

# RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og framtidig kapasitetsberegning

Kortversjon av framskrivingsmetoden

September 2018

## 1. Bakgrunnen for framskrivingsmodellen

Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS), som var eid av de fire RHF-ene og Helsedirektoratet, med sekretariat organisert fra SINTEF, tok initiativ til utvikling og etablering av en metode for framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov for sykehus i 2011. I Nasjonal helseplan (2007-2010) ble det pekt på behovet for å:

*”– utvikle bedre metoder for framskriving av behov og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer, som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi.”<sup>1</sup>*

På bakgrunn av dette ble det startet et forprosjekt i regi av KNS fra 2009 til 2011, og framskrivingsmodellen ble utviklet i perioden 2011-2013. Representanter fra RHF og HF deltok i dette arbeidet. Alternative metoder for framskriving ble vurdert. KNS utviklet en veileder og en brukerveiledning for framskrivingsmodellen i 2014.

Ved etablering av Sykehusbygg HF ble oppgaven knyttet til forvaltning av modellen overført fra KNS til Sykehusbygg. Sykehusbygg har siden etableringen benyttet modellen i flere framskrivingsprosjekter i alle RHF-ene. Typiske prosjekter har vært framskriving til utviklingsplaner for regionene og for enkelte HF. Ellers er modellen benyttet i enkeltprosjekter i ulike faser av sykehusplanlegging. Sykehusbygg har også etablert et samarbeid med fagmiljøet i Helse Vest som har utviklet en modell for framskriving av bemanning i spesialisthelsetjenesten.

I 2017 deltok Sykehusbygg i en gruppe sammensatt av representanter for RHF-ene, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Helsedirektoratet som hadde som formål å samordne framskrivingene. Arbeidet ble ledet av Helse Sør-Øst og endte opp i en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (HoD) «Samordning av framskrivinger» som konkluderte med noen punkter for hvordan videreutvikling av framskrivingsmodellens endringsfaktorer kan videreføres. Dette arbeidet videreføres og ledes av Helse Sør-Øst RHF.

I «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter» er det presisert at det skal gjennomføres før- og etter evaluering av et byggeprosjekt, og treffsikkerheten til framskriving og dimensjonering vil falle inn under dette slik at man kan utvikle framskrivingsmodellen på grunnlag av systematisert kunnskap fra prosjektene.

### Demografisk framskriving – trinn 1

Trinn 1 tar utgangspunkt i pasientdata fra alle helseforetakene og private leverandører av spesialisthelsetjenester registrert i Norsk Pasientregister (NPR). Sykehusbygg har konsesjon for behandling av pasientdata til analyse- og framskrivingsformål. Pasientdata kobles direkte til data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om befolkningsutvikling, og danner grunnlag for framskriving og beregning av framtidige kapasiteter. Resultatet blir en ren demografisk framskriving.

Det betyr at pasientdata framskrives i tråd med både befolkningssammensetning i befolkningen i de bostedskommunene pasientene kommer fra, og hvordan kjønns- og alderssammensetningen endres over tid. SSB har i tillegg fire faktorer som kan påvirke befolkningssammensetningen:

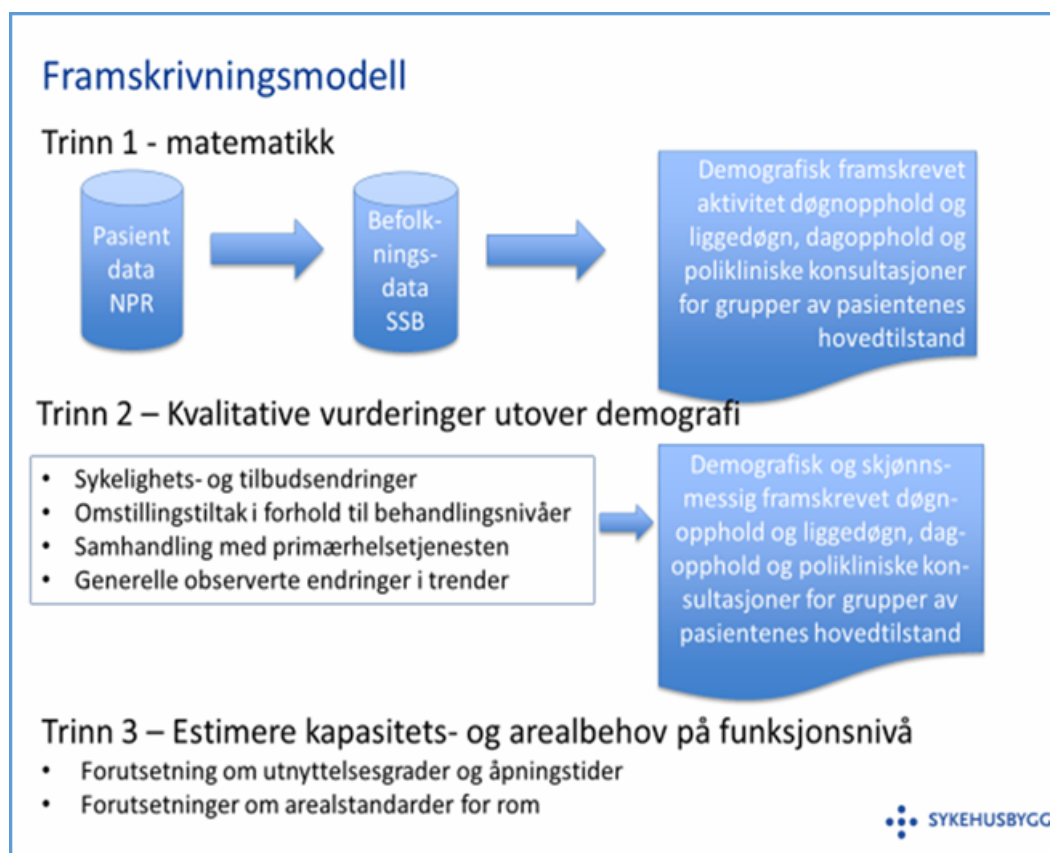
- Fruktbarhet
- Levealder
- Innenlandsk flytting
- Innvandring

---

<sup>1</sup> Nasjonal helseplan 2007-2010, St.prp. nr. 1 (2006-2007), kapittel 6.

## 2. Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov

Prinsippene i framskrivingsmodellen kan beskrives som en tretrinnsprosess illustrert i figur 1.



**Figur 1** Skisse over prinsippene i Sykehusbyggs modell for framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning

I modellen benyttes hovedalternativet for befolkningsframskrivningene fra SSB, dvs. det såkalte MMMM-alternativet, som har middels vekst innen alle de fire faktorene i framskrivningen.

Aktiviteten som framskrives er i modellen inndelt i diagnosegrupper (ICD10 koder<sup>2</sup>), avhengig av hvilken hovedtilstand pasientene mottar behandling for. For somatisk sektor grupperes aktiviteten i 34 diagnosegrupper hvorav 3 er rene tjenestegrupper (dialyse, kjemo- og stråleterapi).

Episodene grupperes i behandlingsnivåer i tråd med grupperingen som NPR benytter.

For somatisk sektor betyr dette følgende:

- Døgnoophold er alle opphold med minst 1 overnatting. Alle opphold som passerer datoskillet får beregnet 1 dags liggetid
- Dagopphold begrenses til dagkirurgi (alle opphold i kirurgisk DRG som er inn og ut samme dag) og rutinemessig dialyse (alle opphold i DRG 3170)

<sup>2</sup> ICD10 står for «International classification of diseases and related health problems, 10th edition» og er et kodeverk som benyttes av spesialisthelsetjenesten for å registrere hoved- og bidiagnoser i journaler og pasientdata.

- Polikliniske konsultasjoner er resterende episoder når dagopphold og døgnopphold er tatt ut. Den største gruppen her er alle konsultasjoner i 900-DRG-ene som er de vanlige polikliniske konsultasjonene. I tillegg kommer det noen dagmedisinske opphold utover dialyse. Dette er for eksempel alle de polikliniske endoskopiene (700-DRG-ene) og dagopphold i 800-DRG-ene som er en gruppe pasienter som får utført småkirurgiske prosedyrer og andre medisinske prosedyrer. Konsultasjoner knyttet til kjemo- og stråleterapi havner i denne gruppen DRG-er og defineres derfor som poliklinikk. I framskrivningen synliggjør vi imidlertid disse som separate aktiviteter slik at de også inngår i grunnlaget for beregning av dagplasser

Innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det en enklere inndeling. Aktiviteten grupperes på følgende måte:

- Døgnopphold
- Dagopphold
- Polikliniske konsultasjoner

Tidsperspektivet for framskrivningene med utgangspunkt i data fra 2017 er 2035. Det benyttes 1-årig alder og separering av kjønn både i aktivitetsdata fra de overnevnte sykehus og i befolkningsdata. På denne måten blir framskrivningstallene i trinn 1 et speilbilde av dagens aktivitetssammensetning i HF-ene og HF-enes bidrag til forbruksnivået i bostedsområdene de henter pasienter fra. Forbruksratene for hver alder framskrives som i dag, men når alderssammensetningen endres framover i tid endres også det gjennomsnittlige forbruket for pasientene da det er ulike forbruksrater avhengig av alder.

Generelt sett er det slik at framover i tid blir andelen eldre personer stadig større samtidig som befolkningen også vokser. Den demografiske framskrivningen sier derfor noe om hvordan forbruksnivået som var i 2017 endres framover i tid i tråd med forventet endring i alderssammensetning og volum på befolkningen.

## Kvalitative endringsfaktorer for framskrivning – trinn 2

Framskrivningsmodellen inneholder et sett av standard kvalitative faktorer for endringer i framtidig aktivitet utover demografisk framskrivning. I de fleste prosjektene som er gjennomført, er det en framskrivning av aktiviteten med disse standardfaktorene først. Deretter gjøres det en vurdering av framskrivningen i forhold til lokale forhold og potensialer og ambisjoner i forhold til framtidig utvikling av tilbudet.

### Standardfaktorene i framskrivningsmodellen

I trinn 2 tas det utgangspunkt i demografisk framskrevet aktivitet fra trinn 1. Framtidig nivå på pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten er ikke bare bestemt av hvordan befolkningsvolum og kjønns- og alderssammensetning endres. Framtidig forbruk er avhengig av hvordan sykkeligheten i befolkningen utvikles og hvordan spesialisthelsetjenestetilbudet utvikles både teknologisk og organisasjonsmessig. Videre vil samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten endres. I tillegg vil også i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten og/eller pårørende endres, som en følge av blant annet teknologiske nyvinninger. Det er utarbeidet et sett av endringsfaktorer i framskrivningsmodellen som skal ta hensyn til endringer utover den rene demografiske framskrivningen. Disse faktorene har fått betegnelsen standardfaktorene i modellen og betegnes ofte som de kvalitative faktorene i modellen (vedlegg 1 viser detaljert hvordan faktorene er sammensatt).

Det er de samme prinsippene som gjelder i trinn 2 for både somatikk, PHV og TSB. Det er imidlertid relativt stor forskjell i hvordan disse endringsfaktorene er sammensatt. I somatisk sektor er det mer detaljerte endringsfaktorer enn det som gjelder for PHV og TSB i trinn 2. Disse faktorene ble fastsatt i

en tidlig fase av utviklingen av modellen med vurderinger som ble gjort av fagfolk i et utviklingsprosjekt i regi av SINTEF, bestilt av Helseledningsdirektoratets kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Faktorene ble gjennomgått på nytt i et stort framskrivningsprosjekt i Helse Sør-Øst basert på pasientdata fra driftsåret 2012<sup>3</sup>. Faktorene er også justert noe og kvalitetsvurdert i forbindelse med flere framskrivningsprosjekter som er utført de senere årene.

For somatisk sektor er følgende endringsfaktorer utover demografi lagt inn i modellen:

- Døgnopphold og liggedøgn
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune og hjem
  - Bruk av pasienthotell
  - Overføring av døgnopphold og liggedøgn til dagbehandling og poliklinikk
  - Bruk av observasjonsenheter
  - Intern effektivisering
- Dagopphold og poliklinikk
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune og hjem
  - For dagopphold og konsultasjoner kommer overførte fra døgn
  - For poliklinikk er lagt inn en generell årlig vekst på 1 %

Epidemiologi og tilbudsfaktoren er plussfaktorer som i praksis betyr at forbruksratene øker framover i tid ut over effekten av befolkningssammensetning. Dette gjelder et utvalg av ICD10-gruppene, og kreftsykdommer er en av gruppene som får størst vekst. For døgnopphold og liggedøgn er de øvrige faktorene minusfaktorer og størrelsen på disse faktorene er forskjellig mellom ICD10-gruppene. Det er laget en generell vekstfaktor for poliklinikk da det antas at faktoren epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet underestimerer den reelle faktoren noe. Grunnen til dette er at data viser at trenden de senere årene har vært at polikliniske konsultasjoner øker mer enn befolkningsveksten skulle tilsi.

For PHV og TSB er faktorene like for alle ICD10-gruppene slik at for disse sektorene er det den demografiske framskrivningen som gir prosentvise forskjeller i framskrevet aktivitet mellom gruppene. Følgende endringsfaktorer utover demografisk vekst gjelder for PHV og TSB:

- Døgnopphold og oppholdsdøgn
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune
  - Reduksjon i oppholdstider
- Dagopphold og poliklinikk
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune

Endringsfaktorene utover demografisk utvikling er færre og mindre spesifikke i PHV og TSB enn i somatisk sektor. Faktoren epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet innebærer en relativt kraftig vekst for dagbehandling og poliklinikk i forhold til tilsvarende for somatisk sektor.

### Beregning av kapasitet og areal – trinn 3

I trinn tre foretas en beregning av framtidig kapasitetsbehov basert på den framskrevne aktiviteten i trinn 2. Framtidig kapasitetsbehov er relativt følsomt for hvilke utnyttingsgrader man legger inn i

---

<sup>3</sup> Se SINTEF-rapport «Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF».

beregningen. Dersom det ikke er spesielle ønsker og ambisjoner om dette i prosjektene benyttes middels utnyttingsgrad i beregningene. Disse er som følger:

I beregning av sengekapasiteter benyttes følgende beleggsprosent:

- Somatisk sektor
  - 85 prosent belegg i normalsenger
  - 75 prosent belegg i observasjonssenger
  - 75 prosent belegg i pasienthotell
- PHV og TSB
  - 85 prosent belegg PHV voksne
  - 75 prosent belegg PHV barn og unge
  - 80 prosent belegg TSB

I dagbehandling og kirurgisk virksomhet benyttes følgende utnyttingsgrader:

- Somatisk sektor
  - 8 timer brukstid per dag
  - 230 dager i året
  - 313 dager i året for dialyse (stengt hver søndag)
- PHV og TSB
  - 6 timer brukstid per dag
  - 230 dager i året

Når kapasitetene er beregnet fastsettes arealer gjennom arealstandarder for ulike funksjonsrom.

### 3. Avslutning

I de ulike prosjektene vil det alltid være behov for å gjøre lokale tilpasninger og endre standardfaktorenes effekt på framtidig aktivitet ut fra lokale forhold, forbruksmønster og oppgavefordeling. Etter hvert som prosjekter gjennomføres og evalueres vil man få et stadig bedre erfaringsgrunnlag for å utvikle modellen videre og eventuelt justere eller lage nye endringsfaktorer. Arbeidet med videreutvikling av framskrivninger videreføres med koordineringsansvar lagt til Helse Sør-Øst RHF. Framskrivinger er en viktig del i alt planarbeid og må gjøres på best mulig vis.

*Dersom det er behov for ytterligere informasjon om denne typen arbeid kan følgende personer kontaktes:*

*Marte Lauvsnes, med email: [Marte.Lauvsnes@sykehusbygg.no](mailto:Marte.Lauvsnes@sykehusbygg.no) eller*

*Kjell Solstad, med email: [Kjell.Solstad@sykehusbygg.no](mailto:Kjell.Solstad@sykehusbygg.no)*

## Vedlegg 1

De blå feltene i tabellene nedenfor markerer hvilke ICD10-grupper som har verdi ulik null for hver faktor. Lengden på de blå feltene markerer størrelsen på faktorverdien (årlige prosentvise endringer)

### Standardfaktorer i somatisk sektor – årlige prosentvise endringer

#### Døgnbehandling

Diagnosegruppe	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Sam-handling kommuner %	Sam-handling kommuner %	Overføring pasienthotell %	Overføring pasienthotell %	Overføring til dag/polikl %	Overføring til observasjonsenhet %	Intern effektivisering %
	Døgn-opphold	Liggedager	Døgn-opphold	Liggedager	Døgn-opphold	Liggedager	Døgn-opphold	Døgn-opphold	Liggedager
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %
2 C00-C99 Ondartede svulster	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %	0,6 %	0,4 %
7 G00-G99 eksklusivt G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebenskne (processus mastoideus)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %
10 I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,4 %
12 Rest 1 Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,4 %
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
14 J00-J39 Sykdommer i åndrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
17 M00-M14 Infeksjøs og inflammatoriske ledds sykdommer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,4 %
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %	2,8 %	0,0 %	0,8 %
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	2,8 %	0,0 %	0,8 %
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet s	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	1,4 %	0,4 %
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
28 T40-T65 Intox	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,4 %
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
30 Z50 Rehabilitering	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
31 Rest 2 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %
32 Z51.1,Z51.2 Kjemoterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
33 Stråleterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
34 Dialyse dagbehandling	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Mangler kode	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

#### Fra døgnopphold til dagopphold og poliklinikk

For overføring av døgnopphold til dagkirurgi tas det utgangspunkt i døgnopphold i kirurgisk DRG og den grønne kolonnen viser hvor mange prosent av døgnoppholdene som overførtes årlig i hver diagnosegruppe. Tilsvarende tas det utgangspunkt i ikke-kirurgisk DRG for overføring av døgnopphold til poliklinikk. Effekten på framtidige liggedøgn blir at for hvert opphold som overføres til dagkirurgi eller poliklinikk unngås 2,5 liggedøgn i framtida. Samtidig antas det at halvparten av de som overføres har behov for et døgn i pasienthotell

#### Bruk av observasjonsenhet

Den gule kolonnen viser hvor mange opphold som kan overføres til en observasjonsenhet. For hvert opphold antas det at det unngås 2 liggedøgn som ellers hadde blitt alternativet dersom observasjonsenhet ikke hadde blitt benyttet. Samtidig antas det at pasientene kan ligge inntil ett døgn i observasjonsenhet slik at nettoeffekten blir ett unngått liggedøgn i framtida.

## Dagopphold og poliklinikk

Diagnosegruppe	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Sam-handling kommuner %	Sam-handling kommuner %	Generell poliklinikk vekst
	Dagopphold	Polikli. kons.	Dagopphold	Polikli. kons.	
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %
2 C00-C99 Ondartede svulster	0,8 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,0 %
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %
10 I60-I69 og G459 Hjernekarssykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,0 %
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,0 %
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet s	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %
28 T40-T65 Intox	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	1,0 %
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,0 %
30 Z50 Rehabilitering	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,0 %
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
33 Stråleterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
34 Dialyse dagbehandling	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Mangler kode	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Dagopphold er definert som dagkirurgi og dialyse. All annen medisinsk dagbehandling slik som kjemoterapi og strålebehandling, er definert som poliklinikk. Dette er den definisjonen Norsk pasientregister (NPR) benytter, med unntak av at NPR også definerer dialyse som poliklinikk. Som oversikten over viser er det ingen samhandling med kommune for dagopphold da det antas at kommunene ikke etablerer dagkirurgi i nærmeste framtid.



## Standardfaktorer i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – årlige prosentvise endringer

Det er felles standardfaktorer for PHV (voksne og barn og unge) og TSB. Det er noe færre faktorer her enn i somatisk sektor og det er ikke forskjell på verdi mellom ICD10-gruppene. Dette betyr at det er den demografiske framskrivningen som gir prosentvise forskjeller i årlig vekst mellom ICD10-gruppene.

### Døgnbehandling

Pasientgrupper etter hovedtilstand (ICD10-koder)	Pst-endering i tilbud og forventn	Pst-endering i tilbud og forventn	Pst-endering i samhandling kommune	Pst-endering i samhandling kommune	Pst-endr i reduksjon oppholdstider	Pst-endr i reduksjon oppholdstider
	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psyk	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser s	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og p	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelate	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
8 F43.1 PTSD	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiolo	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser h	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
15 Z-koder	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
16 Andre ICD-10 tilstander	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %

### Dagbehandling og poliklinikk

Pasientgrupper etter hovedtilstand (ICD10-koder)	Pst-endering i tilbud og forventn	Pst-endering i samhandling kommune
	Dagopph/ Konsultasj	Dagopph/ Konsultasj
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psyk	1,7 %	0,3 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser s	1,7 %	0,3 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og p	1,7 %	0,3 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	1,7 %	0,3 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	1,7 %	0,3 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	1,7 %	0,3 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelate	1,7 %	0,3 %
8 F43.1 PTSD	1,7 %	0,3 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiolo	1,7 %	0,3 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser h	1,7 %	0,3 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige	1,7 %	0,3 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	1,7 %	0,3 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	1,7 %	0,3 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	1,7 %	0,3 %
15 Z-koder	1,7 %	0,3 %
16 Andre ICD-10 tilstander	1,7 %	0,3 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	1,7 %	0,3 %