

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer

FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 29.11.2023

SAKSHANDSAMAR: Bjørn Egil Vikse

SAKA GJELD: Revidert framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetenester

ARKIVSAK: 2023/1001-1

STYRESAK: 128/23

STYREMØTE: 06.12. 2023

.....

Saka er felles for alle fire helseregionar og er difor ikkje på nynorsk.

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret slutter seg til revidert framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester og ber om at den fremlagte modellen legges til grunn for videre arbeid i regionen.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i rapporten bl.a. som følge av styrebehandling i øvrige regioner. Ved vesentlige endringer vil rapporten legges frem for styret på nytt.
3. Styret ber om at rapporten oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Hva saken gjelder

Dagens framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester ble utviklet i et samarbeid mellom Helse Sør-Øst og Sintef i 2014. Modellen tok utgangspunkt i faktisk aktivitet i 2012 og framskrev behovet for somatiske spesialisthelsetjenester basert på befolkningsutviklingen og de endringsfaktorene som man forventet ville påvirke behovet. Perspektivet for arbeidet var fram til 2030. Modellen har siden 2014 vært forvaltet av Sykehusbygg HF på vegne av de regionale helseforetakene. Framskrivningsmodellen benyttes sammen med andre kunnskapskilder i forbindelse med analyser for å ivareta sørge-for-ansvaret, herunder ved dimensjonering av nye sykehusbygg.

Den faglige og driftsmessige utviklingen gjennom de siste ti årene medfører behov for en systematisk gjennomgang og revisjon av den felles framskrivningsmodellen. Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2019 de fire helseregionene i oppdrag å revidere framskrivningsmodellene under ledelse av Helse Sør-Øst RHF.

Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Helse- og omsorgsdepartementet gav i Oppdragsdokument 2019 – tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019) et oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til samordning av framskrivninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i 2016, 2017 og 2018 stilt krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger. Dette arbeidet skal videreføres med følgende presiseringer:

- Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.*
- Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.*
- De regionale helseforetakene skal etablere ett felles fagnettverk/kompetansemiljø som utvikler og forvalter disse framskrivningsmodellene. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette nettverket/miljøet.*
- De regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i en vurdering av hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres med bruk av data fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

Arbeidet ble forsinket på grunn av koronapandemien. Da det ble gjenopptatt, ble framskrivning av behovet for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling prioritert. Ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 21. desember 2022 etter styrebehandling i de fire RHF-ene, for Helse Sør-Øst jf. styresak 153-

2022 *Fornyhet framskrivning av behov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, styremøte 6. desember 2022. Arbeidet er nå videreført med revisjon av framskrivningsmodell av befolkningens behov for somatiske spesialisthelsetjenester fram mot 2040.

Prosess

Mandatet for arbeidet med å revidere framskrivningsmodellen for somatisk spesialisthelsetjeneste ble godkjent i møte mellom de fire administrerende direktørene i helseregionene 29. august 2022.

Oppdraget er utført gjennom en bredt sammensatt faggruppe med representanter fra alle helseregionene, KS, brukerorganisasjoner, tillitsvalgte, samt Helsedirektoratet som observatør. En analysegruppe med representanter fra de regionale helseforetakene, KS og Sykehusbygg HF har understøttet arbeidet. Det er avholdt ni heldagsmøter. Det er invitert en rekke foredragsholdere om aktuelle temaer fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Medlemmene i gruppen har hatt ansvar for å forankre arbeidet i sine organisasjoner. Utkast til rapport har vært sendt til helseforetakene/sykehus for innspill. Det er holdt et webinar hvor modellen ble gjennomgått. I Helse Vest har alle helseforetakene har vært invitert til å delta på webinar og det har vært mulighet for helseforetakene å gi skriftlige innspill til rapporten.

2.1 Sammenlikning av dagens modell med faktisk utvikling

I arbeidet med revisjon av framskrivningsmodellen er det også vurdert hvordan den nåværende modellen har truffet i forhold til faktisk utvikling. En slik sammenlikning er mulig for Helse Sør-Øst hvor behovet ble framskrevet til 2030 basert på 2012-aktiviteten, jf. arbeidet som ble gjort i 2014. Faktisk aktivitet i 2019 er sammenliknet med det som var forventet ut fra framskrivningen. Under forutsetning av at aktivitetsøkningen er beregnet lineært, var antall liggedøgn 6,7% lavere i 2019 enn forventet. En noe mindre befolkningsutvikling enn framskrevet står kun for 0,8% av denne forskjellen. Resterende effekt skyldes sterkere omstilling, endring av pasientstrømmer, og at det ikke ble tatt høyde for en redusert sykkelighet i befolkningen i perioden. De største forskjellene i utviklingen er relatert til reduksjon av planlagte innleggelser, underestimert overgang fra døgn til dag og reduksjon i oppholdstider. Resultatet viser at endringer har skjedd i større grad enn forventet.

