekvenser for behovet for døgnkapasitet. Reduksjonen i oppholdstid har vært særlig sterk for planlagte døgninnleggelser, og spesielt for planlagt kirurgisk behandling. Mer skånsomme operasjonsteknikker har medført at pasienter kan skrives ut raskere. Forberedelser til operasjon poliklinisk, slik at pasienten først møter til innleggelse operasjonsdagen («sammedagsinnleggelse»), reduserer oppholdstiden med ett døgn.

Figurene nedenfor viser utvikling i oppholdstider totalt og for ulike typer opphold, akutte eller planlagte, og om det er gjennomgått kirurgisk prosedyre (kirurgisk) DRG eller ikke. Det vises også utviklingen i de forskjellige helseregionene. Det er variasjoner mellom regionene, men de langsiktige trendene er de samme. Oppholdstider vil også avhenge av hvilke pasienter som legges inn. Kortere oppholdstider for planlagt ikke-kirurgi i Helse Nord kan skyldes at man legger inn pasienter som andre regioner behandler poliklinisk, da Helse Nord har en høyere innleggsrate for denne pasientgruppen enn gjennomsnitt i landet. Gjennomgående noe lengre oppholdstid i Helse Nord kan til dels skyldes reiseavstander.



Figur 27. Utvikling i oppholdstid, dager, ved helseforetak og sykehus med opptaksområder. Ekskludert kreft, friske nyfødte, rehabilitering, nulldagarsliggere og utskrivningsklare liggedøgn.



Figur 27. Utvikling i oppholdstid, dager, ved helseforetak og sykehus med opptaksområder fordelt på regioner. Ekskludert kreft, friske nyfødte, rehabilitering, nulldagarsliggere og utskrivningsklare liggedøgn. Fordelt på akutte og planlagte, kirurgiske (definert som kirurgisk DRG) og ikke-kirurgiske opphold.

En sammenstilling av oppholdstider for helseforetak/sykehus vises i tabellen nedenfor. Det er differensiert mellom lokal- og regionssykehus.

Utvikling i oppholdstid i helseforetak/sykehus med opptaksområder (eks. kreft, rehabilitering, utskrivningsklare liggedøgn, nulldagersliggere og friske nyfødte)			
	2022	2025	Endring
Lokalsykehus	3,63	3,55	-2,2 %
Akershus universitetssykehus HF	4,04	4,03	-0,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	3,39	3,30	-2,5 %
Finnmarkssykehuset HF	3,48	3,46	-0,7 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	3,74	3,39	-9,4 %
Helgelandssykehuset HF	3,75	3,58	-4,5 %
Helse Fonna HF	3,81	3,67	-3,7 %
Helse Førde HF	3,85	3,51	-8,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	3,45	3,60	4,2 %
Helse Nord Trøndelag HF	3,31	3,38	2,1 %
Helse Stavanger HF	3,82	3,74	-2,2 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	3,52	3,35	-4,8 %
Nordlandssykehuset HF	4,03	3,84	-4,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	3,28	3,11	-5,1 %
Sykehuset Innlandet HF	3,39	3,34	-1,4 %
Sykehuset Telemark HF	3,69	3,48	-5,7 %
Sykehuset Østfold HF	3,60	3,58	-0,5 %
Sørlandet sykehus HF	3,32	3,38	1,7 %
Vestre Viken HF	3,63	3,41	-6,1 %
Regionsykehus	4,19	3,98	-5,2 %
Helse Bergen HF	3,69	3,48	-5,9 %
Oslo universitetssykehus HF	4,46	4,28	-3,9 %
St. Olavs Hospital HF	4,23	3,99	-5,6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4,48	4,17	-6,8 %
Samlet	3,80	3,68	-3,1 %

Tabell 22. Utvikling i oppholdstid, dager, for lokalsykehus og regionsykehus. Ekskludert kreft, friske nyfødte, rehabilitering, nulldagersliggere og utskrivningsklare liggedøgn.

Som vist ovenfor er det særlig oppholdstiden for planlagt kirurgi som er redusert. Tabellen nedenfor viser andel inngrep innen planlagt kirurgi med én dags oppholdstid. Andelen har økt de siste årene og er 47,8% ved helseforetak/sykehus når regionsykehusene unntas. Det er en del variasjon mellom sykehusene med andel opp til 60%. Det indikerer at oppholdstider fortsatt kan forventes å bli redusert for denne pasientgruppen.

Utvikling andel med en dag liggetid innen planlagt kirurgi. Eks. kreft						
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Lokalsykehus	40,0 %	42,0 %	43,0 %	44,6 %	46,2 %	47,8 %
Akershus universitetssykehus HF	33,2 %	38,0 %	39,3 %	39,0 %	40,0 %	41,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	30,0 %	36,3 %	33,8 %	33,0 %	34,9 %	32,3 %
Finnmarkssykehuset HF	14,4 %	13,2 %	15,9 %	17,3 %	20,7 %	16,3 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	41,1 %	40,8 %	48,2 %	54,3 %	55,6 %	55,2 %
Helgelandssykehuset HF	33,7 %	41,2 %	37,7 %	45,6 %	45,9 %	49,1 %
Helse Fonna HF	24,9 %	26,2 %	32,1 %	30,8 %	31,3 %	30,3 %
Helse Førde HF	31,6 %	29,6 %	29,4 %	31,2 %	36,9 %	44,1 %
Helse Møre og Romsdal HF	42,5 %	44,3 %	47,0 %	49,5 %	49,4 %	54,1 %
Helse Nord Trøndelag HF	29,0 %	26,7 %	29,8 %	33,8 %	36,3 %	42,5 %
Helse Stavanger HF	50,3 %	50,3 %	48,3 %	48,8 %	48,0 %	49,1 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	39,2 %	44,8 %	43,2 %	46,1 %	45,6 %	49,4 %
Nordlandssykehuset HF	33,7 %	39,5 %	39,6 %	40,0 %	44,1 %	44,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	48,6 %	47,2 %	47,9 %	50,8 %	49,7 %	50,5 %
Sykehuset Innlandet HF	35,6 %	38,2 %	38,0 %	39,0 %	38,9 %	37,8 %
Sykehuset Telemark HF	49,8 %	51,4 %	50,8 %	50,0 %	56,0 %	60,7 %
Sykehuset Østfold HF	41,0 %	43,8 %	45,1 %	47,9 %	51,4 %	53,1 %
Sørlandet sykehus HF	44,2 %	50,9 %	52,2 %	53,8 %	58,4 %	59,2 %
Vestre Viken HF	44,3 %	45,6 %	47,9 %	49,5 %	51,8 %	54,0 %
Regionsykehus	27,3 %	28,7 %	28,5 %	31,4 %	33,9 %	35,7 %
Helse Bergen HF	29,9 %	31,5 %	30,8 %	34,6 %	41,5 %	45,3 %
Oslo universitetssykehus HF	24,6 %	25,2 %	25,1 %	26,7 %	27,4 %	28,6 %
St. Olavs Hospital HF	38,4 %	42,7 %	42,8 %	44,5 %	46,4 %	49,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	14,3 %	13,1 %	15,5 %	17,0 %	17,8 %	16,9 %
Totalt	34,5 %	36,5 %	37,0 %	39,0 %	40,9 %	42,5 %

Tabell 23. Utvikling i andel opphold med ett liggedøgn for lokalsykehus og regionsykehus. Ekskludert kreft.

For å beregne mulige effekter av videre redusert oppholdstid er det sett på reduksjon i liggedøgn som følge av at helseforetak og sykehus med oppholdstider over gjennomsnitt – reduserer oppholdstiden til gjennomsnittet (det er differensiert mellom region- og lokalsykehus). Tabellen nedenfor viser resultater over ulike typer opphold. Sammenlignet med arbeidet fra 2022, viser resultatene en økt effekt med reduksjon på 4,4% nå mot reduksjon på 4,2% i 2022-aktiviteten. Hovedårsaken til dette er at flere helseforetak og sykehus i dag har kortere oppholdstid enn tidligere, slik at avstanden blir større. Dette gjelder for planlagt kirurgi og planlagt ikke-kirurgi. De øvrige funksjoner viser redusert effekt sammenlignet med sist.

Effekt av nivellering oppholdstid til gjennomsnitt for helseforetak/sykehus med lengre oppholdstider (eks. kreft, rehabilitering, UKP, nulldagersliggere og friske nyfødte)						
	Opphold	Liggedøgn	Oppholdstid	Effekt	Effekt%	Ny oppholdstid
Akutt ikke-kirurgi 0-64 år	203 982	652 830	3,20	-28 347	-4,3 %	3,06
Akutt ikke-kirurgi 65 år og eldre	218 395	852 258	3,90	-32 894	-3,9 %	3,75
Akutt kirurgi	77 242	450 904	5,84	-17 968	-4,0 %	5,60
Planlagt kirurgi	104 094	293 455	2,82	-17 855	-6,1 %	2,65
Planlagt ikke-kirurgi	59 920	191 846	3,20	-11 368	-5,9 %	3,01
Total	663 633	2 441 293	3,68	-108 432	-4,4 %	3,52

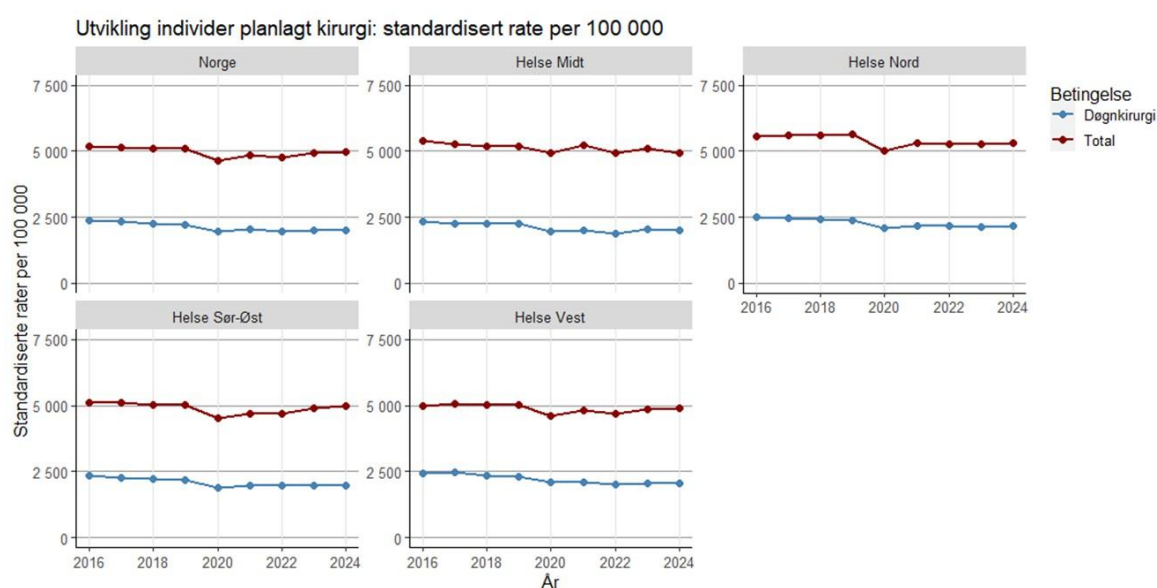
Tabell 24. Effekt av nivellering av oppholdstid til gjennomsnitt for helseforetak/sykehus med opptaksområder med lengre oppholdstider. Ekskludert kreft, rehabilitering, utskrivningsklare liggedøgn, nulldagersliggere og friske nyfødte.

Klyngen av helseforetak med oppholdstider ned mot 2 dager innen planlagt kirurgi, har vært mer stabil. Det forventes en videre reduksjon i oppholdstidene, men at det settes en nedre

grense for helseforetak med oppholdstider ned mot 2,1 dager. Det er ikke vurdert samme nedre grense for ikke-kirurgiske planlagte opphold, men innarbeidet en forventning om videre reduksjon i oppholdstider. For akuttopphold er opptidstiden mindre redusert, og det er noe forskjeller mellom regionene, jfr. figuren over. Effektene av oppholdstider er innarbeidet med en differensiering mellom lokal- og regionssykehus og helseforetakets aktuelle oppholdstider.

