

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	16. juni 2016

### SAK NR 052-2016

### KAPASITETSUTFORDRINGER OSLO OG AKERSHUS SYKEHUSOMRÅDER

***Forslag til vedtak:***

1. Styret konstaterer at det er behov for avlastning av Akershus universitetssykehus HF for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å møte framtidig befolkningsvekst.
2. Styret har tidligere vedtatt at spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune skal overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF. Etter overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune vil neste avlastning av Akershus universitetssykehus HF være overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet innen somatikk for befolkningen i bydel Alna til Oslo sykehusområde.
3. I det videre arbeidet med å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder presiserer styret følgende:
  - a. Akershus universitetssykehus HF må fortsette sitt systematiske arbeid med optimalisering av driften.
  - b. Endelig tidspunkt for overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Alna til Oslo sykehusområde besluttes av administrerende direktør, herunder tilordning mellom bydeler og helseforetak/sykehus i Oslo sykehusområde.
  - c. I et fremtidig mål bilde inngår bydel Alna sammen med bydelene Grorud og Stovner i opptaksområdet til et nytt lokalsykehus på Aker.
  - d. Inntil overføringen av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Alna til Oslo sykehusområde, videreføres nåværende tre-partsavtale mellom Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus som sikrer avlastning av Akershus universitetssykehus HF.
  - e. Samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige rolle i ivaretagelsen av sørge-for-ansvaret og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde.

4. Som del av regional utviklingsplan skal det utarbeides en helhetlig plan for opptaksområdene for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for Oslos bydeler.
5. Det arbeides videre med oppgavefordeling i tråd med anbefalingene i sak 082-2015 *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus*. Iverksetting av aktuelle løsningsforslag besluttet av administrerende direktør i samråd med berørte helseforetak/sykehus og Oslo kommune.

Hamar, 8. juni 2016

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Oslo og Akershus sykehusområder står overfor betydelige kapasitetsutfordringer som følge av sterk befolkningsvekst i årene fremover. Helse Sør-Øst RHF arbeider kontinuerlig med tiltak for å sikre at kapasiteten i regionen er tilpasset behovene og i løpet av 2013–2014 er det gjennomført tre utredninger av framtidig aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov. I de aktuelle styresakene, sak 094-2013 *Kapasitetsutvidelser og koordineringstiltak i hovedstadsområdet – premisser for videre utredning og kapasitetsanalyse*, sak 042-2014 *Aktivitets- og kapasitetsbehov i Helse Sør-Øst – foreløpige vurderinger for hovedstadsområdet basert på delleveranse fra Sintef* og sak 090-2014 *Analyse av aktivitets- og kapasitetsbehov 2030 – Helse Sør-Øst – grunnlag for videre utvikling og planlegging*, er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder kan møtes ved; optimalisering av drift ved helseforetakene/sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus og gjennom arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

Denne saken er en oppfølging av vedtak i styresak 090-2014 *Analyse av aktivitets- og kapasitetsbehov 2030 – Helse Sør-Øst – grunnlag for videre utvikling og planlegging* og styresak 082-2015 *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus*.

## 2. Videre oppfølging av kapasitetssituasjonen

### 2.1 Bakgrunn

I styresak 090-2014 fattet styret i Helse Sør-Øst RHF følgende vedtak:

1. *Styret tar redegjørelsen om SINTEFs analyse av fremtidig kapasitetsbehov til orientering.*
2. *Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger legges til grunn for videre arbeid med helseforetaksgruppens utviklingsplaner, med følgende presiseringer:*
  - a. *Ved planlegging og godkjenning av utbyggingsprosjekter beholdes høy utnyttelsesgrad som grunnforutsetning.*
  - b. *Aktiv samhandling med kommunale tjenester skal være en viktig forutsetning for helseforetakenes og sykehusenes arbeid med «pasientens helsetjeneste». Styret legger til grunn at potensialet i samhandlingsreformen realiseres.*
  - c. *Det gjennomføres en mulighetsstudie for etablering av diagnostiske sentre i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015.*
  - d. *Det gjøres en samlet vurdering av forslagene i rapportene om videreutvikling og styrking av intensivkapasiteten i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2015.*
  - e. *Helseforetakene må på grunnlag av de store ulikhetene i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og TSB vurdere samlet ressursinnsats, struktur og innhold som grunnlag for den videre utvikling av tjenestetilbudet.*
3. *Arbeidet for å sikre tilstrekkelig kapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder videreføres. Plan for tiltak og gjennomføring fremmes som egen sak for styret. Styret legger til grunn at en utnytter potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.*
4. *Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF. Det legges til grunn at overføring skjer fra 1. januar 2017, men endelig vurdering gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold HF i 2015–16.*

Som en oppfølging av dette vedtaket ble det høsten 2014 etablert et prosjekt med representasjon fra Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus samt Oslo kommune for å vurdere hvordan behovet for spesialisthelsetjenester best kan løses både på kort (–2018), mellomlang (–2025) og lang sikt (–2030) i sykehusområdene Oslo og Akershus.

Mandatet for prosjekt «*Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområdene*» var å fremme forslag om en tydelig retning for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de to sykehusområdene.

I styresak 082-2015 *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus* ble prosjektrapporten fra arbeidet presentert for styret. Hovedfokuset i rapporten var eksisterende kapasitetsutfordringer ved Akershus universitetssykehus HF og helseforetakets behov for avlastning. Rapporten presenterte to foretrukne løsningsalternativer ved endring av opptaksområder for lokalsykehusfunksjon for å avlaste Akershus universitetssykehus HF:

1. Flytting av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus
2. Flytting av lokalsykehusansvar for enkeltkommuner i Folloregionen til Diakonhjemmet Sykehus

I tillegg hadde flere faggrupper vurdert hvordan bedre pasientbehandling, gjennom gode og funksjonelle pasientforløp og bedre utnyttelse av de private ideelle sykehusene i Oslo sykehusområde, kunne oppnås ved endret oppgavedeling. I styresaken ble det anbefalt å arbeide videre med følgende fagområder:

Somatikk:

1. *Dialyse*: etablering av et dialysetilbud ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus på mellomlang sikt for avklarte pasienter fra egne opptaksområder
2. *Medikamentell onkologi og kontroll etter onkologisk behandling*: etablering av et samlet tilbud for medikamentell onkologi og palliativ behandling ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus til pasienter i egne opptaksområder
3. *Primære «ortopediske» infeksjoner*: oppbygging av tilbud ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra eget opptaksområde, som i dag får tilbudet dekket ved Oslo universitetssykehus HF
4. *Eldre med brudd*: en intensjon om opprettelse av et senter for «eldre med brudd» lagt til Diakonhjemmet Sykehus for Oslo sykehusområde. Traumefunksjonen for pasientgruppen er i dag ved Oslo universitetssykehus HF og forutsettes videreført der
5. *Urologi*: utredning av en modell for poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på Diakonhjemmet Sykehus (uten etablering av nye vaktordninger)
6. *Nevrologi og slag*: etablering av et forløp med «en-dør-inn» til Oslo universitetssykehus HF for primærbehandling og deretter overføring til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra egne opptaksområder

Psykisk helsevern:

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

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet følgende vedtak i styresak 082-2015:

1. *Styret tar rapport fra kapasitetsprosjektet for sykehusområdene Oslo og Akershus til orientering.*
2. *Styret tar til etterretning at prosjektrapporten sendes på høring med tre måneders høringsfrist.*
3. *Basert på prosjektrapporten og innspill fra høringsrunden, ber styret administrerende direktør komme tilbake til styret med forslag til tiltak for å møte kapasitetsbehovene i sykehusområdene Oslo og Akershus.*
4. *Styret støtter at arbeidet med å tilrettelegge for endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområder videreføres.*

## **2.2 Prosess**

For oppfølging av styresak 082-2015 ble det etablert en arbeidsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Gruppen har bestått av representanter fra ledelsen ved de berørte helseforetakene/sykehusene og representanter fra Oslo kommune og kommunene i Folloregionen. I denne delen av arbeidet har fokus vært på risikovurdering og økonomiske konsekvenser samt konkrete tiltak på kort/mellomlang sikt.

For å drøfte innspillene som er gitt i høringen er det også gjennomført et møte i den tidligere styringsgruppen for kapasitetsprosjektet. Det er også gjennomført et informasjonsmøte med brukere og tillitsvalgte fra de berørte helseforetakene/sykehusene.

## **2.3 Kapasitetssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF**

I denne saken og tidligere saker behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF om kapasitet, er behovet for senger benyttet som en markør på framtidig kapasitetsutfordringer. Kapasitetsbehovet omfatter og er også utredet for blant annet diagnostisk kapasitet, poliklinisk kapasitet og dagbehandling.

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

SINTEFs arbeid (styresak 090-2014) viser et høyere avlastningsbehov enn de senere beregningene foretatt i regi av Helse Sør-Øst RHF. I *Tabell 1* nedenfor estimeres somatisk sengekapasitet og sengebehov ved Akershus universitetssykehus HF fram til 2030 (jf. styresak 082-2015).