Faktisk poliklinisk aktivitet i 2019 var om lag 3% over framskrevet verdi, altså en større vekst enn hva som var framskrevet. På grunn av usikkerhet om hva som var inkludert i tallene i 2012, og registreringsendringer i løpet av årene, er vurderingen her imidlertid usikker.

2.2 Forslag til revidert modell

Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester er i hovedsak en modell for aktivitet ved innleggelser og poliklinisk behandling. Framskrivningsmodellen skal være en vurdering av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, og er ikke direkte overførbart til behov for personell eller kostnadsutvikling.

Det er vanlig praksis at siste tilgjengelige års aktivitet benyttes som utgangspunkt for framskrivningen, slik at organisatorisk og faglig utvikling er mest mulig oppdatert. Samtidig må utgangsåret være representativt. Forslaget til revidert framskrivningsmodell tar utgangspunkt i aktiviteten i 2022, og legger til grunn at dette beskriver behovet det året. Året synes imidlertid fortsatt å være noe preget av følger av pandemien slik at behovet for liggedøgn blir noe underestimert. Det reflekteres særlig i en noe lavere aktivitet innen planlagt kirurgi med døgninnleggelse. Det er derfor lagt inn en korreksjon for at denne aktiviteten var lavere i 2022. Likeledes er det lagt til en økning i behov for polikliniske konsultasjoner som følge av økning i antall ventende og antall med passert planlagt tid for oppfølging i løpet av dette året.

Aktiviteten framskrives ut fra SSB sine befolkningsframskrivinger med femårig alder, kjønn og kommune. Femårig alder gir en aggregering som gjør metoden mer robust. Økende alder er en sentral prediktor for behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Det blir betydelig flere eldre i Norge i årene framover til 2040. Det vil øke befolkningens behov for somatiske helsetjenester utover befolkningsøkningen.

2.2.1 Fremtidig behov for liggedøgn

Det er gjort en gjennomgang av de større fagområdene for å vurdere om det er behov for særskilte framskrivinger av disse. Kreftområdet framskrives spesielt, mens de øvrige inngår i den samlede vurderingen. Det er også vurdert samhandlingsområder og betydning av teknologisk utvikling med digitalisering.

Den foreslåtte framskrivningsmodellen vurderer hvilke faktorer som kan modifisere det framskrevne aktivitetsbehovet basert kun på befolkningsutviklingen. Følgende modifierende faktorer er lagt inn i modellen når det gjelder behovet for liggedøgn:

- *Friskere aldring*
Det er holdepunkter for at økt levealder er forbundet med flere friske leveår. Det er lagt inn at dette kan bidra til å redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Kreftsykdom og demens er holdt utenom denne vurderingen. En alternativ tilnærming er vurdering av dødelighet. Med økende levealder forskyves dødelighet mot høyere alder. Siden spesialisthelsetjenesten bruker relativt sett mindre ressurser på de som dør i høyere alder, vil det redusere behov for liggedøgn i sykehus. De to tilnærmingene gir omtrent samme resultat.
- *Behandling av kreftsykdommer*
Behandling av kreftsykdommer er framskrevet særskilt. Om lag 12% av liggedøgn medgår til behandling av kreft, hvorav 1/3 til kirurgisk behandling. Utvikling av kirurgiske teknikker har medført kortere oppholdstid. Nyere medikamentell kreftbehandling er mer skånsom, og mer av behandlingen kan gis poliklinisk eller som dagbehandling. Komplikasjoner kan også i større grad behandles uten døgninnleggelse.

Ut fra trender og forventet utvikling er det lagt inn en videre reduksjon i liggedøgnbehovet, men reduksjonen er mindre enn den som har vært de siste årene.

- *Utskrivningsklare liggedøgn*

Det legges til grunn at kommunehelsetjenesten skal kunne ta imot utskrivningsklare pasienter raskere enn i dag. Det krever imidlertid tiltak for at kommunene skal kunne gjøre det. Det beholdes ett liggedøgn per opphold for å sikre gode overganger.