5.2.11 Dagkirurgi

Figuren nedenfor viser utvikling i antall individer med planlagt kirurgi i standardiserte rater per 100 000. Figuren viser at det er et relativt stabilt antall individer som blir operert, men at andelen som får døgnekirurgi faller. Dette indikerer en overgang fra døgnetil dagkirurgi. Reduksjonen i rate i 2020 var relatert til pandemien, og i tidligere modell ble dette volumet korrigert for. Det gjøres ikke i revidert modell da aktiviteten har økt igjen.



Figur 28 Utvikling i antall individer i standardisert rate per 100 000 med planlagte kirurgiske opphold, totalt og dagkirurgiske.

Det har vært en økning i andel dagkirurgi i perioden 2022-2025 med variasjon mellom helseforetak innenfor ulike fagområder. Tabellen nedenfor viser andel dagkirurgi over helseforetak/sykehus i 2022 og 2025. Tabellen viser økningen i andel dagkirurgi i det enkelte helseforetak/sykehus og illustrerer også variasjonen mellom disse.

Planlagt kirurgi og andel dagkirurgi over helseforetak/sykehus med opptaksområder i 2022/2025						
	Planlagt kirurgi	2022		Planlagt kirurgi	2025	
		Dagkirurgi	Andel dag		Dagkirurgi	Andel dag
Lokalsykehus	200 536	135 251	67,4 %	221 012	153 974	69,7 %
Akershus universitetssykehus HF	21 996	13 578	61,7 %	23 860	14 838	62,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	2 799	1 440	51,4 %	3 008	1 602	53,3 %
Finnmarkssykehuset HF	3 057	2 256	73,8 %	2 797	1 987	71,0 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	4 414	2 619	59,3 %	4 666	2 830	60,7 %
Helgelandssykehuset HF	3 193	2 258	70,7 %	3 890	2 829	72,7 %
Helse Fonna HF	7 560	5 407	71,5 %	8 136	5 856	72,0 %
Helse Førde HF	6 323	4 503	71,2 %	6 276	4 553	72,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	15 197	10 661	70,2 %	15 392	11 102	72,1 %
Helse Nord Trøndelag HF	6 637	4 608	69,4 %	7 309	5 211	71,3 %
Helse Stavanger HF	17 914	13 221	73,8 %	19 374	14 591	75,3 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	6 616	4 272	64,6 %	9 241	6 531	70,7 %
Nordlandssykehuset HF	8 082	5 067	62,7 %	9 198	6 017	65,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	11 385	7 664	67,3 %	14 358	10 191	71,0 %
Sykehuset Innlandet HF	18 815	11 934	63,4 %	19 273	13 106	68,0 %
Sykehuset Telemark HF	9 060	6 163	68,0 %	9 296	6 534	70,3 %
Sykehuset Østfold HF	15 572	11 354	72,9 %	17 095	12 666	74,1 %
Sørlandet sykehus HF	14 360	9 416	65,6 %	16 660	11 551	69,3 %
Vestre Viken HF	27 556	18 830	68,3 %	31 183	21 979	70,5 %
Regionssykehus	112 796	61 719	54,7 %	128 515	71 983	56,0 %
Helse Bergen HF	26 975	14 512	53,8 %	29 815	15 808	53,0 %
Oslo universitetssykehus HF	48 440	24 693	51,0 %	55 152	29 708	53,9 %
St. Olavs Hospital HF	22 748	14 021	61,6 %	27 773	16 933	61,0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	14 633	8 493	58,0 %	15 775	9 534	60,4 %
Total	313 332	196 970	62,9 %	349 527	225 957	64,6 %

Tabell 25. Antall planlagte kirurgiske opphold totalt og med dagkirurgi i 2022 og 2025 fordelt på lokalsykehus og regionssykehus.

Det forventes fortsatt noe økning i dagkirurgiske opphold. Av nye områder har noen foretak i løpet av de siste årene startet med dagkirurgi for hofte- og kneproteser. Så langt er det lite benyttet, men det er anført at om lag 20% av inngrepene kunne egne seg for dagkirurgi. Det legges ned mye arbeid for å utvikle mer skånsomme kirurgiske teknikker, slik at nye områder kan komme. Det har i arbeidet vært drøftet nye mulige områder hvor det vil kunne komme en utvikling (e.g. radikal prostatektomi).

Områder med særlig høy andel dagkirurgi er muskel- og skjelettsystemet, øye, fordøyelse, luftveier, urinveier, kvinnelig kjønnsorganer og godartede svulster. Tabellen nedenfor sammenstiller andel dagkirurgi i disse oppholdene som utgjør 66% av totalt antall dagkirurgiske inngrep. Det bemerkes at enkelte sykehus har en særegen pasientsammensetning (e.g. mye ortopedi) og derfor særlig avvikende andel. Det er naturlig at regionssykehusene har en lavere andel, da de har noe mer komplisert kirurgi som krever døgnbehandling. Helse Stavanger HF har høyeste andel dagkirurgi med 83,2%, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge HF har høyeste andel av regionssykehusene. Dersom lokal- og regionssykehusene var tilsvarende disse, vil dette avstedkomme en overgang til dagkirurgi på 15 000 opphold nasjonalt. Samlet dagkirurgisk andel ville da være 69%.

Planlagt kirurgi og andel dagkirurgi over helseforetak/sykehus med opptaksområder i 2022/2025 for diagnosegrupper med høy andel dagkirurgi						
	2022			2025		
	Planlagt kirurgi	Dagkirurgi	Andel dag	Planlagt kirurgi	Dagkirurgi	Andel dag
Lokalsykehus	124 699	89 942	72,1 %	141 099	104 040	73,7 %
Akershus universitetssykehus HF	10 391	7 447	71,7 %	12 069	8 510	70,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	1 908	989	51,8 %	2 141	1 140	53,2 %
Finnmarkssykehuset HF	2 099	1 514	72,1 %	2 026	1 435	70,8 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	3 293	1 976	60,0 %	3 450	2 076	60,2 %
Helgelandssykehuset HF	1 909	1 277	66,9 %	2 452	1 728	70,5 %
Helse Fonna HF	5 504	4 300	78,1 %	5 919	4 643	78,4 %
Helse Førde HF	4 634	3 467	74,8 %	4 537	3 382	74,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	10 208	7 486	73,3 %	10 108	7 605	75,2 %
Helse Nord Trøndelag HF	4 440	3 053	68,8 %	5 045	3 750	74,3 %
Helse Stavanger HF	11 091	9 166	82,6 %	12 673	10 547	83,2 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	5 004	3 083	61,6 %	6 798	4 459	65,6 %
Nordlandssykehuset HF	4 490	3 073	68,4 %	5 418	3 768	69,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	6 878	4 882	71,0 %	9 216	6 896	74,8 %
Sykehuset Innlandet HF	11 588	7 817	67,5 %	12 220	8 702	71,2 %
Sykehuset Telemark HF	5 678	4 180	73,6 %	5 623	4 195	74,6 %
Sykehuset Østfold HF	9 342	7 327	78,4 %	10 276	8 215	79,9 %
Sørlandet sykehus HF	8 838	6 313	71,4 %	10 549	7 840	74,3 %
Vestre Viken HF	17 404	12 592	72,4 %	20 579	15 149	73,6 %
Regionssykehus	55 582	37 782	68,0 %	66 156	45 083	68,1 %
Helse Bergen HF	13 333	8 474	63,6 %	14 686	9 184	62,5 %
Oslo universitetssykehus HF	21 925	14 903	68,0 %	27 100	18 812	69,4 %
St. Olavs Hospital HF	12 292	8 761	71,3 %	15 276	10 440	68,3 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	8 032	5 644	70,3 %	9 094	6 647	73,1 %
Total	180 281	127 724	70,8 %	207 255	149 123	72,0 %

Tabell 26. Antall planlagte kirurgiske opphold totalt og med dagkirurgi i 2022 og 2025 fordelt på lokalsykehus og regionsykehus for inngrep med høy andel dagkirurgi. Det omfatter muskel- og skjelettsystemet, øye, fordøyelse, luftveier, urinveier, kvinnelig kjønnsorganer og godartede svulster.

For flere av områdene med høyest volum av dagkirurgi, vurderes det at man er i ferd med å nå et platå. Det framskrives et volum på 7 000 døgnopphold med potensiale for dagkirurgi, og at dette reduserer liggedøgnsvolumet med et liggedøgn per døgnopphold. Dette medfører at den dagkirurgiske andelen i Norge øker fra 65 prosent til 67 prosent frem mot 2045. Effekten fordeles over helseforetak etter andel av dagkirurgi i 2025 (høy, moderat og lav). Ved fordelingen er øyekirurgi ekskludert da dette er et stort område som ikke utføres alle steder.

5.2.12 Forbedringsfaktor

Gjennomgangen ovenfor om videreutvikling av dagkirurgi og korte innleggelser, innleggelsesmønstre og oppholdstider har vist at det er variasjon mellom helseforetak/sykehus. Det kan være flere forklaringer på det, men det indikerer at det er rom for driftsmessige forbedringer. Hvilke områder som er av størst betydning, vil variere mellom helseforetak/sykehus. I gjeldende modell ble effekter av overgang til dagkirurgi, reduksjon i oppholdstider og effekt på innleggelsesmønster samlet i en felles «forbedringsfaktor». Potensialet for effekt ble vurdert ut fra sammenligninger mot gjennomsnitt og ulike områder og vurdert for helseforetak/sykehus som lå særlig høyt. For å

redusere risiko og øke realisme i effekt, ble det vurdert at halv effekt av det identifiserte potensialet kunne forventes. Gjennomgangen av aktiviteten i 2025 gir et samlet potensial for en reduksjon med 166 000 liggedøgn. Forrige modell underestimerte nedgangen i liggedøgn. Det vil således kunne argumenteres for at en større andel av disse liggedøgnene bør inngå i modifierende faktorer. Samtidig viser faktorene redusert variasjon, og det er tegn som indikerer at man er i nærheten av nedre og øvre grenser for effekt på noen av disse områdene. Derfor opprettholdes halv effekt av forbedringsfaktor. Samlet effekt i modell er på 2,8% som er på om lag samme nivå som i gjeldende modell. Effektene fordeles ulikt over helseforetak/sykehus på bakgrunn av dagens situasjon med halv effekt på hvert av områdene.

5.3 Faktorer i framskrivning av liggedøgn i somatikk

Samlet gir gjennomgangen følgende faktorer som benyttes i framskrivningen av liggedøgn:

- Demografisk framskrivning 5-årige aldersgrupper, kjønn og kommune
- Bedre eldrehelse (friskere aldring). Beregnes som redusert liggedøgnrate i alderen 65-89 år. Utgjør 3,7% av totale liggedøgn.
- Kreftsykdommer framskrives med videre reduksjon i liggedøgnbehov på 8,5% frem mot 2045. Effekten utgjør 1% av totale liggedøgn.
- Utskrivningsklare liggedøgn. Specialisthelsetjenesten bibeholder 1 liggedøgn per opphold med utskrivningsklare liggedøgn. Reduksjonen utgjør 2,2% av totale liggedøgn.
- Felles forbedringsfaktor reduserer behov for liggedøgn. Effekten er basert på overgang fra døgn til dagkirurgi, redusert innleggelsesmønster for akutt ikke-kirurgi eldre over 65 år. Samlet effekt utgjør 2,8% av totale liggedøgn.
- Samlet effekt av modifierende faktorer utgjør en reduksjon på 9,1% av liggedøgnene.

5.4 Resultater liggedøgn

Tabellen nedenfor viser framskrivning av behov for liggedøgn somatikk med gjeldende og revidert modell. De to øverste linjene viser behov i 2040 med gjeldende framskrivningsmodell med aktivitet i henholdsvis 2022 og 2024 som grunnlag. Framskrivning med revidert modell er gjort for 2025-2040 for sammenligning med nåværende modell og for 2025-2045. Effektene av de enkelte elementene i modellen fremkommer av kolonnene. Framskrevet antall liggedøgn 2025-2040 med revidert modell er betydelig redusert sammenliknet med framskrivning 2022-2040 med gjeldende modell. Viktigste årsak til det er redusert forbruksmønster i 2025 sammenliknet med tidligere, noe som dermed påvirker den demografiske komponenten av framskrivningen. Sammenliknet med framskrivningen 2024-2040 er det relativt liten forskjell. Framskrivning 2025-2045 gir med revidert modell behov for en vekst i liggedøgn på 20,2% mens en ren demografisk framskrivning ville medført behov for en økning på 32,3%.