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

*\*Framskrevet aktivitetsdata korrigert for effekter av endringsfaktorer og teknologisk utvikling, omtales som omstilt aktivitet*

*Tabell 1: Somatisk sengekapasitet og sengebehov ved Akershus universitetssykehus HF fra 2014 til 2030. Kilde: Prosjektrapport «Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder»*

Det er flere årsaker til at de senere foretatte beregninger er lavere enn SINTEF-framskrivningen. Akershus universitetssykehus HF har potensial til å kunne foreta endringer og mindre investeringer som kan frigjøre/etablere ytterligere 40 somatiske senger i løpet av 2015–2017. Videre er det i 2018-tallene forutsatt at Sykehuset Østfold HF overtar ansvaret for spesialisthelsetjenester til befolkningen i Vestby kommune. Pasienter fra Vestby kommune benytter i dag om lag 20 somatiske senger ved Akershus universitetssykehus HF. Dette er nærmere omtalt i kapittel 2.4.

Endelig benytter SINTEF-rapporten basis utnyttelsesgrad ved estimering av sengebehov ved Akershus universitetssykehus HF. Akershus universitetssykehus HF er et nytt bygg og bygget på en forutsetning om høy utnyttelsesgrad. Følgelig er høy utnyttelsesgrad lagt til grunn i beregningene ovenfor.

De nevnte forhold gjør at avlastningsbehovet reduseres noe fram mot 2018, men likevel står sykehuset igjen med et avlastningsbehov på ca. 140 senger i 2030. Det presiseres også at usikkerheten i tallmaterialet blir større desto lenger man går fram i tid.

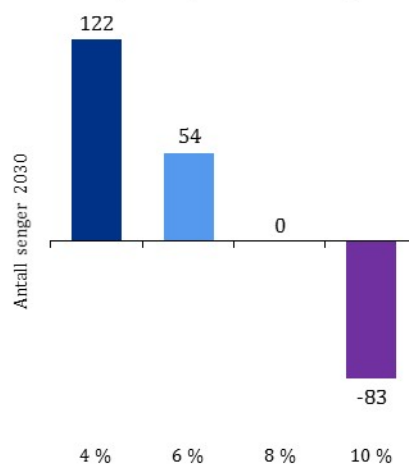
Sengekapasiteten i Tabell 1 inkluderer ikke effekten av avlastningsavtalen Akershus universitetssykehus HF har med Diakonhjemmet Sykehus. Fra februar 2014 har Akershus universitetssykehus HF fått avlastning for sin kapasitetsutfordring av Diakonhjemmet Sykehus. Tre-partsavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus innebærer at Diakonhjemmet Sykehus ivaretar ca. 10 somatiske øyeblikkelig hjelp-pasienter per døgn fra bydelene Alna, Grorud og Stovner. Dette betyr at i overkant av 30 senger ved Diakonhjemmet Sykehus til enhver tid er belagt med pasienter fra disse bydelene.

Det er gjennomført sensitivitetsanalyser i den hensikt å vurdere usikkerheten i de forutsetninger som er lagt til grunn for aktivitetsframskrivingene. Sensitivitetsanalysene er gjort knyttet til forutsetninger om oppgaveoverføring til primærhelsetjenesten, effekt av ny teknologi og fremtidige etterspørsel, utnyttelsesgrad ved Akershus universitetssykehus HF og befolkningsframskriving. Sensitivitetsanalysene drar i sum i retning av at sengebehovet, og dermed avlastningsbehovet, kan være større enn det estimatene tilsier. *Figur 1* viser sensitivitetsanalyser relatert til de forutsetninger som SINTEF har lagt til grunn for oppgaveoverføring til primærhelsetjenesten og *Tabell 2* viser sensitivitetsanalyser knyttet til befolkningsframskriving. Endringer i disse to forutsetningene gir størst utslag for somatisk sengebehov.

I henhold til SINTEF skal i snitt 7,6 % av liggedagene overføres til primærhelsetjenesten. En slik forutsetning vurderes til å være ambisiøs. *Figur 1* viser 2030-effekten på somatisk sengebehov for de fire hovedstadssykehusene samlet av at denne andelen hadde vært hhv. 4, 6 og 10 % i stedet for 7,6 %.

I SINTEF-framskrivingen er SSB MMMM-alternativ for befolkningsframskriving lagt til grunn. *Tabell 2* viser effekten på somatisk sengebehov for de fire hovedstadssykehusene samlet av å benytte SSB MMMH eller Oslo og Akershus middel-/ hovedalternativ som modell for befolkningsframskriving.

**Omstilling mot primærhelsetjenesten**



*Figur 1: Differanse i somatisk sengebehov i 2030 for de fire hovedstadssykehusene ved bruk av andre satser for omstilling til primærhelsetjenesten. Kilder: SINTEF for omstillingssatser og sengebehov med 7,6 %. Deloitte for estimering av differanse ved bruk av andre satser for omstilling*

**Differanse i sengebehov ved bruk av andre framskrivinger enn SSB MMMM-alternativet**

HF	Alternativ	2014	2018	2020	2025	2030
Alle	MMMM	2 480	2 557	2 575	2 635	2 779
Alle	<b>Differanse MMMH</b>	-	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>45</b>	<b>77</b>
Alle	<b>Differanse O+A (M)</b>	-	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>89</b>

*Tabell 2: Differanse i somatisk sengebehov ved bruk av andre befolkningsframskrivinger enn SSB MMMM for de fire hovedstadssykehusene samlet frem til 2030. Kilder: SSB for MMMM og MMMH-framskrivingene, Oslo kommune og Akershus fylkeskommune for O+A (M) framskrivingen (middel-/ hovedalternativ). Sengebehov med andre befolkningsframskrivinger er estimert av Deloitte.*

Akershus universitetssykehus HF har det siste året arbeidet systematisk og målrettet med tiltak for å optimalisere driften ved sykehuset. Driftsforbedringer i kombinasjon med avlastningsavtalen med Diakonhjemmet Sykehus, en mindre avtale med Kongsvinger sykehus, samt en begrenset utvidelse av sengetallet har resultert i en bedret kapasitetssituasjon. I løpet av det siste året har tiltakene bl.a. resultert i:

- Redusert antall innleggelser
- Reduksjon i gjennomsnittlig liggetid
- Bedre fordeling av pasienter innad i sykehuset

Aktivitetstall fra Akershus universitetssykehus HF viser at i tillegg til reduksjon i pasientbelegg, har helseforetaket hatt en betydelig reduksjon i antall korridorpasienter hittil i 2016 (første kvartal) sammenliknet med 2014 og 2015.

Ytterligere analyser knyttet til utvikling i liggetid i regionen, utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF, underbygger at Akershus universitetssykehus HF vil kunne ha et mindre avlastningsbehov enn det beregningene foretatt av SINTEF forutsetter. SINTEF brukte 2012-aktiviteten som basisår for beregning av fremtidig aktivitetsnivå, og framskrivningen ga vekst i liggedager og sengebehov. *Tabell 3* sammenligner den faktiske aktivitetsutviklingen fra 2012 til 2016 per første tertial, og her framgår det at forbruket av liggedager i regionen har gått ned i disse fire årene. Antall døgnopphold har økt i takt med befolkningsveksten (oppunder 5 %), samtidig som forbruk av liggedager er redusert med 6 %. Nedgangen i liggedager tilsvarer at det somatiske sengebehovet i regionen som helhet er redusert med ca. 400 sykehussenger, mens SINTEF forutsatte økning i denne perioden.

Utviklingen viser samtidig en betydelig vekst i polikliniske konsultasjoner. Denne veksten samsvarer med en ønsket dreining fra døgn- til dag- og polikliniske tjenester, som er godt faglig begrunnet, både ut fra medisinske, pleie- og rehabiliteringsmessige forhold. For dag- og polikliniske tjenester er åpningstider den avgjørende faktoren for kapasitetsutnyttelse. Tidligere i kapasitetsprosjektet har en lagt til grunn at alle helseforetakene/sykehusene planlegger for denne veksten, og utviklingen nødvendiggjør at nye sykehusbygg tilrettelegges godt for økt poliklinisk kapasitet.

Kategori	Antall i 1. tertial		Endring 2012-2016	
	2012	2016	N	%
Innbyggere pr. 0101	2 785 259	2 920 730	+ 135 474	+ 4,9
Døgnopphold*	160 522	168 184	+ 7 662	+ 4,8
Liggedager*	686 370	644 172	- 42 198	- 6,1
Polikliniske kons.	880 368	1 017 919	+ 137 551	+ 15,6

*Tabell 3: Reell utvikling i noen sentrale parametere for somatiske sykehusaktivitet i region Helse Sør-Øst, med endringene av disse fra 1. tertial 2012 til 1. tertial 2016.*

*Kilde: Helse Sør-Øst RHF*

Befolkningsgrunnlaget i Akershus sykehusområde utgjør i dag ca. 500 000 innbyggere (1.1.2016). Dette er det største opptaksområdet for akutt- og lokalsykehusfunksjoner i Norge. Det anbefales på medisinsk grunnlag at opptaksområdet ikke bør bli større enn dette. På denne bakgrunn er det i arbeidet med å sikre at Akershus universitetssykehus HF har tilstrekkelig kapasitet, lagt til grunn at opptaksområdet bør beholdes på samme nivå som i dag. Overføring av Vestby kommune vil medføre en reduksjon i opptaksområde på ca. 16 700 innbyggere (1.1.2016). Gitt overføring av Vestby kommune, vil Akershus sykehusområde i 2030 utgjøre omtrent 580 000 innbyggere. Det vil derfor være behov for ytterligere avlastning av Akershus universitetssykehus HF.

Analyser av befolkningsutvikling og kapasitetsbehov for spesialisthelsetjenester tyder på at behovet for ytterligere avlastning vil inntreffe i 2020. Akershus sykehusområde estimeres til å bestå av omtrent 514 000 innbyggere per 1.1.2020 (SSB MMMM-framskriving), forutsatt overføringen av Vestby kommune før dette tidspunkt.



## 2.4 Driftsmessige forutsetninger for overføring av Vestby kommune

I styresak 090-2014 fattet styret i Helse Sør-Øst RHF følgende vedtak (vedtakspunkt 4):

*«Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF. Det legges til grunn at overføring skjer fra 1. januar 2017, men endelig vurdering gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold HF i 2015–16.»*

En forutsetning for denne overføringen var at Sykehuset Østfold HF viste god driftsmessig utvikling i forhold til etablerte rammer og øvrige forutsetninger etter flytting av virksomhet til nytt bygg på Kalnes. Endelig vurdering av gjennomføringstidspunktet skulle skje i forbindelse med behandling av økonomisk langtidsplan 2017–2020.

Helse Sør-Øst RHF har nedsatt en arbeidsgruppe for å gjennomgå de driftsmessige forutsetningene ved Sykehuset Østfold HF for overtakelse av spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune som forutsatt pr. 1. januar 2017. Den samlede vurderingen fra arbeidsgruppen tilsier at overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune fra 1. januar 2017 ikke kan anbefales. Arbeidsgruppen tilrår en ny vurdering rundt årsskiftet 2016/17 når driftsmessig utvikling for høsten 2016 foreligger. Det vises til omtale i styresak 051-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020*.

## 2.5 Kapasitetssituasjonen ved Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus

I styresak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* behandles Oslo universitetssykehus HF's idéfaseprosjekt hvor utvikling av bygningsmassen ved helseforetaket inngår. En av forutsetningene i nevnte styresak er at Oslo universitetssykehus HF planlegger å kunne håndtere aktivitetsveksten i eget opptaksområde. Dette legges også til grunn i denne saken.

SINTEFs aktivitetsframskriving tar utgangspunkt i SSBs MMMM-framskriving fram til 2030. *Tabell 4* viser befolkningsveksten i helseforetakenes/sykehusenes opptaksområder i hhv. 2014 og 2030. Lovisenberg Diakonale Sykehus opptaksområde bestod i 2014 av ca. 137 000 innbyggere, og er estimert til å utgjøre ca. 175 000 innbyggere i 2030. Diakonhjemmet Sykehus opptaksområde bestod i 2014 av ca. 133 000 innbyggere, og er estimert til å utgjøre ca. 156 000 innbyggere i 2030.

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

\* Nes kommune er ekskludert i 2014 og 2030. Vestby kommune er ekskludert i 2030.

*Tabell 4: Befolkningsutvikling i alle opptaksområder 2014 og 2030.*

*Kilde: SSB, MMMM-framskriving*

Tabell 5 viser estimert somatisk døgnsengebehov ved Diakonhjemmet Sykehuset og Lovisenberg Diakonale Sykehus fram til 2030. Diakonhjemmet Sykehus vil kunne ha tilstrekkelig sengekapasitet i hele perioden, også uten utvidelser i sengekapasitet. Deler av den ledige kapasiteten ved Diakonhjemmet Sykehus benyttes til den tidligere nevnte avlastningsavtalen med Akershus universitetssykehus HF. Lovisenberg Diakonale Sykehus er estimert til å få underkapasitet på noen få senger i 2030.

Begge sykehusene har mulighet for å utvide kapasiteten. Lovisenberg Diakonale Sykehus har igangsatt byggarbeider som vil kunne muliggjøre etablering av sengekapasitet utover behovet i eget opptaksområde forutsatt eksisterende fag- og funksjonsfordeling.

Somatisk sengebehov sett opp mot sengekapasitet ved DS og LDS 2014–2030					
Sykehus	2014	2018	2020	2025	2030
<b>Diakonhjemmet</b>					
Sengekapasitet	206	218	218	218	218
Omstilt sengebehov		141	141	145	158
<b>Differanse</b>		<b>77</b>	<b>77</b>	<b>73</b>	<b>60</b>
<b>Lovisenberg</b>					
Sengekapasitet	155	155	155	155	155
Omstilt sengebehov		141	142	147	159
<b>Differanse</b>		<b>14</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>-4</b>

Tabell 25: Somatisk sengebehov sett opp mot sengekapasitet for perioden 2018–2030 for Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Kilde: SINTEF-rapport A26321 for behov i 2030, Deloitte's beregning omstilt sengebehov for mellomliggende år samt evt. korrigeringer. Kapasitet 2014-2030 oppdatert av sykehusene.

## 2.6 Endringer i oppgavefordeling

I styresak 082-2015 *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus* ble rapporten fra kapasitetsprosjektet presentert for styret. Helse Sør-Øst RHF innstilte på å arbeide videre med syv løsningsforslag knyttet til endringer i oppgavefordeling. Som en oppfølging av styresak 082-2015 er det nedsatt faggrupper med representasjon fra berørte helseforetak/sykehus som skal arbeide videre med tidligere nevnte løsningsforslag for endring av oppgavefordeling.

Leveranse for faggruppene *Medikamentell onkologi og kontroll etter onkologisk behandling* og *Primære ortopediske infeksjoner* er planlagt å foreligge i løpet av sommeren 2016.

For *Medikamentell onkologi og kontroll etter onkologisk behandling* er opprettelse av et tilbud ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra deres respektive opptaksområder utredet. Dette vil i all hovedsak være poliklinisk aktivitet, og endringen i oppgavefordeling medfører en overføring av et betydelig volum til de to sykehusene. Pasientforløpene innenfor de ulike diagnosegruppene vil bli beskrevet slik at oppgavefordeling mellom sykehusene kommer tydelig fram, og at bruk av støttetjenester inkludert MR- og CT-undersøkelser framgår.

Faggruppen *Primære ortopediske infeksjoner* utreder muligheten for oppbygging av et tilbud for primære ortopediske infeksjoner ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra sykehusets opptaksområde.

For de øvrige faggruppene er leveranse planlagt til 20. oktober 2016. Arbeid med løsningsforslaget knyttet til *Nevrologi og slag* utsettes til etter at innstilling fra *Midlertidig fagutvalg hjerneslag* foreligger (planlagt medio 2016).

## **2.7 Oppsummering av høringsuttalelser for prosjektrapport «Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder»**

Høringsbrev vedrørende kapasitetstilpasninger i Oslo og Akershus sykehusområder ble utsendt 8. januar 2016. Fristen for å avgi høringssvar var 8. april 2016. Nedenfor er det trukket ut overordnede punkter hentet fra høringsuttalelsene. For mer utfyllende utdrag av de innkomne høringssvarene henvises det til vedlegg 1 «*Oppsummering av høringssvar*». Alle høringssvarene er tilgjengelige via lenken <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/nyheter/Sider/Horing---kapasitetsprosjektet.aspx>.

Det er avgitt høringssvar fra følgende respondenter: Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune, Follorådet, kommunene Skedsmo, Lørenskog, Nittedal, Rælingen, Sørum og Fet, Oppegård kommune, Ski kommune, Vestby kommune, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Brukerutvalget Helse Sør-Øst, Brukerutvalget Akershus universitetssykehus, FFO Akershus ved HSPU, FFO Oslo, Styret i Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte Oslo og Akershus fylkeslag, ansattes organisasjoner og hovedverneombudet ved Akershus universitetssykehus HF, Den norske legeförening, Fagforbundet Oslo, NITO, Norsk Sykepleierforbund Akershus, Norsk Sykepleierforbund Oslo, Aker Sykehus Venner, Ski Sykehus Venner, Akershus Senterparti, Oslo Senterparti, samt syv enkeltpersoner.

### ***Overordnede punkter fra høringsuttalelsene***

Akershus universitetssykehus HF understreker at helseforetaket ikke lenger har et umiddelbart behov for avlastning innen den voksensomatiske delen av virksomheten.

Oslo universitetssykehus HF støtter at psykisk helse og rus, samt gynekologi, nyfødt og barn blir gjenværende ved Akershus universitetssykehus HF ved en eventuell overføring av opptaksområder.

Diakonhjemmet Sykehus mener det er riktig å flytte bydel Alna til deres opptaksområde, men påpeker at det på sikt vil være naturlig å tenke på Diakonhjemmet Sykehus som lokalsykehus for «region Oslo vest», som også inkluderer bydel Nordre Aker.

Lovisenberg Diakonale Sykehus påpeker at rapporten i begrenset grad tar stilling til de muligheter for utvidelse som er synliggjort fra Lovisenberg Diakonale Sykehus side. Sykehuset peker også på behovet for at avklaring av hvilke eventuelle utvidelser som Helse Sør-Øst RHF ønsker realisert fra Lovisenberg Diakonale Sykehus sin side ikke trekker for mye ut i tid.

Oslo kommune fremhever at nytt Aker lokalsykehus med tilbud til Groruddalsbydeler, og evt. også andre bydeler, må etableres først i videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF. Denne løsningen vil også støtte opp under arbeidet med å etablere en ny Storbylegevakt. Oslo kommune peker samtidig på at Groruddalen og bydelene der bør skånes for nye brudd i samhandlingen. Oslo kommune fremhever også nærhetsprinsippet som innebærer at en bydel som ligger nært et sykehus/helseforetak bør tilhøre dette sykehuset/foretaket både av hensyn til tilgjengelighet for pasienter og pårørende og for at samarbeid og kontakt mellom sykehus og bydel kan foregå smidig og effektivt. Det pekes videre på at opptaksområdet for psykisk helsevern bør følge

opptaksområdet for indremedisin. Oslo kommune mener at en løsning kan være at bydel Nordre Aker overføres til Diakonhjemmet Sykehus og at bydel Alna overføres til Oslo universitetssykehus HF. Samtidig har Oslo kommune forståelse for at det er krevende å finne en optimal løsning på kort sikt. På denne bakgrunn forutsetter Oslo kommune at bydel Alna sammen med øvrige bydeler i Groruddalen på sikt overføres til Aker sykehus dersom Helse Sør-Øst RHF velger å overføre bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus på kort sikt.

Follokommunene har etablert et godt samarbeid med fellesprosjekter og oppbygging av ulike helsetilbud på interkommunalt nivå. Follorådet mener derfor det er viktig for Follokommunene å beholde samme sykehus for alle kommuner, hvor psykisk helsevern/rus og somatisk behandling følger samme opptaksområde. Videre ønsker Follorådet at Helse Sør-Øst RHF går i gang med planlegging av nytt sykehus for Follo og Oslo Syd, for å sikre nok sykehuskapasitet for Follo innbyggere.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus er enig i at Akershus universitetssykehus HF's behov for avlastning innen somatikken bør ha høyest prioritet, og anser det derfor nødvendig å foreta endring av opptaksområder.

Oppegård kommune påpeker viktigheten av at prinsippet om at opptaksområdet for psykisk helsevern skal følge opptaksområdet for indremedisin etterleves.

Ansattes organisasjoner, hovedverneombudet ved Akershus universitetssykehus HF og også enkelte andre høringsinstanser, mener at det bør benyttes 85 % belegg i planlegging av sykehusarealer. Erfaringer fra Akershus universitetssykehus HF siden 2011 viser at 90 % belegg medfører for sårbar sykehusdrift i forhold til risiko for overbelegg.

Flere av høringssvarene mener at anslagene for befolkningsøkning kan være for lave, og at det må tas høyde for dette i det videre arbeidet. Flere av høringssvarene støtter ny oppgavefordeling i Oslo sykehusområde og prinsippene for dette.

Flere av høringsinstansene fra Folloregionen har bemerket at mange av kommunene er inne i en prosess med kommunesammenslåing, og fremhever at dette er et argument mot å endre sykehustilhørighet for noen av Follo-kommunene.

## 2.8 Løsningsalternativer for endring av opptaksområder

I styresak 082-2015 *Rapport fra kapasitetsprosjekt for sykehusområdene Oslo og Akershus* ble styret presentert løsningsalternativer ved endring av opptaksområder. Helse Sør-Øst RHF innstilte på å arbeide videre med to alternativer knyttet til endring av opptaksområder:

- A. Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus
- B. Overføring av lokalsykehusansvar for enkeltkommuner i Folloregionen til Diakonhjemmet Sykehus

Med bakgrunn i høringssvarene beskrives også et alternativ som tidligere er omtalt i rapporten fra kapasitetsprosjektet:

- C. Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF og bydel Nordre Aker til Diakonhjemmet Sykehus

I alle alternativene er det forutsatt at spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune er overført fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF.

Videre legger alle alternativene til grunn overføring til Diakonhjemmet Sykehus, noe som er begrunnet med at Diakonhjemmet Sykehus har tilgjengelig somatisk kapasitet til å kunne håndtere en slik overføring i nær fremtid, uavhengig av om alternativ A, B eller C realiseres. Deler av denne ledige kapasiteten brukes allerede til den tidligere beskrevne avlastningsavtalen med Akershus universitetssykehus HF (overkant av 30 senger). Når det gjelder somatisk poliklinikk og dagplasser har Diakonhjemmet Sykehus kapasitet i dagens bygningsmasse, men det må gjøres noen omrokninger og midlertidige løsninger i påvente av et planlagt modulbygg. Dette hindrer likevel ikke økning i aktivitet på kort sikt. Det planlagte modulbygget kan utnyttes fleksibelt til poliklinikkrom, dagplasser og sengeplasser. Dette bygget kan stå klart til bruk i 2018 (byggeperiode ca. 2 år).

### ***Bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus***

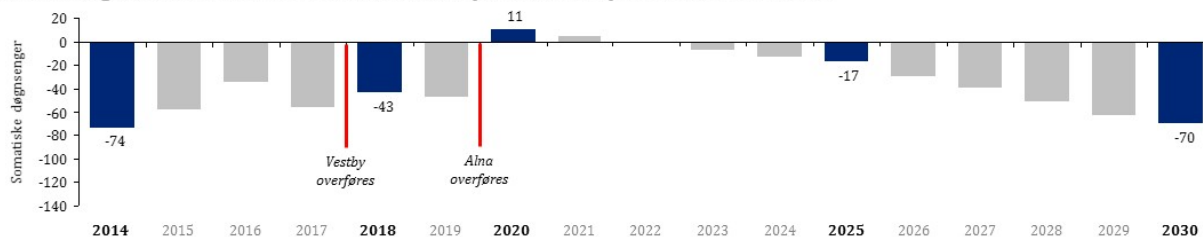
Løsningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus. Alternativet vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine sykehustjenester ved Diakonhjemmet Sykehus innen kirurgi og indremedisin. Diakonhjemmet Sykehus har en egendekning som er lavere enn Akershus universitetssykehus HF. Dette fører til at innbyggerne vil få en større andel av sine tjenester ved Oslo universitetssykehus HF. Det er allerede i dag betydelig aktivitet for bydelens innbyggere ved Oslo universitetssykehus HF.

Alternativet omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn, som er funksjoner som ikke overføres fra Akershus universitetssykehus HF.

Bydel Alna er i 2020 estimert til å utgjøre ca. 52 000 innbyggere. En overføring av bydelen vil gi Diakonhjemmet Sykehus et opptaksområde på rundt 195 000 innbyggere i 2020, og Akershus universitetssykehus HF et opptaksområde på ca. 462 000 innbyggere. Gitt overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus i 2020, vil Akershus universitetssykehus HF avlastes med ca. 62 somatiske døgnenger. Egendekningsanalyser viser at 47 av de 62 somatiske sengene kan ivaretas av Diakonhjemmet Sykehus, mens de resterende ca. 15 somatiske sengene vil måtte ivaretas av Oslo universitetssykehus HF. Årsaken til at noe av avlastningen tilfaller Oslo universitetssykehus HF skyldes at Akershus universitetssykehus HF har funksjoner som i dag ikke finnes ved Diakonhjemmet Sykehus, og som dermed vil måtte ivaretas av Oslo universitetssykehus HF. Poliklinisk aktivitet og dagbehandling for pasienter fra bydel Alna utgjorde 10 rom/plasser ved Akershus universitetssykehus HF i 2014. Med utgangspunkt i egendekningsgraden til Diakonhjemmet Sykehus innen poliklinikk og dagbehandling vil denne aktiviteten bli fordelt med 4 plasser til Diakonhjemmet Sykehus og 6 plasser til Oslo universitetssykehus HF (estimatene for poliklinikk og dagbehandling er basert på 2014-aktivitet, avrundinger forekommer).

Grafen på neste side viser estimert kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus HF for somatiske døgnenger i perioden 2014–2030, gitt overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus i 2020. For årene 2014, 2018, 2020, 2025 og 2030 vises estimater basert på SINTEF-framskrivingen. Resterende år (i grått) må tolkes som trend og ikke direkte estimater. Spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune er i *figur 2* forutsatt overført til Sykehuset Østfold HF i 2018.

Utfordringsbildet ved Akershus universitetssykehus HF: bydel Alna til DS i 2020



Figur 2: Kapasitetssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF for somatiske døgnenger i perioden 2014–2030. Vestby kommune er i figuren forutsatt overført til Sykehuset Østfold HF i 2018.

Kilde: SINTEF-rapport for behov i 2030, mellomliggende år og effekt av overføringen er beregnet av Deloitte. Avrundinger forekommer

Aktiviteten fra bydel Alna harmonerer med den avlastning Akershus universitetssykehus HF trenger på kort/mellomlang sikt. I og med at Diakonhjemmet Sykehus allerede i dag tar imot pasienter fra dette opptaksområdet, er det opparbeidet samarbeidsarenaer mellom sykehuset og bydelen. En overføring av bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus vil i praksis innebære en forsterkning av eksisterende avtale mellom sykehusene, men overføringen vil gi mer forutsigbarhet for bydelens innbyggere og mer helhetlige pasientforløp. Slik det er i dag innlegges akuttpasienter fra bydelen Alna, Grorud og Stovner ved Diakonhjemmet Sykehus og så skjer videre oppfølging ved Akershus universitetssykehus HF.

Bydel Alna er geografisk adskilt fra resten av Diakonhjemmet Sykehus opptaksområde. Grunnet avlastningsavtalen har Diakonhjemmet Sykehus samarbeid med bydel Alna, men bydelene i næværende opptaksområde har ikke opparbeidede samarbeidsrelasjoner mot bydel Alna. Videre er det et etablert samarbeid mellom bydelene Alna, Grorud og Stovner innen flere områder.

### ***Nesodden og Oppegård kommuner til Diakonhjemmet Sykehus***

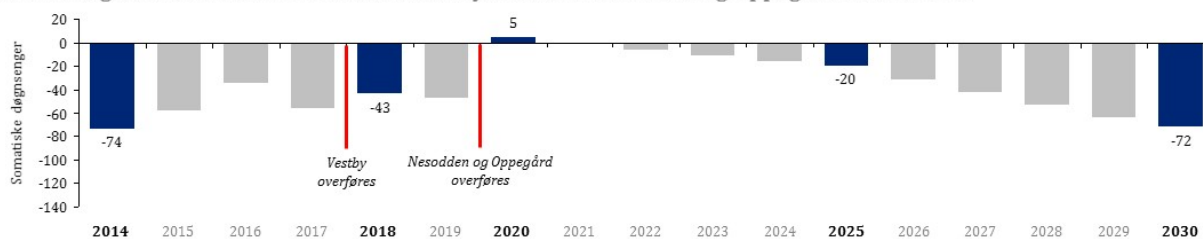
Løsningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for enkelte kommuner i Folloregionen overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus. Dette vil bety at innbyggere i de aktuelle kommunene vil få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet Sykehus innen kirurgi og indremedisin. Det vil ikke være aktuelt å flytte alle Follokommunene. Det er tatt utgangspunkt i at kommunene Nesodden og Oppegård er mest aktuelle å overføre.

Alternativet omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn, som er funksjoner som ikke overføres fra Akershus universitetssykehus HF.

Nesodden og Oppegård er i 2020 estimert til å ha en samlet befolkning på 47 000, som er noe lavere enn befolkningen i bydel Alna. En flytting av spesialisthelsetjenesteansvaret for disse kommunene er estimert å gi Akershus universitetssykehus HF en avlastning på 57 somatiske senger. Dette estimeres til å fordele seg med henholdsvis 39 senger til Diakonhjemmet Sykehus og 19 senger til Oslo universitetssykehus HF. Innen poliklinikk og dagbehandling vil Akershus universitetssykehus HF avlastes med 6 rom/plasser. Diakonhjemmet Sykehus antas å få en økning tilsvarende 3 rom/plasser og Oslo universitetssykehus HF en økning på 4 rom/plasser (estimatene for poliklinikk og dagbehandling er basert på 2014-aktivitet, avrundinger forekommer).

Grafen nedenfor viser kapasitetssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF for somatiske døgnsenger i perioden 2014–2030, gitt overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Nesodden og Oppegård kommuner til Diakonhjemmet Sykehus i 2020.

Utfordringsbildet ved Akershus universitetssykehus HF: Nesodden og Oppegård til DS i 2020



Figur 3: Kapasitetssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF for somatiske døgnsenger i perioden 2014–2030. For årene 2014, 2018, 2020, 2025 og 2030 vises faktiske estimater basert på SINTEF-framskrivingen. Resterende år (i grått) må tolkes som trend og ikke direkte estimater. Vestby kommune er i figuren forutsatt overført til Sykehuset Østfold HF i 2018.

Kilde: SINTEF-rapport for behov i 2030, mellomliggende år og effekt av overføringen er beregnet av Deloitte. Avrundinger forekommer

Diakonhjemmet Sykehus har kapasitet til denne aktivitetsøkningen innenfor somatikk. Aktiviteten fra kommunene Nesodden og Oppegård harmonerer med den avlastning Akershus universitetssykehus HF trenger på kort/mellomlang sikt. I dette alternativet vil Akershus universitetssykehus HF miste noe mer spesialisert aktivitet knyttet til områdefunksjonene. Dette skyldes høyere egendekning for Folloregionen enn for bydel Alna. Overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Nesodden og Oppegård kommuner vil videre innebære en noe høyere endring for Oslo universitetssykehus HF enn overføring av bydel Alna, da Oslo universitetssykehus HF allerede har betydelig aktivitet fra bydel Alna.

Nesodden og Oppegård kommuner er geografisk adskilt fra resten av Diakonhjemmet Sykehus opptaksområde. Bydelene i nåværende opptaksområde har ikke opparbeidede samarbeidsrelasjoner mot Folloregionen. Det er heller ikke opparbeidet samarbeid mellom Diakonhjemmet Sykehus og Folloregionen. En eventuell overføring av Follokommuner vil derfor innebære nødvendigheten av å opparbeide nye samarbeidskanaler/-arenaer. Videre er flere av kommunene i Folloregionen i samtaler om kommunesammenslåing, og har startet arbeid med intensjonsavtaler. Det er dessuten allerede etablert samarbeid mellom kommunene i Folloregionen på flere områder.

### ***Bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF, og bydel Nordre Aker til Diakonhjemmet Sykehus***

Avlastningsalternativet innebærer at lokalsykehusansvaret for bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF, og lokalsykehusansvaret for bydel Nordre Aker overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus. Dette vil bety at innbyggere i bydel Alna vil få sine sykehustjenester på Oslo universitetssykehus HF, ekskludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn. Tilsvarende vil innbyggere i bydel Nordre Aker få sine sykehustjenester på Diakonhjemmet Sykehus innenfor kirurgi og indremedisin. Psykisk helsevern, TSB, fødsler og gynekologi samt barn vil bli gjenværende ved Oslo universitets-sykehus HF.

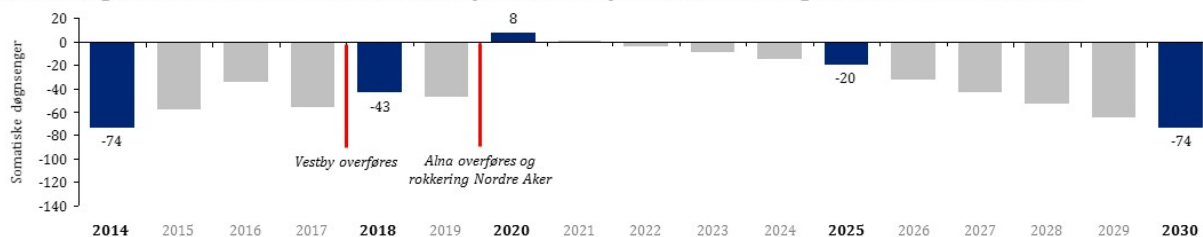
Bydelene Alna og Nordre Aker er samsvarende i befolkningsstørrelse med rundt 52 000 innbyggere hver i 2020, og Oslo universitetssykehus HF vil derfor ha kapasitet til å overta bydel Alna dersom bydel Nordre Aker blir rokert til Diakonhjemmet Sykehus. Diakonhjemmet Sykehus vil på sin side ha somatisk kapasitet til å overta bydel Nordre Aker allerede på kort sikt.

Denne løsningen vil øke Diakonhjemmet Sykehus opptaksområde til om lag 194 000 innbyggere. Oslo universitetssykehus HF's opptaksområde forblir det samme, tilsvarende 283 000 innbyggere. Akershus universitetssykehus HF vil få et opptaksområde på ca. 462 000 innbyggere. Alle innbyggertall er estimater for 1.1.2020, SSB MMMM-framskriving.

Totalt vil overføringene som løsningen representerer i 2020 avlaste Akershus universitetssykehus HF med om lag 61 somatiske senger, øke nettobehov på Oslo universitetssykehus HF med rundt 16 somatiske senger og øke behov ved Diakonhjemmet Sykehus med rundt 40 somatiske senger. Videre vil behovet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og andre sykehus/HF øke med 5 somatiske senger (hhv. 3 og 2). Innen somatisk poliklinikk og dagbehandling vil Akershus universitetssykehus HF avlastes med 10 rom/plasser. Oslo universitetssykehus HF vil få en nettoøkning på 6 rom/plasser og Diakonhjemmet Sykehus vil få en økning på 3 rom/plasser (estimatene for poliklinikk og dagbehandling er basert på 2014-aktivitet, avrundinger forekommer).

Grafen nedenfor viser (netto) kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus HF for somatiske døgn-senger i perioden 2014–2030, gitt overføring av spesialisthelsetjenesteansvar for bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF og bydel Nordre Aker til Diakonhjemmet Sykehus i 2020.

Utfordringsbildet ved Akershus universitetssykehus HF: bydel Alna til OUS og Nordre Aker til DS i 2020



Figur 4: Kapasitetssituasjonen ved Akershus universitetssykehus HF for somatiske døgn-senger i perioden 2014–2030. For årene 2014, 2018, 2020, 2025 og 2030 vises faktiske estimater basert på SINTEF-framskrivingen. Resterende år (i grått) må tolkes som trend og ikke direkte estimater. Vestby kommune er i figuren forutsatt overført til Sykehuset Østfold HF i 2018.

Kilde: SINTEF-rapport for behov i 2030, mellomliggende år og effekt av overføringen er beregnet av Deloitte. Avrundinger forekommer

Bydel Alna er geografisk sammenhengende med Oslo universitetssykehus HF's eksisterende opptaksområde, og det er allerede i dag betydelig aktivitet for bydelens innbyggere ved Oslo universitetssykehus HF. Bydel Nordre Aker er geografisk sammenhengende med Diakonhjemmet Sykehus eksisterende opptaksområde. Det vil imidlertid være usikkert hvor stor andel av den elektive virksomheten som kan snus fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus ved en overføring av bydel Nordre Aker, da pasienter har mulighet til å velge behandlingssted.

Dette alternativet innebærer større endringer der et pasientgrunnlag på omtrent 100 000 innbyggere endrer sin somatiske sykehustilhørighet. Samtidig vil de to berørte bydelene få ulik sykehustilhørighet innen hhv. somatikk og psykisk helsevern/TSB.



En avlastning innen psykisk helsevern voksne og TSB vil kreve betydelig kapasitetsutvidelse ved Diakonhjemmet Sykehus. Det er derfor i dette alternativet tatt utgangspunkt i at psykisk helsevern og TSB for bydel Nordre Aker blir gjenværende på Oslo universitetssykehus HF. I tillegg vektlegges det at Oslo universitetssykehus nylig har etablert Nydalen DPS for bydelene Sagene, Bjerke og Nordre Aker og det er ikke tilrådelig å bryte opp denne DPS-strukturen. Dette er tilsvarende som for DPS-strukturen for de tre bydelene i Groruddalen.

### ***Langsiktig effekt av løsningsalternativene***

De overnevnte avlastningsalternativer vil medføre at befolkningstallet i Akershus sykehusområde begrenses til under 500 000 fram til 2025. SSB MMMM-framskriving tilsier at Akershus sykehusområde estimeres til å utgjøre mellom 493 000–500 000 innbyggere 1.1.2025, avhengig av om sykehusområdet avlastes med hhv. spesialisthelsetjenesteansvar for bydel Alna eller kommunene Nesodden og Oppegård.

På lang sikt vil det være behov for å gjøre flere endringer i opptaksområder for å sikre tilstrekkelig kapasitet i sykehusområdene Oslo og Akershus. Analyser viser at Akershus universitetssykehus HF vil ha tilstrekkelig kapasitet frem mot 2030 forutsatt at bydelene Grorud og Stovner tilbakeføres til Oslo sykehusområde innen den tid.

## **2.9 Økonomiske beregninger for endring av opptaksområder**

Helse Sør-Øst RHF nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus for å beregne den økonomiske effekten ved endring av opptaksområder. Arbeidsgruppen ble ledet av Helse Sør-Øst RHF.

Endringer i sykehusenes opptaksområder gir en økonomisk effekt i de faste inntektene til sykehusområdene gjennom en omfordeling i Helse Sør-Øst sin inntektsmodell. I tillegg gir det en endring i variable inntekter og kostnader ved at endrede pasientstrømmer blant annet gir økonomiske effekter i innsatsstyrt finansiering og gjestepasientoppgjør. Det er beregnet økonomiske effekter ved at bydel Alna, eller kommunene Nesodden og Oppegård, flyttes fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde.

Beregningene er utført med et gitt sett av forutsetninger, og er ment å gi et overordnet bilde av de økonomiske effektene for de involverte helseforetakene/sykehusene. Det er forutsatt at dagens avlastningsavtale mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus er avsluttet. For alle beregninger er det forutsatt at aktivitet knyttet til barn, fødsel, gynekologi og barn-/voksenhabilitering forblir ved Akershus universitetssykehus HF. Det samme gjelder psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fordelingen av inntektsmodelleffekt som følge av overføring av opptaksområde, og den økonomiske effekten av innsatsstyrt finansiering for Oslo sykehusområde, er fordelt innad i Oslo sykehusområde etter dagens egendeckningsgrad ved Diakonhjemmet Sykehus. Effekten av endringer i abonnementet i inntektsmodellen er henført til Oslo universitetssykehus HF i sin helhet, da abonnementsordningen i inntektsmodellen er knyttet til lands- og regionsfunksjoner ved Oslo universitetssykehus HF. På det tidspunktet en endring av opptaksområde skal skje, må den økonomiske effekten av disse forutsetningene, og behovet for eventuelle tilpasninger, vurderes nærmere.

Beregningene er oppsummert i oversikten på neste side:

Netto økonomiske effekter ved overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna (2016-kroner, i 1000)					
	Akershus universitets-sykehus HF	Oslo sykehusområde	Oslo universitets-sykehus HF	Diakonhjemmet sykehus AS	Lovisenberg Diakonale sykehus AS
Effekt inntektsmodell	-300 000	310 000	140 000	150 000	10 000
Omfordeling faste inntekter barn/fødsler/gyn	50 000	-50 000	-50 000		
Endret ISF-inntekt	-90 000	90 000	30 000	60 000	-
Netto effekt gjestepasientoppgjør	80 000	-80 000	-50 000	-20 000	-10 000
<b>Netto økonomisk effekt</b>	<b>-260 000</b>	<b>270 000</b>	<b>70 000</b>	<b>190 000</b>	<b>-</b>

Tabell 6: Oppsummering av netto økonomiske effekter ved overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus. Kilde: Helse Sør-Øst RHF v/ økonomiavdelingen

Netto økonomiske effekter ved overføring av lokalsykehusansvar for Nesodden og Oppegård (2016-kroner, i 1000)					
	Akershus universitets-sykehus HF	Oslo sykehusområde	Oslo universitets-sykehus HF	Diakonhjemmet sykehus AS	Lovisenberg Diakonale sykehus AS
Effekt inntektsmodell	-220 000	230 000	100 000	120 000	10 000
Omfordeling faste inntekter barn/fødsler/gyn	30 000	-30 000	-30 000		
Endret ISF-inntekt	-100 000	100 000	30 000	80 000	-10 000
Netto effekt gjestepasientoppgjør	60 000	-60 000	-40 000	-20 000	-
<b>Netto økonomisk effekt</b>	<b>-230 000</b>	<b>240 000</b>	<b>60 000</b>	<b>180 000</b>	<b>-</b>

Tabell 7: Oppsummering av netto økonomiske effekter ved overføring av lokalsykehusansvar for Nesodden/ Oppegård til Diakonhjemmet Sykehus. Kilde: Helse Sør-Øst v/ økonomiavdelingen

De økonomiske beregningene må sees opp i mot øvrige driftsmessige konsekvenser og tilpasninger, som følge av overføringen av lokalsykehusansvar. For Akershus universitetssykehus HF må således effektene i sees opp mot andre økonomiske effekter knyttet til overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Alna eller kommunene Oppegård og Nesodden. Under er det økonomiske utfordringsbildet dersom spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Alna overføres angitt, hvilket Akershus universitetssykehus HF foreløpig har estimert til å være ca. 125 millioner kroner.

Økonomisk utfordringsbilde for Akershus universitetssykehus HF	
	MNOK
Netto økonomiske effekter	-260
Netto bortfall av avlastningsavtale Diakonhjemmet	48
Bortfall utgifter medikamenter	57
Estimat kostnadsbortfall ved aktivitetsreduksjon (kostnader, ekskl. bemanning)	23
Netto inntekts- og kostnadsendringer	5
<b>Estimert økonomisk utfordring ved Akershus universitetssykehus HF</b>	<b>≈ - 125</b>

Tabell 8: Økonomisk utfordringsbilde ved Akershus universitetssykehus HF ved overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus. Kilde: Akershus universitetssykehus HF v/ økonomiavdelingen

Ved endring i opptaksområde kan det i en periode være behov for overgangsordning til det sykehusområdet som må tilpasse driften til en lavere ramme. Utarbeidelse av, og beslutning om overgangsordninger, krever godt gjennomarbeidet økonomisk grunnlag fra de berørte helseforetak/ sykehus ved tidspunkt for overføring, og vil bli vurdert av Helse Sør-Øst RHF inn mot det enkelte budsjettår.

Det vises for øvrig til vedlegg 2 «Økonomiske beregninger for endring av opptaksområder».

## 2.10 Risikovurdering for endring av opptaksområder

### *Alternativer som er vurdert*

Risikovurderingen for endring av opptaksområder for lokalsykehusfunksjon er vedlagt i sin helhet i vedlegg 3 *Risikovurderinger for endring av opptaksområder for lokalsykehusfunksjon*.

Risikovurderingen fokuserer på dagens situasjon (0-alternativet) samt tre konkrete alternativer knyttet til endring av opptaksområder for lokalsykehusfunksjon. Alternativene er gjensidig utelukkende. De tre alternativene er:

- A. Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Diakonhjemmet Sykehus
- B. Overføring av lokalsykehusansvar for Nesodden og Oppegård til Diakonhjemmet Sykehus
- C. Overføring av lokalsykehusansvar for bydel Alna til Oslo universitetssykehus HF og bydel Nordre Aker til Diakonhjemmet Sykehus

0-alternativet er videreføring av dagens opptaksområder (utenom Vestby kommune) gitt eksisterende lokaler/bygningsmasse, og inkluderer dagens avlastningsavtale mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus. I analyser av aktivitet og kapasitetsbehov knyttet til endring av opptaksområder er det lagt til grunn at spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF.

Alternativene A, B og C omfatter ikke psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fødsler og gynekologi samt barn. For bydel Alna og kommunene Nesodden og Oppegård vil denne aktiviteten bli gjenværende ved Akershus universitetssykehus HF. For bydel Nordre Aker vil denne aktiviteten bli gjenværende ved Oslo universitetssykehus HF.

### *Forutsetninger og avgrensninger*

Fremgangsmåten for risikovurderingen bygger på metodikk fra Direktoratet for økonomistyring og Helse Sør-Øst RHF. Risikovurderingen har kun vurdert risikobildet forbundet med endring av opptaksområder. Eventuelle endringer i oppgavefordeling mellom hovedstadssykehusene er det ikke tatt hensyn til i denne vurderingen. Tidsperspektivet som er lagt til grunn for risikovurderingen er kort/mellomlang sikt, dvs. 2018–2020.

Risikovurderingen legger til grunn de samme forutsetningene som tidligere er lagt til grunn i kapasitetsprosjektet. De viktigste forutsetningene er at spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF, det legges til grunn høy utnyttelsesgrad innen voksensomatikken ved Akershus universitetssykehus HF og at Akershus universitetssykehus HF har potensial til å kunne foreta endringer og mindre investeringer som kan frigjøre/etablere 40 somatiske senger. Det er lagt til grunn at avlastningsavtalen mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus avvikles dersom alternativ A, B eller C realiseres. Framskrevet kapasitetsbehov bygger på SINTEF-framskriving i rapport A26321: *Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF* og sluttrapport «*Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder*». SSBs MMMM-befolkningsframskriving er lagt til grunn.

Risikovurderingen er gjennomført med utgangspunkt i dagens situasjon og det som er kjent p.t. Det er flere forhold som er av usikker karakter og som vil kunne endres i tiden fremover, blant annet fremdrift i utviklingsplaner for Oslo universitetssykehus HF, herunder Aker sykehus, tidspunkt for overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet for Vestby kommune, samordning av journalsystemer mm.

### Oppsummering av risikovurdering før tiltak

Tabellen nedenfor oppsummerer vurdering av risiko før tiltak på en firepunktsskala (lav, moderat, høy, kritisk) for de ulike momentene gitt dagens situasjon (0-alternativet) og de tre alternativene A, B og C. Risiko er et resultat av vurdert sannsynlighet og konsekvens.

Vurderingene tar utgangspunkt i situasjonen før tiltak. Vurderingen «Kritisk» tolkes som at det er behov for risikoreduserende tiltak, men gjenspeiler ikke nødvendigvis at det er kritisk fare for liv eller helse. For «Høy» og «Moderat» vil det ikke være et like stort behov for risikoreduserende tiltak.

#	Risikobeskrivelse	0-alternativet			A-alternativet Alna til DS			B-alternativet Nesodden og Opppegård til DS			C-alternativet Alna til OUS, N.Aker til DS		
		S	K	Risiko	S	K	Risiko	S	K	Risiko	S	K	Risiko
1	Kapasitetsutfordringer i somatikk ved sykehus/HF i Oslo og Akershus sykehusområder	4	4	Kritisk	2	4	Høy	2	4	Høy	2	4	Høy
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy	4	3	Høy
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy
4	Avlastningsavtale: mangel på forutsigbarhet og helhetlige pasientforløp	3	3	Høy			N/A			N/A			N/A
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy	4	3	Høy
6	Redusert grunnlag for ivaretagelse av områdefunksjoner ved Akershus universitetssykehus HF	1	2	Lav	3	2	Moderat	3	2	Moderat	3	2	Moderat
7	Tap av tillit hos offentligheten og eier som følge av negative medieoppslag	4	4	Kritisk	3	3	Høy	3	3	Høy	3	3	Høy
8	Utfordringer knyttet til geografisk opptaksområde ved evt. fremtidige endringer i bydel-/kommunestruktur	1	3	Moderat	1	3	Moderat	4	3	Høy	1	3	Moderat
9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde			N/A	4	3	Høy	4	3	Høy	4	3	Høy

Tabell 9: Oppsummering av risikovurdering før tiltak for 0-, A-, B- og C-alternativet. S = sannsynlighet. K = konsekvens. Se vedlegg for vurderingskriterier. N/A = Not applicable / ikke relevant

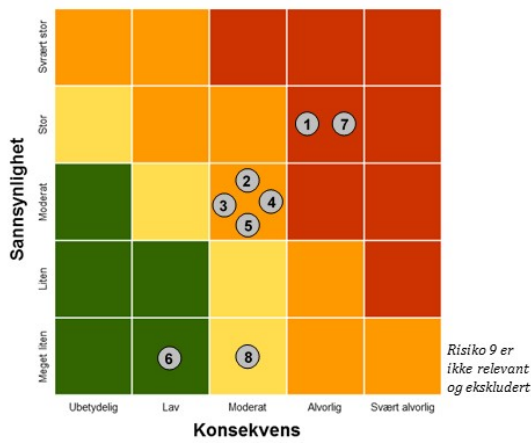
#	Sannsynlighet (S)	Konsekvens (K)
1	Meget liten	Ubetydelig
2	Liten	Lav
3	Moderat	Moderat
4	Stor	Alvorlig
5	Svært stor	Svært alvorlig

Tabell 10: Tabellen beskriver tallverdiene for sannsynlighet og konsekvens

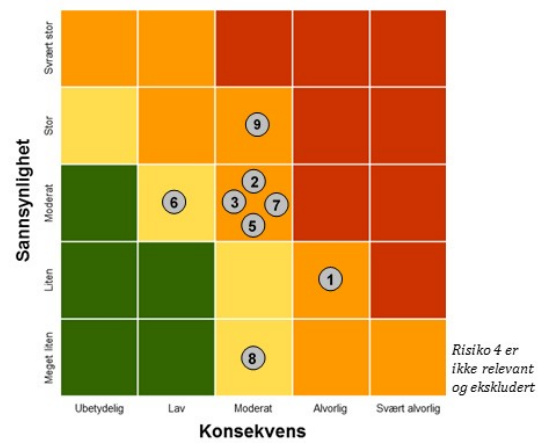
For dagens situasjon (0-alternativet) og for alternativ A, B og C er relevante risikoer før tiltak visualisert i risikomatriser, som viser nivået på de ulike identifiserte risikoene for hvert alternativ:

Risiko: ■ Kritisk ■ Høy ■ Moderat ■ Lav

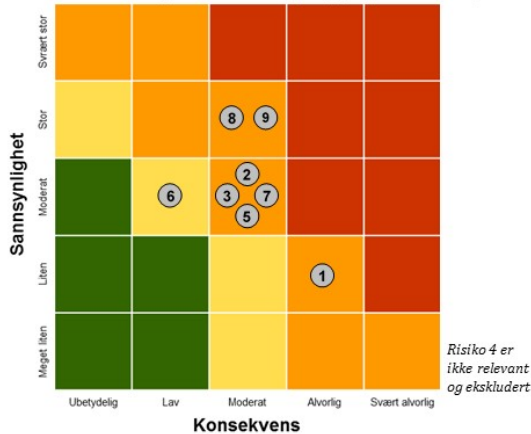
0-alternativet (dagens opptaksområder + avlastningsavtalen)



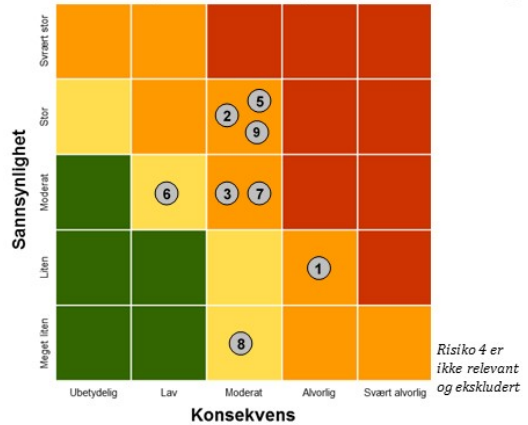
A-alternativet (Alna til DS)



B-alternativet (Nesodden og Oppgård til DS)



C-alternativet (Alna til OUS og Nordre Aker til DS)



Figur 5: Risikomatriser for tiltak for henholdsvis 0-, A-, B- og C-alternativet

Alternativene A, B og C utgjør i seg selv tiltak som kan redusere noe av dagens risikoeksponering (0-alternativet). I tillegg vil det være behov for å vurdere ytterligere tiltak som kan redusere risikoeksponeringen ved de tre alternativene. Risikoanalysen har vurdert særlig fire områder med behov for risikoreduserende tiltak. Tabell 11 oppsummerer tiltakene som er foreslått for hvert av disse områdene:

#	Risiko	Forslag til tiltak
2	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utarbeide helhetlig plan for opptaksområder for somatikk, psykisk helsevern og TSB for Oslo bydeler</li> <li>▪ Etablere samarbeidsarenaer og -linjer på tvers av somatikk og psykisk helsevern / TSB ved berørte helseforetak/sykehus, i de tilfeller der opptaksområde for somatikk og psykisk helsevern / TSB er ulike</li> </ul>
3	Krevende samarbeid om enkeltpasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (inkl. også gjenværende bydeler/kommuner)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablere samarbeidsarenaer og -linjer på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten for berørte bydeler/kommuner og helseforetak/sykehus</li> <li>▪ Etablere ensartede rutiner/prosedyrer for samarbeid om pasientgrupper og enkeltpasienter</li> </ul>
5	Ineffektiv deling av nødvendig informasjon grunnet manglende integrasjon av journalsystemer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De private ideelle sykehusene inkluderes i Regional Klinisk IKT-løsning (RKL)</li> <li>▪ Vurdere evt. midlertidige løsninger for å ivareta informasjonsbehov frem til kjernejournal og integrerte journaler er på plass</li> </ul>
9	Reduserte nettoinntekter for Akershus universitetssykehus HF og temporære omstillingskostnader som følge av endret opptaksområde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vurdere økonomiske overgangsløsninger for å redusere utfordringen for Akershus universitetssykehus HF</li> </ul>

Tabell 11: Tabell over foreslåtte tiltak for reduksjon av risiko for henholdsvis 0-, A-, B- og C-alternativet

## 2.11 Tidspunkt for endring av opptaksområder

Hovedfokuset i arbeidet med kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder har vært Akershus universitetssykehus HF's behov for avlastning. I 2014/2015 var det et betydelig antall korridorovernattinger ved helseforetaket. Driftsforbedringer i kombinasjon med avlastningsavtalen med Diakonhjemmet Sykehus, en mindre avtale med Sykehuset Innlandet HF, Kongsvinger sykehus, samt en begrenset utvidelse av sengeantallet har resultert i en bedret kapasitetssituasjon for helseforetaket.

I arbeidet med kapasitetsprosjektet ble det gjort modifikasjoner av SINTEF-framskrivingen. For Akershus universitetssykehus HF var dette relatert til høy utnyttelsesgrad for nye sykehusbygg, oppdatering av sengekapasitet og korrigeringer forbundet med overføringen av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune. Til sammen gav disse modifikasjonene et lavere og mer reelt kapasitetsbilde enn i SINTEF-framskrivingen. Utviklingen i liggetid og sengebehov i region Helse Sør-Øst har også vist en fallende trend fra 2012 og frem til i dag. Samtidig har sensitivitetsanalyser vist at behovet for avlastning kan være større enn beregnet, spesielt på litt lengere sikt.

Samlet sett gjør dette at Akershus universitetssykehus HF's kapasitetsutfordring på kort sikt er mindre enn tidligere antatt. Antatt befolkningsvekst og estimert kapasitetsbehov tilsier at behovet for ytterligere avlastning vil inntreffe i 2020.

Akershus sykehusområde estimeres, etter overføringen av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune, til å bestå av omtrent 514 000 innbyggere i 2020 (1.1.2020, SSB MMMM-

framskriving). Aktivitetsframskriving viser et underskudd estimert til ca. 50 somatiske døgnenger.

Bydel Alna og kommunene Nesodden og Oppegård er i 2020 estimert til å ha et forbruk av sykehussenger som er noe mer enn avlastningsbehovet ved Akershus universitetssykehus HF. En overføring av bydelen eller kommunene vil kunne gi en forsvarlig kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus HF uten å skape for mye overskuddskapasitet. Endelig vurdering av overføringstidspunkt bør gjennomføres etter at spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune er overført til Sykehuset Østfold HF.

Overføringen av spesialisthelsetjenesteansvar for bydel Alna eller kommunene Nesodden og Oppegård til Oslo sykehusområde vil medføre at befolkningstallet i Akershus sykehusområde begrenses til ca. 500 000 fram til 2025. På lang sikt vil det være behov for å gjøre flere endringer i opptaksområder for å sikre tilstrekkelig kapasitet i sykehusområdene Oslo og Akershus. Analyser viser at Akershus universitetssykehus HF vil ha tilstrekkelig kapasitet frem mot 2030 hvis også spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Grorud og Stovner tilbakeføres til Oslo sykehusområde innen den tid.

## **2.12 Vurdering av en mulig overføring av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus**

I foretaksmøteprotokoll 15. august 2015 er det forutsatt at det i det videre arbeidet med å analysere kapasitetsbehovet vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus.

Oppfølging av dette punktet vil inngå i arbeidet med regional utviklingsplan, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan. Arbeidet med regional utviklingsplan starter nå og administrerende direktør har invitert Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF inn i en arbeidsgruppe for å utrede konsekvenser av en slik endring. Vurdering av Nes kommunes tilhørighet vil være en del av denne utredningen.

## **3. Administrerende direktørs anbefaling**

Arbeidet med kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder har lagt til grunn tre grunnforutsetninger: optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, og arbeid med endringer i oppgavefordeling i Oslo-området. Samtidig legges det til grunn at Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus ivaretar befolkningsvekst i deres respektive eksisterende opptaksområder.

### **Kapasitetsutfordringer og avlastningsbehov Akershus universitetssykehus HF**

Akershus universitetssykehus HF har arbeidet systematisk med tiltak for å redusere antall innleggelser, redusere liggetiden, sikre bedre fordeling av pasienter innad i sykehuset og utvide sengetallet. Driftsforbedringer i kombinasjon med avlastningsavtalen med Diakonhjemmet Sykehus, en mindre avtale med Kongsvinger sykehus, samt en begrenset utvidelse av sengetallet ved Akershus universitetssykehus HF har resultert i en bedret kapasitetssituasjon for helseforetaket. Dette arbeidet følges opp av Helse Sør-Øst RHF i oppfølgingsmøter, og det legges til grunn at den positive utviklingen fortsetter.

Det er tidligere tatt utgangspunkt i at opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF bør begrenses til omtrent 500 000 innbyggere for å sikre tilstrekkelig kapasitet. Gitt overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune til Sykehuset Østfold HF og uten ytterligere avlastning, vil Akershus sykehusområde utgjøre omtrent 580 000 innbyggere i 2030. Det vil derfor være behov for ytterligere avlastning av Akershus universitetssykehus HF. Analyser av befolkningsutvikling og kapasitetsbehov for spesialisthelsetjenester tyder på at behovet for ytterligere avlastning inntreffer i 2020.

Når det gjelder spørsmålet om en overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune til Sykehuset Østfold HF har administrerende direktør vurdert at dette ikke bør gjennomføres fra 1. januar 2017, men at en ny vurdering av dette foretas ved årsskiftet 2016/2017.

### **Løsningsalternativer for endring av opptaksområder**

I oppfølgingen av kapasitetsprosjektet og avlastningen av Akershus universitetssykehus HF har det vært vurdert tre alternativer for endring av opptaksområder:

I styresak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* legges det opp til at Oslo universitetssykehus HF etablerer lokalsykehus på Aker. I planleggingen av et nytt lokalsykehus på Aker vil det være naturlig å vurdere et fremtidig målbilde der bydel Alna sammen med bydelene Grorud og Stovner tilhører opptaksområdet til dette sykehuset.

Overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune til Østfold HF og en bedret kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus HF gjør at videre avlastning av Akershus universitetssykehus kan skje på et senere tidspunkt enn tidligere antatt.

Basert på en samlet vurdering anbefaler administrerende direktør at det planlegges for at bydel Alna overføres til Oslo sykehusområde i 2020, men at endelig vurdering av overføringstidspunkt gjøres etter at spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune er overført Sykehuset Østfold HF.

Tre-partsavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus vil bestå frem til det tidspunkt bydel Alna overføres fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde.

Overføringen av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydel Alna til Oslo sykehusområde vil medføre at befolkningstallet i Akershus sykehusområde begrenses til ca. 500 000 fram til 2025. På lang sikt vil det være behov for å gjøre flere endringer i opptaksområder for å sikre tilstrekkelig kapasitet. Analyser viser at Akershus universitetssykehus HF vil ha tilstrekkelig kapasitet frem mot 2030 hvis også spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Grorud og Stovner tilbakeføres til Oslo sykehusområde innen den tid.

Hovedfokuset i kapasitetsprosjektet har vært kapasitetsutfordringer innen somatikken. Arbeidet med kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder har aktualisert behovet for en samordnet og helhetlig plan for opptaksområder for somatikk, psykisk helsevern og TSB for Oslos bydeler. Det vil være viktig å tilrettelegge for den forventede store økningen i behov for poliklinisk aktivitet, samt utredning og diagnostikk i tillegg til behovet for tilstrekkelig sengekapasitet. Administrerende direktør anbefaler at det utarbeides en helhetlig plan for opptaksområder for somatikk, psykisk helsevern og TSB for Oslos bydeler som del av regional utviklingsplan.



## Oppgavefordeling i Oslo sykehusområde

I henhold til styresak 082-2015 er det arbeidet videre med løsningsforslag knyttet til endringer i oppgavefordeling, noe som involverer økt bruk og utvidelse av tilbud ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. For to av disse arbeidene (*medikamentell onkologi og kontroll etter onkologisk behandling* og *primære ortopediske infeksjoner*) skal det fremlegges et forslag til endret oppgavefordeling innen sommeren 2016. Eventuell opprettelse av et tilbud for medikamentell kreftbehandling innen onkologi og hematologi ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra deres respektive opptaksområder omhandler i all hovedsak poliklinisk aktivitet. Endringen i oppgavefordeling medfører en overføring av et betydelig volum til de to sykehusene. Faggruppen *primære ortopediske infeksjoner* utreder muligheten for oppbygging av et tilbud for primære ortopediske infeksjoner ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra sykehusets opptaksområde. Arbeidet med de øvrige løsningsforslagene fortsetter utover høsten og leveranse er planlagt til 20. oktober 2016. Etter at faggruppene har levert sine vurderinger vil det arbeides med risikovurderinger og økonomiske konsekvenser av løsningsforslagene. Basert på en samlet vurdering vil administrerende direktør beslutte endringer i oppgavefordelingen mellom sykehusene i Oslo. Arbeidet med oppgavefordeling er viktig for å sikre økt egendeckning ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus slik at pasienter fra deres respektive opptaksområder får mer helhetlige pasientforløp.

Det legges til grunn at kapasitet bygget opp ved Diakonhjemmet Sykehus som følge av avlastningsavtalen med Akershus universitetssykehus HF, utnyttes også etter at avlastningsavtalen opphører.

### Vedlegg:

- [Vedlegg 1: Oppsummering av hørings svar](#)
- [Vedlegg 2: Notat om økonomiske beregninger for endring av opptaksområder](#)
- [Vedlegg 3: Risikovurderinger for endring av opptaksområder for lokalsykehusfunksjon](#)
- [Vedlegg 4: Prosjektrapport fra prosjektet "Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder"](#)