- *Forbedringsfaktor*

Ved å se på variasjon i oppholdstider, innleggelsesmønstre og videre overgang fra døgn til dag- og polikliniske behandling, er det identifisert områder for forbedring som kan modifisere behovet for liggedøgn. Det er lagt inn en reduksjon svarende til at det oppnås halvparten av det identifiserte potensialet. Effekten fordeles på helseforetakene etter hvilket potensial som er identifisert på de ulike områdene. Teknologisk utvikling med digitalisering kan understøtte dette arbeidet.

Samlet viser framskrivningen at behovet i 2040 blir 3,66 millioner liggedøgn og øker med 21,4% nasjonalt sammenliknet med aktiviteten i 2022. Dette er høyere enn den nåværende modellen ville ha framskrevet. Det forventes således et lavere omstillingspotensial i tiden framover i ny framskrivningsmodell. Det skyldes at omstillinger har skjedd i større grad i spesialisthelsetjenesten fram til nå enn hva som var forventet. Bruk av nåværende modell basert på aktiviteten for noen år tilbake ville gitt mindre forskjeller mot ny framskrivningsmodell. Det kan illustreres ved en framskrivning av behov for liggedøgn i 2035 basert på aktiviteten i 2017 og SSB sine befolkningsframskrivninger fra 2018 gjort med nåværende modell. Aktiviteten med 3,25 millioner liggedøgn nasjonalt i 2017 framskrives da til et behov på 3,70 millioner liggedøgn i 2035. Fra 2017 har det imidlertid skjedd en betydelig reduksjon i antall liggedøgn som nåværende modell ikke forventet. Sammenlikning mellom framskrivningsmodeller fram i tid, skal gjøres med noe forsiktighet, blant annet indikerte befolkningsframskrivningen fra 2018 en større vekst enn det som nå legges til grunn. Samtidig viser dette at framskrevet behov med den reviderte modellen blir i samme størrelsesorden som nåværende modell ville framskrevet basert på forutsetninger fra noen år tilbake.

Framskrivningen av behov for liggedøgn til 2040 varierer mellom helseforetak/sykehus. Det skyldes hovedsakelig forskjeller i befolkningsutviklingen, men også noe differensiert effekt av de modifierende faktorene (se tabell 1 i vedlegg 1 for det enkelte helseforetak/sykehus).

Dissens

De to tillitsvalgte i faggruppen har levert følgende dissens på punktet i forbedringsfaktoren som omfatter oppholdstid (liggetid):

Grimsgaard og Skontorp stiller seg ikke bak tilrådommen om å legge videre reduksjon av liggetid som forutsetning i modellen. Liggetid har blitt kraftig redusert over tid. Det er allerede i dag et betydelig press på tidlig utskriving innad i sykehusene, samt press på

kommunene for å overta pasientene stadig tidligere. Grimsgaard og Skontorp vurderer at liggetiden i dag er for kort i mange enheter, og at ytterligere reduksjon kan bidra til redusert kvalitet i pasientbehandlingen, økt slitasje på ansatte og øvrig helsetjeneste, samt økning i samlet ressursinnsats som følge av at flere må skrives ut til kommunal omsorg.

2.2.2 Fremtidig behov for poliklinikk og dagbehandling

Poliklinikk og dagbehandling (unntatt dagkirurgi og dialyse) behandles samlet. Grunnlaget er aktiviteten i 2022, men det er lagt til en økning på 1,7%. Det gjøres på grunn av effekter av pandemien, hvor det i løpet av 2022 ble et økt antall ventende på venteliste, samt et økt antall pasienter som hadde passert planlagt tid for oppmøte.

I løpet av pandemien har telefon- og videokonsultasjoner blitt en etablert konsultasjonsform som utgjorde 9% av totalt antall konsultasjoner i 2022. Det forventes å øke i tiden framover. Det skilles i framskrivningen ikke mellom konsultasjoner ved fysisk fremmøte eller telefon/videokonsultasjoner da begge innebærer direkte møte mellom pasient og behandler.