Framskrivning liggedøgn somatikk						
Periode	Utgangså	Etter demografi	Etter friskere aldring	Etter kreft-sykdommer	Etter utskrivning sklare liggedøgn	Sluttresultat etter forbedrings-faktor
2022-2040	3 014 324	4 079 963	3 893 575	3 855 933	3 774 114	3 659 006
2024-2040	2 964 443	3 776 885	3 627 131	3 596 751	3 519 848	3 423 485
2025-2040	2 931 353	3 671 740	3 570 590	3 543 052	3 485 420	3 406 862
2025-2045	2 931 353	3 877 200	3 734 787	3 696 381	3 616 213	3 524 036

Tabell 27. Framskrivning liggedøgn. De to øverste linjene viser framskrivning 2022-2040 og 2024-2040 med nåværende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell. Kolonnene viser effekten av de enkelte elementene i framskrivningsmodellene.

Tabellen nedenfor viser framskrevne liggedøgn og delkomponenter i modell frem mot 2045 fordelt på helseforetak/sykehus. Endringene varierer mellom opptaksområdene. Det skyldes hovedsakelig forskjeller i demografisk utvikling.

Framskrevet behov for liggedøgn 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.								
	Antall 2025	Etter demografi	Etter bedre eldrehele	Etter spesielle faglige forhold (kreft)	Etter reduksjon i utskrivningsklare liggedøgn	Etter forbedringsfaktor liggedøgn 2045	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	414 902	535 777	515 698	510 204	492 161	480 178	15,7 %	-10,4 %
Helse Møre og Romsdal HF	129 811	169 222	162 789	161 528	153 751	149 478	15,2 %	-11,7 %
Helse Nord Trøndelag HF	64 348	79 543	76 343	75 856	71 444	67 986	5,7 %	-14,5 %
St. Olavs Hospital HF	220 743	287 012	276 566	272 820	266 966	262 715	19,0 %	-8,5 %
Helse Nord	314 111	392 032	377 323	373 642	345 669	337 071	7,3 %	-14,0 %
Finnmarkssykehuset HF	33 098	43 941	42 096	41 909	40 312	38 913	17,6 %	-11,4 %
Helgelandssykehuset HF	36 937	45 092	43 149	42 914	41 620	40 107	8,6 %	-11,1 %
Nordlandssykehuset HF	89 827	110 374	106 296	105 322	97 833	94 863	5,6 %	-14,1 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	154 249	192 625	185 782	183 497	165 904	163 188	5,8 %	-15,3 %
Helse Sør-Øst	1 614 626	2 166 949	2 088 559	2 067 268	2 042 617	1 990 693	23,3 %	-8,1 %
Akershus universitetssykehus HF	264 014	342 867	329 152	326 184	320 561	313 041	18,6 %	-8,7 %
Diakonhjemmet Sykehus	45 345	59 668	57 312	56 903	56 248	54 539	20,3 %	-8,6 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	38 429	62 173	59 329	58 700	58 339	56 652	47,4 %	-8,9 %
Oslo universitetssykehus HF	382 954	541 180	526 898	518 622	515 832	505 457	32,0 %	-6,6 %
Sunnaas sykehus HF	41 600	46 479	45 392	45 392	45 391	42 668	2,6 %	-8,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	105 668	139 450	134 039	132 677	130 820	126 188	19,4 %	-9,5 %
Sykehuset Innlandet HF	167 744	208 285	199 547	198 098	195 290	188 336	12,3 %	-9,6 %
Sykehuset Telemark HF	87 546	110 724	106 355	105 295	101 209	99 741	13,9 %	-9,9 %
Sykehuset Østfold HF	148 177	203 136	194 984	193 332	190 695	185 799	25,4 %	-8,5 %
Sørlandet sykehus HF	129 877	171 865	165 450	164 174	163 315	159 467	22,8 %	-7,2 %
Vestre Viken HF	203 272	281 122	270 103	267 891	264 917	258 805	27,3 %	-7,9 %
Helse Vest	587 714	782 441	753 208	745 267	735 765	716 093	21,8 %	-8,5 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	40 447	61 091	58 338	58 111	56 971	54 688	35,2 %	-10,5 %
Helse Bergen HF	243 716	312 608	301 853	297 458	295 491	287 602	18,0 %	-8,0 %
Helse Fonna HF	91 966	120 646	115 911	114 900	111 048	107 265	16,6 %	-11,1 %
Helse Førde HF	49 895	61 672	59 311	58 842	58 619	57 039	14,3 %	-7,5 %
Helse Stavanger HF	161 690	226 424	217 795	215 957	213 637	209 500	29,6 %	-7,5 %
Totalsum	2 931 353	3 877 200	3 734 787	3 696 381	3 616 213	3 524 036	20,2 %	-9,1 %

Tabell 28. Framskrevet behov for liggedøgn i 2045 basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Vedtatte endringer i opptaksområder for Osloregionen er innarbeidet. Endringen medfører at bydelene Grorud, Stovner og Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Sagene bydel overføres til Lovisenberg Diakonale sykehus.

Tabellen nedenfor viser framskrivningen med revidert modell for fem-årsperioder frem mot 2045 over helseforetak/sykehus.

Framskrivning av antall liggedøgn med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	414 902	437 064	456 706	471 021	480 178	5,3 %	10,1 %	13,5 %	15,7 %
Helse Møre og Romsdal HF	129 811	136 535	143 350	147 815	149 478	5,2 %	10,4 %	13,9 %	15,2 %
Helse Nord Trøndelag HF	64 348	66 274	67 868	68 282	67 986	3,0 %	5,5 %	6,1 %	5,7 %
St. Olavs Hospital HF	220 743	234 255	245 488	254 924	262 715	6,1 %	11,2 %	15,5 %	19,0 %
Helse Nord	314 111	325 021	332 904	336 881	337 071	3,5 %	6,0 %	7,2 %	7,3 %
Finnmarkssykehuset HF	33 098	35 233	36 617	37 984	38 913	6,4 %	10,6 %	14,8 %	17,6 %
Helgelandssykehuset HF	36 937	38 466	39 594	40 081	40 107	4,1 %	7,2 %	8,5 %	8,6 %
Nordlandssykehuset HF	89 827	92 202	94 299	94 995	94 863	2,6 %	5,0 %	5,8 %	5,6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	154 249	159 120	162 394	163 821	163 188	3,2 %	5,3 %	6,2 %	5,8 %
Helse Sør-Øst	1 614 626	1 719 962	1 819 469	1 908 870	1 990 693	6,5 %	12,7 %	18,2 %	23,3 %
Akershus universitetssykehus HF	264 014	272 303	272 744	292 306	313 041	3,1 %	3,3 %	10,7 %	18,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	45 345	49 390	46 727	50 715	54 539	8,9 %	3,0 %	11,8 %	20,3 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	38 429	43 635	48 415	52 527	56 652	13,5 %	26,0 %	36,7 %	47,4 %
Oslo universitetssykehus HF	382 954	417 875	466 494	486 743	505 457	9,1 %	21,8 %	27,1 %	32,0 %
Sunnaas sykehus HF	41 600	42 317	42 563	42 690	42 668	1,7 %	2,3 %	2,6 %	2,6 %
Sykehuset i Vestfold HF	105 668	111 329	117 245	122 257	126 188	5,4 %	11,0 %	15,7 %	19,4 %
Sykehuset Innlandet HF	167 744	176 503	182 410	186 192	188 336	5,2 %	8,7 %	11,0 %	12,3 %
Sykehuset Telemark HF	87 546	91 624	95 353	98 047	99 741	4,7 %	8,9 %	12,0 %	13,9 %
Sykehuset Østfold HF	148 177	159 102	169 110	177 874	185 799	7,4 %	14,1 %	20,0 %	25,4 %
Sørlandet sykehus HF	129 877	138 690	146 611	153 783	159 467	6,8 %	12,9 %	18,4 %	22,8 %
Vestre Viken HF	203 272	217 193	231 796	245 736	258 805	6,8 %	14,0 %	20,9 %	27,3 %
Helse Vest	587 714	624 430	659 111	690 090	716 093	6,2 %	12,1 %	17,4 %	21,8 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	40 447	44 210	48 146	51 642	54 688	9,3 %	19,0 %	27,7 %	35,2 %
Helse Bergen HF	243 716	257 099	269 251	279 567	287 602	5,5 %	10,5 %	14,7 %	18,0 %
Helse Fonna HF	91 966	96 857	101 248	104 631	107 265	5,3 %	10,1 %	13,8 %	16,6 %
Helse Førde HF	49 895	52 169	54 163	55 950	57 039	4,6 %	8,6 %	12,1 %	14,3 %
Helse Stavanger HF	161 690	174 094	186 302	198 299	209 500	7,7 %	15,2 %	22,6 %	29,6 %
Totalsum	2 931 353	3 106 476	3 268 191	3 406 862	3 524 036	6,0 %	11,5 %	16,2 %	20,2 %

Tabell 29. Framskrevet behov for liggedøgn for ulike år frem mot 2045 basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Vedtatte endringer i opptaksområder for Osloregionen er innarbeidet.

6. Aktivitetsutvikling og behov for poliklinikk og dagbehandling

Poliklinikk og dagbehandling (eksklusiv dagkirurgi og dialyse) behandles samlet, da forskjellen i all hovedsak er varighet av behandling. Registreringspraksis varierer også mellom helseforetakene. Dagbehandling utgjør en liten del, kontakter registrert som dagopphold utgjorde 5% av de totale fysiske polikliniske/dag-kontaktene i 2025. Det har vært en del endringer i registreringspraksis for poliklinikk og dagbehandling opp gjennom årene, slik at tallene må tolkes med noe forsiktighet. I det videre omtales alt som poliklinikk.

6.1 Utvikling i dag- og poliklinisk aktivitet 2016-2025

Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner i perioden 2016-2025. Telefon/videokontakter er i all hovedsak telefonkontakter som utgjør om lag 85%. Telefon/video ble først inntektsgivende i ISF-systemet somatikk under pandemien fra midten av 2020. Telefonkontakter før den tid ble registrert under annet eller ikke registrert. Det er usikkerhet knyttet til hvor stor andel av telefonkontakter som representerer en reell økning.

Utvikling poliklinikk ved helseforetak og sykehus med opptaksområder. Dag- og polikliniske konsultasjoner, ekskludert kirurgiske kontakter og dialyse.				
År	Fysisk på sykehuset	Telefon/video	Annet	Totalsum
2016	5 480 714	2 523	124 256	5 607 493
2017	5 623 504	2 119	127 016	5 752 639
2018	5 717 328	1 909	134 745	5 853 982
2019	5 858 059	2 716	141 712	6 002 487
2020	5 221 954	457 594	92 777	5 772 325
2021	5 617 412	579 978	106 487	6 303 877
2022	5 730 973	567 447	128 658	6 427 078
2023	5 905 763	635 451	151 318	6 692 532
2024	5 947 489	693 031	159 701	6 800 221
2025	6 080 606	782 598	164 053	7 027 257
Endring 2022-2025	6,1 %	37,9 %	27,5 %	9,3 %

Tabell 30. Polikliniske kontakter fordelt på fysiske fremmøter, telefon/videokonsultasjoner og «annet» i 2016-2025. I «annet» inngår hovedsakelig opplæring, indirekte kontakter, screening og pasientadministrert behandling. Kirurgiske konsultasjoner (opphold med kirurgisk DRG) og dialyse er ekskludert.