Antall polikliniske konsultasjoner har økt mer enn befolkningsutviklingen skulle tilsi over de siste fem år. Det er derfor lagt inn et generelt tillegg utover hva demografisk framskrivning medfører. Tillegget er litt mindre enn det økningen har vært de siste årene, fordi det ikke forventes samme vekst fremover. Veksten i poliklinikk for kreftområdet er høyere enn gjennomsnittet for øvrige fagområder. Det skyldes at en større andel av behandlingen gis poliklinisk, og flere lever lengre med kreft og krever oppfølging. Det legges derfor inn en økning for kreft som er større enn øvrig poliklinikk. Likeledes framskrives øyesykdommer med en ekstra økning for å ta høyde for veksten i injeksjonsbehandling som har vært de siste årene, og som forventes å fortsette en del år framover.

Skjemabasert digital hjemmeoppfølging og brukerstyring av poliklinikk-kontakter er under innføring ved en rekke foretak. Dette forventes å redusere behovet for vanlige polikliniske kontakter med 5%.

Samlet øker behovet for polikliniske konsultasjoner med 25,6% fram til 2040. Nåværende modell framskriver 38% økning i behovet fram til 2040. Forskjellen skyldes i det vesentlige at nåværende modell legger til en årlig økning på 1% etter at alle andre faktorer er framskrevet. Utviklingen i senere årene tyder på at denne økningen ikke vil bli så uttalt framover.

Framskrivningen av behov for poliklinikk og dagbehandling til 2040 varierer mellom helseforetak/sykehus. Det skyldes hovedsakelig forskjeller i befolkningsutviklingen, men også noe differensiert effekt av de modifierende faktorene (se tabell 2 i vedlegg 1 for det enkelte helseforetak/sykehus).

2.2.3 Andre framskrivninger

Dialysebehandling og operasjonsaktivitet framskrives ut fra befolkningsutviklingen. For operativ aktivitet tilkommer en overgang fra døgn- til dagkirurgi.

Liggedøgn i intensivsenger inngår i det totale liggedøgnbehovet og fremskrives som sådan som del av totale liggedøgn. Det er ikke gjort noen separat framskrivning av behovet for intensivsenger. Det henvises her til arbeidet omkring intensivkapasitet på oppdrag til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor intensivkapasitet og framtidig behov gjennomgås.

2.2.4 Avgrensninger

Framskrivningen baserer seg på at aktiviteten som legges til grunn for framskrivningen, reflekterer behovet for befolkningen i det enkelte helseforetaks opptaksområde. Dersom det er spesielle forhold som tilsier at behovet ikke er dekket av den tilgjengelige kapasiteten, må det eventuelt tas hensyn til separat og legges til grunnlaget. Det anbefales at det utvikles en metode for å understøtte denne type vurderinger utfra et helhetlig befolkningshensyn. Dette vil inneholde en god analyse av nåsituasjon inkl. kapasitet, forbruksmønster og pasientstrømmer.

Arbeidet er avgrenset til å vurdere behovet for aktivitet i helseforetak og sykehus med egne opptaksområder. Følgende forhold er ikke vurdert: dimensjonerende faktorer for kapasitetsutnyttelse, beredskap, personell, økonomi, avtalespesialister og kjøp av private helsetjenester. Vurderinger av disse områdene må eventuelt gjøres i eget arbeid.

2.2.5 Oppfølging av modellen

Spesialisthelsetjenesten er i stadig endring. Framskrivninger innebærer alltid usikkerhet. Det anbefales derfor jevnlig oppfølging av modellen med en monitorering hvert andre år og en revisjon hvert fjerde år. Befolkningsframskrivninger fra SSB oppdateres hvert andre år, og det anbefales at monitorering gjøres parallelt med dette. På grunn av usikkerheten som etterslepet etter pandemien har skapt, anbefales at modellen også oppdateres når aktivitetsdata for 2023 foreligger.

Administrerende direktørs anbefaling

Arbeidet med framskrivninger er strategisk viktig for å planlegge for tilstrekkelig kapasitet på kort og lang sikt. Det har skjedd betydelige endringer i somatisk spesialisthelsetjeneste siden den nåværende framskrivningsmodellen ble utviklet. Det har derfor vært behov for å revidere modellen.

Den demografiske utviklingen i årene fremover med flere eldre, vil medføre et økt behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Forslaget til revidert framskrivningsmodell gir et større behov for liggedøgn i 2040 enn nåværende modell vil gjøre basert på dagens aktivitet. Det skyldes at omstillinger har skjedd i større grad fram til nå enn nåværende modell forventet. Det kan ikke legges til grunn tilsvarende videre endringer i tiden fremover. Dersom behovet framskrives med nåværende modell basert på faktisk aktivitet og befolkningsframskrivninger for noen år tilbake, blir det derfor mindre forskjeller.