I perioden 2022-2025 har telefon/videokontakter og andre kontakter økt prosentvis betydelig mer enn fysiske kontakter på sykehusene, men i absolutt antall er økning i fysiske kontakter større. Andelen telefon/video-konsultasjoner av samlet telefon/video og fysiske kontakter har således økt fra 9,0% i 2022 til 12,9% i 2025. I polikliniske kontakter inngår også et mindre volum av «andre» som hovedsakelig omfatter opplæring, indirekte kontakter, screening og pasientadministrert behandling. Disse har også økt, men utgjør en liten del, 2,3% av totalt antall i 2025.

Ventelisteløftet økte den polikliniske aktiviteten i 2025. Samlet sett utgjør økningen på grunn av dette om lag 1,5%.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall individer sammenholdt med antall kontakter. Det var en reduksjon i antall fysiske konsultasjoner på sykehus per individ i første del av perioden, men siden 2021 har antallet vært stabilt. Samtidig har det vært en økning i totalt antall konsultasjoner per individ.

Utvikling poliklinikk ved helseforetak og sykehus med opptaksområde. Antall konsultasjoner og individer totalt, samt antall kontakter pr individ totalt, fysisk og telefon/video. Dag og polikliniske konsultasjoner ekskl. kirurgiske konsultasjoner og dialyse.					
År	Antall konsultasjoner	Antall individer	Antall konsultasjoner pr individ totalt	Antall fysiske konsultasjoner på sykehuset pr individ	Antall telefon/video konsultasjoner pr individ
2016	5 607 493	1 720 597	3,26	3,20	1,54
2017	5 752 639	1 745 989	3,29	3,23	1,73
2018	5 853 982	1 762 327	3,32	3,26	1,48
2019	6 002 487	1 787 463	3,36	3,29	1,44
2020	5 772 325	1 727 275	3,34	3,11	1,62
2021	6 303 877	1 823 931	3,46	3,18	1,78
2022	6 427 078	1 867 349	3,44	3,17	1,76
2023	6 692 532	1 914 529	3,50	3,19	1,79
2024	6 800 221	1 945 338	3,50	3,17	1,81
2025	7 027 257	1 987 331	3,54	3,19	1,86
Endring 2022-2025	9,3 %	6,4 %	2,7 %	0,5 %	5,8 %

Tabell 31. Utvikling i polikliniske kontakter og individer, samt kontakter per individ, ved helseforetak og sykehus med opptaksområder i 2016-2025. Kirurgiske konsultasjoner (opphold med kirurgisk DRG) og dialyse er ekskludert.

Antall individer som årlig har konsultasjoner har økt. Tabellen nedenfor viser standardisert rate per 100 000 for individer og for antall kontakter. Det har vært en økning i antall individer utover befolkningsøkningen og en større økning i antall kontakter. Således er det flere kontakter per individ også for de standardiserte ratene.

Antall polikliniske kontakter og antall individer med poliklinikk i standardisert rate pr 100 000. Dag og polikliniske konsultasjoner, ekskl. kirurgiske konsultasjoner og dialyse. Rate for antall kontakter fra og med 2020 er justert ved at 90% av telefonkonsultasjonene representerer en reell økning.		
År	Antall kontakter	Antall individer
2016	111 428	33 938
2017	112 826	34 068
2018	113 098	34 037
2019	114 705	34 194
2020	107 829	32 682
2021	116 463	34 255
2022	117 533	34 791
2023	120 171	35 089
2024	120 165	35 145
2025	121 967	35 303
Endring 2022-2025	3,8 %	1,5 %

Tabell 32. Antall polikliniske konsultasjoner og antall individer i standardisert rate per 100 000 i perioden 2016-2025. Rate for antall kontakter fra og med 2020 er justert ved at 90% av telefonkonsultasjonene representerer en reell økning fra tidligere. Kirurgiske konsultasjoner (opphold med kirurgisk DRG) og dialyse er ekskludert.

Alle fagområder benytter både fysiske konsultasjoner og telefon/video, men i ulike grad.

Tabellen nedenfor viser fysiske konsultasjoner og telefon/video-konsultasjoner i 2022 og 2025. Den relative økningen for video/telefon er betydelig større enn økningen i fysiske frammøter for alle fagområder med unntak av rehabilitering.

Utvikling i poliklinikk ved helseforetak og sykehus med opptaksområder. Dag- og polikliniske konsultasjoner, ekskludert kirurgiske kontakter og dialyse.						
	Fysisk på sykehuset			Telefon/video		
	2022	2025	Endring	2022	2025	Endring
Annet	954 378	996 145	4,4 %	100 695	121 725	20,9 %
Blod og immunsystem	47 139	52 717	11,8 %	8 008	11 667	45,7 %
Endokrine sykdommer	281 856	295 773	4,9 %	66 219	79 504	20,1 %
Fordøyelse	371 286	386 097	4,0 %	45 907	64 385	40,3 %
Godartede svulster	113 584	114 979	1,2 %	16 343	22 994	40,7 %
Hjerte/kar	412 464	431 634	4,6 %	21 133	33 066	56,5 %
Hud	217 327	223 011	2,6 %	8 188	13 534	65,3 %
Infeksjon og parasittsykdom	41 660	43 237	3,8 %	5 570	6 292	13,0 %
Kreft	776 074	822 492	6,0 %	98 661	141 887	43,8 %
Luftveissykdommer	142 554	152 794	7,2 %	9 997	17 222	72,3 %
Muskel-skjelett	508 116	545 438	7,3 %	54 543	73 340	34,5 %
Nevrologi	259 056	283 180	9,3 %	55 824	78 749	41,1 %
Psykiske lidelser	42 427	54 902	29,4 %	13 700	21 841	59,4 %
Rehabilitering	39 399	45 626	15,8 %	4 963	1 864	-62,4 %
Skader	354 454	364 834	2,9 %	3 965	5 180	30,6 %
Svangerskap, føde og barsel	375 066	416 581	11,1 %	22 113	43 163	95,2 %
Urinveier og kjønnsorganer	234 431	255 010	8,8 %	22 048	33 761	53,1 %
Ytre årsaker til sykdom	52 742	51 450	-2,4 %	4 847	5 991	23,6 %
Øre	187 046	202 013	8,0 %	3 869	5 165	33,5 %
Øye	319 914	342 693	7,1 %	854	1 268	48,5 %
Totalsum	5 730 973	6 080 606	6,1 %	567 447	782 598	37,9 %

Tabell 33. Antall konsultasjoner ved fysisk frammøte og ved telefon/video i 2022 og 2025 fordelt på fagområder. Kirurgiske konsultasjoner (opphold med kirurgisk DRG) og dialyse er ekskludert.

Tabellen nedenfor viser forholdet mellom fysiske konsultasjoner og konsultasjoner ved telefon/video per individ fordelt på fagområder i 2022 og 2025. Innen rehabilitering har det vært en tydelig dreining med redusert bruk av telefon/video og flere fysiske frammøter. Innen kreftområdet har det vært litt økning i antall fysiske frammøter samtidig som antall telefon/video-konsultasjoner per individ viser en klar økning. Det indikerer en tettere oppfølging, særlig ved bruk av telefon/video, alternativt at pasientene følges opp over en lengre periode. Psykiske lidelser viser økning for begge konsultasjonstyper, men utgjør en liten andel av polikliniske konsultasjoner i somatikken. For de andre fagområdene er det for de fleste mindre endringer. Samlet sett er økningen i antall konsultasjoner per individ i hovedsak drevet av økning i telefon/video-konsultasjoner.

Antall dag- og polikliniske kontakter totalt, antall fysiske og telefon/video pr individ fordelt på fagområder. Helseforetak og sykehus med opptaksområde. Ekskludert dialyse og dagkirurgi.												
Fag	Totalt				Fysisk				Telefon/video			
	Antall	Antall pr	Antall pr	Endring	Antall	Antall pr	Antall pr	Endring	Antall	Antall pr	Antall pr	Endring
	kontakter	individ	individ		kontakter	individ	individ		kontakter	individ	individ	
	2025	2022	2025		2025	2022	2025		2025	2022	2025	
Annet	1 132 143	1,84	1,88	2,2 %	996 145	1,76	1,78	1,1 %	121 725	1,32	1,35	2,3 %
Blod og immunsystem	65 936	2,46	2,51	2,0 %	52 717	2,18	2,16	-0,9 %	11 667	2,07	2,29	10,6 %
Endokrine sykdommer	401 947	2,64	2,66	0,8 %	295 773	2,25	2,24	-0,4 %	79 504	1,86	1,98	6,5 %
Fordøyelse	459 144	1,82	1,86	2,2 %	386 098	1,69	1,70	0,6 %	64 385	1,43	1,46	2,1 %
Godartede svulster	139 804	1,70	1,77	4,1 %	114 979	1,58	1,62	2,5 %	22 994	1,66	1,69	1,8 %
Hjerte/kar	477 551	1,78	1,81	1,7 %	431 634	1,71	1,71	0,0 %	33 066	1,32	1,33	0,8 %
Hud	239 169	2,59	2,53	-2,3 %	223 011	2,55	2,49	-2,4 %	13 534	1,31	1,36	3,8 %
Infeksjon og parasittsykdom	49 856	1,73	1,73	0,0 %	43 237	1,62	1,64	1,2 %	6 292	1,41	1,34	-5,0 %
Kreft	974 786	7,09	7,30	3,0 %	822 492	6,73	6,78	0,7 %	141 887	2,31	2,71	17,3 %
Luftveissykdommer	174 849	1,61	1,68	4,3 %	152 794	1,53	1,56	2,0 %	17 222	1,30	1,29	-0,8 %
Muskel-skjelett	626 331	1,84	1,86	1,1 %	545 438	1,71	1,70	-0,6 %	73 340	1,31	1,32	0,8 %
Nevrologi	371 166	2,06	2,20	6,8 %	283 180	1,86	1,93	3,8 %	78 749	1,48	1,56	5,4 %
Psykiske lidelser	91 988	2,73	3,07	12,5 %	54 902	2,05	2,22	8,3 %	21 841	2,05	2,22	8,3 %
Rehabilitering	58 702	8,42	9,34	10,9 %	45 626	8,30	9,67	16,5 %	1 864	3,51	1,57	-55,3 %
Skader	371 870	1,34	1,34	0,0 %	364 834	1,33	1,32	-0,8 %	5 180	1,17	1,21	3,4 %
Svangerskap, føde og barsel	483 502	2,80	2,82	0,7 %	416 581	2,64	2,65	0,4 %	43 163	1,52	1,50	-1,3 %
Urinveier og kjønnsorganer	295 404	1,73	1,82	5,2 %	255 010	1,63	1,68	3,1 %	33 761	1,33	1,41	6,0 %
Ytre årsaker til sykdom	58 721	1,65	1,67	1,2 %	51 450	1,57	1,58	0,6 %	5 991	1,34	1,33	-0,7 %
Øre	209 326	1,97	1,95	-1,0 %	202 013	1,95	1,91	-2,1 %	5 165	1,29	1,22	-5,4 %
Øye	345 063	2,77	2,71	-2,2 %	342 693	2,77	2,71	-2,2 %	1 268	1,11	1,17	5,4 %
Tot	7 027 258	3,44	3,54	2,9 %	6 080 607	3,17	3,19	0,6 %	782 598	1,76	1,86	5,7 %

Tabell 34. Antall konsultasjoner fordelt på fag totalt, fysisk og telefon/video i 2022 og 2025 og per individ. Helseforetak og sykehus med opptaksområde. Kirurgiske konsultasjoner (opphold med kirurgisk DRG) og dialyse er ekskludert.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i polikliniske kontakter som standardisert rate per 100 000 innbyggere i perioden 2016-2025.

Antall polikliniske opphold (dag og poliklinikk, ekskl. kirurgiske opphold og dialyse) i standardisert rate pr 100 000 fordelt på fagområder. Nasjonalt, kjønn og 10-årig alder. Rate fra og med 2020 er justert ved at 90% av telefonkonsultasjonene representerer en reell økning.												
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Endring i perioden	Pr år
											2022-2025	Pr år
Annet	20 005	19 798	19 723	19 509	18 410	19 758	19 344	19 713	19 423	19 619	-1,9 %	-0,2 %
Blod og immunsystem	743	799	840	868	911	978	1 006	1 066	1 111	1 122	50,9 %	5,7 %
Endokrine sykdommer	5 492	5 892	6 082	6 258	6 041	6 539	6 614	6 734	6 779	6 945	26,4 %	2,9 %
Fordøyelse	6 985	7 200	7 299	7 422	7 116	7 808	7 935	8 064	8 193	8 223	17,7 %	2,0 %
Godartede svulster	2 286	2 252	2 185	2 195	2 089	2 180	2 322	2 378	2 336	2 343	2,5 %	0,3 %
Hjerte/kar	7 091	7 413	7 588	7 779	7 212	7 906	7 988	7 997	7 816	7 912	11,6 %	1,3 %
Hud	5 000	4 913	4 763	4 627	4 153	4 543	4 485	4 619	4 548	4 524	-9,5 %	-1,1 %
Infeksjon og parasittsykdom	1 005	1 021	1 011	976	843	832	882	924	915	888	-11,6 %	-1,3 %
Kreft	13 271	13 299	13 409	13 861	14 019	14 624	14 905	15 149	15 024	15 431	16,3 %	1,8 %
Luftveissykdommer	2 837	2 875	2 900	2 970	2 593	2 787	2 903	2 973	2 999	3 098	9,2 %	1,0 %
Muskel-skjelett	10 951	11 144	11 140	11 320	10 639	11 541	11 395	11 346	11 458	11 643	6,3 %	0,7 %
Nevrologi	4 650	4 946	5 174	5 453	5 473	6 009	5 960	6 284	6 444	6 550	40,8 %	4,5 %
Psykiske lidelser	907	966	1 013	1 097	1 064	1 264	1 274	1 429	1 609	1 700	87,4 %	9,7 %
Rehabilitering	1 957	1 821	1 576	1 574	780	904	1 208	1 251	1 166	1 153	-41,1 %	-4,6 %
Skader	6 412	6 341	6 406	6 511	5 711	6 251	6 640	6 719	6 614	6 657	3,8 %	0,4 %
Svangerskap, føde og barsel	7 573	7 512	7 398	7 378	7 111	7 799	7 695	8 297	8 429	8 716	15,1 %	1,7 %
Ytre årsaker til sykdom	1 114	1 182	1 185	1 206	1 105	1 082	1 074	1 076	1 057	1 028	-7,7 %	-0,9 %
Øre	3 505	3 475	3 309	3 306	2 917	3 249	3 384	3 451	3 430	3 464	-1,2 %	-0,1 %
Øye	5 259	5 513	5 696	5 894	5 337	5 765	5 830	5 919	5 967	5 949	13,1 %	1,5 %
Urinveier og kjønnsorganer	4 383	4 462	4 402	4 502	4 305	4 646	4 689	4 783	4 849	5 002	14,1 %	1,6 %
Totalsum	111 428	112 826	113 098	114 705	107 829	116 463	117 533	120 171	120 165	121 967	9,5 %	1,1 %

Tabell 35. Utvikling i standardiserte rater for polikliniske konsultasjoner per 100 000 nasjonalt (kjønn og 10-årig alder) fordelt på fagområder. Rate for antall kontakter fra og med 2020 er justert ved at 90% av telefonkonsultasjonene representerer en reell økning. Kirurgiske konsultasjoner (opphold med kirurgisk DRG) og dialyse er ekskludert.

Totalt har det vært en økning i standardisert rate på 1,1% per år i hele perioden. I perioden 2022-2025 har økningen vært noe sterkere med 1,3% årlig. Korreksjon av 2025 for ventelisteløftet vil medføre at veksten skulle vært jevnere fordelt over de siste årene. Det innebærer at det er mindre endring fra 2023 til 2025.

Selv om utviklingen i standardiserte rater er ulik for de forskjellige fagområdene, er poliklinikkbehovet i gjeldende modell framskrevet som en samlet faktor med unntak av kreftsykdommer og øyesykdommer. De to områdene er framskrevet med en større økning i behovet. Innen kreftområdet var det en betydelig økning i årene 2018-2022 (2,7% årlig), og området ble derfor framskrevet med en særskilt økning. Økningen var imidlertid betydelig mindre i årene 2016-2017. I perioden 2022-2025 har økning i standardisert rate vært 1,2%. Den sterke økningen i perioden 2018-2022 skyldes sannsynligvis endringer i den medikamentelle kreftbehandlingen, jf. omtalen av kreftbehandling over. I revidert modell framskrives derfor ikke kreftområdet med noen særskilt økning. For øyesykdommer skyldtes den særskilte framskrivningen en forventning om en ytterligere økning i injeksjonsbehandling. Økningen for øyesykdommer i perioden 2022-2025 har vært lavere enn i årene før. Det er som forventet en økning i standardisert rate for antall individer, men utviklingen indikerer endring i behandling med noe færre oppmøter per individ, noe som kan tyde på lengre intervaller mellom injeksjoner.

Utvikling for injeksjonsbehandling (CKD05) for Degenerasjon av makula (H353*) i absolutt antall og standardisert rate per 100 000 for Norge.				
År	Antall kontakter		Antall individer	
	Antall	Standardisert rate antall per 100 000	Antall	Standardisert rate per 100 000
2016	57 110	1 095	10 818	207
2017	64 048	1 206	11 808	222
2018	70 895	1 307	12 672	234
2019	77 031	1 389	13 357	241
2020	80 737	1 419	13 937	246
2021	89 205	1 527	15 073	259
2022	95 435	1 591	15 836	265
2023	100 689	1 642	16 539	271
2024	100 927	1 601	17 562	280
2025	99 928	1 539	18 213	282
Endring pr år 2016-2025	8,3 %	4,5 %	7,6 %	4,0 %
Endring pr år 2022-2025	1,6 %	-1,1 %	5,0 %	2,2 %

Tabell 36. Utvikling i individer og antall kontakter i absolutt antall og standardiserte rater per 100 000 nasjonalt for injeksjonsbehandling (CKD05) for degenerasjon av macula (H35*).

I gjeldende framskrivningsmodell ble det lagt til en økning i aktiviteten i 2022 for å korrigere for et etterslep med økning i antall ventende og antall passert planlagt tid i løpet av 2022, oppfattet som effekt av pandemien. Det har ikke vært noen ytterligere økning av ventende senere, slik at det ikke er behov for denne korreksjonen framover.

Tabellen nedenfor viser utviklingen av hvilke helsepersonellgrupper som utfører konsultasjonene. Økningen i konsultasjoner hvor leger er utførende helsepersonell utgjør relativt sett en mindre del av den totale økningen. Leger utførte 65,8% av det samlede antall konsultasjoner ved fysisk frammøte eller telefon/video i 2025 mot 69,1% i 2022. Det kan være et uttrykk for endret oppgavedeling, eller at nye behandlingstilbud utføres av annet helsepersonell. Den relative økningen i konsultasjoner utført av annet helsepersonell enn leger, gjelder både fysiske konsultasjoner og telefon/videokonsultasjoner.

Utvikling i poliklinikk ved helseforetak og sykehus med opptaksområder. Dag- og polikliniske konsultasjoner, ekskludert kirurgiske kontakter og dialyse.									
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Endring 2022-2025
Fysisk på sykehuset	5 717 328	5 858 059	5 221 954	5 617 412	5 730 973	5 905 763	5 947 489	6 080 606	6,1 %
Lege	4 186 611	4 248 012	3 759 800	3 974 175	3 992 205	4 004 974	4 005 981	4 055 344	1,6 %
Sykepleier	712 481	768 422	720 918	826 253	884 195	965 517	982 183	1 022 814	15,7 %
Fysioterapeut	161 155	168 935	133 685	158 148	180 321	211 965	216 619	226 507	25,6 %
Jordmor	141 963	139 666	130 189	138 732	130 838	148 797	158 474	163 645	25,1 %
Audiograf	126 497	131 403	120 739	137 611	141 028	141 870	144 478	156 271	10,8 %
Ergoterapeut	25 836	29 669	27 980	32 295	32 356	37 955	40 181	43 882	35,6 %
Klinisk ernæringsfysiolog	34 207	38 418	26 009	27 999	31 426	32 477	32 625	35 024	11,4 %
Stråleterapeut	197 201	198 470	192 309	206 566	204 101	204 194	193 082	192 972	-5,5 %
Annet personell	131 377	135 064	110 325	115 633	134 503	158 014	173 866	184 147	36,9 %
Telefon/video	1 909	2 716	457 594	579 978	567 447	635 451	693 031	782 598	37,9 %
Lege	1 470	2 058	318 869	378 322	362 693	394 737	421 091	460 748	27,0 %
Sykepleier	312	258	73 806	108 744	122 161	151 762	173 411	212 211	73,7 %
Fysioterapeut	10	110	13 799	20 994	18 249	19 026	22 778	26 571	45,6 %
Jordmor	1	1	5 259	7 009	5 162	6 995	7 794	7 692	49,0 %
Audiograf	0	0	1 832	2 613	3 209	3 611	2 937	3 414	6,4 %
Ergoterapeut	5	32	3 026	4 385	4 203	4 167	4 873	5 406	28,6 %
Klinisk ernæringsfysiolog	0	3	21 568	27 155	23 365	21 332	22 783	25 130	7,6 %
Stråleterapeut	0	0	383	306	172	166	51	60	-65,1 %
Annet personell	111	254	19 052	30 450	28 233	33 655	37 313	41 366	46,5 %
Annet	134 745	141 712	92 777	106 487	128 658	151 318	159 701	164 053	27,5 %
Lege	38 600	38 678	21 337	24 675	30 900	36 878	37 583	36 565	18,3 %
Sykepleier	24 244	26 242	19 557	21 918	25 821	31 402	34 896	39 756	54,0 %
Fysioterapeut	6 406	7 084	4 910	5 660	5 600	5 990	6 895	7 462	33,3 %
Jordmor	1 600	1 343	498	2 871	7 370	9 139	7 768	7 990	8,4 %
Audiograf	2 003	1 615	852	1 269	1 323	1 517	1 268	1 018	-23,1 %
Ergoterapeut	2 172	2 584	1 902	1 714	1 715	2 112	1 813	1 727	0,7 %
Klinisk ernæringsfysiolog	3 061	3 730	2 374	3 643	4 611	5 526	5 042	4 830	4,7 %
Stråleterapeut	11	5	52	65	138	111	186	307	122,5 %
Annet personell	56 648	60 431	41 295	44 672	51 180	58 643	64 250	64 398	25,8 %
Totalsum	5 853 982	6 002 487	5 772 325	6 303 877	6 427 078	6 692 532	6 800 221	7 027 257	9,3 %

Tabell 37. Utvikling i utførende helsepersonell ved polikliniske konsultasjoner fordelt på type konsultasjon.. Stråleterapeuter er skilt ut som egen gruppe de siste årene. Tidligere ble dette arbeidet registrert under leger, selv om stråleterapeutene utførte konsultasjonene. I tabellen er disse konsultasjonene flyttet fra leger til stråleterapeuter i årene fram til endringen.

6.2 Digital oppfølging

Med digital oppfølging menes her skjema-basert oppfølging som er basert på skjemaer som pasienten fyller ut og sender inn digitalt, eller telemedisinsk fjernmonitorering via medisinsk utstyr. Behandler i sykehuset vurderer selvrappotereringen og om det er behov for ytterligere oppfølging ved direkte kontakt mellom pasient og behandler. Dersom pasienten ønsker slik kontakt, kan vedkommende også be om det. Det er forventet at slik oppfølging kan redusere behovet for direkte konsultasjoner. I gjeldende framskrivningsmodell ble det lagt til grunn at 5% av de polikliniske konsultasjonene kunne erstattes med digital oppfølging og behovsstyrte konsultasjoner. Det ble basert på potensialet i de programmene som var innført eller under innføring i helseforetakene, da det var begrensede erfaringsdata.

Denne formen for oppfølging er under betydelig utvikling. Det finnes en rekke slike oppfølgingsprogrammer, som regel lokalt utviklet. Det er imidlertid fortsatt begrenset med data i Norsk pasientregister. Registreringspraksis er også varierende. Erfaringsdata som kan gi grunnlag for å vurdere effekt på andre typer konsultasjoner, er derfor fortsatt begrenset.