Behovet for polikliniske konsultasjoner forventes prosentvis å øke mindre i 2040 enn hva nåværende modell framskriver. Det skyldes at dagens modell framskriver et årlig generelt tillegg utover de øvrige faktorene. Basert på den observerte utviklingen de senere årene, forventes fortsatt en videre vekst, men at den blir noe lavere enn i dagens modell.

Det er en dissens i gruppen fra tillitsvalgte som ikke stiller seg bak tilrådommen om å legge inn en viss videre reduksjon av liggetid som forutsetning i modellen. Dette utgjør imidlertid en reduksjon på 1,3% som er en relativt liten komponent i modellen.

Administrerende direktør vurderer at forslaget til revidert modell er godt fundert og anbefaler styret å slutte seg til forslaget og til at modellen legges til grunn for videre arbeid i regionen. Det ligger imidlertid flere usikkerhetsfaktorer i en framskrivning med et langt tidsperspektiv. Det er derfor behov for en regelmessig monitorering av utviklingen og revisjon av modellen.

Saken skal behandles i styrene for alle de fire regionale helseforetakene. Det tas forbehold om at det kan komme justeringer som følge av innspill fra de andre regionene i den endelige versjonen av rapporten. Administrerende direktør ber derfor om fullmakt til å foreta mindre endringer. Ved vesentlige endringer vil rapporten legges frem for styrebehandling på nytt. Forslag til revidert framskrivningsmodell vil etter styrebehandlingene bli sendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedlegg:

- Tabeller over framskrevet behov for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner i 2040
- Revidert framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester

Vedlegg 1

Framskrivning av behov for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner i 2040 fordelt på helseforetak/sykehus

Framskrivning av liggedøgn 2022 til 2040 for helseforetak/sykehus									
	Liggedøgn 2022	Korrigert for planlagt kirurgi	Etter demografi 2040	Etter friskere aldring	Etter spesielle faglige forhold	Etter reduksjon i utskrivningsklare liggedøgn	Etter forbedrings- faktor liggedøgn 2040	Endring fra 2022	Endring fra 2022 i %
Helseforetak/sykehus									
Helse Møre og Romsdal HF	138 367	139 313	184 545	175 286	173 915	165 747	159 380	21 013	15,2 %
Helse Nord Trøndelag HF	66 689	67 757	86 286	81 844	81 306	79 312	76 640	9 951	14,9 %
St. Olavs Hospital HF	229 890	236 348	314 061	300 450	296 426	282 630	276 132	46 242	20,1 %
Finnmarkssykehuset HF	36 007	36 411	50 788	48 045	47 756	44 935	43 395	7 388	20,5 %
Helgelandssykehuset HF	38 110	38 236	50 259	47 555	47 287	45 786	44 329	6 219	16,3 %
Nordlandssykehuset HF	86 753	86 968	111 037	105 544	104 652	102 202	98 490	11 737	13,5 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	159 884	162 121	209 750	200 129	197 555	182 737	178 100	18 216	11,4 %
Akershus universitetssykehus HF	255 965	258 689	376 869	358 442	355 564	348 103	338 028	82 063	32,1 %
Diakonhjemmet Sykehus	47 280	47 577	74 112	70 191	69 762	68 262	65 249	17 969	38,0 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	37 015	38 291	61 815	58 321	57 817	57 076	54 550	17 535	47,4 %
Oslo universitetssykehus HF	395 098	399 096	497 599	482 363	474 854	473 381	459 508	64 410	16,3 %
Sunnaas sykehus HF	41 220	41 220	45 390	44 370	44 370	44 370	42 773	1 553	3,8 %
Sykehuset i Vestfold HF	110 331	111 628	152 849	145 519	144 110	141 341	136 946	26 615	24,1 %
Sykehuset Innlandet HF	172 789	176 102	223 603	211 967	210 431	207 713	201 757	28 968	16,8 %
Sykehuset Telemark HF	92 204	93 484	121 175	115 323	114 302	109 389	105 778	13 574	14,7 %
Sykehuset Østfold HF	146 678	147 329	204 048	193 689	192 376	190 597	184 871	38 193	26,0 %
Sørlandet sykehus HF	133 568	135 483	181 862	173 097	171 883	171 165	166 978	33 410	25,0 %
Vestre Viken HF	207 258	208 591	290 127	275 971	273 965	272 101	265 448	58 190	28,1 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	45 813	46 634	70 247	66 199	65 960	64 801	61 751	15 938	34,8 %
Helse Bergen HF	256 262	257 505	334 347	320 890	316 634	313 804	304 883	48 621	19,0 %
Helse Fonna HF	91 426	92 136	121 699	115 889	114 956	111 933	107 681	16 255	17,8 %
Helse Førde HF	56 055	56 844	72 407	68 832	68 275	68 120	65 429	9 374	16,7 %
Helse Stavanger HF	169 662	173 212	245 090	233 659	231 775	228 611	220 912	51 250	30,2 %
Totalsum	3 014 324	3 050 974	4 079 963	3 893 575	3 855 933	3 774 114	3 659 006	644 682	21,4 %