Antall individer registrert med koder for digital skjema-basert oppfølging eller oppfølging via fjernmonitorering av medisinsk utstyr er imidlertid sterkt økende slik tabellen nedenfor illustrerer.

Digital hjemmeoppfølging		
År	Skjema	Monitorering
2023	18 837	32 015
2024	28 914	43 808
2025	47 595	48 780

Tabell 38. Antall individer med digital skjemabasert hjemmeoppfølging eller med fjernmonitorering av medisinsk utstyr i 2023-2025. Data er basert på STG-rapportering til Norsk Pasientregister (NPR).

Tabellen nedenfor viser antall individer med skjemabasert oppfølging fordelt på diagnoser.

Skjemabasert oppfølging 2023-2025	
Diagnose	Individer
Forberedelse til behandling	8767
Etterundersøkelse etter kirurgi	5330
Diabetes	3985
Annen spesifisert undersøkelse	3644
Epilepsi	3295
Søvnforstyrrelse	2756
Fedme	2356
Ulcerøs kolitt	2256
Brystkreft	2105
Irritabel-tarm syndrom	1970
Brudd underarm	1738
Crohns sykdom	1610
Reumatoid artritt	1466
Hofterleddsartrose	1423
Bentetthet og struktur	1318

Tabell 39. Antall registreringer med digital skjemabasert oppfølging (STG) fordelt på diagnoser 2023-2025.

Tabellen nedenfor viser antall pasienter som er fulgt opp poliklinisk, og andelen av disse som har hatt minst én registrering av digital skjemabasert hjemmeoppfølging. For noen pasientgrupper har andelen nådd 10%.

Diagnose	Individer	Andel med skjemabasert oppfølging
Brystkreft	35 729	5,9 %
Crohns sykdom	18 605	8,7 %
Diabetes	37 783	10,5 %
Epilepsi	32 703	10,1 %
Irritabel-tarm syndrom	23 690	8,3 %
Reumatoid artritt	20 165	7,3 %
Ulcerøs kolitt	26 160	8,6 %
Underarmsbudd	78 621	2,2 %

Tabell 40. Antall pasienter med selekterte diagnoser i 2023-2025, samt andel med digital skjemabasert oppfølging.

Tabellen nedenfor viser individer med fjernmonitorering av medisinsk utstyr fordelt på diagnoser. Oppfølging av pasienter som behandles for søvnapne med CPAP utgjør en stor andel, dernest pasienter med hjertesykdom.

Monitorering	
Diagnose	Individer
Søvnforstyrrelse	54742
Infertilitet hos kvinne	3715
Hjertesvikt	2773
Takykardi	2730
Kronisk iskemisk sykdom	2475
Hjerterytmie	2469
Diabetes	2156
Kardiomyopati	1911
Synkope	1313
Status implantater	1124
Atrieflimmer og flutter	1001

Tabell 41. Antall individer med oppfølging med telemedisinsk monitorering via medisinsk utstyr (STG) i 2023-2025.

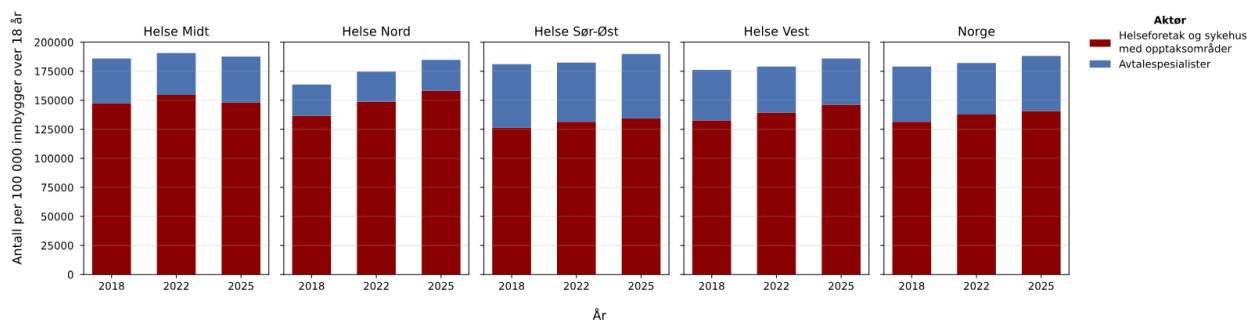
Det er betydelige forskjeller mellom helseforetakene i hvilken grad digital skjemabasert oppfølging er tatt i bruk, men alle har startet. Det foreligger til nå ikke tilstrekkelige data som kan belyse mer omfattende i hvilken grad digital hjemmeoppfølging kommer til erstatning for andre polikliniske kontakter eller som tillegg. Det kreves flere data før det kan vurderes. Tilbakemeldinger fra en god del kliniske miljøer er imidlertid at det for dem betyr en reduksjon i direkte kontakter. Det vurderes derfor som rimelig å benytte samme effekt i revidert framskrivning i påvente av ytterligere data.

6.3 Avtalespesialister

Avtalespesialister utgjør en stor andel av den planlagte polikliniske kapasiteten innen flere fagområder. Helseregionene har ulikt antall avtalespesialister, og dermed et ulikt samlet volum. Vurdering av antall hjemler til avtalespesialister følger egne prosesser i regionene. Aktiviteten hos avtalespesialister inngår således ikke framskrivningsmodellene, men aktiviteten synliggjøres for å vise utviklingen.

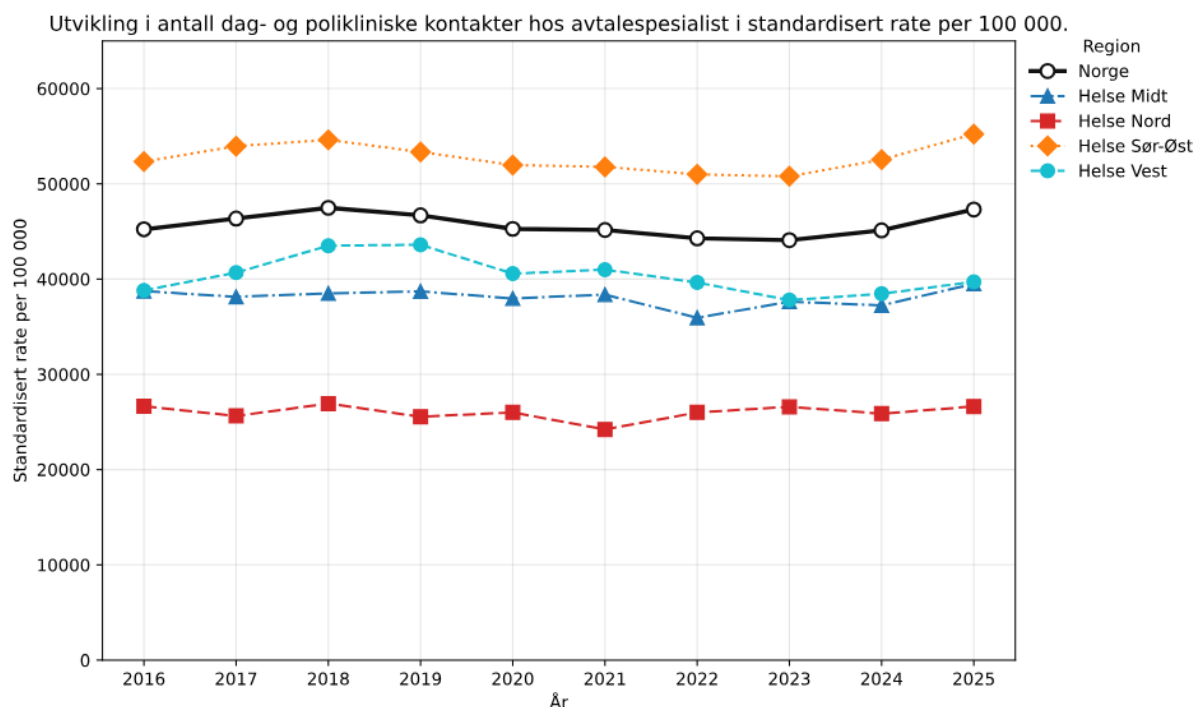
Figuren nedenfor sammenstiller den polikliniske aktiviteten ved helseforetak/sykehus med opptaksområder og hos avtalespesialister. Figuren illustrerer variasjon i hvilken grad man bruker avtalespesialister, og hvordan disse utjevner variasjonen i det polikliniske tilbudet mellom helseforetak/sykehus.

Antall polikliniske kontakter per 100 000 innbygger over 18 år i somatikk over helseregioner og utfører.



Figur 29. Antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000, totalt og per region, fordelt på om utført i helseforetak/sykehus eller hos avtalespesialister. Det vises data for 2018, 2022 og 2025.

Figuren nedenfor viser utviklingen i kontakter hos avtalespesialist i standardiserte rater. Etter en fallende tendens i perioden 2018-2022, har raten økt igjen de siste årene.



Figur 29. Utvikling i antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 hos avtalespesialister.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall kontakter i standardisert rate pr 100 000 hos avtalespesialister innen somatikk totalt og fordelt på fagområder. Antall kontakter totalt har vært relativt stabilt siden 2018, men med en klar variasjon mellom fagområdene. Sammenlignet med 2018 er det for de store volumene særlig øyefaget som viser en redusert rate.

Antall kontakter i standardisert rate per 100 00 hos avtalespesialist i somatikk samlet for Norge.					
Fag	2018	2022	2025	Endring 2018-2025	Endring 2022-2025
Annet	445	318	527	18,5 %	65,9 %
Barn	1 629	1 529	1 644	1,0 %	7,5 %
Endokrinologi	586	539	339	-42,1 %	-37,2 %
Fordøyelse	621	676	681	9,6 %	0,7 %
Fysikalskmedisin	38	25	26	-31,3 %	6,9 %
Generell indremedisin	2 048	1 749	1 432	-30,1 %	-18,1 %
Generell kirurgi	505	376	307	-39,2 %	-18,3 %
Gynekologi	5 489	5 179	5 399	-1,6 %	4,3 %
Hjertesykdommer	1 243	1 896	1 790	44,1 %	-5,6 %
Hud	8 447	8 058	9 088	7,6 %	12,8 %
Lungemedisin	772	809	1 033	33,8 %	27,6 %
Neurologi	874	877	1 093	25,1 %	24,6 %
Nyresykdommer	53	40	33	-38,3 %	-18,1 %
Ortopedi	407	368	338	-16,9 %	-8,1 %
Revmatologi	541	638	578	6,9 %	-9,4 %
Urologi	948	1 282	1 279	35,0 %	-0,2 %
Øre, Nese, Hals	9 260	8 652	9 616	3,8 %	11,1 %
Øye	13 575	11 270	12 102	-10,9 %	7,4 %
Totalt	47 480	44 281	47 305	-0,4 %	6,8 %

Tabell 42. Utvikling i antall dag- og polikliniske kontakter i standardisert rate per 100 000 hos avtalespesialister i 2018, 2022 og 2025 fordelt på ulike fag.

6.4 Revidert framskrivning av poliklinikk og dagbehandling

Samlet har økning i standardisert rate per 100 000 for polikliniske kontakter vært på 1,1% i perioden 2016-2025. Perioden 2023-2025 viser svakere vekst, særlig hvis vi korrigerer for ventetidsløftet, og at denne aktiviteten i større grad skulle vært fordelt over de forutgående årene. Det forventes at økningen utover befolkningsutvikling vil være noe mindre i årene framover. Det har skjedd betydelige omstillinger fra døgn til poliklinikk/dag i årene som har gått. Det forventes at det fortsetter, men i mindre grad. Det er økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner som kan ha medvirket til en større økning på grunn av registeringsendring og eventuelt endret terskel for konsultasjon. Det bør vurderes å gjøre separate framskrivninger for fysiske konsultasjoner og telefon/video. Det er ikke gjort i denne revisjonen, og det ligger en risiko for å undervurdere behovet for poliklinisk kapasitet i en slik tilnærming.

Det er variasjoner i kontrollhyppighet mellom ulike foretak for en del pasientgrupper. Det er en pågående diskusjon om kontrollintervaller for noen sykdommer kan økes, og også om en del kontroller er unødvendige. Det har medført noen endringer i kontrollopplegg, og det forventes videre arbeid på dette området. Bedre oppgavedeling og prioritering ved bedre samhandling mellom forvaltningsnivåer kan bremse noe av økningen. I motsetning til behovet for liggedøgn, legges det legges ikke inn noen effekt av friskere aldring i poliklinisk aktivitet. Selv om friskere aldring kan redusere behovet, kan behovet også øke ved at flere lever lengre med kroniske sykdommer. Friskere aldring kan også medføre at sykdom som før krevde innleggelse, nå kan tolereres bedre og behandles poliklinisk.

Samlet forventes at faktorene nevnt over, kan bidra til noe redusert vekst i årene framover. Poliklinikkaktiviteten har imidlertid økt mer enn demografisk utvikling i en årrekke. Det er derfor grunn til å være varsom med å framskrive med noen vesentlig redusert vekst. Revidert framskrivning legger derfor til grunn en årlig vekst på 0,6% utover befolkning.

Ved utarbeidelsen av framskrivningsmodellen var digital skjemabasert oppfølging i sin oppstart. Digital oppfølging via avlesning av medisinsk utstyr var også begrenset. Basert på de programmene som da var under innføring, ble det vurdert at 5% av direkte behandler/pasient-kontakter kunne overføres til disse typene digital oppfølging. I årene 2022-2025 har det vært en betydelig økning i antall individer som følges opp på denne måten. Det er imidlertid lite data på hvordan det påvirker øvrige oppfølginger, selv om en del rapporterer om klar reduksjon i behov for direkte kontakter. Ved revisjonen beholdes på denne bakgrunn om lag samme forventede effekt som i gjeldende modell (5,6%).

6.5 Faktorer i framskrivning av poliklinikk i somatikk

Poliklinikk i helseforetak/sykehus med opptaksområder framskrives med følgende faktorer:

- Demografi: 5-årige aldersgrupper, kjønn og kommune
- Årlig standardisert vekstrate på 0,6% som akkumuleres til 12% i 2045.
- Digital oppfølging og brukerstyrt poliklinikk reduserer vekst med 5,6%.

6.6 Resultater poliklinikk

Tabellen nedenfor viser resultater ved framskrivninger av poliklinikk i somatikk med gjeldende modell for 2022-2040 og 2024-2040 og med revidert modell for 2025-2040 og 2025-2045. Det forventes at poliklinisk vekst vil avta noe i omfang, sammenlignet med tidligere utvikling og framskrivninger. Tabellen viser at det samlede behovet for poliklinikk

øker i 2040 med revidert framskrivningsmodell sammenlignet med både 2022- og 2024-framskrivningen. Hovedårsaken er økningen i aktivitet i utgangsåret 2025. Behovet for polikliniske kontakter framskrives økt med 24,3% i perioden 2025-2045 mens en ren demografisk framskrivning ville medført en økning på 17,6%.

Framskrivning poliklinisk aktivitet somatikk			
Periode	Utgangsåår	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
2022-2040	6 427 070	7 683 172	8 074 057
2024-2040	6 799 902	7 822 323	8 173 633
2025-2040	7 030 703	8 015 158	8 368 612
2025-2045	7 030 703	8 270 913	8 742 185

Tabell 43. Tabell framskrivning poliklinikk. De to øverste linjene viser framskrivning 2022-2040 og 2024-2040 med nåværende modell, de to nederste framskrivning 2025-2040 og 2025-2045 med revidert modell. Kolonnene viser aktiviteten i utgangsåret, demografisk vekst og samlet vekst etter at modifierende faktorer også er tatt med i framskrivningen.

Resultater fordelt på for helseforetak og sykehus med opptaksområder vises i tabellen nedenfor. Endringene varierer mellom opptaksområdene, Det skyldes i hovedsak forskjeller i demografisk utvikling.

Framskrevet behov for poliklinikk 2025-2045 med SSB sin befolkningsframskrivning av 2026 for helseforetak/sykehus med opptaksområder. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.						
	Antall 2025	Etter demografi	Etter vekst utover demografi	Etter DHO og brukerstyrt poliklinikk - antall 2045	Endring 2025-2045	Endring fra demografi
Helse Midt-Norge	1 039 189	1 175 943	1 317 056	1 244 065	19,7 %	5,8 %
Helse Møre og Romsdal HF	352 815	392 570	439 678	416 153	18,0 %	6,0 %
Helse Nord Trøndelag HF	165 794	178 537	199 962	189 064	14,0 %	5,9 %
St. Olavs Hospital HF	520 580	604 836	677 416	638 848	22,7 %	5,6 %
Helse Nord	695 715	741 082	830 012	784 648	12,8 %	5,9 %
Finnmarkssykehuset HF	90 477	98 379	110 185	104 259	15,2 %	6,0 %
Helgelandssykehuset HF	105 089	108 377	121 383	115 014	9,4 %	6,1 %
Nordlandssykehuset HF	200 720	212 752	238 282	225 261	12,2 %	5,9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	299 429	321 573	360 162	340 114	13,6 %	5,8 %
Helse Sør-Øst	3 828 719	4 636 594	5 192 985	4 898 167	27,9 %	5,6 %
Akershus universitetssykehus HF	472 676	531 765	595 577	559 733	18,4 %	5,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	91 327	110 968	124 284	116 347	27,4 %	4,8 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	102 782	132 055	147 901	138 417	34,7 %	4,8 %
Oslo universitetssykehus HF	990 222	1 293 260	1 448 451	1 369 319	38,3 %	5,9 %
Sunnaas sykehus HF	10 148	11 772	13 185	12 227	20,5 %	3,9 %
Sykehuset i Vestfold HF	306 936	366 944	410 978	388 189	26,5 %	5,8 %
Sykehuset Innlandet HF	373 887	416 515	466 497	441 489	18,1 %	6,0 %
Sykehuset Telemark HF	206 812	227 771	255 104	240 010	16,1 %	5,4 %
Sykehuset Østfold HF	363 353	442 073	495 121	466 832	28,5 %	5,6 %
Sørlandet sykehus HF	382 977	458 061	513 028	483 604	26,3 %	5,6 %
Vestre Viken HF	527 599	645 410	722 860	682 000	29,3 %	5,7 %
Helse Vest	1 467 080	1 717 294	1 923 369	1 815 305	23,7 %	5,7 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	49 894	60 924	68 235	63 764	27,8 %	4,7 %
Helse Bergen HF	700 879	811 840	909 261	858 419	22,5 %	5,7 %
Helse Fonna HF	174 758	196 513	220 095	208 150	19,1 %	5,9 %
Helse Førde HF	136 077	145 362	162 806	153 924	13,1 %	5,9 %
Helse Stavanger HF	405 472	502 653	562 971	531 048	31,0 %	5,6 %
Totalsum	7 030 703	8 270 913	9 263 423	8 742 185	24,3 %	5,7 %

Tabell 44. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde. Framskrevet basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Kolonnene viser de ulike elementene i framskrivningen. Endringer i opptaksområdene i Osloregionen er innarbeidet. DHO=digital hjemmeoppfølging.

Tabellen nedenfor viser framskrivningen med revidert modell for fem-årsperioder frem mot 2045 over helseforetak/sykehus.

Framskrivning av poliklinikk med utgangspunkt i aktiviteten i 2025 frem mot 2045. SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Oslo-området er innarbeidet.									
	2025	2030	2035	2040	2045	2025-2030	2025-2035	2025-2040	2025-2045
Helse Midt-Norge	1 039 189	1 103 089	1 155 943	1 202 883	1 244 065	6,1 %	11,2 %	15,8 %	19,7 %
Helse Møre og Romsdal HF	352 815	373 559	390 483	404 527	416 153	5,9 %	10,7 %	14,7 %	18,0 %
Helse Nord Trøndelag HF	165 794	173 591	179 242	184 396	189 064	4,7 %	8,1 %	11,2 %	14,0 %
St. Olavs Hospital HF	520 580	555 939	586 217	613 961	638 848	6,8 %	12,6 %	17,9 %	22,7 %
Helse Nord	695 715	727 648	749 650	768 468	784 648	4,6 %	7,8 %	10,5 %	12,8 %
Finnmarkssykehuset HF	90 477	95 346	98 737	101 631	104 259	5,4 %	9,1 %	12,3 %	15,2 %
Helgelandssykehuset HF	105 089	108 782	111 299	113 469	115 014	3,5 %	5,9 %	8,0 %	9,4 %
Nordlandssykehuset HF	200 720	208 655	214 890	220 404	225 261	4,0 %	7,1 %	9,8 %	12,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	299 429	314 865	324 724	332 963	340 114	5,2 %	8,4 %	11,2 %	13,6 %
Helse Sør-Øst	3 828 719	4 125 279	4 397 236	4 655 516	4 898 167	7,7 %	14,8 %	21,6 %	27,9 %
Akershus universitetssykehus HF	472 676	490 919	489 600	525 048	559 733	3,9 %	3,6 %	11,1 %	18,4 %
Diakonhjemmet Sykehus	91 327	97 687	101 776	109 145	116 347	7,0 %	11,4 %	19,5 %	27,4 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	102 782	113 587	122 770	131 116	138 417	10,5 %	19,4 %	27,6 %	34,7 %
Oslo universitetssykehus HF	990 222	1 100 760	1 221 711	1 298 465	1 369 319	11,2 %	23,4 %	31,1 %	38,3 %
Sunnaas sykehus HF	10 148	10 771	11 375	11 863	12 227	6,1 %	12,1 %	16,9 %	20,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	306 936	328 918	350 260	369 873	388 189	7,2 %	14,1 %	20,5 %	26,5 %
Sykehuset Innlandet HF	373 887	396 426	412 955	427 763	441 489	6,0 %	10,4 %	14,4 %	18,1 %
Sykehuset Telemark HF	206 812	216 234	224 938	232 813	240 010	4,6 %	8,8 %	12,6 %	16,1 %
Sykehuset Østfold HF	363 353	391 619	417 935	442 641	466 832	7,8 %	15,0 %	21,8 %	28,5 %
Sørlandet sykehus HF	382 977	410 545	436 704	461 237	483 604	7,2 %	14,0 %	20,4 %	26,3 %
Vestre Viken HF	527 599	567 814	607 212	645 550	682 000	7,6 %	15,1 %	22,4 %	29,3 %
Helse Vest	1 467 080	1 570 402	1 659 571	1 741 745	1 815 305	7,0 %	13,1 %	18,7 %	23,7 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	49 894	54 255	57 843	60 906	63 764	8,7 %	15,9 %	22,1 %	27,8 %
Helse Bergen HF	700 879	747 903	788 480	825 384	858 419	6,7 %	12,5 %	17,8 %	22,5 %
Helse Fonna HF	174 758	184 928	193 632	201 382	208 150	5,8 %	10,8 %	15,2 %	19,1 %
Helse Førde HF	136 077	142 017	146 756	150 812	153 924	4,4 %	7,8 %	10,8 %	13,1 %
Helse Stavanger HF	405 472	441 298	472 859	503 262	531 048	8,8 %	16,6 %	24,1 %	31,0 %
Totalsum	7 030 703	7 526 419	7 962 400	8 368 612	8 742 185	7,1 %	13,3 %	19,0 %	24,3 %

Tabell 45. Framskrivning poliklinikk per region og helseforetak/sykehus med opptaksområde for ulike år frem mot 2045 basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026. Endringer i opptaksområder i Osloregionen er innarbeidet.

6.6.1 Avtalespesialister

Tabellen nedenfor viser demografisk framskrevet aktivitet for avtalespesialister.

Framsikret poliklinikk avtalespesialister basert på demografi. Tabellen inkluderer endringer i opptaksområder i Oslo.			
Somatikk	2025	2045	Endring
Helse Midt	323 809	387 752	19,7 %
Helse Møre og Romsdal	84 751	97 636	15,2 %
Helse Nord Trøndelag	66 653	75 721	13,6 %
St. Olavs hospital	172 405	214 395	24,4 %
Helse Nord	145 110	163 417	12,6 %
Finnmarkssykehuset	13 272	15 348	15,6 %
Helgelandssykehuset	14 546	14 829	1,9 %
Nordlandssykehuset	57 877	63 641	10,0 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	59 415	69 600	17,1 %
Helse Sør-Øst	1 857 091	2 326 711	25,3 %
Akershus universitetssykehus	385 254	432 102	12,2 %
Diakonhjemmet Sykehus	95 427	123 423	29,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	83 286	127 497	53,1 %
Oslo universitetssykehus	174 553	286 085	63,9 %
Sykehuset i Vestfold	137 896	168 667	22,3 %
Sykehuset Innlandet	165 823	190 779	15,0 %
Sykehuset Telemark	110 112	122 790	11,5 %
Sykehuset Østfold	224 440	278 547	24,1 %
Sørlandet Sykehus	187 184	226 971	21,3 %
Vestre Viken	293 116	369 849	26,2 %
Helse Vest	481 009	600 982	24,9 %
Helse Bergen	230 489	287 304	24,6 %
Helse Fonna	73 786	85 877	16,4 %
Helse Førde	24 875	28 235	13,5 %
Helse Stavanger	151 859	199 566	31,4 %
Totalsum	2 807 019	3 478 862	23,9 %

Tabell 46. Demografisk framskrivning av poliklinikk hos avtalespesialister. Basert på aktiviteten i 2025, samt SSB sin befolkningsframskrivning av 2026.

7. Særlig kapasiteter som framskrives

7.1 Dialyse

Kjønns- og aldersstandardiserte rate per 100 000 for behandling med dialyse er stabil i perioden. Veksten bør derfor følge befolkningsutviklingen. Tabellen nedenfor viser utvikling i antall kontakter og antall individer med dialyse på sykehus.

Utvikling i antall kontakter og individer med dialyse i absolutt antall og standardisert rate pr 100 000 nasjonalt.				
År	Antall kontakter		Antall individer	
	Absolutt antall	Standardisert rate pr 100 000	Absolutt antall	Standardisert rate pr 100 000
2016	174 227	3 342	2 083	40
2017	180 574	3 397	2 163	41
2018	187 033	3 444	2 224	41
2019	188 619	3 394	2 283	41
2020	196 105	3 451	2 254	40
2021	197 570	3 413	2 358	41
2022	198 983	3 363	2 420	41
2023	201 853	3 351	2 506	42
2024	201 392	3 265	2 508	41
2025	197 462	3 150	2 458	39
Endring 2016-2025	13,3 %	-5,7 %	18,0 %	-2,3 %
Endring 2022-2025	-0,8 %	-6,3 %	1,6 %	-4,5 %

Tabell 48. Antall individer og antall kontakter i absolutt antall og standardisert rate per 100 000 med dialyse (DRG 317*) nasjonalt.

7.2 Operasjoner

Kjønns- og aldersstandardiserte rater per 100 000 for antall operasjoner er stabile i perioden. Veksten bør derfor følge befolkningsutviklingen. Tabellen nedenfor viser utvikling i antall operasjoner og antall individer. Fordeling av dagkirurgi i modell innarbeides.

Utvikling i antall operasjoner og individer med operasjon i absolutt antall og standardisert rate pr 100 000 nasjonalt.				
År	Antall operasjoner		Antall individer	
	Absolutt antall	Standardisert rate pr 100 000	Absolutt antall	Standardisert rate pr 100 000
2016	395 765	7 590	331 501	6 358
2017	398 284	7 530	334 137	6 321
2018	401 532	7 491	335 686	6 269
2019	405 957	7 473	339 134	6 253
2020	381 694	6 921	320 272	5 820
2021	403 091	7 211	337 023	6 046
2022	400 537	7 068	336 335	5 956
2023	414 181	7 190	350 103	6 105
2024	422 915	7 217	356 313	6 111
2025	434 229	7 295	364 811	6 165
Endring 2016-2025	9,7 %	-3,9 %	10,0 %	-3,0 %
Endring 2022-2025	8,4 %	3,2 %	8,5 %	3,5 %

Tabell 49. Antall individer og antall kontakter i absolutt antall og standardisert rate per 100 000 med operativ behandling (alle opphold med kirurgisk DRG) nasjonalt.

7.3 Døgnoophold og nulldagersliggere

Døgnoophold framskrives med tilpasning til liggedøgnutvikling. Volumet av nulldagersliggere (opphold registrert som innleggelse, men med oppholdstid =0) er stabilt. Tabellen nedenfor viser utvikling i absolutt antall. Det bemerkes at planlagt ikke-kirurgi utgjør et betydelig volum. Planlagt kirurgi er dagkirurgi. Det mest sentrale er oppholdene i akuttsløyfen som vil treffe akuttinntaket. Dette må tas hensyn til i framskriving av kapasiteter. De mest frekvente volumene er hjertesykdom, skader og fordøyelsesslidelser.

Utvikling i antall nulldagersliggere (døgnoophold med null liggedager)					
	Akutt ikke-kirurgi	Akutt kirurgi	Planlagt ikke-kirurgi	Planlagt kirurgi	Totalsum
2016	60 285	2 520	20 845	6 863	90 513
2017	59 644	2 664	21 483	7 111	90 902
2018	57 674	2 535	20 693	6 961	87 863
2019	54 137	2 794	18 606	7 060	82 597
2020	49 667	2 996	15 692	7 058	75 413
2021	54 592	3 106	17 945	7 609	83 252
2022	57 052	2 875	18 417	7 694	86 038
2023	54 504	2 615	19 315	8 379	84 813
2024	52 170	2 772	19 543	8 839	83 324
2025	56 336	2 818	20 266	8 715	88 135

Tabell 50. Utvikling i antall nulldagersliggere (døgnoophold med 0 liggedøgn). Fordelt på akutte og planlagte, kirurgiske (definert som kirurgisk DRG) og ikke-kirurgiske opphold.

7.4 Intensivkapasitet

Følger av tidligere regionale rapporter.

8. Samlet vurdering

Det er ikke vesentlige endringer i vurderingene av de enkelte elementene i revidert framskrivningsmodell, men den er oppdatert ut fra utvikling i de siste årene og vurdering av forventet utvikling i årene framover. Aktivitetsutviklingen fram til 2025 har påvirket grunnlaget for framskrivningene og dermed også aktivitetsbehovet i 2040/2045. På noen områder har aktivitetsutviklingen vært som forventet ut fra gjeldende modell, mens andre områder har vist en avvikende utvikling.

Framskrivningsmodeller utarbeides med et langt tidsperspektiv og inneholder derfor usikkerhet. En sammenlikning av utviklingen etter 3 år med forventet utvikling i en modell som framskriver aktivitet over et langt tidsrom, blir på samme måte beheftet med usikkerhet. En usikkerhetsfaktor er om endringer på kort sikt som er mer uttalte enn forventet, skyldes at endringene vil bli større totalt sett eller om de følger en raskere utvikling med samme sluttresultat. Andre forhold som utvikling innen kapasitet, økonomi og personell vil også kunne påvirke utviklingen, ikke minst der det framskrives behov for en økt kapasitet. Det er derfor all grunn til regelmessig å følge utviklingen holdt opp mot framskrivningsmodellene, og å revidere disse. Det anbefales fortsatt revisjon av modellene hvert fjerde år, hvis ikke spesielle forhold tilsier noe annet.

Vedlegg – organisering av arbeidet

Revisjonen bygger på arbeider fra en faggruppe som har bestått av følgende deltakere:

Navn	Aktør
Halfdan Aass	Helse Sør-Øst, leder av faggruppen
Sara Reinvik Ulimoen	Helse Sør-Øst RHF
Ellen Henriette Pettersen	Helse Sør-Øst RHF, Sykehuset Innlandet HF
Sunniva Jansdotter Nydahl Rognerud	Helse Midt-Norge RHF
Halvor Johannes Breivik Langeland	Helse Midt-Norge RHF
Baard-Christian Schem	Helse Vest RHF
Beate Sørslett	Helse Nord RHF, Nordlandssykehuset
Einar Bugge	Helse Nord RHF, UNN
Linda Haugland	Brukerutvalget Helse Vest RHF
Marthe K. Haugan	Brukerutvalget Helse Midt-Norge RHF
Christian Grimsgaard	KTV Akademikerne, Helse Sør-Øst
Anne Bi Hoffsten	KTV Unio, Helse Sør-Øst
Marie Skontorp	KTV Akademikerne, Helse Vest
Ane Texmo Prytz	Helsedirektoratet
Miert Lindboe	Kommunesektorens organisasjon (KS)
Martin Fjordholm	Kommunesektorens organisasjon (KS)
Christian Thoresen	Analyse, Helse Sør-Øst RHF
Anders Tømmerås	Analyse, Helse Sør-Øst RHF
Paul Martin Gystad	Analyse, Helse Midt-Norge RHF
Asgeir Winge	Analyse, Helse Midt-Norge RHF
Hanne Lehn	Analyse, Helse Midt-Norge RHF
Signe Gevik Harestad	Analyse, Helse Vest RHF
Ådne Njå	Analyse, Helse Vest RHF
Olena Lakunchykova	Analyse, Helse Nord RHF
Øyvind Hope	Analyse, Sykehusbygg HF
Lisa Brodal	Analyse, Sykehusbygg HF
Lilian Leistad	Analyse, Sykehusbygg HF

Faggruppen har gjennomført 5 fysiske møter i perioden januar 2026 til mai 2026. I tillegg til gjennomgang av egne analyser og arbeider har møtene hatt eksterne foredragsholdere. Følgende tema er presentert:

Møte	Foredragsholder
Januar	- Christian Thoresen og Halfdan Aass, Helse Sør-Øst: <i>Framskrivningsmodellen og utvikling de siste årene</i> - Christian Thoresen, Helse Sør-Øst: <i>Historisk utvikling og bruk av spesialisthelsetjenester innen kreftområdet</i> - Bjørn Møller, Kreftregisteret: <i>Insidens og behandlingsintensitet på kreftområdet</i> - Sigbjørn Smeland, Oslo universitetssykehus HF: <i>Utvikling i diagnostikk og behandling på kreftområdet – betydning for kapasitetsbehov</i>
Februar	- Stein Emil Vollset, Global burden of disease: <i>Utvikling i sykdomsbyrde</i> - Christian Thoresen og Halfdan Aass, Helse Sør-Øst: <i>«Friskere aldring» - hva sier aktivitetsdata?</i> - Christian Thoresen, Helse Sør-Øst: <i>Oppholdstider – utvikling og forventning framover. Digital oppfølging.</i>
Mars	- Knut Even Lindsjörn, Helse Sør-Øst: <i>Innledning om samhandling i Helse Sør-Øst</i> - Marte Wang-Hansen, Sykehuset i Vestfold: <i>Integrerte helsetjenester – Vitality – i helsefelleskapet i Vestfold</i> - Bendik Westlund Hegna og Anette Melsnes Skogvold, Akershus universitetssykehus HF: <i>Integrerte helsetjenester ved Ahus</i> - Martin Fjordholm, KS: <i>Utfordringsbildet sett fra kommunene</i> - Jan Otto Beitnes, Oslo universitetssykehus HF: <i>Utvikling innen hjertesykdommer</i> - Astrid Gjervold Lunde, Universitetssykehuset i Nord-Norge: <i>Utvikling innen lungesykdommer</i> - Christian Thoresen og Halfdan Aass, Helse Sør-Øst: <i>Gjennomgang av data om samhandling.</i>
Mai	- Tor Kjetil Nerhus, Vestre Viken HF: <i>Utvikling innen ortopedi</i> - Thomas Møller, Oslo universitetssykehus HF: <i>Somatiske spesialisthelsetjenester til barn og unge</i> - Christian Thoresen og Halfdan Aass, Helse Sør-Øst: <i>Gjennomgang av data og elementene i revidert framskrivningsmodell.</i>
Mai, møte 2	Christian Thoresen og Halfdan Aass, Helse Sør-Øst: <i>Gjennomgang av utkast til rapport</i>

Sekretariatet for arbeidet har bestått av følgende:

Navn	Aktør
Christian Thoresen	Helse Sør-Øst RHF
Anders Tømmerås	Helse Sør-Øst RHF
Halfdan Aass	Helse Sør-Øst
Jon Tomas Finnsson	Helse Nord RHF