Tabell 1. Framskrivning av behov for liggedøgn i 2040. Tabellen leses fra venstre mot høyre. Effekten av de enkelte elementene i framskrivningsmodellen framkommer ved en trinnvis framskrivning. Spesielle faglige forhold er framskrivning av kreftområdet. Framskrivningen for Oslo er basert på dagens pasientfordeling mellom Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus.

Framskrivning av poliklinikk (inkl. døgnopphold uten liggedøgn; eks. kirurgi og dialyse)							
	Antall opphold 2022	Korrigert etterslep	Etter demografi 2040	Etter spesielle faglige forhold	Etter DHO og brukerstyrt poliklinikk antall opphold 2040*	Endring 2022-2040	Endring i %
Helseforetak/sykehus							
Helse Møre og Romsdal HF	359 159	363 864	412 828	455 585	432 870	73 711	20,5 %
Helse Nord Trøndelag HF	145 685	150 800	163 673	179 882	170 913	25 228	17,3 %
St. Olavs Hospital HF	469 258	476 403	558 221	620 307	589 378	120 120	25,6 %
Finnmarkssykehuset HF	82 731	82 731	90 771	98 490	93 580	10 849	13,1 %
Helgelandssykehuset HF	92 689	94 667	101 932	110 515	105 005	12 316	13,3 %
Nordlandssykehuset HF	185 298	185 298	203 880	224 175	212 997	27 699	14,9 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	267 241	268 553	294 580	323 433	307 307	40 066	15,0 %
Akershus universitetssykehus HF	437 587	442 364	555 026	614 948	584 287	146 700	33,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	80 166	80 271	102 697	111 798	106 224	26 058	32,5 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	84 706	85 599	108 973	118 783	112 860	28 154	33,2 %
Oslo universitetssykehus HF	954 435	958 803	1 156 893	1 291 779	1 227 370	272 935	28,6 %
Sunnaas sykehus HF	8 993	9 006	10 231	10 907	10 363	1 370	15,2 %
Sykehuset i Vestfold HF	274 376	280 655	337 719	373 505	354 882	80 506	29,3 %
Sykehuset Innlandet HF	370 432	373 683	418 704	464 857	441 680	71 248	19,2 %
Sykehuset Telemark HF	197 513	200 385	224 645	245 248	233 020	35 507	18,0 %
Sykehuset Østfold HF	336 714	346 687	421 883	465 765	442 542	105 828	31,4 %
Sørlandet sykehus HF	349 595	353 773	423 553	467 629	444 313	94 718	27,1 %
Vestre Viken HF	477 667	486 053	594 739	659 295	626 423	148 756	31,1 %
Haraldsplass Diakonale sykehus AS	46 220	47 271	58 434	62 856	59 722	13 502	29,2 %
Helse Bergen HF	615 733	627 143	733 314	812 320	771 817	156 084	25,3 %
Helse Fonna HF	153 214	155 531	174 827	192 394	182 801	29 587	19,3 %
Helse Førde HF	127 018	130 595	139 997	153 455	145 804	18 786	14,8 %
Helse Stavanger HF	384 974	393 749	485 856	537 406	510 611	125 637	32,6 %
Totalsum	6 501 404	6 593 884	7 773 377	8 595 332	8 166 769	1 665 365	25,6 %

*DHO: Digital hjemmeoppfølging

Tabell 2. Framskrivning av behov for polikliniske konsultasjoner i 2040. Tabellen leses fra venstre mot høyre. Effekten av de enkelte elementene i framskrivningsmodellen fremgår ved en trinnvis framskrivning. Spesielle faglige forhold gjelder egen framskrivning av kreftområdet og behov innen øyesykdommer. Framskrivningen for Oslo er basert på dagens pasientfordeling mellom Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus.