



Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for Sørlandet Sykehus HF 2019- 2040

PROSJEKTNR: 120301368

UTARBEIDET AV

Kjell Solstad

Lilian Leistad

Øyvind Hope



DOKUMENTSTATUS

01	31.08.2021	Første utkast oversendt SSHF. Kun Framskrivning somatikk. Til kommentar
02	01.09.2021	Versjon 2 utkast oversendt til SSHF. Justeringer strålebehandling. Til Kommentar
03	13.10.2021	Versjon 3 komplett utkast oversendt til SSHF. Til kommentar
04	12.01.2022	Versjon 4 Endelig versjon oversendt til SSHF.

	1
1. INNLEDNING		9
1.1 GENERELL AKTIVITETSFAMSKRIVING		9
1.2 FRAMSKRIVING AV ET POTENSIELT AKTIVITETSGRUNNLAG FOR ET AKUTTBYGG I KRISTIANSAND.....		10
1.3 ORGANISERING AV RAPPORT		10
2. DEMOGRAFISK UTVIKLING I BOSTEDSOMRÅDET		11
2.1 UTVIKLINGEN I BEFOLKNINGSVOLUM		11
2.2 UTVIKLINGEN I ALDERSSAMMENSETNING		13
2.3 VARIASJON I BEFOLKNINGSUTVIKLING MELLOM KOMMUNENE.....		15
3. RHF-ENES FRAMSKRIVINGSMODEL		19
3.1 BAKGRUNNEN FOR FRAMSKRIVINGSMODELLEN		19
3.2 FRAMSKRIVING GJENNOM MODELLEN		20
4. RESULTATER FRA DEN GENERELLE FRAMSKRIVNINGEN AV AKTIVITET		23
4.1 TILPASNING AV LOKALE FORHOLD I FRAMSKRIVINGSMODELLEN		23
4.1.1 <i>Justering av modell for somatisk sektor</i>		23
4.1.2 <i>Justering av modell for PHV og TSB</i>		25
4.2 FRAMSKRIVING AV AKTIVITETEN VED SSHF		25
4.2.1 <i>Framskrevet aktivitet somatisk sektor</i>		25
4.2.1.1 Framskrivning aktivitet SSHF Arendal eksklusive nyfødte (HDG15).....		27
4.2.1.2 Framskrivning aktivitet SSHF Flekkefjord eksklusive nyfødte (HDG15)		30
4.2.1.3 <i>Framskrivning aktivitet SSHF Kristiansand eksklusive nyfødte (HDG15)</i>		34
4.2.1.4 Framskrivning aktivitet SSHF Kongsgård (rehabilitering) og SSHF Bjorbekk (habilitering)		36
4.2.1.5 Framskrivning aktivitet HDG 15 syke nyfødte ved SSHF		37
4.2.1.6 Framskrivning av aktivitet bildediagnostikk		38
4.2.2 <i>Framskrevet aktivitet PHV-voksne</i>		42
4.2.2.1 Framskrivning av aktivitet SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand		42
4.2.2.2 Framskrivning av aktivitet SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Arendal.....		44
4.2.2.3 Framskr. av aktivitet SSHF spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer Kristiansand		46
4.2.2.4 Framskrivning av aktivitet SSHF DPS Strømme		47
4.2.2.5 Framskrivning av aktivitet SSHF DPS Østre Agder.....		49
4.2.2.6 Framskrivning av aktivitet SSHF DPS Lister, Farsund		51
4.2.2.7 Framskrivning av aktivitet SSHF DPS Lister, Flekkefjord		52
4.2.2.8 Framskrivning av aktivitet SSHF DPS Lister, Kvinesdal		53
4.2.2.9 Framskrivning av aktivitet SSHF DPS Solvang		55
4.2.3 <i>Framskrevet aktivitet PHV for barn og unge</i>		57
4.2.3.1 Framskrivning av aktivitet SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri.....		57
4.2.3.2 Framskrivning av aktivitet SSHF Kristiansand barne- og ungdomspsykiatri		60
4.2.3.3 Framskrivning av aktivitet SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri		61
4.2.4 <i>Framskrevet aktivitet TSB</i>		62
4.2.4.1 Framskrivning av aktivitet ved SSHF Arendal Rusomsorg.....		63
4.2.4.2 Framskrivning av aktivitet SSHF Kristiansand Rusomsorg		64
4.2.4.3 Framskrivning av aktivitet SSHF Byglandsfjord Rusomsorg og SSHF Bjorbekk Rusomsorg		66

5.	BREGNING AV KAPASITETER BASERT PÅ FRAMSKREVET AKTIVITET	69
5.1	INNLEDNING	69
5.2	KAPASITETSBREGNING SOMATISK SEKTOR.....	69
5.2.1	<i>Estimering av kapasitetsbehov for intensiv- og overvåkingsenheter</i>	<i>69</i>
5.2.2	<i>Kapasitetsberegning av senger SSHF</i>	<i>70</i>
5.2.3	<i>Kapasitetsberegning av operasjonsrom SSHF</i>	<i>73</i>
5.2.4	<i>Kapasitetsberegning for dagbehandling og poliklinikk SSHF</i>	<i>75</i>
5.2.5	<i>Kapasitetsberegning for bildediagnostikk.....</i>	<i>79</i>
5.3	KAPASITETSBREGNING PHV OG TSB.....	82
5.3.1	<i>Kapasitetsberegning PHV voksne</i>	<i>83</i>
5.3.1.1	Beregning av sengekapasitet PHV-V ved SSHF.....	83
5.3.1.2	Beregning av kapasitet for dagbehandling og poliklinikk PHV-V ved SSHF	83
5.3.2	<i>Kapasitetsberegning PHV for barn og unge</i>	<i>84</i>
5.3.2.1	Beregning av sengekapasitet PHV-BU ved SSHF	85
5.3.2.2	Beregning av kapasitet for dagbehandling og poliklinikk PHV-BU ved SSHF.....	85
5.3.3	<i>Kapasitetsberegning TSB.....</i>	<i>87</i>
5.3.3.1	Beregning av sengekapasitet TSB ved SSHF	87
5.3.3.2	Beregning av kapasitet for dagbehandling og poliklinikk TSB ved SSHF.....	87
6	FRAMSKRIVING AV PASIENTGRUNNLAG FOR AKUTTBYGG I KRISTIANSAND.....	89
6.1	INNLEDNING	89
6.2	POTENSIELT PASIENTGRUNNLAG FOR AKUTTBYGG I KRISTIANSAND	89
6.2.1	<i>Inntakstid episoder HDG 14 «Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid»</i>	<i>90</i>
6.2.2	<i>Inntakstid episoder HDG 15 «Nyfødte m. tilstander oppstått i perinatalperioden»</i>	<i>92</i>
6.2.3	<i>Inntakstid for episoder i øvrige HDG-er.....</i>	<i>93</i>
6.3	FRAMSKRIVING AV PASIENTGRUNNLAGET FOR AKUTTBYGG I KRISTIANSAND	98
6.3.1	<i>Framskrivning av episoder i HDG 14 og 15.....</i>	<i>99</i>
6.3.3	<i>Framskrivning av episoder med inntaksmåte akutt eksklusive HDG 14 og 15.....</i>	<i>100</i>
6.4	ESTIMERT KAPASITETSBEHOV FOR AKUTTBYGGET SSHF KRISTIANSAND.....	103
6.4.1	<i>Estimert kapasitetsbehov for akuttrom/plasser eksklusive episoder i HDG14 og 15</i>	<i>103</i>
6.4.1.1	Akutte døgnopphold.....	104
6.4.1.2	Akutte polikliniske konsultasjoner	106
6.4.1.3	Oppsummering antall rom/plasser for episoder med hastegrad akutt (ekskl. HDG14 og 15).....	108
6.4.2	<i>Estimert kapasitetsbehov for operasjonsrom for akutte episoder (ekskl. HDG 14 og 15).....</i>	<i>109</i>
7	FORBRUKET AV SPESIALISTHELSETJENESTER.....	111
7.1	FORBRUKET AV SOMATISKE SPESIALISTHELSETJENESTER	111
7.1.1	<i>Forbruket av døgnopphold, liggedøgn og dagkirurgi.....</i>	<i>111</i>
7.1.2	<i>Forbruket av poliklinikk inkludert dagmedisin.....</i>	<i>118</i>
7.1.3	<i>Forbruket av bildediagnostikk HSØ</i>	<i>121</i>
7.1.3.1	Forbruket av bildediagnostikk for pasienter bosatt i HSØ etter HF-områder	121
7.1.3.2	Forbruket av bildediagnostikk for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område.....	125
7.2	FORBRUKET AV PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE.....	129
7.2.1	<i>Forbruket av døgnopphold og liggedøgn PHV-V.....</i>	<i>129</i>
7.2.2	<i>Forbruket av dagopphold og poliklinikk PHV-V.....</i>	<i>132</i>
7.3	FORBRUKET AV PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE	134
7.3.1	<i>Forbruket av døgnopphold og liggedøgn PHV-BU</i>	<i>135</i>
7.3.2	<i>Forbruket av dagopphold og poliklinikk PHV-BU.....</i>	<i>136</i>
7.4	FORBRUKET AV TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING AV RUSLIDELSER	139
7.4.1	<i>Forbruket av døgnopphold og liggedøgn TSB</i>	<i>139</i>

7.4.2	Forbruket av dagopphold og poliklinikk TSB	141
7.5	OPPSUMMERING AV FORBRUKET	142
7.5.1	Oppsummering somatisk sektor.....	142
7.5.2	Oppsummering PHV voksne	143
7.5.3	Oppsummering PHV for barn og unge	144
7.5.4	Oppsummering TSB	144
8	BEHANDLINGSSTED FOR PASIENTER BOSATT I SØRLANDET HF-OMRÅDE	146
8.1	BEHANDLINGSSTED SOMATISK SEKTOR	147
8.2	BEHANDLINGSSTED FOR PHV FOR VOKSNE	151
8.3	BEHANDLINGSSTED FOR PHV FOR BARN OG UNGE.....	153
8.4	BEHANDLINGSSTED FOR TSB.....	155
VEDLEGG 1	DEMOGRAFISK UTVIKLING	158
VEDLEGG 2	ENDRINGSFAKTORER UTOVER DEMOGRAFISK UTVIKLING.....	163
VEDLEGG 2.1	ENDRINGSFAKTORER UTOVER DEMOGRAFI SOMATISK SEKTOR	163
VEDLEGG 2.2	ENDRINGSFAKTORER UTOVER DEMOGRAFI FOR PHV OG TSB	164
VEDLEGG 3	OVERSIKT OVER OPERASJONSTIDER PER ICD10-GRUPPE.....	167
VEDLEGG 4	BEREGNEDE STØRRELSER AKTIVITET OG KAPASITET	169
VEDLEGG 4.1	SOMATISK SEKTOR	169
VEDLEGG 4.2	PHV OG TSB.....	173
Vedlegg 4.2.1	PHV-V	173
Vedlegg 4.2.2	PHV-BU.....	174
Vedlegg 4.2.3	TSB	175
VEDLEGG 5	AKUTTE EPISODER I 2019 ETTER DIAGNOSEGRUPPENE I MODELLEN.....	177

1. Innledning

I det følgende presenteres resultater fra en framskriving av aktiviteten ved Sørlandet sykehus HF (SSHF). Bestillingen fra HF-et var todelt:

1. En generell framskriving av aktiviteten ved HF-et på fem lokasjoner
2. En spesiell framskriving av et aktivitetsgrunnlag for et framtidig bygg for akuttmottak somatisk sektor ved SSHF – Kristiansand

Framskrivningen skal ta utgangspunkt i pasientdata fra driftsåret 2019 og framskrivingshorisont er 2040. Pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR) benyttes som utgangspunkt for framskrivningen sammen med egne data fra HF-et på framskriving av bildediagnostikk. Her finnes det ikke data på pasientnivå, slik at framskrevne tall estimeres med utgangspunkt i endringen i somatisk sektor etter behandlingsnivå.

1.1 Generell aktivitetsframskriving

Framskrivningen omfatter både somatisk sektor, psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). For PHV skiller det mellom PHV for voksne (PHV-V) og PHV for barn og unge (PHV-BU). Den generelle framskrivningen omfatter følgende:

- Framskrivning av aktivitetsdata ved HF-et
 - Somatisk sektor spesifisert på fem lokasjoner:
 - SSHF-Arendal (døgn-, dag- og poliklinikkaktivitet)
 - SSHF-Flekkefjord (døgn-, dag- og poliklinikkaktivitet)
 - SSHF-Kristiansand (døgn-, dag- og poliklinikkaktivitet)
 - SSHF-Bjorbekk (poliklinisk habilitering)
 - SSHF rehabilitering Kongsgård (døgn- og poliklinikkaktivitet)
 - PHV-V spesifisert på ni lokasjoner:
 - Psykiatrisk sykehusavdeling, Kristiansand (døgn- og dagaktivitet)
 - Psykiatrisk sykehusavdeling, Arendal (døgn- og dagaktivitet)
 - Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer, Kristiansand (dagakt.)
 - DPS Strømme (døgn- og dagaktivitet)
 - DPS Østre Agder (døgn- og dagaktivitet)
 - DPS Lister, Farsund (dagaktivitet)
 - DPS Lister, Flekkefjord (dagaktivitet)
 - DPS Lister, Kvinesdal (døgn- og dagaktivitet)
 - DPS Solvang (døgn- og dagaktivitet)
 - PHV-BU spesifisert på tre lokasjoner
 - Arendal Barne- og ungdomspsykiatri (døgn- og dagaktivitet)
 - Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri (dagaktivitet)
 - Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri (dagaktivitet)

- TSB spesifisert på fire lokasjoner
 - Kristiansand Rusomsorg (døgn- og dagaktivitet)
 - Arendal Rusomsorg (døgn- og dagaktivitet)
 - Byglandsfjord Rusomsorg (døgnaktivitet)
 - Bjorbekk Rusomsorg (døgnaktivitet)
- Beregne kapasiteter på de framskrevne lokasjonene presentert over
- Beregne forbruksoversikter for HF-området
- Lage analyser over hvor pasienter bosatt i HF-området får sin behandling og hvilke pasienter som behandles i SSHF

I framskrivingen av aktivitet tas det utgangspunkt i de regionale helseforetakenes (RHF-enes) framskrivingsmodell¹, men det gjøres tilpasninger i modellen i samarbeid med HF-et for å ta hensyn til spesielle lokale forhold. I framskrivingsmodellen benyttes demografisk framskriving basert på siste tilgjengelige framskriving fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2020 med midlere verdier på de fire endringsdriverne i befolkningsframskrivingen (MMMM-versjonen)²

1.2 Framskrivning av et potensielt aktivitetsgrunnlag for et akuttbygg i Kristiansand

I denne delen tas det utgangspunkt i alle døgn- og dagopphold samt polikliniske konsultasjoner med inntaksmåte «Akutt» ved SSHF-Kristiansand. Dette baseres på registrerte episoder med kodet inntaksmåte/hastegrad lik Akutt i pasientdata fra NPR. Framskrivningen av disse pasientene gjøres kun demografisk. Dette betyr at eneste endringsfaktor for disse blir hvordan volumet og alderssammensetningen i HF-området endres fram mot 2040.

1.3 Organisering av rapport

Rapporten er organisert som følger: I kapittel 2 gis en kort gjennomgang av utviklingen i befolkningen i SSHF sitt bostedsområde (Sørlandet bostedsområde) mens kapittel 3 gir en kort gjennomgang av prinsippene i framskrivingsmodellen. I kapittel 4 presenteres resultatene av framskriving av aktiviteten ved institusjonene og i kapittel 5 foretas en beregning av framtidig kapasitetsbehov basert på aktivitetsframskrivingen. Kapittel 6 viser drøfting og framskriving av et aktivitetsgrunnlag for akuttbygg i Kristiansand. Kapittel 7 inneholder oversikter over forbruksrater for HF-områdene i Norge og i kapittel 8 gis en oversikt over hvor pasientene bosatt i kommunene i Sørlandet bostedsområde mottar sin behandling.

¹ En beskrivelse av hvordan RHF-enes framskrivingsmodell er utformet finnes her: https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

² De fire endringsdriverne er: Frukthet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

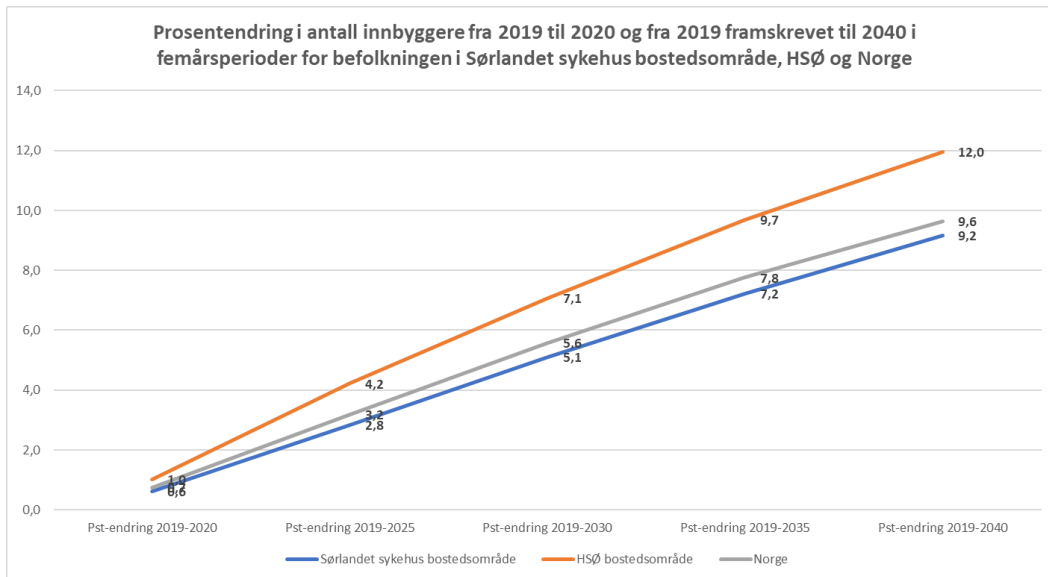
2. Demografisk utvikling i bostedsområdet

I det følgende gis det en kort beskrivelse over utviklingen i volum og alderssammensetning i befolkningen i Sørlandet bostedsområde. Kommunene Lund og Sokndal er også inkludert i området da HF-et har lokalsykehusansvar for pasienter herfra. I oversiktene fokuseres det på tre sider ved den demografiske utviklingen; Volumendring, endring i alderssammensetning og til slutt variasjonen mellom kommunene i bostedsområdet. I de to første sammenliknes det mellom bostedsområdet for HF-et, gjennomsnittet for befolkningen i Helse Sør-Øst (HSØ) og for Norge. Periodene er fra 2019 til 2040, men det vises femårsperioder fra 2020 fram til 2040. Data fra 2019 og 2020 er faktiske tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB), mens for framskrevne femårsperioder benyttes det midlere alternativet for framskriving fra SSB (MMMM-alternativet). I kommuneoversikten i vedlegg 1 vises det tall i perioden fra 2019 framskrevet til 2040, men det tas et lite forbehold om at kommuneendringene fra 2019 til 2020 kan være feilestimert slik at endringstall på kommunenivå fra 2019 til 2020 har noe usikkerhet i seg. Dette skyldes at det fra 2020 ble foretatt en relativt omfattende kommuneendring og SSB klarer ikke å fordele 2019-kommunene 100 prosent på de nye kommunene fra 2020. Dette betyr at i 2019 blir en andel av befolkningen ikke fordelt på kommuner. Vi er usikre på i hvor stor grad dette gjelder for kommunene i Sørlandet bostedsområde. Alle grunnlagstallene som er benyttet i framstillingen her finnes i vedlegg nr. 1.

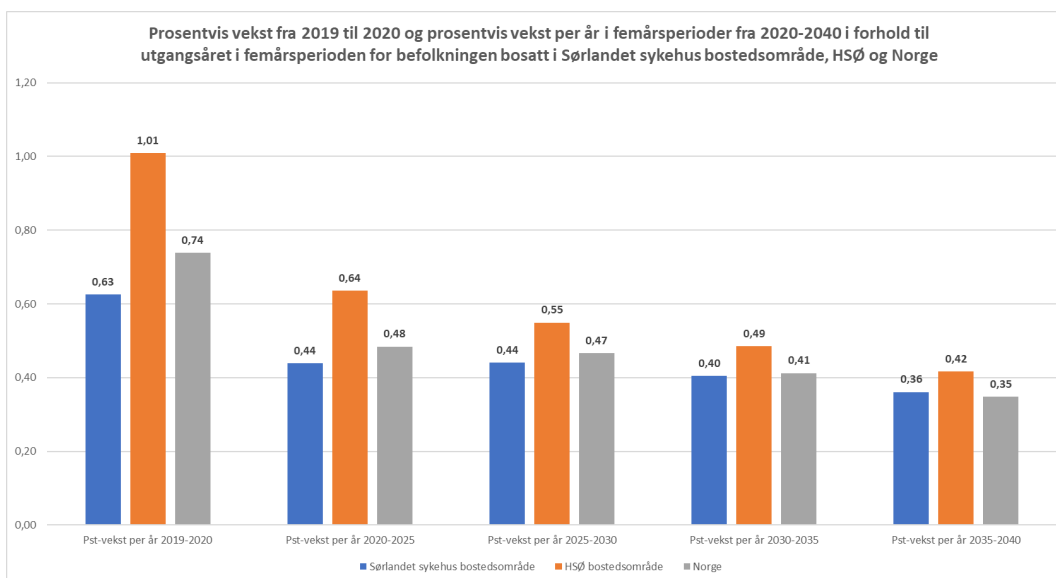
2.1 Utviklingen i befolkningsvolum

I 2019 var det per 1. januar registrert 311 762 innbyggere i Sørlandet bostedsområde. Da er befolkningen i Lund og Sokndal inkludert. Framskrivningen viser at denne befolkningen øker til 340 301 i 2040, en økning i volum på 9,2 prosent over 21-årsperioden. Tilsvarende vekst for befolkningen i HSØ og Norge blir på henholdsvis 12,0 og 9,6 prosent. I vedlegg 1 finnes tallene framskrevet i femårsperioder. Dette betyr at det framskrevne volumet i bostedsområdet for HF-et har 2,8 prosentpoengs lavere vekst enn tilsvarende for HSØ, og 0,4 prosentpoeng lavere vekst enn for landet samlet.

I figur 2.1 vises den prosentvise veksten fra 2019 til 2020 og fra 2019 framskrevet til 2040 i femårsperioder fra 2020 for bostedsområdet til HF-et, HSØ og Norge. I figur 2.2 presenteres veksten per år i prosent av utgangsåret for 2019 til 2020 og for femårsperiodene fra 2020 til 2040.



Figur 2.1 Prosentendring i antall innbyggere fra 2019 til 2020 og framskrevet fra 2019 til 2040 i femårsperioder for Sørlandet bostedsområde, HSØ og Norge



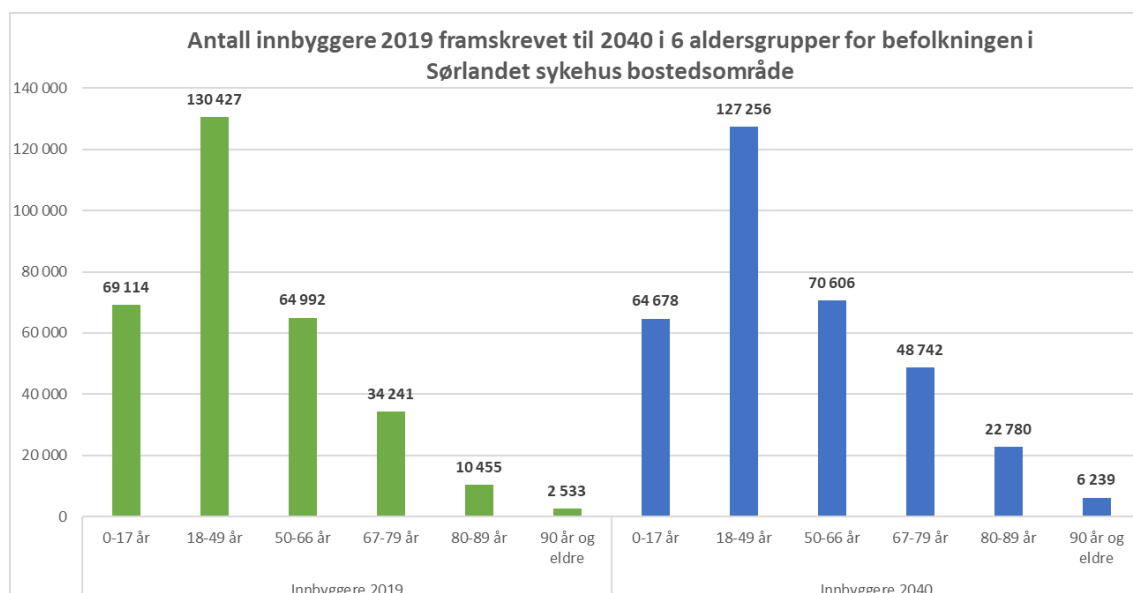
Figurene viser at veksten i befolkningen var betydelig større fra 2019 til 2020 enn det den årlige prosentvise veksten i femårsperiodene er. Dette gjelder for alle de tre områdene. Figurene viser videre at forskjellen i gjennomsnittlig årlig vekst i femårsperiodene for bostedsområdet og HSØ og Norge, avtar utover i framskrivingsperioden. Den årlige veksten i siste femårsperiode viser at bostedsområdet er betydelig nærmere HSØ-veksten enn den første femårsperioden, og at den årlige veksten er høyere enn tilsvarende for Norge i den siste femårsperioden. Det er likevel slik at over hele perioden fra 2019 til 2040 er den samlede veksten i HSØ og Norge høyere enn veksten i bostedsområde til HF-et.

2.2 Utviklingen i alderssammensetning

I dette kapitlet gis en framstilling av alderssammensetningen i bostedsområdet for HF-et sammenliknet med tilsvarende i HSØ og Norge. Befolkningen er delt inn i seks aldersgrupper i disse oversiktene:

- Aldersgruppe 1: 0-17år
- Aldersgruppe 2: 18-49 år
- Aldersgruppe 3: 50-66 år
- Aldersgruppe 4: 67-79 år
- Aldersgruppe 5: 80 til 89 år
- Aldersgruppe 6: 90 år og eldre

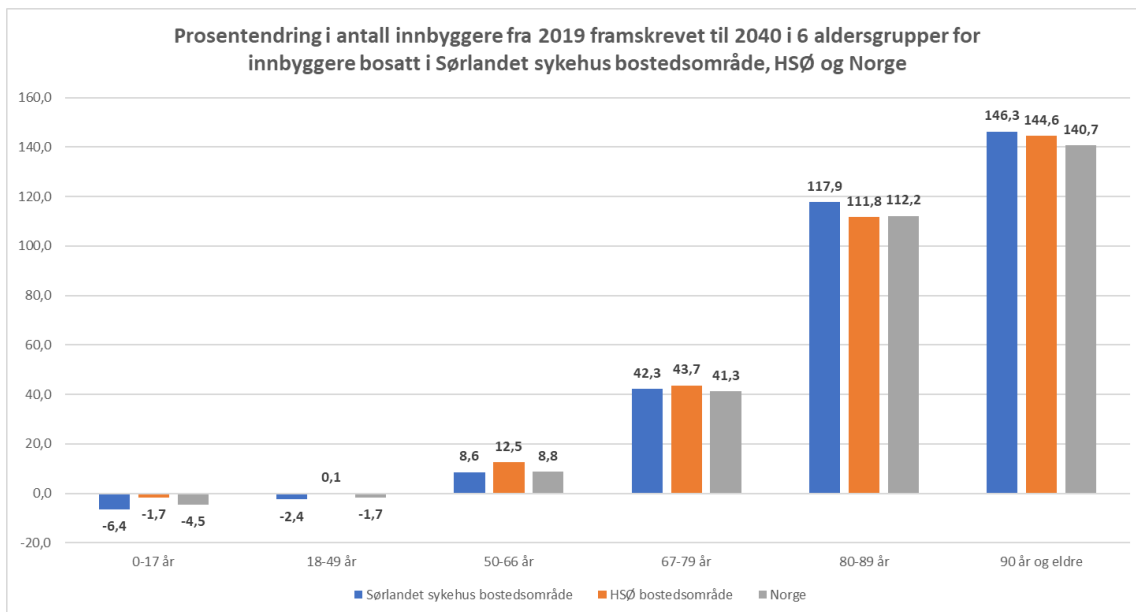
I figur 2.3 gis en oversikt over hvordan volumet i hver gruppe var i 2019 og hvordan gruppene framskrives til 2040 for Sørlandet bostedsområde.



Figur 2.3 *Antall innbyggere 2019 framskrevet til 2040 i 6 aldersgrupper for befolkningen i Sørlandet bostedsområde*

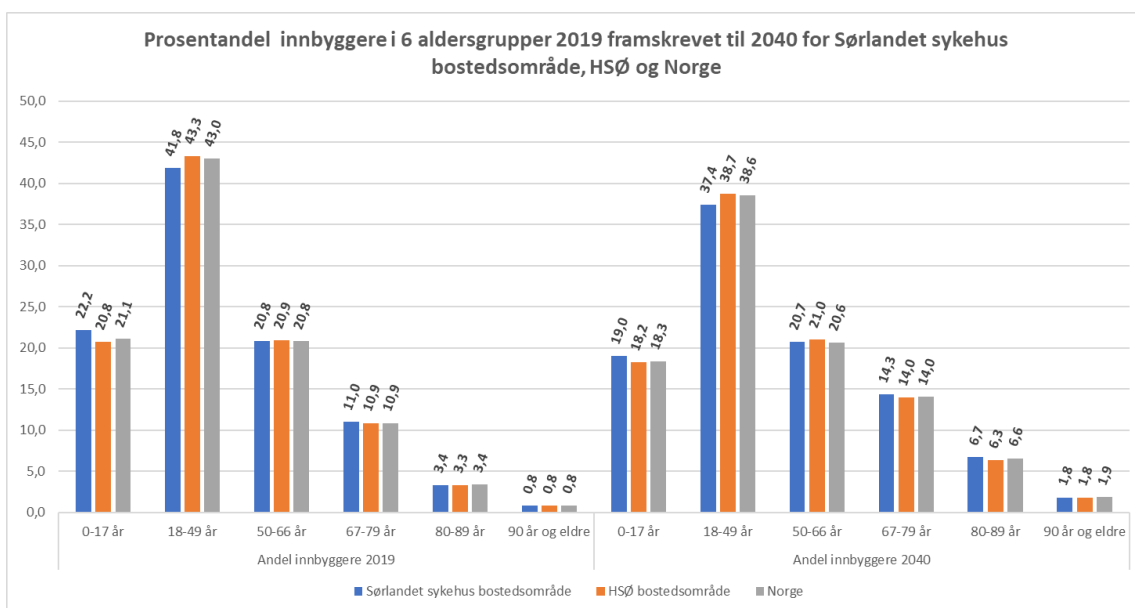
Figuren viser at det i 2019 er aldersgruppe 1 og 2 som er størst i volum, med aldersgruppe 3 nesten like stor som aldersgruppe 1. Videre avtar volum relativt mye i aldersgruppene 4 til 6. I befolkningen som framskrives til 2040 er det fortsatt aldersgruppe 2 som har det største volumet, men noe mindre enn tilsvarende for 2019. Videre viser figuren at gruppe 1 reduseres, mens gruppe 3 vokser. I framskrevet mengde er det gruppe 2 og 3 som utgjør de største volumene. Alle de fire gruppene fra 50 år og eldre får framskrevet et høyere volum enn det de hadde i 2019, de to eldste med store økninger. Dette betyr at befolkningen får en høyere alder i 2040 enn det som var tilfelle i 2019. For somatisk sektor er dette viktig da det er en positiv sammenheng mellom alder og forbruk, spesielt for døgntilrettelagt behandling, men sammenhengen er der for poliklinikk og dagbehandling også.

Andelen eldre øker i HF-ets bostedsområde. I figur 2.4 vises hvordan den prosentvise veksten fra 2019 til 2040 blir i de 6 aldersgruppene i Sørlandet bostedsområde sammenliknet med tilsvarende for befolkningen i HSØ og Norge.



Figur 2.4 Prosentendring i antall innbyggere fra 2019 framskrevet til 2040 i 6 aldersgrupper for befolkningen bosatt i Sørlandet bostedsområde, HSØ og Norge

Figuren viser at for de to yngste aldersgruppene har bostedsområdet til Sørlandet sykehus en reduksjon i volum. Reduksjonen er større enn tilsvarende for Norge som også har en nedgang i begge aldersgruppene. HSØ bostedsområde har den laveste nedgangen i aldersgruppe 1 og har en tilnærmet stabil utvikling i aldersgruppe 2 fra 2019 til 2040, med en vekst på 0,1 prosent. For de fire eldste aldersgruppene går HF-ets bostedsområde fra den prosentvise laveste veksten i aldersgruppen 50-66 år til den høyeste både for gruppe 5 og gruppe 6. Dette viser igjen at i forhold til gjennomsnittet i HSØ og Norge blir befolkningen i Sørlandet bostedsområde eldre framover i tid. Dette oppsummeres i figur 2.5 der prosentandelen i hver aldersgruppe presenteres for 2019 og 2040.



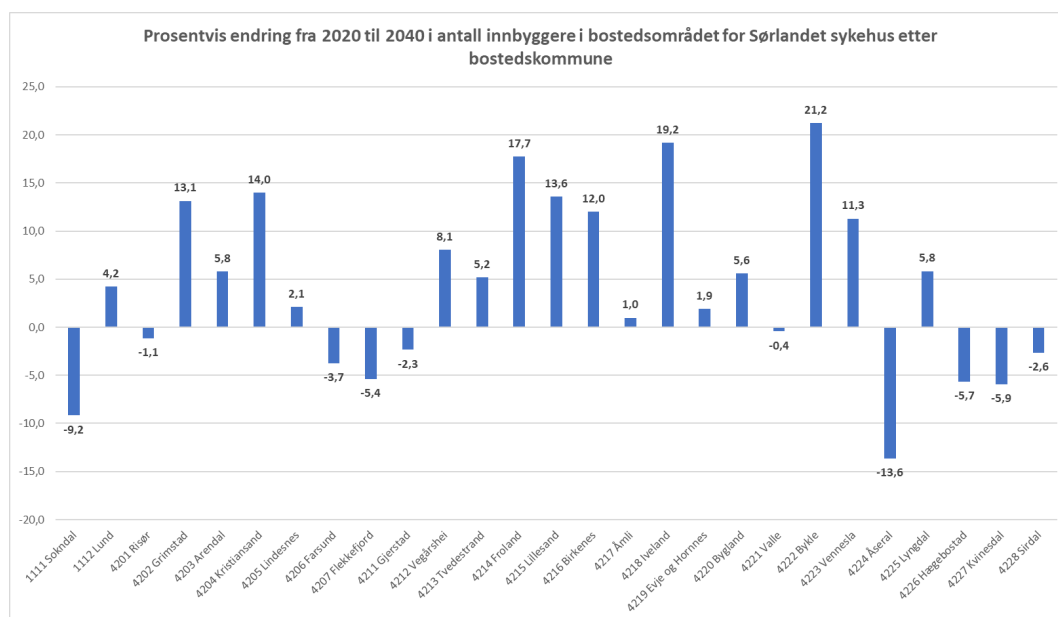
Figur 2.5 Prosentandel innbyggere i 6 aldersgrupper 2019 framskrevet til 2040 for befolkningen i Sørlandet bostedsområde, HSØ og Norge

Figuren viser at selv om befolkningen i Sørlandet bostedsområde relativt sett har blitt noe eldre enn tilsvarende for befolkningen samlet i HSØ og Norge, blir det ikke dramatiske forskjeller i de relative andelene mellom de tre geografiske områdene da endringen i profil mellom aldersgruppene har vært noenlunde lik.

2.3 Variasjon i befolkningsutvikling mellom kommunene

I dette delkapitlet presenteres variasjonen i befolkningsutviklingen mellom kommunene i bostedsområdet for Sørlandet sykehus. Som nevnt innledningsvis gis det kun oversikt for endringer fra 2020 til 2040 da den store endringen i kommuneinndelingen gir usikkerhet i sammenligningstall med 2019-kommunene.

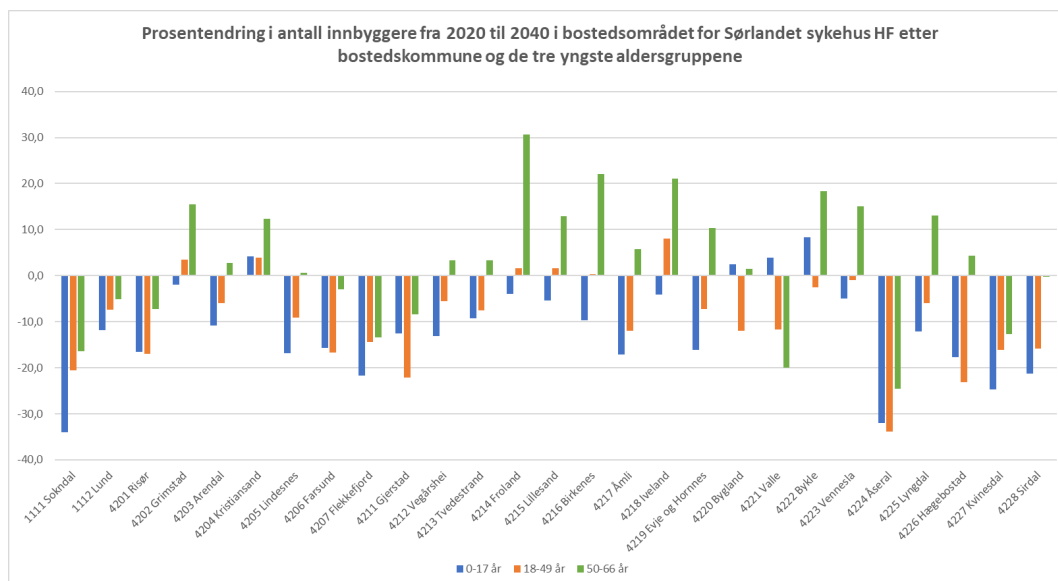
I figur 2.6 vises prosentendringen i antall innbyggere 2020 framskrevet til 2040 for kommunene i bostedsområdet. De faktiske tallene finnes i vedlegg nr. 1 (tabell v1.3).



Figur 2.6 Prosentvis endring fra 2020 til 2040 i antall innbyggere i Sørlandet bostedsområde etter pasientenes bostedskommune

Figuren viser at det i 10 av de 27 kommunene blir framskrevet en nedgang i antall innbyggere, mens de resterende 17 får en økning. 7 av kommunene har relativt små prosentvise endringer. Dette er årsaken til at bostedsområdet i gjennomsnitt får en økning i befolkningen på 8,5 prosent samlet fra 2020 til 2040.

I figur 2.7 gis en oversikt over prosentvis vekst i befolkningen i de tre yngste aldersgruppene for befolkningen bosatt i HF-ets bostedsområde. De blå søylene viser aldersgruppen 0-17 år, de oransje aldersgruppen 18- 49 år og de grønne søylene viser aldersgruppen 50-66 år. De faktiske tallene for kommunene er presentert i vedlegg 1.



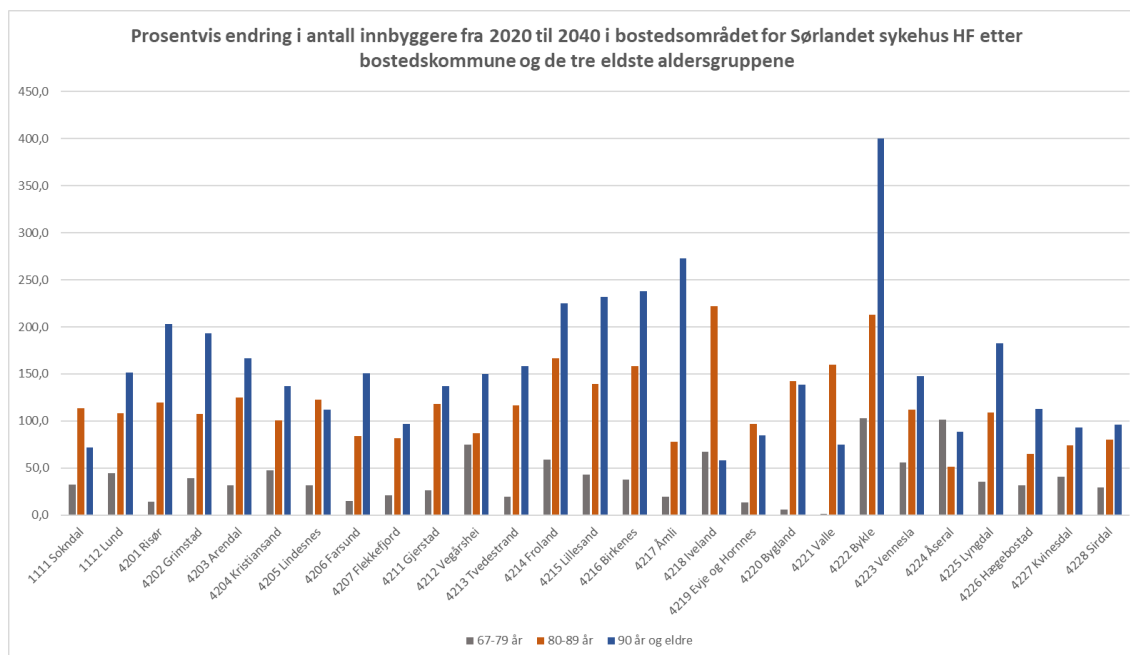
Figur 2.7 *Prosentvis endring i antall innbyggere fra 2020 til 2040 i tre aldersgrupper for befolkningen i Sørlandet bostedsområde etter pasientenes bostedskommune*

For de yngste innbyggerne i aldersgruppe 1, 0-17 år, er det kun 4 kommuner som får en framskrevet økning i befolkningen. De resterende kommunene får en nedgang i aldersgruppen. Størst prosentvis økning blir i Bykle kommune med en økning på 8,3 prosent i perioden. Størst prosentvis nedgang blir det i Sokndal kommune med en nedgang på 34,0 prosent. For hele aldersgruppen samlet blir det en reduksjon i framskrevet befolkning 2040 på 5,9 prosent. Dette utgjør en reduksjon på 4 025 innbyggere framskrevet fra 2020 til 2040.

I aldersgruppe 2, 18 til 49 år, er det 6 kommuner som får en framskrevet økning i befolkningen, mens de resterende 21 kommunene får en reduksjon. Størst prosentvis økning blir det i Iveland kommune med 8,1 prosent, mens størst reduksjon blir i Åseral med en reduksjon på 33,9 prosent. For hele aldersgruppen blir det en reduksjon på 2,4 prosent i framskrevet befolkning 2040. Dette utgjør en reduksjon på 3 141 innbyggere framskrevet til 2040.

For den tredje aldersgruppen, 50-67 år, snur trenden noe, og det er 17 kommuner som får en framskrevet vekst i befolkningen, mens 10 får en framskrevet nedgang. Størst prosentvis vekst blir det i Froland med 30,7 prosent framskrevet vekst, mens størst nedgang får Åseral med 24,6 prosent framskrevet reduksjon til 2040. Samlet for aldersgruppe 3 blir det en framskrevet økning på 7,2 prosent fra 2020 til 2040, en økning i antall innbyggere på 4 735.

I figur 2.8 gis en tilsvarende framstilling for de tre eldste aldersgruppene. De grå søylene viser aldersgruppen 67-79 år, de brune viser aldersgruppen 80-89 år og de blå søylene viser aldersgruppen 90 år og eldre. For gruppen 90 år og eldre er det relativt små kommunale tall og små endringer gir store prosentvise utslag.



Figur 2.8 Prosentvis endring i antall innbyggere fra 2020 til 2040 i tre aldersgrupper for befolkningen i Sørlandet bostedsområde etter pasientenes bostedskommune

Ingen av aldersgruppene får framskrevet en reduksjon i befolkning til 2040. I aldersgruppe 4, 67-79 år, er det Valle kommune som får den laveste veksten med framskrevet vekst på 1,2 prosent. Dette utgjør 2 innbyggere i vekst fra 2020 til 2040. Størst prosentvis framskrevet vekst får Bykle med en framskrevet vekst på 103,3 prosent, noe som utgjør 94 innbyggere i endring i denne gruppen. Aldersgruppen samlet får en framskrevet vekst på 37,8 prosent fra 2020 til 2040 noe som utgjør 13 382 innbyggere i økning.

I aldersgruppe 5, 80-89, er det Åseral som får lavest vekst med framskrevet vekst på 51,2 prosent. Dette utgjør en økning på 22 innbyggere fra 2020 til 2040. Høyest prosentvis vekst i denne aldersgruppen får Iveland med en vekst på 221,9 prosent eller 71 framskrevne innbyggere i vekst fra 2020 til 2040. Samlet sett for hele aldersgruppen blir det en framskrevet vekst på 109,8 prosent fra 2020 til 2040. Dette utgjør et volum på 11 921 innbyggere i vekst fra 2020 til 2040, dvs. mer enn en fordobling.

I aldersgruppe 6, 90 år og eldre er det Iveland som får framskrevet lavest vekst med 58,3 prosent. Dette utgjør en vekst på 7 innbyggere i aldersgruppen fra 2020 til 2040. Høyest framskrevet vekst er det Bykle som får med en firedobling, dvs. 400,0 prosent i framskrevet vekst. Dette gir en vekst på 16 innbyggere i perioden, noe som betyr at kommunen i 2020 hadde 4 innbyggere som var 90 år eller eldre. Samlet sett for hele aldersgruppen var det en vekst på 147,3 prosent noe som utgjør 3 716 innbyggere i vekst i aldersgruppen 90 år og eldre. Det var 8 av kommunene som hadde en vekst lavere enn 100 prosent og 19 kommuner som hadde høyere. Volummessig utgjør veksten i aldersgruppen litt mer i antall innbyggere enn tilsvarende reduksjon i innbyggertallet i gruppen 18-49 år.

3. RHF-enes framskrivingsmodell

3.1 Bakgrunnen for framskrivingsmodellen

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

”– utvikle bedre metoder for framskriving av behov og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer, som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi.”³

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

Ved etablering av Sykehusbygg HF ble oppgaven knyttet til forvaltning av modellen overført fra KNS til Sykehusbygg. Sykehusbygg har siden etableringen benyttet modellen i flere framskrivingsprosjekter i alle RHF-ene. Typiske prosjekter har vært framskriving til utviklingsplaner for regionene og for enkelte HF. Ellers er modellen benyttet i enkeltprosjekter i ulike faser av sykehusplanlegging.

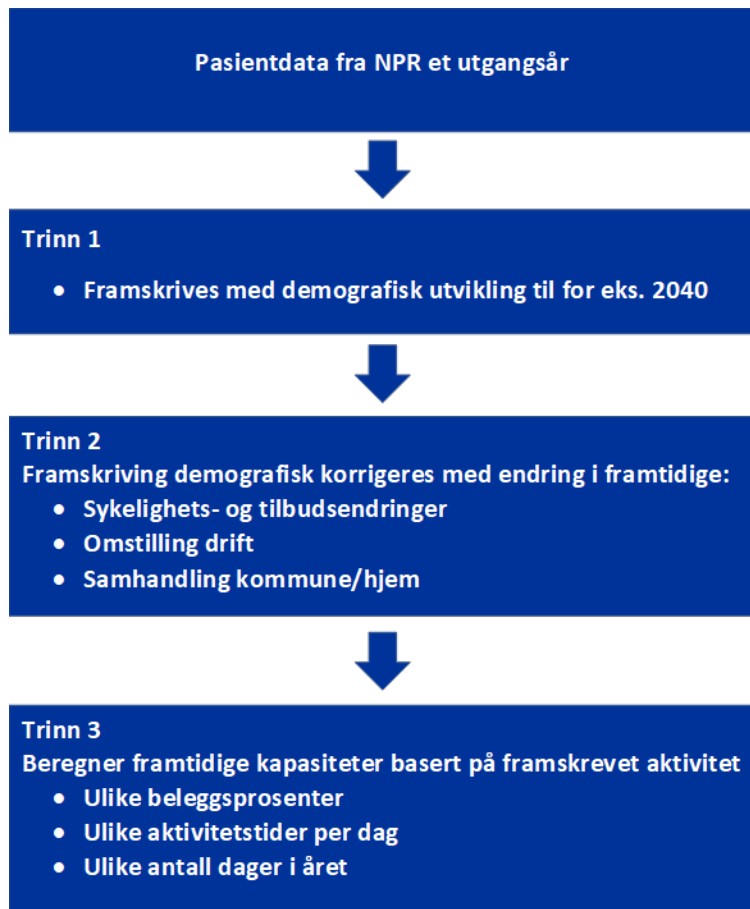
Det er etablert en prosjektgruppe som skal ha ansvaret for utvikling av framskrivingsmodellen. Prosjektgruppen ledes av Helse Sør-Øst RHF og består av representanter fra alle RHF-ene, KS, SSB, Helsedirektoratet og Sykehusbygg. I det følgende gis en kortfattet presentasjon av prinsippene i modellen. Det er utarbeidet en detaljert beskrivelse av modellen som finnes på følgende internettsider:

https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

³ Nasjonal helseplan 2007-2010, St.prp. nr. 1 (2006-2007), kapittel 6.

3.2 Framskrivning gjennom modellen

Prinsippene i modellen kan illustreres som en tre-trinnsmodell der det tas utgangspunkt i pasientdata fra NPR.



Figur 3.1 *Trinnene i framskrivingsmodellen*

Trinn 1 består av en demografisk framskrivning. Her tas det utgangspunkt i befolkningsframskrivingene som SSB står for. SSB lager jevnlig befolkningsframskrivinger basert på fire faktorer:

- Fruktbarhet
- Levealder
- Innenlandsk flytting
- Innvandring

I trinn 2 korrigeres den demografiske framskrivningen med endringsfaktorer knyttet til utvikling i sykkelighet og medisinsk tilbud samt diverse omstillinger i dagens drift som er skjønnsmessig fastsatt. Faktorene omtales som standardfaktorene i modellen og gir faste årlige prosentvise endringer over tid i en tidsperiode. Disse faktorene bør justeres med jevne mellomrom og utviklingsprosjektet nevnt innledningsvis har som oppgave å gjøre dette.

I trinn 3 beregnes framtidig kapasitetsbehov basert på framskrevet aktivitet. Som nevnt er det pasientdata som framskrives slik at det er primært områder knyttet til utredning og behandling av pasientene som det kan beregnes kapasitetsbehov for. I datagrunnlaget fra NPR lager vi følgende inndeling av aktiviteten:

- Somatisk sektor
 - Døgnopphold med antall liggedøgn: Alle opphold med minst en overnatting
 - Dagopphold: Omfatter alle opphold som er inn og ut samme dag og som enten er i en kirurgisk DRG⁴ eller DRG for rutinemessig dialysebehandling
 - Poliklinisk konsultasjon: Resterende opphold som er inn og ut samme dag. Den største gruppen her er de vanlige polikliniske konsultasjonene som grupperes i 900-DRG-ene. Medisinsk dagbehandling utover dialyse klassifiseres også som poliklinikk. Store grupper her er kjemoterapi og strålebehandling, som begge er en del av 800-DRG-ene samt alle poliklinisk utførte endoskopier som grupperes til 700-DRG-ene.
 - Operasjoner: Antall operasjoner estimeres ved hjelp av antall døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG
- Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB)
 - Døgnopphold med oppholdsøgn: registrert omsorgsnivå med verdi 1 døgnopphold
 - Dagopphold: Opphold inn og ut samme dag med registrert omsorgsnivå verdi 2 dagopphold
 - Poliklinisk konsultasjon: Opphold inn og ut samme dag med registrert omsorgsnivå verdi 3 poliklinisk konsultasjon

For PHV og TSB har det tradisjonelt vært mangelfull registrering av dagopphold som i stor grad har blitt registrert som polikliniske konsultasjoner i stedet. I framskrivingsammenheng slås derfor dagopphold og konsultasjoner sammen til en felles aktivitetsgruppe som framskrives.

Kapasitetsbehovet beregnes ut fra framskrevne verdier på de overordnede pasientgruppene som er beskrevet over. Dersom ønskelig fra noen HF kan framtidig bildediagnostikk estimeres ved å benytte gjennomsnittlig framskrevet vekst for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. Dette krever at HF-et kan framskaffe oversikter over volum bildediagnostikk for hver modalitet utført på døgnpasienter og poliklinikk. Pasienter som møtes kun til bildediagnostikk framskrives med vekst for polikliniske konsultasjoner. Ved å fastsette verdier på beleggspresenter for døgnaktiviteten og utnyttingsgrader tidsmessig på dagaktivitetene er det mulig å beregne framtidig kapasiteter for senger/plasser for døgnaktiviteten og antall plasser/rom for dagaktivitet og poliklinikk. Videre beregnes framtidig behov for operasjonsrom. Hvilke beleggspresenter og utnyttingsgrader som velges har relativt stor effekt på volumet av framtidig kapasitet.

⁴ DRG-systemet grupperer alle kontakter i somatisk spesialisthelsetjeneste i om lag 1 000 ulike DRG-er basert på hva som er pasientens hovedtilstand (lidelse), kjønn og alder. Ulike kirurgiske og medisinske prosedyrer som utføres på pasientene, har også betydning for hvilken DRG som pasientene grupperes til. Dersom pasienten får utført en kirurgisk prosedyre som krever operasjonsstue, grupperes den til samlebetegnelsen (type DRG) kirurgisk DRG, ellers i en medisinsk DRG. Polikliniske konsultasjoner klassifiseres ikke i type DRG. DRG for rutinemessig dialysebehandling er DRG 3170 «Dialyse dagmedisinsk behandling».

4. Resultater fra den generelle framskrivningen av aktivitet

I dette kapitlet presenteres resultatene fra den generelle framskrivningen av aktiviteten ved SSHF. Her presenteres først aktivitetsframskrivningen for alle sektorene der det også redegjøres for hvilke lokale tilpasninger som er foretatt i framskrivningsmodellen. Deretter presenteres beregning av kapasitet på aktiviteten 2019 framskrevet til 2040. Her redegjøres det også for hvilke utnyttelsesgrader som er brukt i kapasitetsberegningene.

4.1 Tilpasning av lokale forhold i framskrivningsmodellen

I framskrivninger er det vanlig å ta utgangspunkt i standardmodellen med dens endringsfaktorer utover demografisk framskrivning. I samråd med HF-et er det foretatt justeringer i endringsfaktorene for alle sektorene i denne framskrivningen også. I vedlegg 2 er endringsfaktorene i standardmodellen for alle sektorer presentert. Faktorene er spesifisert på diagnosegruppenivå slik at det er mulig å se hvilke diagnosegrupper som berøres av de lokale tilpasningene som gjøres i modellen.

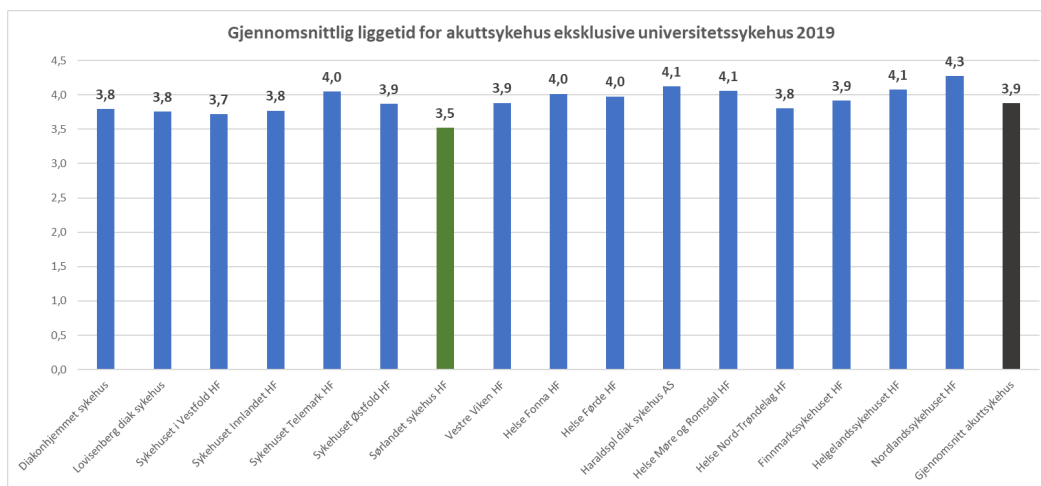
4.1.1 Justering av modell for somatisk sektor

I somatisk sektor ble det enighet om å foreta følgende lokale tilpasninger i aktivitetsframskrivningen:

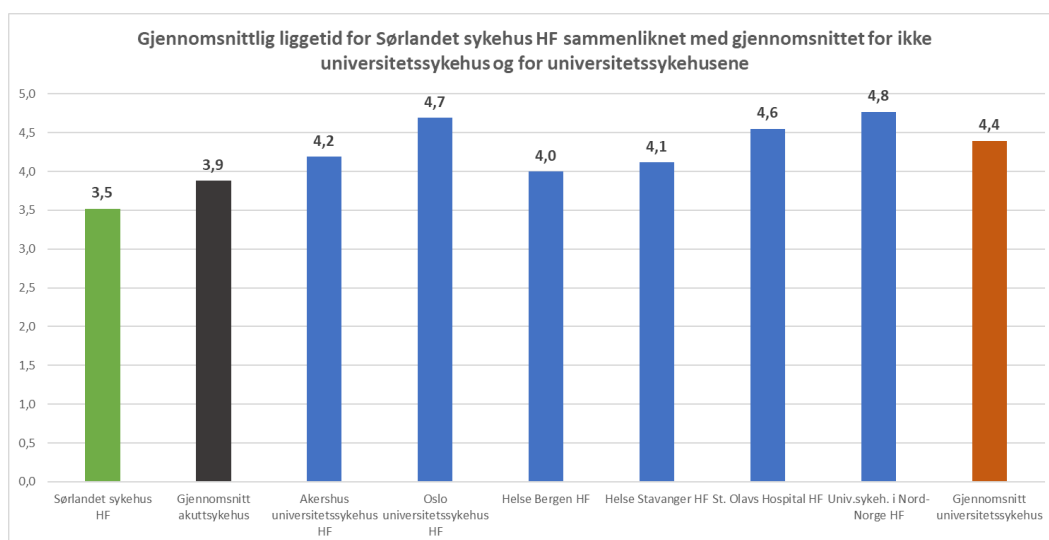
- Nullstille effekt av endringsfaktor bruk av pasienthotell
- Nullstille effekt av endringsfaktor redusert liggetid (effektivisering)
- Framskrive aktivitet i rehabiliteringsinstitusjoner kun med demografisk utvikling som endringsfaktor
- Framskrivningen basert på aktiviteten i utgangsåret 2019 (NPR) slik som den var
 - Framskriver aktiviteten uten HDG 15 «Nyfødte» for seg
 - Framskriver aktiviteten i HDG15 eksklusive de friske og litt syke nyfødte for seg. Disse framskrives bare etter demografisk utvikling.

Nullstilling av bruk av pasienthotell skyldes at det er lite bruk av denne funksjonen i SSHF. I standardmodellen er det også slik at det antas at en andel av døgnaktiviteten i utgangspunktet overføres til dagbehandling eller poliklinikk framover i tid. I standardmodellen antas det at halvparten av døgnoppholdene som overføres vil ha bruk for en overnatting i pasienthotell. Denne funksjonen videreføres i framskrivningen for SSHF også, men overnattingen vil her skje i vanlig sengepost.

Nullstilling av effekt av endringsfaktor redusert liggetid knyttes til det faktum at det er korte liggetider ved sykehusene i SSHF og at det derfor er mindre potensialer for å redusere liggetid her. Figur 4.1 viser gjennomsnittlig liggetid ved alle HF i Norge som ikke er universitetssykehus og figur 4.2 viser gjennomsnittlig liggetid ved SSHF sammenliknet med gjennomsnittet for ikke universitetssykehusene og universitetssykehusene.



Figur 4.1 Gjennomsnittlig liggetid for akutt sykehus somatisk sektor eksklusive universitetssykehus 2019



Figur 4.2 Gjennomsnittlig liggetid for SSHF, gjennomsnittet av akutte sykehusene eksklusive universitetssykehus samt universitetssykehus. Somatisk sektor 2019

Figurene viser at SSHF har spesielt korte gjennomsnittlige liggetider i forhold til ikke universitetssykehusene, en situasjon som forsterkes når det sammenliknes mot universitetssykehusene. Det er derfor fornuftig å nullstille effekten av redusert liggetid i framskrivingsmodellen.

Når det gjelder framskrivningen av rehabilitering og habilitering (Kongsgård og Bjorbekk) benyttes bare utviklingen i demografien som endringsfaktor over tid. Dette er spesielle tjenester som ikke vil ha endringsfaktorer som samhandling med kommune, overføring av døgnaktivitet til dagbehandling poliklinikk for å nevne noen.

Framskrivningen av de syke nyfødte vil gi et grunnlag for å beregne kapasitet for nyfødte intensiv. Her kan aktivitetsgrunnlaget justeres etter behov i forhold til pasientsammensetning i etterkant av framskrivningen.

4.1.2 Justering av modell for PHV og TSB

I PHV og TSB fordeles framskrevet aktivitet på:

- Gruppebehandling
- Annen behandling

En separat framskrivning av aktivitet for gruppebehandling skyldes at det stiller andre krav til størrelse på arealene. For beregning av aktivitet innen gruppebehandling, er variabelen «polkonAktivitet» i som beskriver aktivitetstype i NPR benyttet.

Innen psykisk helsevern for voksne var det et ønske om også å framskrive opphold knyttet til sikkerhetspsykiatri. Imidlertid vil disse oppholdene komme inn under «PSA innleggelse» som også omfatter andre innleggelse. Da det ikke er opplysninger om hvilken post innleggelsen er registrert på i data mottatt fra NPR, er det ikke mulig å identifisere oppholdene. Antall opphold tilknyttet «PSA innleggelse» vil bli kommentert i forbindelse med framskrivning der det er aktuelt.

I polikliniske konsultasjoner inngår direkte-, indirekte- (f.eks. telefonsamtale, tele- eller videokonferanse) og gruppekonsultasjoner. En del av de polikliniske konsultasjonene er knyttet til ambulant virksomhet og utføres utenfor egne lokaler. Her er det viktig å understreke at de ambulante utenfor egne lokaler ikke nødvendigvis vil samsvare med det som HF-et registrerer som ambulante konsultasjoner. Dette skyldes at registreringen ved HF-ene ofte er basert på alle konsultasjoner som ambulante team utfører. Erfaringsmessig foregår ikke alle konsultasjonene hos ambulante team utenfor egne lokaler. Inndelingen baserer seg på variabelen «Sted for aktivitet» i aktivitetsdata fra NPR. Innen ambulant virksomhet er dagopphold og polikliniske konsultasjoner med følgende registrerte opphold holdt utenfor når kapasiteten beregnes for egne lokaler:

- Hos ekstern instans
- Hjemme hos pasient
- Annet ambulant sted
- Annet sted

I tabellene presenteres de ambulante konsultasjonene, sammen med resterende konsultasjoner som framskrives.

Det er ikke gjort tilpasninger i endringsfaktorene i standardutgaven av framskrivingsmodellen for PHV og TSB.

4.2 Framskrivning av aktiviteten ved SSHF

I det følgende beskrives framskrivningen av aktiviteten ved HF-et fram mot 2040. Utgangsåret er 2019, dvs. en framskrivingsperiode på 21 år. Framskrivningen presenteres sektorvis og i tabellene vises aktiviteten i utgangsåret framskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Det gis også en presentasjon over hvordan de ulike aktivitetskomponentene framskrives trinnvis fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i modellen.

4.2.1 Framskrevet aktivitet somatisk sektor

I somatisk sektor framskrives først aktiviteten der vi holder hoveddiagnosegruppe (HDG) 15, Nyfødte utenfor. Dette gjøres fordi nyfødte ikke krever senger i normal forstand. Deretter framskrives HDG 15

for seg, men da uten de friske og litt syke nyfødte (DRG 390, 391 og 391O). HDG 15-framskrivingen vil derfor utgjøre et aktivitetsgrunnlag for beregning av kapasitet nyfødtintensiv. Syke nyfødte framskrives bare demografisk.

Følgende aktivitetsmål framskrives i somatisk sektor:

- Antall liggedøgn fordelt på:
 - Normalliggedøgn
 - Døgn i observasjonsenhet
- Antall dialyseopphold dagbehandling
- Antall dagopphold med kjemoterapi
- Antall dagopphold med infusjon av medikamenter (prosedyrekode WBGMO0 som eneste prosedyre)
- Antall konsultasjoner med strålebehandling
- Polikliniske konsultasjoner (inkludert endoskopier og småprosedyrer)
- Døgnopphold i kirurgisk DRG
- Dagopphold i kirurgisk DRG

I framskrivingsmodellen er det lagt inn bruk av observasjonsenhet med noen standardverdier for hvilke ICD10-grupper dette passer for. Dette behøver ikke være sammenfallende med eventuell bruk av observasjonsenhet som finnes eller planlegges brukt i SSHF. Det bør derfor være fokus på sum liggedøgn når resultater vurderes.

Det understrekes også at liggetiden benyttet i intensivsenhet eller overvåkingsenheter inngår i normalliggedøgnene. I denne framskrivingen er det også bedt om en framskriving av behovet for intensivplasser og plasser for tung/lett overvåkning. Dette illustreres i forbindelse med kapasitetsberegningen av sengerom i kapittel 5 nedenfor. I aktivitetsframskrivingen inngår altså tiden medgått i denne typen enheter uten at tiden spesifiseres. Årsaken er at tid i denne typen enheter ikke spesifiseres i pasientdata fra NPR. Kapasitetsbehovet for denne virksomheten fastsettes derfor gjennom bruk av andre metoder som for eksempel Wales-metoden.

Av dagaktiviteter synliggjøres dialyse, kjemoterapi, infusjon av medikamenter og strålebehandling. Infusjon av medikamenter skal fange opp de som møter til poliklinikk der denne infusjonen er eneste aktivitet som gjøres. Denne skal kodes med prosedyrekode WBGMO0 «Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel». All annen dagaktivitet defineres som poliklinikk og framskrives samlet. Det antas at alle disse konsultasjonene gir et aktivitetsgrunnlag for å beregne behovet for vanlige undersøkelses-behandlingsrom i poliklinikk. Dette betyr at alle endoskopiene (700-DRG-ene) og alle småprosedyrene (800-DRG-ene) inngår i antallet konsultasjoner. Vi spesifiserer imidlertid omfanget av endoskopier og småprosedyrer da i alle fall deler av dette kan være et aktivitetsgrunnlag for beregning av noen spesialrom.

I tillegg til dette synliggjøres også den kirurgiske aktiviteten gjennom antall opphold i kirurgisk DRG. Her skiller vi mellom døgn- og dagopphold for å skille mellom døgn- og dagkirurgi i beregning av kapasitet til operasjoner. De aller fleste døgnopphold vil ha utført en enkelt operasjonsseanse på oppholdet, men for å ta høyde for at noen pasienter kan få utført mer enn ett kirurgisk inngrep på ulike tidspunkt på samme opphold, plusses det på 3 prosent på døgnkirurgien når kapasiteten skal beregnes. Operasjonstider varierer mellom ICD10-gruppene som framskrives for kirurgien. Vi

presenterer derfor også antall operasjonstimer⁵ samlet i tillegg til døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG. Vi presenterer også egne tall for aktiviteten på PCI- og hjerteseksjonen som har opphold i kirurgisk DRG. Dette er opphold som ikke krever operasjonsrom og de holdes derfor utenfor når beregning av behovet for operasjonsrom foretas. Det er to store hovedgrupper av pasienter her og det er PCI-er⁶ og innsetting, bytting eller uttak av pacemakere (PM). PCI-ene utføres primært i Arendal og inngrep knyttet til PM-ere utføres primært i Kristiansand. I aktivitetsframskrivingene synliggjøres den samlede aktiviteten på disse to seksjonene ved de to sykehusene. Hvilke DRG-er som inngår og antallet i 2019 vises i vedlegg 4. En oversikt over operasjonstider per ICD10-gruppe er gitt i vedlegg nr. 3 til rapporten. Disse er basert på erfaringer fra tidligere prosjekter og representerer gjennomsnittstider per operasjon inkludert tid mellom operasjonene. Tiden er basert på stuetiden inkludert tid mellom, og ikke knivtiden som er kortere enn stuetiden.

I det følgende presenteres framskrivingen av aktiviteten institusjonsvis. Vi viser tallene fra 2019 til 2040 i femårsintervaller fra 2025. I tillegg presenteres en oversikt over de trinnvise framskrivingene etter endringsfaktorene i framskrivingsmodellen fra 2019 til 2040. Tabeller og figurer kommenteres bare dersom det er helt spesielle forhold som bør kommenteres.

4.2.1.1 Framskrivning aktivitet SSHF Arendal eksklusive nyfødte (HDG15)

I tabell 4.1 presenteres resultater fra framskrivingen av aktiviteten ved SSHF Arendal (Arendal) fra 2019 til 2040. Her er alle episoder i HDG 15 «Nyfødte» holdt utenfor. Endringstallene presenteres i tabell 4.2.

Tabell 4.1 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 somatisk sektor for SSHF Arendal

SSHF Arendal	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	42 465	46 711	48 929	50 955	51 798
Normalliggedøgn		46 284	48 133	49 794	50 293
Liggedøgn i observasjonsenhet		427	796	1 161	1 505
Dialyse	3 157	3 681	4 280	4 464	4 737
Kjemoterapi	3 278	3 954	4 361	4 782	5 099
Infusjoner	2 714	3 155	3 443	3 698	3 965
Strålebehandling	0	0	0	0	0
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	116 434	135 626	148 718	160 991	172 321
Herav endosk. ekskl. ØNH (700-DRG-ene ekskl. ØNH)	3 335	3 880	4 234	4 545	4 876
Herav endosk. ØNH (DRG 7010)	312	337	352	367	379
Herav småpros. (800 DRG-ene ekskl. kjemo og stråle)	33 045	39 151	43 635	47 905	51 776
Herav dagopphold i med. DRG PCI-seksj (DRG 1250)	753	933	1 041	1 149	1 247
Døgnopph i kir DRG	4 435	4 933	5 133	5 322	5 450
Dagopph i kir DRG	5 868	6 859	7 606	8 254	8 869
Herav døgnopph. kir DRG PCI-seksj	1 230	1 429	1 542	1 654	1 727
Herav dagopph. kir DRG PCI-seksj	167	183	199	208	216
Ant operasjonstimer døgnkir	11 016	12 287	12 824	13 334	13 694
Ant operasjonstimer dagkir	8 802	10 288	11 408	12 382	13 304
Herav ant. operasjonstimer PCI-seksj døgnkir	3 162	3 674	3 963	4 253	4 439
Herav ant. operasjonstimer PCI-seksj dagkir	251	274	298	311	324

⁵ Antall operasjonstimer for døgnkirurgi er antallet døgnopphold i kirurgisk DRG multiplisert med operasjonstiden for DRG-en og tilsvarende for dagkirurgi

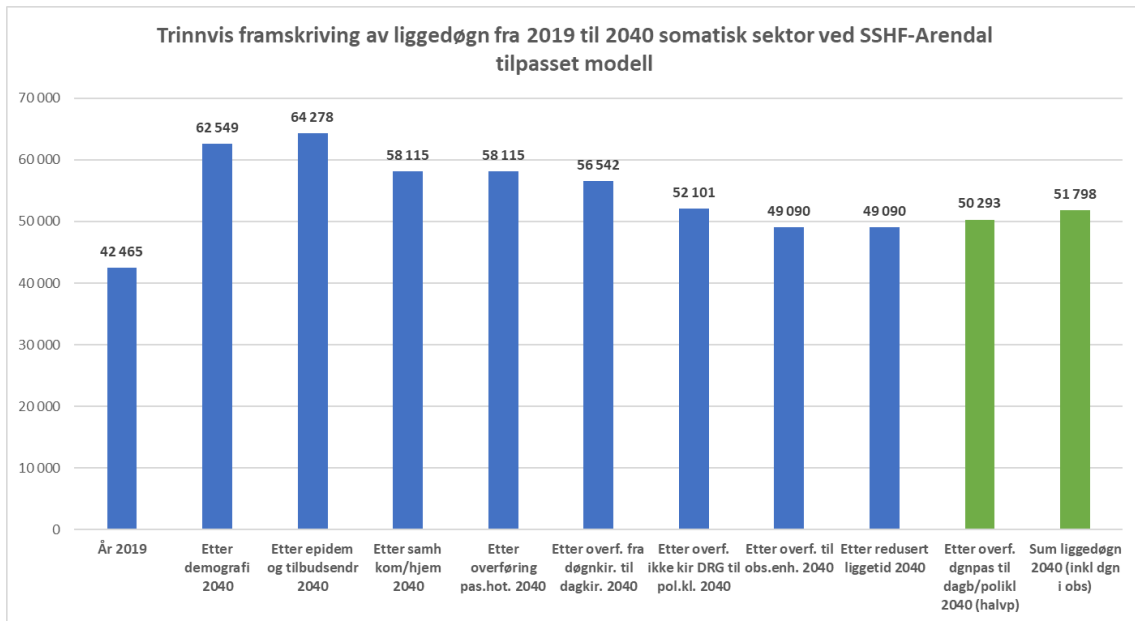
⁶ PCI er forkortelse for «percutaneous coronary intervention» på engelsk eller «perkutan koronar intervensjon» på norsk. PCI-er gjøres vanligvis med lokalbedøvelse og krever ikke operasjonsrom. Metoden brukes ved alle universitetssykehusene i Norge og ved Feiringklinikken og ved SSHF Arendal.

Tabell 4.2 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 somatisk sektor for SSHF Arendal.

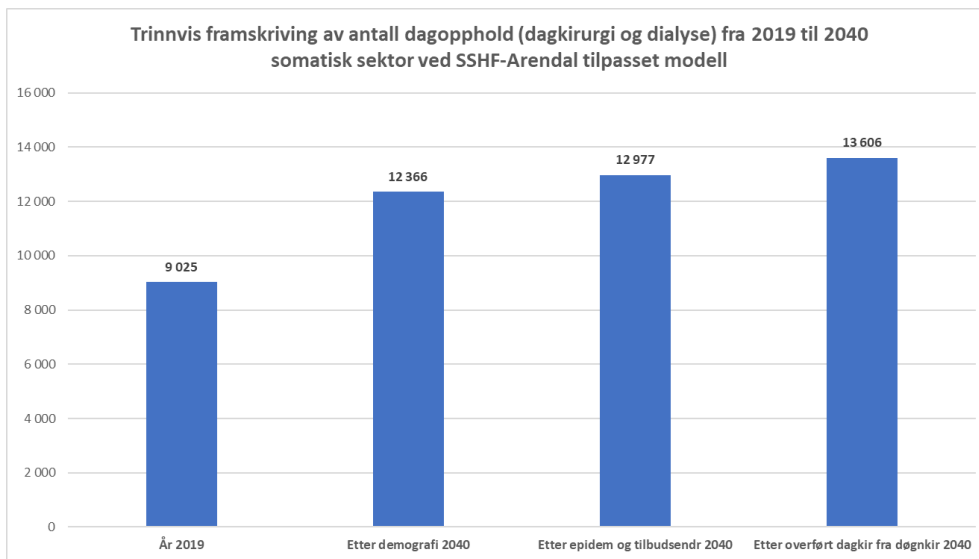
SSHF Arendal	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	4 246	6 464	8 490	9 333	10,0	15,2	20,0	22,0
Dialyse	524	1 123	1 307	1 580	16,6	35,6	41,4	50,1
Kjemoterapi	676	1 083	1 504	1 821	20,6	33,0	45,9	55,6
Infusjoner	441	729	984	1 251	16,3	26,9	36,3	46,1
Strålebehandling	0	0	0	0				
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	19 192	32 284	44 557	55 887	16,5	27,7	38,3	48,0
Herav endosk. ekskl. ØNH (700-DRG-ene ekskl. ØNH)	545	899	1 210	1 541	16,3	27,0	36,3	46,2
Herav endosk. ØNH (DRG 7010)	25	40	55	67	7,9	12,8	17,8	21,6
Herav småpros. (800 DRG-ene ekskl. kjemo og stråle)	6 106	10 590	14 860	18 731	18,5	32,0	45,0	56,7
Herav dagopphold i med. DRG PCI-seksj (DRG 1250)	180	288	396	494	23,9	38,2	52,6	65,6
Døgnopph i kir DRG	498	698	887	1 015	11,2	15,7	20,0	22,9
Dagopph i kir DRG	991	1 738	2 386	3 001	16,9	29,6	40,7	51,1
Herav døgnopph. kir DRG PCI-seksj	199	312	424	497	16,2	25,3	34,5	40,4
Herav dagopph. kir DRG PCI-seksj	16	32	41	49	9,5	19,0	24,3	29,4
Ant operasjonstimer døgnkir	1 271	1 808	2 318	2 677	11,5	16,4	21,0	24,3
Ant operasjonstimer dagkir	1 486	2 606	3 580	4 502	16,9	29,6	40,7	51,1
Herav ant. operasjonstimer PCI-seksj døgnkir	511	801	1 090	1 277	16,2	25,3	34,5	40,4
Herav ant. operasjonstimer PCI-seksj dagkir	24	48	61	74	9,5	19,0	24,3	29,4

Den prosentvise økningen i liggedøgn fra 2019 til 2040 blir mindre enn tilsvarende endringer for dagbehandling og poliklinikk. Dette skyldes at det er flere omstillingsfaktorer i framskrivingsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn enn tilsvarende for dag-aktiviteten. Forskjellene i prosentvis vekst for døgn og dagkirurgi skyldes blant annet at det overføres opphold fra døgnkirurgi til dagkirurgi framover i tid, samtidig som det ikke er noen faktorer som trekker ned dagkirurgien framover i tid. Resultatene viser også at det blir mindre forskjell mellom døgn- og dagaktiviteten når den måles i antall operasjonstimer i stedet for opphold. Dette skyldes at det gjennomgående er lengre operasjonstider for døgnkirurgien enn for dagkirurgien. Antall opphold og operasjonstimer for døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG ved PCI-seksjonen er også presentert. Årsaken til at disse presenteres for seg, er at det skal være mulig å justere antall operasjonsrom for denne aktiviteten. Disse er framskrevet kun med demografisk vekst da det ikke er rimelig å benytte de generelle omstillingsfaktorene på disse. Det var også registrert 730 dagopphold i medisinsk DRG ved PCI-seksjonen i Arendal. Disse ble gruppert til DRG 1250 «Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling» og er synliggjort under poliklinikk herav. I tillegg til dagoppholdene i DRG 1250 var det også registrert 231 døgnopphold i DRG 124 «Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre med kompliserende hjertelidelse» og 239 døgnopphold i DRG 125 «Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre uten kompliserende hjertelidelse» ved PCI seksjonen Arendal. Disse døgnoppholdene inngår i den generelle framskrivningen av liggedøgn og er ikke synliggjort spesielt.

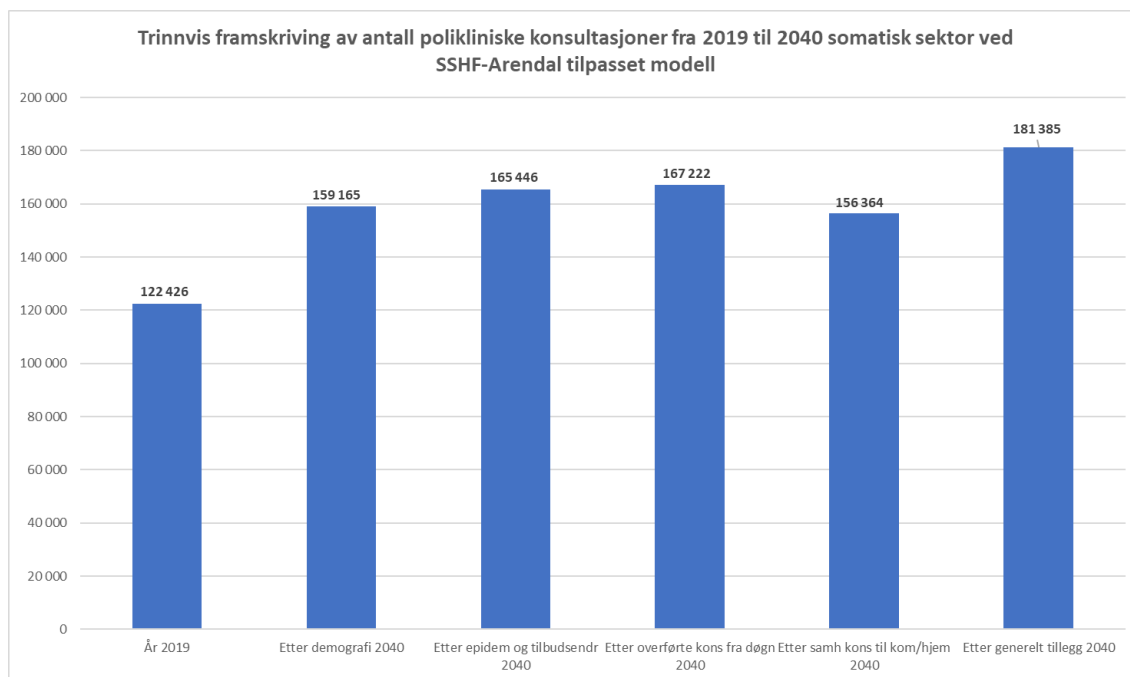
I figur 4.3 - 4.5 presenteres en trinnvis framskrivning fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i den lokale tilpassede versjonen av framskrivingsmodellen for de tre behandlingsnivåene ved Arendal. Vi har valgt å ta med endringsfaktorene for bruk av pasienthotell og redusert liggetid også, selv om effekten av disse er nullet ut. Dette viser effekten av de lokale tilpasningene som er gjort i framskrivingsmodellen på en illustrerende måte. Samtidig har vi markert de to siste kolonnene med grønn farge da disse skiller seg ut i forhold til standardmodellen. Den nest siste kolonnen viser liggedøgnene som stammer fra pasienter som overføres fra døgnbehandling til dagbehandling og/eller poliklinikk. I standardmodellen har halvparten av disse behov for en overnatting i pasienthotell. I den tilpassede modellen der vi ikke bruker pasienthotell, må halvparten av disse få en overnatting i sengepost i stedet. I den siste kolonnen legges liggedøgnene fra observasjonsenhet tilbake i samlede døgn framskrevet. I standardmodellen summeres tilbakelegging av døgn i pasienthotell og observasjonsenhet i en kolonne.



Figur 4.3 *Trinnvis framskriving av liggedøgn fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Arendal etter endringsfaktorene i tilpasset modell*



Figur 4.4 *Trinnvis framskriving av dagopphold (dagkirurgi og dialyse) fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Arendal etter endringsfaktorene i tilpasset modell*



Figur 4.5 *Trinnvis framskrivning av polikliniske konsultasjoner (inkludert dagmedisin, kjemoterapi og strålebehandling) fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Arendal etter endringsfaktorene i tilpasset modell*

Det er ingen spesielle forhold som det er grunn til å kommentere ved framskrivningen av aktiviteten ved Arendal. Den demografiske utviklingen teller mye for alle behandlingsnivåene, men prosentvis mest for liggedøgnene med en demografisk vekst fra 2019 til 2040 på 47,3 prosent. Demografiveksten for dagbehandling blir på 37,0 prosent og for poliklinikk 30,0 prosent. For liggedøgnene blir demografieffekten redusert gjennom de kvalitative endringsfaktorene slik at den endelige veksten i liggedøgn fram til 2040 blir på 21,9 prosent. For dagbehandling er det ingen endringsfaktorer som reduserer demografieffekten slik at her blir den samlede effekten betydelig høyere med 50,8 prosent. For poliklinikk vil effekten av samhandling med kommune og hjem redusere demografiveksten noe, men de andre plussfaktorene er betydelig større og det blir en vekst på 48,2 prosent til 2040. Søylen helt til høyre i figur 4.5 viser at det er den generelle veksten på en prosent årlig som gir størst positiv effekt. Selv om veksten i dagbehandling er prosentvis stor, så er volumet lite, slik at dette gir ikke de store utfordringene i forhold til kapasitetsbehovet for operasjonsrom. Den kraftige veksten i poliklinikk er mer utfordrende da det i utgangspunktet er et stort volum som krever relativ høy kapasitet i utgangspunktet. Dersom man er nær en kapasitetsgrense i utgangspunktet vil veksten skape stort behov for ny kapasitet dersom forbruksnivået på poliklinikk skal være på dagens nivå. For å unngå store utbygginger for poliklinikk kreves det en omlegging av behandlingspraksis i forhold til dagens nivå i form av en mindre andel fysiske konsultasjoner enn i 2019. Korona-pandemien utløste nok noe av dette potensialet, men antakelig blir det behov for å endre praksis utover dette ved Arendal.

4.2.1.2 Framskrivning aktivitet SSHF Flekkefjord eksklusive nyfødte (HDG15)

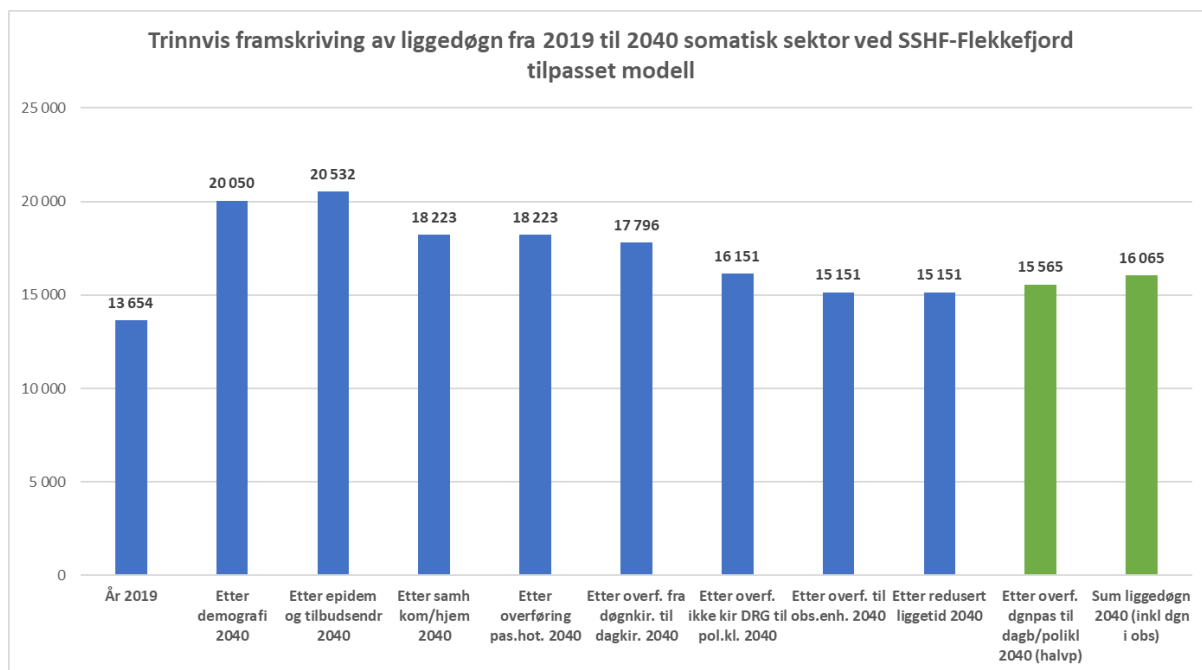
Tabell 4.3 og 4.4 viser aktivitetsframskrivningen og endringene fra 2019 til 2040 i femårsintervaller fra 2025 for SSHF Flekkefjord (Flekkefjord). Videre presenteres den trinnvise framskrivningen for de tre behandlingsnivåene for vekstperioden fra 2019 til 2040 i figurene 4.6-4.8.

Tabell 4.3 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 somatisk sektor for SSHF Flekkefjord

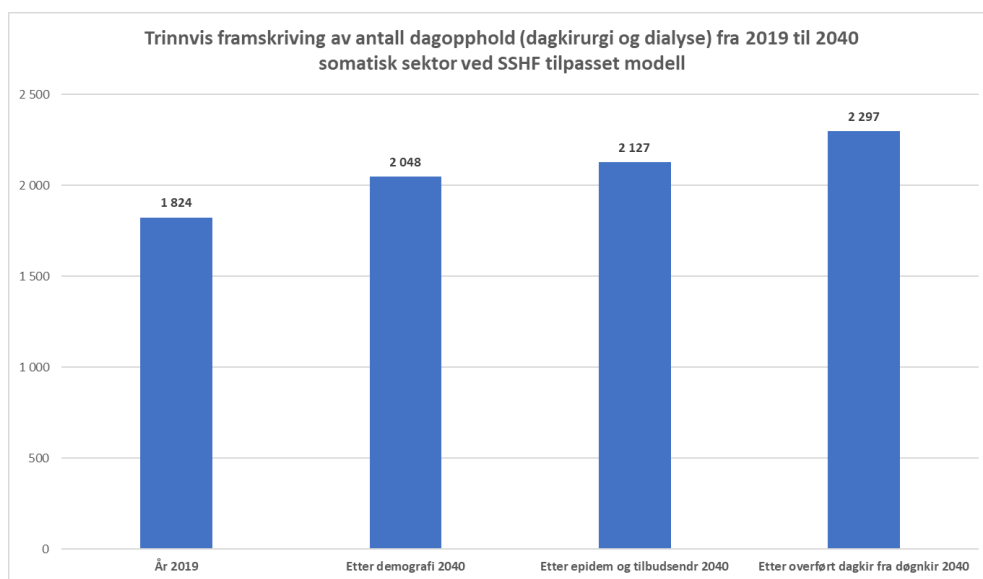
SSHF Flekkefjord	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	13 654	14 659	15 463	15 910	16 065
Normalliggedøgn		14 519	15 201	15 525	15 565
Liggedøgn i observasjonsenhet		140	262	385	500
Dialyse	842	938	1 003	1 044	1 095
Kjemoterapi	807	928	979	1 070	1 154
Infusjoner	393	462	526	567	617
Strålebehandling	0	0	0	0	0
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	20 907	23 489	25 280	26 721	28 189
Herav endosk ekskl ØNH (700-DRG-ene ekskl ØNH)	980	1 123	1 243	1 335	1 430
Herav endosk ØNH (DRG 7010)	0	0	0	0	0
Herav småpros (800 DRG-ene eks kjemo og stråle)	2 562	2 847	3 032	3 188	3 342
Døgnopph i kir DRG	833	863	874	869	866
Dagopph i kir DRG	982	1 050	1 099	1 143	1 202
Ant operasjonstimer døgnskir	2 033	2 119	2 157	2 159	2 162
Ant operasjonstimer dagkir	1 473	1 576	1 648	1 715	1 803
Herav ant operasjonstimer PCI PM døgnskir	0	0	0	0	0

Tabell 4.4 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 somatisk sektor for SSHF Flekkefjord.

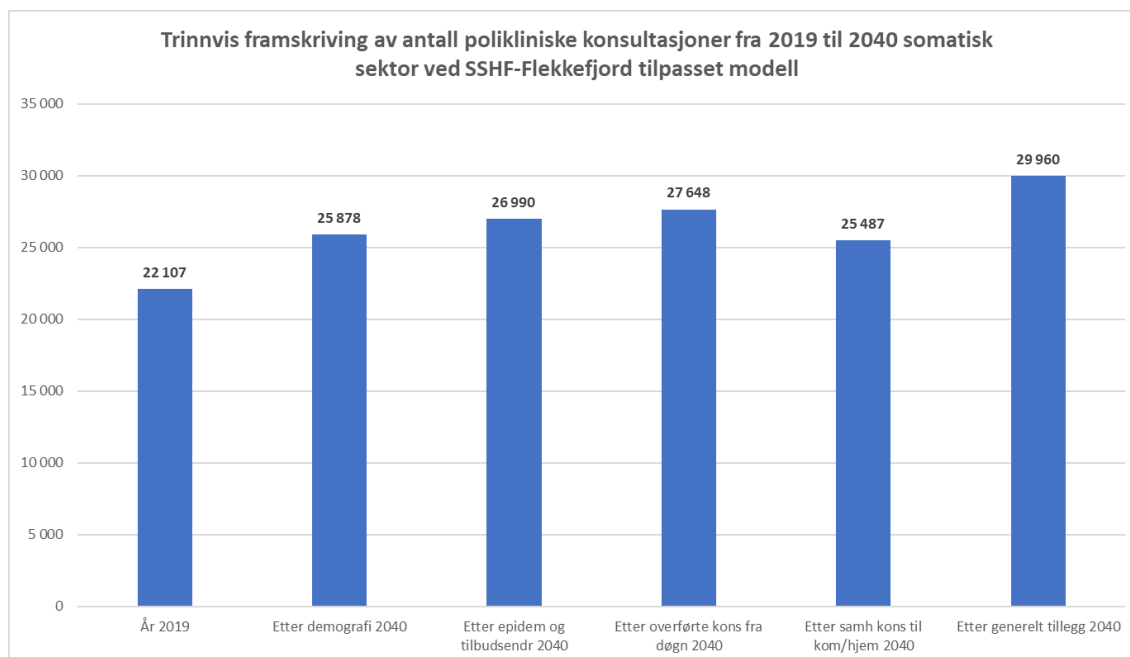
SSHF Flekkefjord	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	1 005	1 809	2 256	2 411	7,4	13,2	16,5	17,7
Dialyse	96	161	202	253	11,4	19,1	24,0	30,0
Kjemoterapi	121	172	263	347	15,0	21,3	32,6	43,0
Infusjoner	69	133	174	224	17,7	33,8	44,3	56,9
Strålebehandling	0	0	0	0				
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	2 582	4 373	5 814	7 282	12,3	20,9	27,8	34,8
Herav endosk ekskl ØNH (700-DRG-ene ekskl ØNH)	143	263	355	450	14,6	26,8	36,2	45,9
Herav endosk ØNH (DRG 7010)	0	0	0	0				
Herav småpros (800 DRG-ene eks kjemo og stråle)	285	470	626	780	11,1	18,3	24,4	30,4
Døgnopph i kir DRG	30	41	36	33	3,7	4,9	4,4	4,0
Dagopph i kir DRG	68	117	161	220	7,0	11,9	16,4	22,4
Ant operasjonstimer døgnskir	86	124	126	130	4,3	6,1	6,2	6,4
Ant operasjonstimer dagkir	103	175	242	330	7,0	11,9	16,4	22,4
Herav ant operasjonstimer PCI PM døgnskir	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0



Figur 4.6 Trinnvis framskriving av liggedøgn fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Flekkefjord etter endringsfaktorene i tilpasset modell



Figur 4.7 Trinnvis framskriving av dagopphold (dagkirurgi og dialyse) fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Flekkefjord etter endringsfaktorene i tilpasset modell



Figur 4.8 *Trinnvis framskrivning av polikliniske konsultasjoner (inkludert dagmedisin, kjemoterapi og strålebehandling) fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Flekkefjord etter endringsfaktorene i tilpasset modell*

Trinnvise framskrivinger viser at demografieffekten betyr mye for aktiviteten fram mot 2040 for Flekkefjord også. Demografieffektene er imidlertid noe lavere her enn tilsvarende for Arendal. Dette gjelder spesielt for dagbehandling og poliklinikk med prosentvis vekst henholdsvis på 12,3 og 17,1. Tilsvarende for Arendal var på 37,0 og 30,0 prosent. En samlet vekst i liggedøgn på 21,9 prosent, 25,9 prosent på dagbehandling og 35,5 prosent for poliklinikk viser at veksten prosentvis blir lavere for alle behandlingsnivåene enn tilsvarende for Arendal. Poliklinikkutfordringen blir derfor noe mindre her enn for Arendal, men dersom kapasiteten i utgangspunktet er utnyttet, vil det bli nødvendig med en omstilling i praksis for poliklinikk her også.

For den kirurgiske aktiviteten estimeres det også her større vekst for dagkirurgien enn for døgnkirurgien. Her er det betydelig lavere vekst enn tilsvarende for Arendal og døgnkirurgien estimeres til å vokse kun med 4 prosent i perioden fram til 2040. I tabellene vises også linjene for PCI-er og inngrep for pacemaker (PM) for å illustrere at ved Flekkefjord er det ikke gjennomført denne typen kirurgi.

4.2.1.3 Framskrivning aktivitet SSHF Kristiansand eksklusive nyfødte (HDG15)

Tabell 4.5 og 4.6 viser tilsvarende tallmessig utvikling i aktivitet med endringstall for SSHF Kristiansand (Kristiansand). SSHF Kristiansand utfører i dag strålebehandling for pasienter bosatt i Telemark. Sykehuset Telemark HF planlegger å tilby strålebehandling i løpet av framskrivingsperioden. Vi har derfor laget en linje i tabellene 4.5 og 4.6 som viser antallet strålebehandlingskonsultasjoner når pasienter fra Telemark er holdt utenfor. Pasientene fra Telemark utgjorde i 2019 624 konsultasjoner som blir framskrevet til 750 konsultasjoner i 2040.

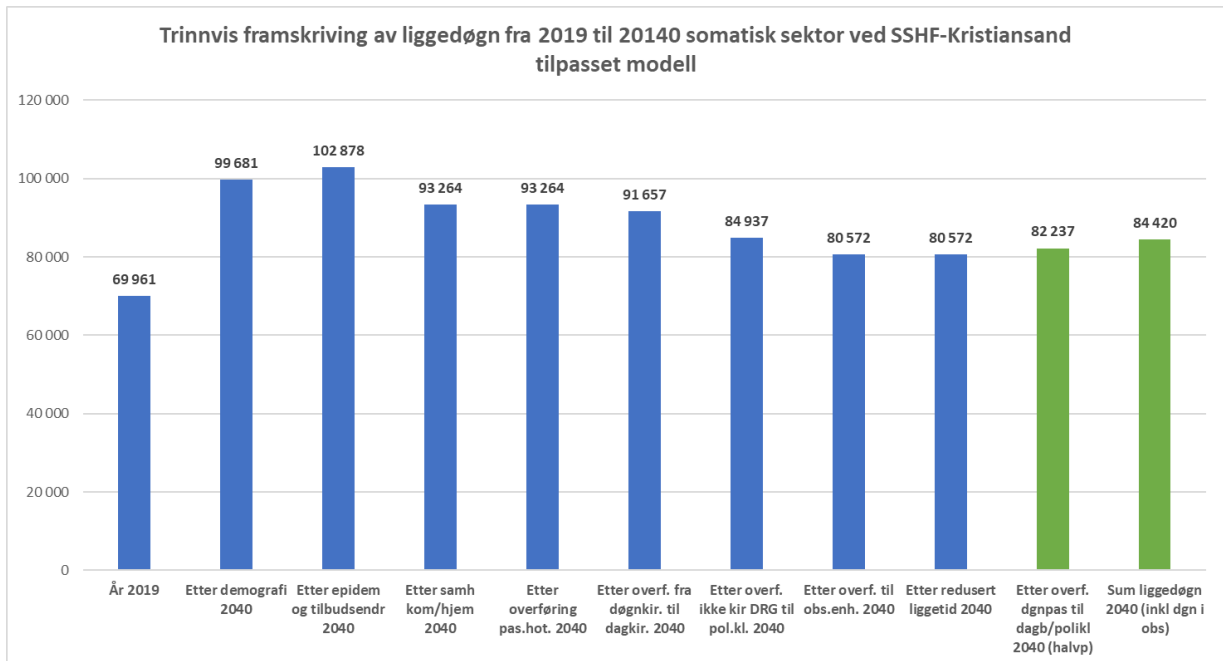
Videre presenteres den trinnvise endringen fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i den tilpassede framskrivingsmodellen med ingen bruk av pasienthotell og ingen reduksjon i liggetid i figur 4.9-4.11.

Tabell 4.5 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 somatisk sektor for SSHF Kristiansand

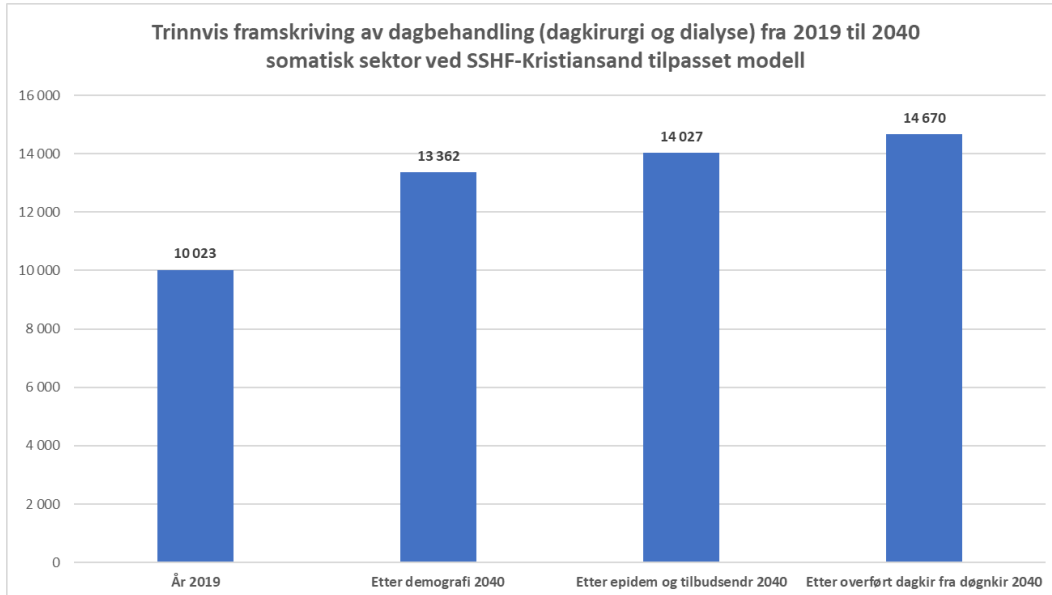
SSHF Kristiansand	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	69 961	75 469	79 275	82 382	84 420
Normalliggedøgn		74 870	78 148	80 716	82 237
Liggedøgn i observasjonsenhet		598	1 126	1 666	2 183
Dialyse	5 898	6 983	7 680	8 599	9 088
Kjemoterapi	5 746	6 887	7 427	8 230	8 949
Infusjoner	4 855	5 544	6 015	6 443	6 860
Strålebehandling	12 242	14 560	16 392	18 130	19 593
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	11 618	13 873	15 687	17 393	18 843
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	163 094	185 975	201 878	217 000	231 721
Herav endosk ekskl ØNH (700-DRG-ene ekskl ØNH)	4 897	5 660	6 221	6 750	7 263
Herav endosk ØNH (DRG 7010)	743	792	829	863	894
Herav småpros (800 DRG-ene eks kjemo og stråle)	24 088	27 300	29 663	31 970	34 197
Døgnopph i kir DRG	5 216	5 754	6 141	6 478	6 772
Dagopph i kir DRG	4 125	4 537	4 882	5 223	5 582
Herav døgnopph. kir DRG i Hjerteseksjonen (PM)	327	391	450	516	563
Ant operasjonstimer døgnkir	13 078	14 466	15 474	16 363	17 146
Ant operasjonstimer dagkir	6 188	6 806	7 323	7 834	8 372
Herav ant operasjonstimer PM døgnkir	833	997	1 146	1 312	1 431

Tabell 4.6 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 somatisk sektor for SSHF Kristiansand.

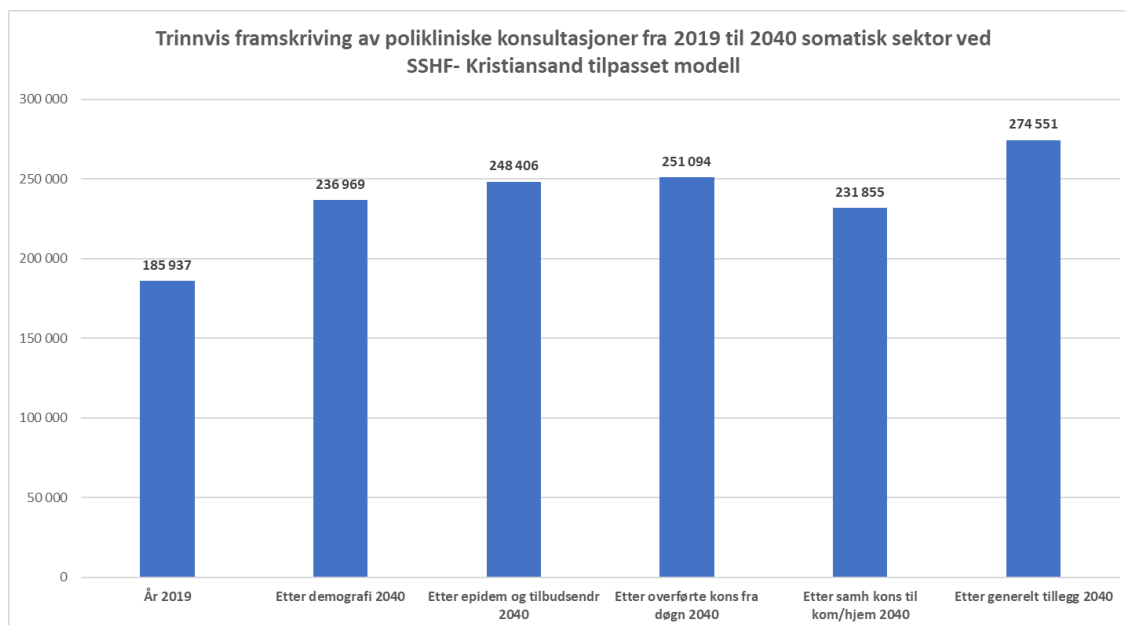
SSHF Kristiansand	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	5 508	9 314	12 421	14 459	7,9	13,3	17,8	20,7
Dialyse	1 085	1 782	2 701	3 190	18,4	30,2	45,8	54,1
Kjemoterapi	1 141	1 681	2 484	3 203	19,9	29,2	43,2	55,8
Infusjoner	689	1 160	1 588	2 005	14,2	23,9	32,7	41,3
Strålebehandling	2 318	4 150	5 888	7 351	18,9	33,9	48,1	60,1
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	2 255	4 069	5 775	7 225	19,4	35,0	49,7	62,2
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	22 881	38 784	53 906	68 627	14,0	23,8	33,1	42,1
Herav endosk ekskl ØNH (700-DRG-ene ekskl ØNH)	763	1 324	1 853	2 366	15,6	27,0	37,8	48,3
Herav endosk ØNH (DRG 7010)	49	86	120	151	6,5	11,6	16,1	20,4
Herav småpros (800 DRG-ene eks kjemo og stråle)	3 212	5 575	7 882	10 109	13,3	23,1	32,7	42,0
Døgnopph i kir DRG	538	925	1 262	1 556	10,3	17,7	24,2	29,8
Dagopph i kir DRG	412	757	1 098	1 457	10,0	18,4	26,6	35,3
Herav døgnopph. kir DRG i Hjerteseksjonen (PM)	64	123	189	236	19,7	37,6	57,8	72,3
Ant operasjonstimer døgnkir	1 389	2 396	3 285	4 068	10,6	18,3	25,1	31,1
Ant operasjonstimer dagkir	618	1 136	1 647	2 185	10,0	18,4	26,6	35,3
Herav ant operasjonstimer PM døgnkir	164	312	479	598	19,7	37,5	57,5	71,8



Figur 4.9 Trinnvis framskrivning av liggedøgn fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Kristiansand etter endringsfaktorene i tilpasset modell



Figur 4.10 Trinnvis framskrivning av dagopphold (dagkirurgi og dialyse) fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Kristiansand etter endringsfaktorene i tilpasset modell



Figur 4.11 *Trinnvis framskriving av polikliniske konsultasjoner (inkludert dagmedisin, kjemoterapi og strålebehandling) fra 2019 til 2040 somatisk sektor ved SSHF Kristiansand etter endringsfaktorene i tilpasset modell*

Demografieffektene fram mot 2040 er noe mindre her enn tilsvarende i Arendal, men større enn i Flekkefjord. Den mest markante forskjellen mellom Kristiansand og Arendal er forholdet mellom døgn- og dagkirurgi. Kristiansand har en vekst på 29,8 prosent i døgnkirurgi og 35,3 prosent i dagkirurgi samtidig som antall døgnopphold i kirurgisk DRG er høyere enn dagopphold i kirurgisk DRG, et forhold som fortsatt gjelder også i 2040. I Arendal er veksten i døgnkirurgi på 22,9 prosent fram til 2040, mens veksten i dagkirurgi er 51,1 prosent. Antallet dagopphold i kirurgisk DRG var i 2019 høyere enn antallet døgnopphold i kirurgisk DRG og dette forholdet forsterkes framover mot 2040. Det ser derfor ut til at kirurgi-profilene i utgangspunktet mellom Arendal og Kristiansand er i tråd med oppgavedelingen mellom dem, med at dagkirurgien for de store spesialitetene skal konsentreres til Arendal og døgnkirurgien i Kristiansand. Dette forholdet forsterkes gjennom estimert kirurgisk aktivitet fram til 2040 gjennom den tilpassede modellen. Når det gjelder inngrep knyttet til Pacemaker (PM) er disse framskrevet kun gjennom demografisk utvikling. Her er det betydelig høyere prosentvis vekst for disse inngrepene enn for PCI-ene i Arendal, som får noe mindre vekst prosentvis selv om disse også er framskrevet kun gjennom utvikling i demografien. Dette skyldes antakelig forskjell i alderssammensetning mellom pasientgruppene.

Poliklinikkaktiviteten med dagens forbruksnivå vil ved Kristiansand øke med 43,7 prosent fram til 2040. Dette er litt lavere vekst enn tilsvarende for Arendal, men vil her også skape en betydelig utfordring dersom kapasiteten er tilnærmet utnyttet i dag. Det er nok derfor nødvendig også her å gjøre omstillinger driftsmessig i forhold til fysisk oppmøte i poliklinikk.

4.2.1.4 Framskriving aktivitet SSHF Kongsgård (rehabilitering) og SSHF Bjorbekk (habilitering)

Tabell 4.7 og 4.8 viser aktiviteten ved de to institusjonene 2019 framskrevet til 2040 med tilhørende endringstall. Begge disse institusjonene har en spesialisert aktivitet som gjør at endringsfaktorene utover de demografiske passer dårlig. Her er det derfor kun demografisk framskriving som er brukt for å estimere liggedøgn framover mot 2040. SSHF Kongsgård (Kongsgård) har både døgnaktivitet og

poliklinikk mens SSHF Bjorbekk (Bjorbekk) har kun poliklinikk. For framskriving av poliklinikk benyttes demografisk utvikling samt den generelle poliklinikkeffekten i framskrivingstallene.

Tabell 4.7 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 for SSHF Kongsgård og SSHF Bjorbekk

SSHF Kongsgård	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	5 887	6 814	7 263	7 553	7 981
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	13 914	15 452	16 379	17 132	18 062
Herav småpros (800 DRG-ene eks kjemo og stråle)	5 184	5 794	6 113	6 388	6 761
SSHF Bjorbekk (habilitering)	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	0	0	0	0	0
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	1 599	1 717	1 808	1 863	1 866

Tabell 4.8 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 somatisk sektor for SSHF Kongsgård og SSHF Bjorbekk.

SSHF Kongsgård	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	927	1 376	1 666	2 094	15,7	23,4	28,3	35,6
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	1 538	2 465	3 218	4 148	11,1	17,7	23,1	29,8
Herav småpros (800 DRG-ene eks kjemo og stråle)	610	929	1 204	1 577	11,8	17,9	23,2	30,4
SSHF Bjorbekk (habilitering)	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	0	0	0	0				
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	118	209	264	267	7,4	13,1	16,5	16,7

Bjorbekk utgjør et lite volum og en vekst på 16,7 prosent fram til 2040 betyr lite for kapasitetsbehovet fremover mot 2040. Kongsgård får en relativt kraftig vekst både for liggedøgnene og for poliklinikken, en vekst som kun skyldes utviklingen i demografi for liggedøgnene og demografi samt en generell poliklinikkvekst for konsultasjonene. Dette betyr at dersom institusjonen har høy kapasitetsutnyttning nå, vil det antakelig bli behov for noe omstilling i tilbudet hvis man skal unngå utbygging i framtida.

4.2.1.5 Framskriving aktivitet HDG 15 syke nyfødte ved SSHF

I det følgende gis en oversikt over framskrivingen av de syke nyfødte barna som grupperes til HDG 15 «Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden». Som nevnt tidligere er friske og litt syke nyfødte holdt utenfor. Hensikten med å estimere de syke nyfødte for seg er todelt. For det første estimeres framtidig volum basert på utvikling i demografien for de syke nyfødte framover mot 2040 da den tilpassede modellen passer dårlig for disse. For det andre gir dette et grunnlag for å beregne framtidig kapasitet på nyfødsenger/kuvøser som skal benyttes til syke nyfødte, samtidig som disse liggedøgnene ikke bør inngå i beregningen av ordinære sykehussenger. I tabell 4.9 presenteres oversikten over de syke nyfødte framskrevet fra 2019 til 2040 for alle de tre sykehusene og i tabell 4.10 gis en oversikt over endringstallene i perioden. Det er snakk om svært små volumer i utgangspunktet her slik at små endringer i volum gir relativt store prosentvise endringer.

Tabell 4.9 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 for syke nyfødte i HDG15 ved de tre sykehusene i SSHF

SSHF Arendal	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Døgnopphold	36	35	36	38	38
Liggedøgn	143	138	144	153	153
Poliklinikk	771	740	769	827	829
SSHF Flekkefjord	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Døgnopphold	6	5	5	6	6
Liggedøgn	21	17	18	18	19
Poliklinikk	326	288	297	314	312
SSHF Kristiansand	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Døgnopphold	297	299	314	340	339
Liggedøgn	2 915	2 908	3 028	3 276	3 268
Poliklinikk	1 021	1 027	1 079	1 176	1 177

Tabell 4.10 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 for syke nyfødte i HDG15 ved de tre sykehusene i SSHF

SSHF Arendal	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Døgnopphold	-1	0	2	2	-3,9	0,0	6,7	6,7
Liggedøgn	-5	1	10	10	-3,8	0,3	6,8	6,8
Poliklinikk	-31	-2	56	58	-4,0	-0,2	7,2	7,5
SSHF Flekkefjord	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Døgnopphold	-1	-1	0	-1	-15,0	-10,0	-6,7	-8,3
Liggedøgn	-4	-3	-3	-3	-19,0	-15,7	-12,9	-11,9
Poliklinikk	-39	-29	-12	-14	-11,8	-9,0	-3,7	-4,3
SSHF Kristiansand	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Døgnopphold	2	17	43	42	0,8	5,7	14,3	14,2
Liggedøgn	-7	113	361	353	-0,2	3,9	12,4	12,1
Poliklinikk	6	58	155	156	0,6	5,7	15,2	15,2

Tabellene viser at det er relativt begrenset antall syke nyfødte både i Arendal og i Flekkefjord. Det er også tilnærmet ingen endring i antall døgnopphold og liggedøgn framover i tid for de syke nyfødte ved disse to sykehusene. For poliklinikk er det en svak økning i Arendal og en svak nedgang i Flekkefjord. Volumet av syke nyfødte er størst ved Kristiansand for alle behandlingsnivåene. Her estimeres det en vekst på 14,2 prosent for døgnoppholdene og 15,2 prosent for konsultasjonene for de syke nyfødte i perioden. Volumene er imidlertid så små i utgangspunktet at dette ikke vil medføre store kapasitetsmessige utfordringer.

4.2.1.6 Framskrivning av aktivitet bildediagnostikk

I dette delkapitlet gis en oversikt over bildediagnostikk basert på volumtall per modalitet fra SSHF 2019. Aktivitetstallene fra HF-et er inndelt i konsultasjoner hos innlagte døgnpasienter, intern poliklinikk og ekstern poliklinikk. Dette er kun volumtall per modalitet og ikke pasientdata med muligheter for å beregne vekst per kontakt. For å si noe om framtidig aktivitet innenfor bildediagnostikk benyttes den gjennomsnittlige vekstfaktoren for døgnoppholdene og den polikliniske aktiviteten per sykehus på aktiviteten per modalitet, der gjennomsnittsveksten for døgnopphold benyttes på bildediagnostikk utført for innlagte, og gjennomsnittsveksten for poliklinikk benyttes på bildediagnostikk for intern og ekstern poliklinikk. Dette betyr at det blir samme vekstfaktor for alle modalitetene ved samme sykehus og resultatene må tolkes i tråd med dette.

Videre er det viktig å understreke at framskrivingene her er basert på fordelingen mellom modalitetene som de var i 2019. Det er altså ikke tatt hensyn til at det framover i tid kan bli en endring i retning av at det flyttes pasienter fra ordinær røntgen til CT eller MR. Det er vanskelig å si noe sikkert om størrelsen på denne endringen, men dersom den skjer i stor grad, vil framtidig aktivitet innen CT og MR bli underestimert og ordinær røntgen overestimert.

Tabell 4.11 inneholder vekstfaktor for 2019 til 2035 og 2040 for de tre sykehusene i SSHF.

Tabell 4.11 **Vekstfaktor fra 2019 til 2035 og 2040 for lokasjonene i SSHF somatisk sektor**

Tidsperiode	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand
Vekstfaktor 2019-2035			
Døgnopphold	1,154	1,119	1,156
Poliklinikk intern	1,384	1,283	1,343
Poliklinikk ekstern	1,384	1,283	1,343
Vekstfaktor 2019-2040			
Døgnopphold	1,169	1,128	1,183
Poliklinikk intern	1,480	1,355	1,437
Poliklinikk ekstern	1,480	1,355	1,437

For bildediagnostikk på innlagte blir det derfor størst vekst for Kristiansand og lavest ved Flekkefjord, mens det for bildediagnostikk utført poliklinisk blir størst vekst for Arendal. Flekkefjord har lavest vekstfaktor for poliklinisk bildediagnostikk også.

I tabell 4.12 presenteres aktivitetstall for 2019 estimert framskrevet til 2035 og 2040 per modalitet og sykehus. I tabell 4.13 gis en oversikt over endringstallene og prosentvis endring fra 2019 til 2035 og 2040.

Tabell 4.12 Antall kontakter for bildediagnostikk 2019 estimert framskrevet til 2035 og 2040 per modalitet ved sykehusene i SSHF

Modalitet	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Aktivitet 2019				
CT	9 790	3 760	16 289	29 839
INT	757	0	3 121	3 879
MR	5 538	420	5 574	11 532
NM	0	0	1 677	1 677
RG	28 910	11 785	39 090	79 785
UL	4 212	870	8 904	13 986
Sum 2019	49 207	16 835	74 655	140 698
Framskrevet 2035				
CT	12 595	4 530	20 401	37 526
INT	757	0	3 121	3 879
MR	7 440	538	7 100	15 078
NM	0	0	2 200	2 200
RG	38 160	14 490	49 894	102 544
UL	5 442	1 077	11 380	17 899
Sum 2035	64 394	20 636	94 096	179 126
Framskrevet 2040				
CT	13 193	4 690	21 387	39 270
INT	783	0	3 272	4 055
MR	7 890	569	7 480	15 938
NM	0	0	2 337	2 337
RG	40 270	15 103	52 595	107 968
UL	5 708	1 125	12 000	18 834
Sum 2035	67 844	21 487	99 071	188 403

Tabell 4.13 Endring og prosentvis endring i antall kontakter for bildediagnostikk 2019 estimert framskrevet til 2035 og 2040 per modalitet ved sykehusene i SSHF

Modalitet	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Endring 2019-2035				
CT	2 805	770	4 112	7 687
INT	0	0	0	0
MR	1 902	118	1 526	3 546
NM	0	0	523	523
RG	9 250	2 705	10 804	22 759
UL	1 230	207	2 476	3 913
Sum endring	15 187	3 801	19 440	38 428
Endring 2019-2040				
CT	3 403	930	5 098	9 431
INT	26	0	151	177
MR	2 352	149	1 906	4 406
NM	0	0	660	660
RG	11 360	3 318	13 505	28 183
UL	1 496	255	3 096	4 848
Sum endring	18 637	4 652	24 416	47 705
Pst-endring 2019-2035				
CT	28,6	20,5	25,2	25,8
INT	0,0	0	0,0	0,0
MR	34,3	28,2	27,4	30,7
NM			31,2	31,2
RG	32,0	23,0	27,6	28,5
UL	29,2	23,8	27,8	28,0
Sum pst-endring	30,9	22,6	26,0	27,3
Pst-endring 2019-2040				
CT	34,8	24,7	31,3	31,6
INT	3,4		4,8	4,6
MR	42,5	35,4	34,2	38,2
NM			39,4	39,4
RG	39,3	28,2	34,5	35,3
UL	35,5	29,4	34,8	34,7
Sum pst-endring	37,9	27,6	32,7	33,9

For de fleste modalitetene er det svak nedgang eller svak økning i 2019-tallene i forhold til hva som var tilfelle i 2016. 2016 var utgangsåret for framskrivningen til 2035 forrige framskrivning. For ordinær røntgen derimot er det en samlet reduksjon på 22 901 kontakter i forhold til 2016 tallene, en nedgang på om lag 22 prosent. Dette fordeler seg henholdsvis med 10 500, 4 464 og 7 937 kontakter ved sykehusene i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand.

Når bildediagnostikk for innlagte og poliklinikk veies sammen blir det størst prosentvis vekst ved Arendal og lavest ved Flekkefjord. Det understrekes at dette er estimert vekst ut fra gjennomsnittlig framskrevet vekst for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner.

4.2.2 Framskrevet aktivitet PHV-voksne

I det følgende presenteres framskrevet aktivitet for PHV-V fra 2019 til 2040. Aktiviteten som framskrives er antall liggedøgn og en samlet aktivitet for dagopphold og poliklinikk.

Framskrivning av aktivitet presenteres institusjonsvis med aktivitet fra 2019 til 2040 i femårsintervaller fra 2025. I tillegg presenteres en oversikt over de trinnvise framskrivningene etter endringsfaktorene i framskrivingsmodellen fra 2019 til 2040, der all aktivitet inngår. I tabellene presenteres aktivitet både for gruppebehandling og øvrig behandling, poliklinikk med og uten ambulant virksomhet samt ambulant virksomhet. Når dagaktivitet omtales, gjelder dette samlet aktivitet av dagopphold og poliklinisk aktivitet. Tabeller og figurer kommenteres bare dersom det er helt spesielle forhold som bør kommenteres.

4.2.2.1 Framskrivning av aktivitet SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand

I tabell 4.14 presenteres resultater fra framskrivningen av aktiviteten ved SSHF Kristiansand (Kristiansand, psyk. sykehusavd.) fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.15.

Tabell 4.14 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand

SSHF Kristiansand, psyk. sykehusavd	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	24 412	24 023	22 952	21 869	20 375
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	3 586	4 128	4 633	5 041	5 470
<i>Ambulant virksomhet</i>	525	610	751	911	1 129
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	4 111	4 738	5 384	5 952	6 599
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	393	452	540	649	704
<i>Ambulant virksomhet</i>	2	2	3	4	5
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	395	454	543	653	709

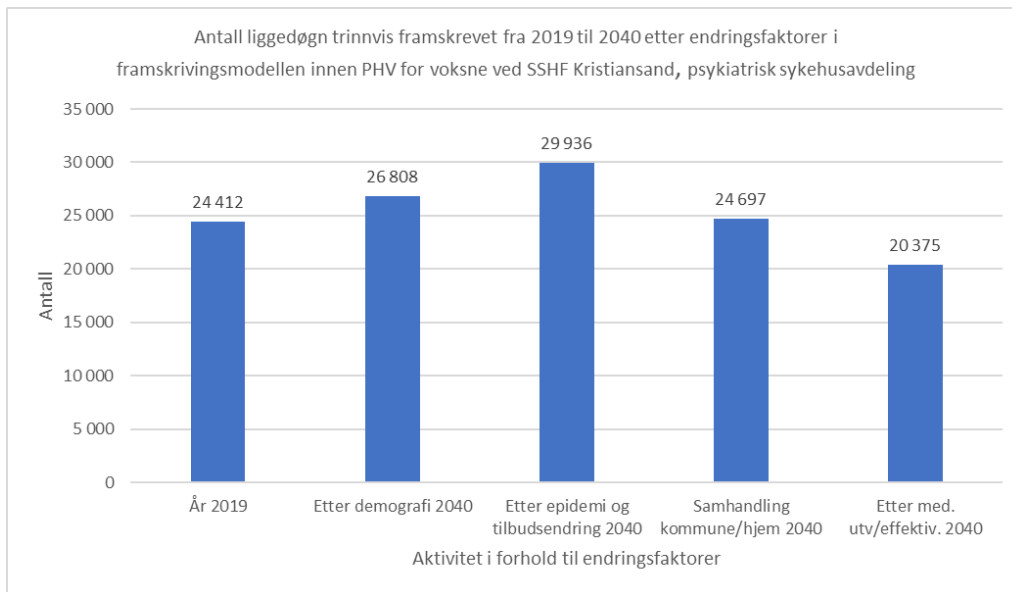
Antall døgnopphold som er registrert ved «PSA innleggelse» er 1 376, som utgjør 21 794 liggedøgn. Videre er 216 polikliniske konsultasjoner registrert ved «PSA konsultasjon på post».

Tabell 4.15 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF Kristiansand, psykiatrisk sykehusavdeling

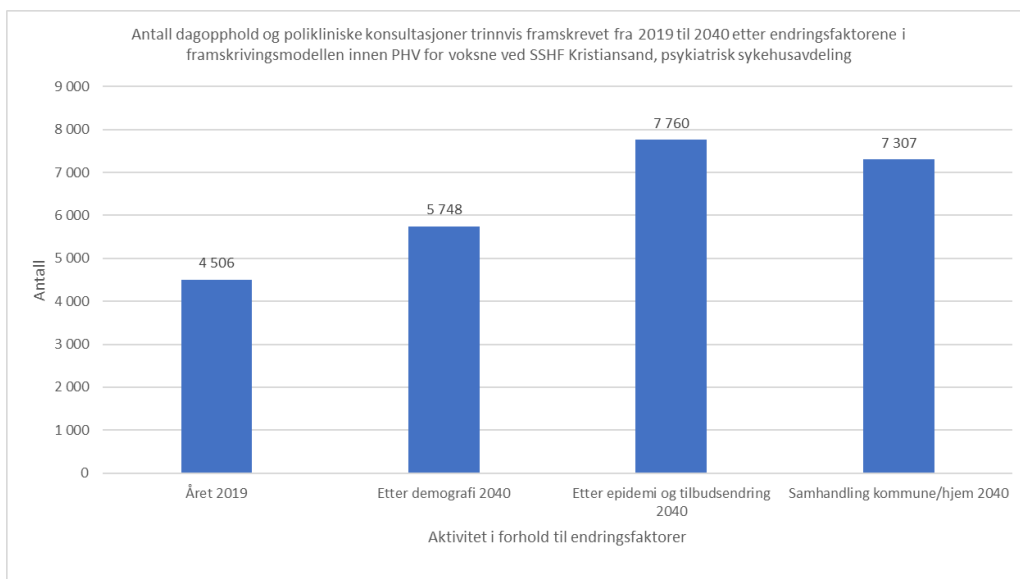
SSHF Kristiansand, psyk. sykehusavd	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	-389	-1 460	-2 543	-4 037	-1,6 %	-6,0 %	-1,8 %	-16,5 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	542	1 047	1 455	1 884	15,1 %	29,2 %	40,6 %	52,5 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	85	226	386	604	16,2 %	43,0 %	73,5 %	115,0 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	627	1 273	1 841	2 488	15,3 %	31,0 %	44,8 %	60,5 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	59	147	256	311	15,0 %	37,4 %	65,1 %	79,1 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	0	1	2	3	0,0 %	50,0 %	100,0 %	150,0 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	59	148	258	314	14,9 %	37,5 %	65,3 %	79,5 %

I tabellene ovenfor viser beregningene at når standardverdiene benyttes i framskrivingsmodellen vil det bli en prosentvis nedgang i liggedøgn fra 2019 til 2040 med 16,5 prosent. Dette skyldes at det er flere endringsfaktorer i framskrivingsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn. Imidlertid viser beregningene at det vil være en sterk prosentvis økning i dagaktiviteten fra 2019 til 2040, (eksklusiv ambulant) både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 52,5 prosent og 79,1 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, har størst prosentvis økning, og vil utgjøre 15,5 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figurene 4.12 og 4.13 presenteres en trinnvis framskrivning fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard framskrivingsmodell.



Figur 4.12 *Trinnvis framskrivning av liggedøgn fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand, etter endringsfaktorene i standard modell*



Figur 4.13 *Trinnvis framskrivning av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand etter endringsfaktorene i standard modell*

Som figurene viser teller den demografiske utviklingen prosentvis mest for dagaktiviteten med en demografisk vekst på 27,6 prosent fra 2019 til 2040. For liggedøgnene er den demografiske veksten på 9,8 prosent i samme periode.

For liggedøgnene øker veksten ytterligere gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, men effekten av dette blir redusert gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene, slik at det totalt sett blir en nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 16,5 prosent. Når det gjelder dagaktiviteten vil effekten

av samhandling med kommune og hjem redusere veksten noe, men epidemiologi og økte tilbud er betydelig større og gir en samlet vekst på 62,1 prosent til 2040.

Dersom man er nær en kapasitetsgrense i utgangspunktet, vil veksten skape et omstillingsbehov. Dette kan blant annet gjøres ved å øke andel digitale konsultasjoner og/eller samhandling med kommune/hjem hvis mulig. Dette gjelder også andre institusjoner innen psykisk helsevern for voksne ved SSHF.

4.2.2.2 Framskrivning av aktivitet SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Arendal

I tabell 4.16 presenteres resultater fra framskrivningen av aktiviteten ved SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Arendal fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.17.

Tabell 4.16 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Arendal

SSHF Arendal, psyk. sykehusavd	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	11 772	11 393	10 717	9 833	9 052
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	1 373	1 592	1 930	2 143	2 351
<i>Ambulant virksomhet</i>	279	366	455	530	615
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	1 652	1 958	2 385	2 673	2 966
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	34	35	40	42	46

Antall døgnopphold som er registrert ved «PSA innleggelse» er 937, som utgjør 11 581 liggedøgn.

Tabell 4.17 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Arendal

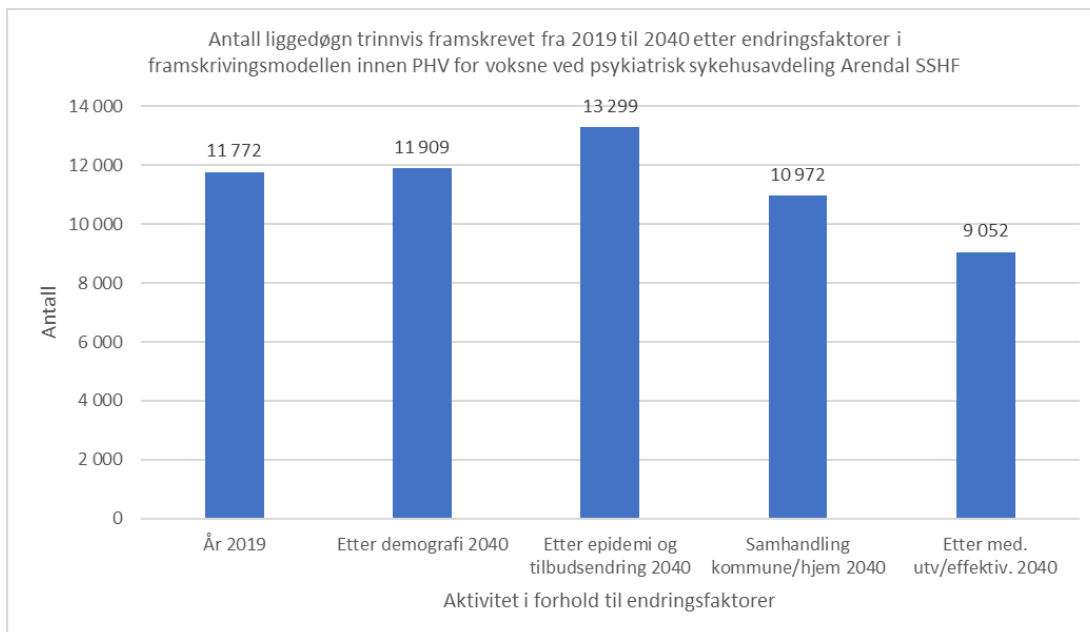
SSHF Arendal, psyk. sykehusavd	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	-379	-1 055	-1 939	-2 720	-3,2 %	-9,0 %	-3,9 %	-23,1 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	219	557	770	978	16,0 %	40,6 %	56,1 %	71,2 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	87	176	251	336	31,2 %	63,1 %	90,0 %	120,4 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	306	733	1 021	1 314	18,5 %	44,4 %	61,8 %	79,5 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	1	6	8	12	2,9 %	17,6 %	23,5 %	35,3 %

I tabellene ovenfor viser beregningene at når standardverdiene benyttes i framskrivningsmodellen vil det bli en prosentvis nedgang i liggedøgn fra 2019 til 2040 med 23,1 prosent. Dette skyldes også her at det er flere endringsfaktorer i framskrivningsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn. Sammenlignet med Kristiansand er dette en større prosentvis nedgang i antall framskrevne liggedøgn for 2040.

Imidlertid viser beregningene at det vil være en sterk prosentvis økning i dagaktiviteten (eksklusiv ambulant) fra 2019 til 2040, både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 35,3 prosent og 71,2 prosent. Dette er en større prosentvis økning sammenlignet med Kristiansand, men de har til gjengjeld en høyere aktivitet innen gruppebehandling.

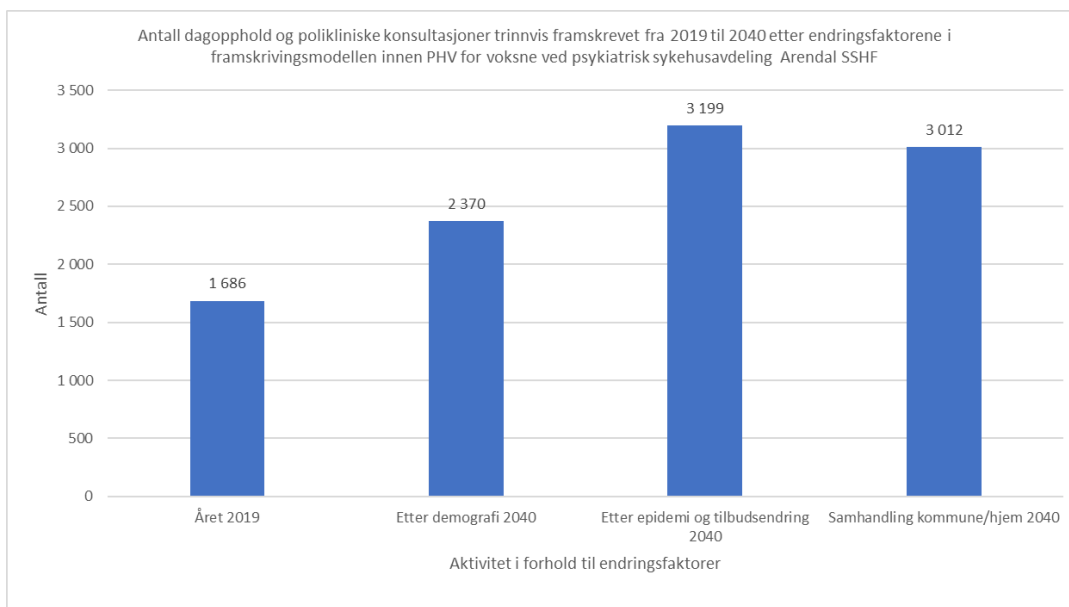
Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, har størst prosentvis økning, og vil utgjøre 20,4 prosent av dagaktiviteten i 2040.

I figurene 4.14 og 4.15 presenteres en trinnvis framskrivning fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard framskrivningsmodell.



Figur 4.14 *Trinnvis framskriving av liggedøgn fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Arendal etter endringsfaktorene i standard modell*

Den trinnvise framskrivingen av liggedøgn viser at demografieffekten betyr lite for aktiviteten fram mot 2040, med en vekst på 1,1 prosent. Imidlertid øker veksten for liggedøgn gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, men denne effekten reduseres gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene. Totalt sett blir det en nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 23,1 prosent, og har dermed en større nedgang i liggedøgn i perioden enn tilsvarende for Kristiansand (16,5 prosent).



Figur 4.15 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF psykiatrisk sykehusavdeling Arendal etter endringsfaktorene i standard modell*

For dagaktiviteten betyr demografieffekten mer for aktiviteten fram mot 2040, med en prosentvis vekst på 40,5. Effekten av samhandling med kommune og hjem vil redusere veksten noe, men

epidemiologi og økte tilbud er betydelig større og gir en samlet vekst på 78,6 prosent til 2040, og har dermed en større økning av dagaktiviteten i perioden enn tilsvarende for Kristiansand (62,1 prosent).

4.2.2.3 Framskr. av aktivitet SSHF spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer Kristiansand

I tabell 4.18 presenteres resultater fra framskrivningen av dagaktiviteten ved SSHF spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer Kristiansand fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.19. Det er i data fra NPR ikke registrert gruppebehandling ved dette behandlingsstedet.

Tabell 4.18 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer Kristiansand

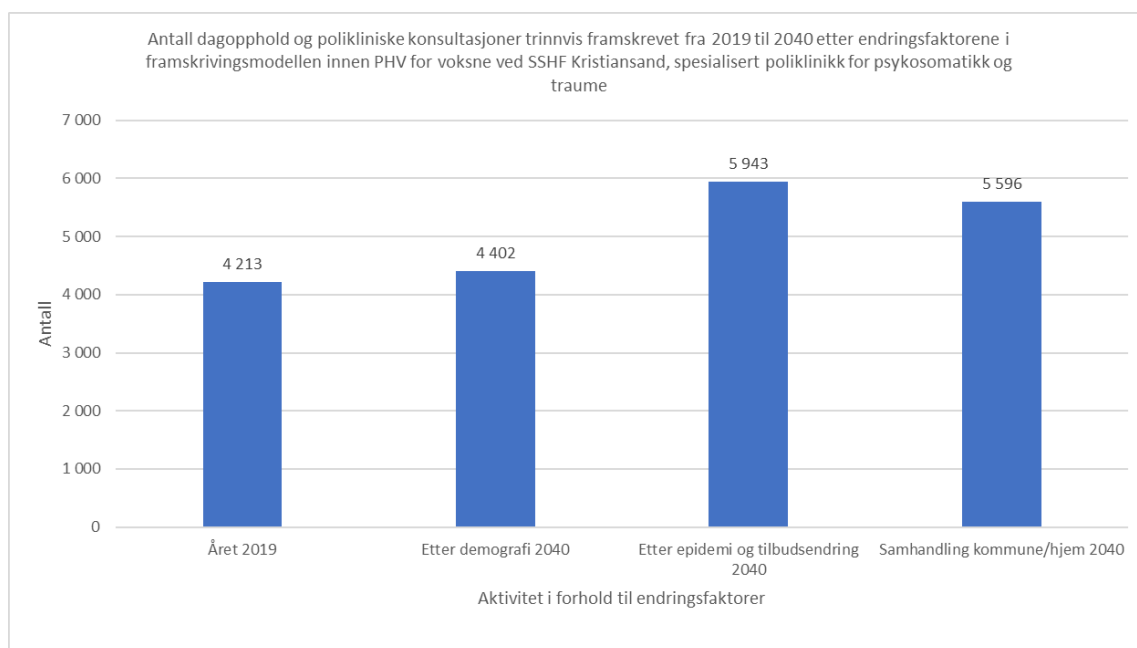
SSHF Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traume, Kristiansand	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	4 126	4 647	4 964	5 233	5 481
<i>Ambulant virksomhet</i>	87	99	103	109	115
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	4 213	4 746	5 067	5 342	5 596

Tabell 4.19 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer Kristiansand

SSHF Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traume, Kristiansand	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	521	838	1 107	1 355	12,6 %	20,3 %	26,8 %	32,8 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	12	16	22	28	13,8 %	18,4 %	25,3 %	32,2 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	533	854	1 129	1 383	12,7 %	20,3 %	26,8 %	32,8 %

Beregningene presentert i tabellene ovenfor viser at det være en prosentvis økning i dagaktiviteten (eksklusiv ambulant) fra 2019 til 2040 på 32,8 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, vil utgjøre 2 prosent av dagaktiviteten i 2040.

I figuren nedenfor presenteres den trinnvise endringen for dagaktiviteten fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard modell.



Figur 4.16 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer Kristiansand etter endringsfaktorene i standard modell*

Demografieffekten fram mot 2040 er på 4,5 prosent, noe som er mindre her enn tilsvarende ved psykiatrisk avdeling Kristiansand, men større enn i Arendal. Med poliklinikkaktiviteten med dagens forbruksnivå vil det ved spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer i Kristiansand øke med 32,8 prosent fram til 2040. Dette er lavere vekst enn tilsvarende for psykiatrisk sykehusavdeling i Kristiansand og Arendal.

I de neste delkapitlene presenteres framskriving av aktivitet ved DPS-ene innen psykisk helsevern for voksne ved SSHF. Også her er standard framskrivingsmodell med endringsfaktorene benyttet.

4.2.2.4 Framskriving av aktivitet SSHF DPS Strømme

I tabell 4.20 presenteres resultater fra framskrivingen av aktiviteten ved SSHF DPS Strømme fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.21.

Tabell 4.20 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Strømme*

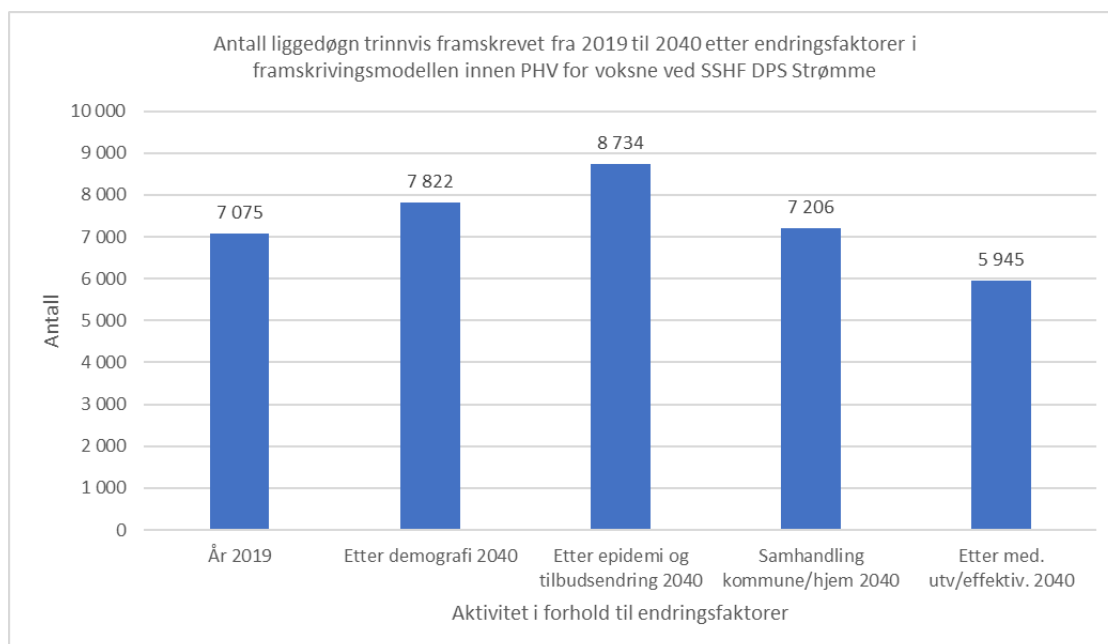
SSHF DPS Strømme	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	7 075	6 933	6 664	6 345	5 945
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	22 676	24 803	26 741	28 128	29 322
<i>Ambulant virksomhet</i>	1 658	1 835	1 957	2 073	2 192
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	24 334	26 638	28 698	30 201	31 514
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	1 696	1 841	1 999	2 080	2 169

Tabell 4.21 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Strømme

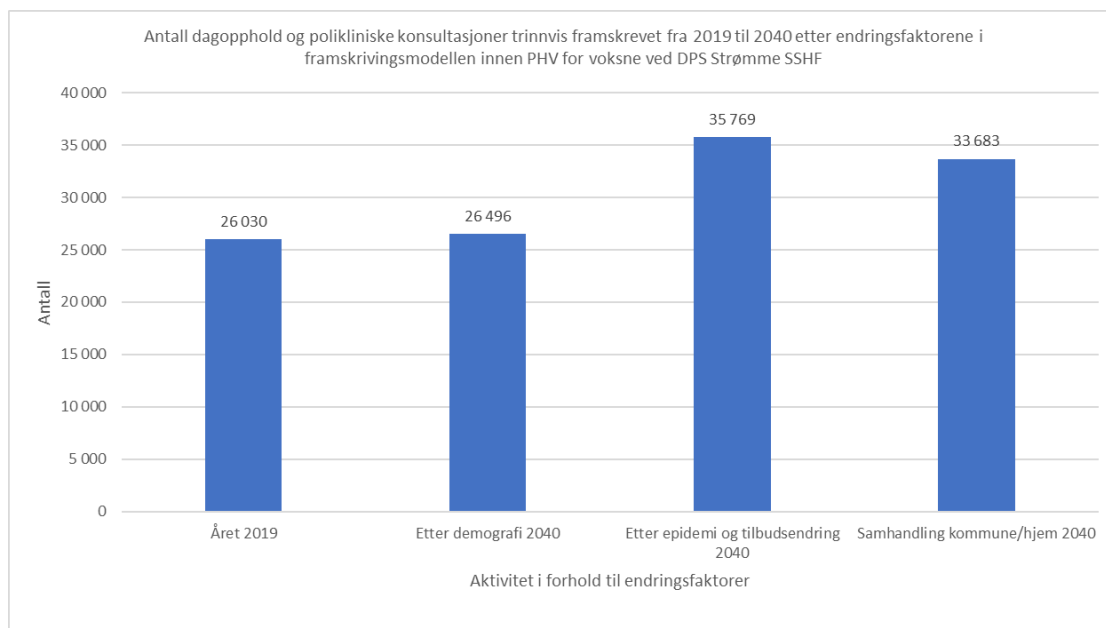
SSHF DPS Strømme	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	-142	-411	-730	-1 130	-2,0 %	-5,8 %	-2,2 %	-16,0 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	2 127	4 065	5 452	6 646	9,4 %	17,9 %	24,0 %	29,3 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	177	299	415	534	10,7 %	18,0 %	25,0 %	32,2 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	2 304	4 364	5 867	7 180	9,5 %	17,9 %	24,1 %	29,5 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	145	303	384	473	8,5 %	17,9 %	22,6 %	27,9 %

I tabellene ovenfor viser beregningene at når standardverdiene benyttes i framskrivingsmodellen vil det bli en prosentvis nedgang i liggedøgn fra 2019 til 2040 med 16 prosent. Dette skyldes at det er flere endringsfaktorer i framskrivingsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn. Imidlertid viser beregningene at det vil være en sterk prosentvis økning i dagaktiviteten fra 2019 til 2040, (eksklusiv ambulant) både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 27,9 prosent og 29,3 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, har størst prosentvis økning, og vil utgjøre 6,5 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figurene nedenfor presenteres de trinnvise endringene for liggedøgn og dagaktivitet fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard modell.



Figur 4.17 Trinnvis framskrivning av liggedøgn fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Strømme etter endringsfaktorene i standard modell



Figur 4.18 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Strømme etter endringsfaktorene i standard modell*

Demografieffekten fram mot 2040 er større ved liggedøgn enn ved dagaktiviteten, da den prosentvise veksten er på henholdsvis 10,5 prosent og 1,9 prosent. Etter økt vekst for liggedøgn gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, reduseres denne gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene. Totalt sett blir det en prosentvis nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 15,9, og det er dermed en mindre prosentvis nedgang i liggedøgn i perioden enn tilsvarende for Kristiansand og Arendal.

For dagaktiviteten vil effekten av samhandling med kommune og hjem redusere veksten noe, men epidemiologi og økte tilbud er betydelig større og gir en samlet vekst på 29,4 prosent, noe som er lavere enn for Kristiansand og Arendal.

4.2.2.5 Framskriving av aktivitet SSHF DPS Østre Agder

I tabell 4.22 presenteres resultater fra framskrivingen av aktiviteten ved SSHF DPS Østre Agder fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.23.

Tabell 4.22 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Østre Agder*

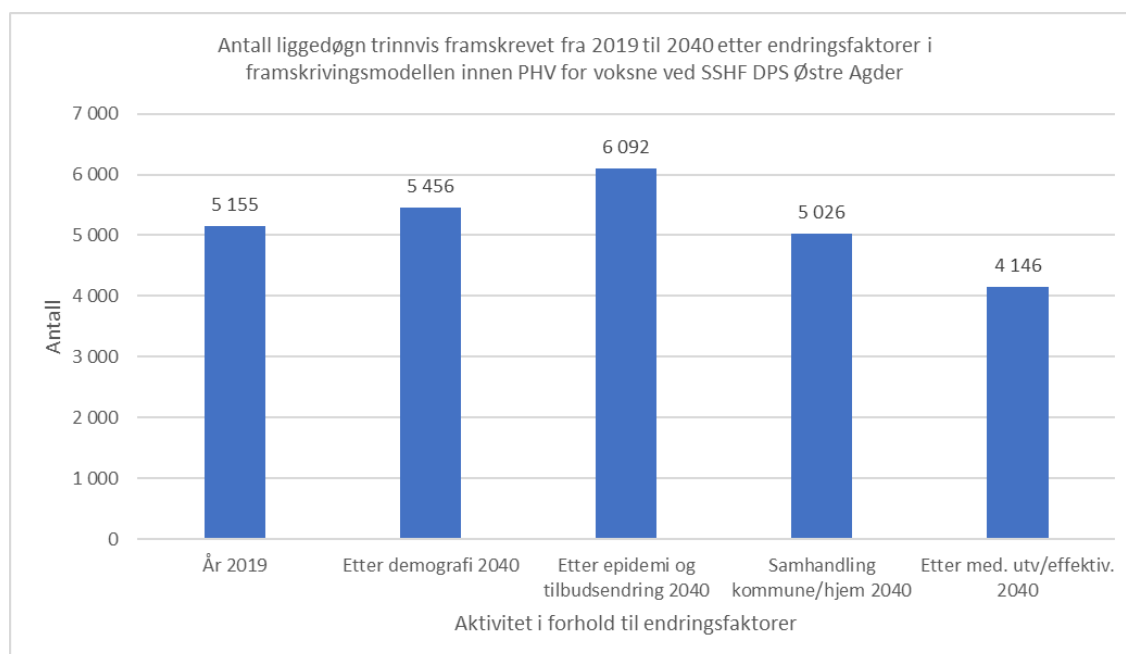
SSHF DPS Østre Agder	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	5 155	5 105	4 889	4 508	4 147
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	29 980	32 886	35 155	36 776	37 592
<i>Ambulant virksomhet</i>	5 203	5 775	6 192	6 520	6 777
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	35 183	38 661	41 347	43 296	44 369
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	3964	4 410	4 571	4 825	4 937
<i>Ambulant virksomhet</i>	134	140	148	158	159
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	4 098	4 550	4 719	4 983	5 096

Tabell 4.23 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Østre Agder

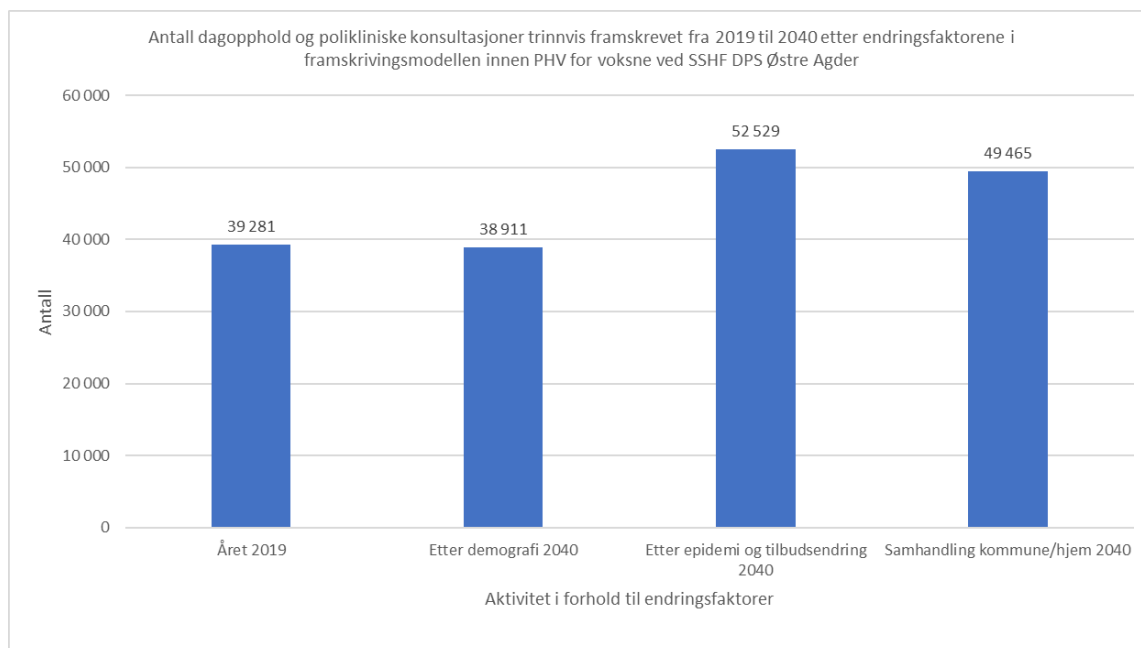
SSHF DPS Østre Agder	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	-50	-266	-647	-1 008	-1,0 %	-5,2 %	-12,6 %	-19,6 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	2 906	5 175	6 796	7 612	9,7 %	17,3 %	22,7 %	25,4 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	572	989	1 317	1 574	11,0 %	19,0 %	25,3 %	30,3 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	3 478	6 164	8 113	9 186	9,9 %	17,5 %	23,1 %	26,1 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	446	607	861	973	11,3 %	15,3 %	21,7 %	24,5 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	6	14	24	25	4,5 %	10,4 %	17,9 %	18,7 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	452	621	885	998	11,0 %	15,2 %	21,6 %	24,4 %

I tabellene ovenfor viser beregningene at når standardverdiene benyttes i framskrivingsmodellen vil det bli en prosentvis nedgang i liggedøgn fra 2019 til 2040 med 19,6 prosent. Dette skyldes at det er flere endringsfaktorer i framskrivingsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn. Beregningene viser at det vil være en prosentvis økning i dagaktiviteten fra 2019 til 2040 (eksklusiv ambulant), både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 24,5 prosent og 25,4 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, har størst prosentvis økning, og vil utgjøre 14 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figurene nedenfor presenteres de trinnvise endringene for liggedøgn og dagaktivitet fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard modell.



Figur 4.19 Trinnvis framskriving av liggedøgn fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Østre Agder etter endringsfaktorene i standard modell



Figur 4.20 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Østre Agder etter endringsfaktorene i standard modell*

Den trinnvise framskrivingen av liggedøgn viser at demografieffekten har en vekst på 5,8 prosent. Prosentvis vekst for liggedøgn øker videre gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, selv om effekten reduseres gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene. Totalt sett blir det en nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 19,6 prosent.

For dagaktiviteten har demografi liten effekt fram mot 2040, med en prosentvis nedgang på 0,9. Effekten av epidemiologi og økte tilbud vil imidlertid gi samlet vekst på 25,9 prosent til 2040.

4.2.2.6 Framskriving av aktivitet SSHF DPS Lister, Farsund

I tabell 4.24 presenteres resultater fra framskrivingen av dagaktiviteten SSHF DPS Lister, Farsund fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.25.

Tabell 4.24 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Lister, Farsund*

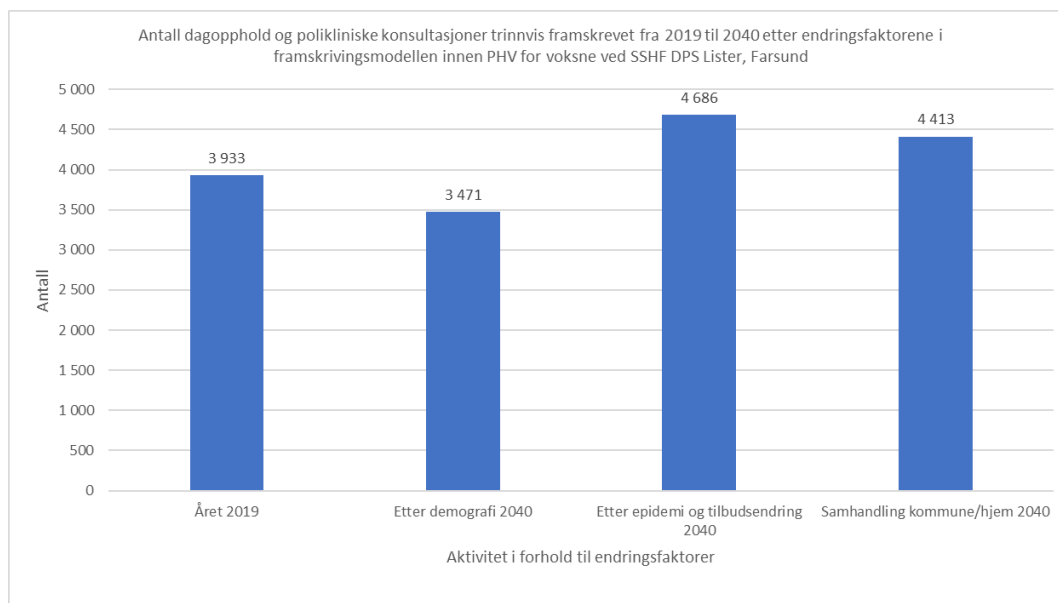
SSHF DPS Lister, Farsund	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	2 906	2 951	3 111	3 219	3 276
<i>Ambulant virksomhet</i>	31	30	32	34	35
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	2 937	2 981	3 143	3 253	3 311
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	996	981	1 054	1 102	1 102

Tabell 4.25 *Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Lister, Farsund*

SSHF DPS Lister, Farsund	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	45	205	313	370	1,5%	7,1%	10,8%	12,7%
<i>Ambulant virksomhet</i>	-1	1	3	4	-3,2%	3,2%	9,7%	12,9%
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	44	206	316	374	1,5%	7,0%	10,8%	12,7%
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	-15	58	106	106	-1,5%	5,8%	10,6%	10,6%

Beregningene presentert i tabellene ovenfor viser at det vil bli en prosentvis økning i dagaktivitet (eksklusiv ambulant) fra 2019 til 2040, både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 10,6 prosent og 12,7 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, vil utgjøre under 1 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figuren nedenfor presenteres den trinnvise endringen for dagaktivitet fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard modell.



Figur 4.21 *Trinnvis framskrivning av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Lister, Farsund etter endringsfaktorene i standard modell*

For dagaktiviteten har demografi en stor negativ effekt fram mot 2040, med en prosentvis nedgang på 11,7. Befolkningsframskrivningen fram til 2040 for denne institusjonen og ved DPS Flekkefjord og DPS Farsund viser en nedgang i antall pasienter for alle aldersgrupper sammenlignet med de øvrige institusjoner ved SSHF. Imidlertid vil effekten av epidemiologi og økt tilbud gi en samlet vekst på 12,2 prosent til 2040.

4.2.2.7 Framskrivning av aktivitet SSHF DPS Lister, Flekkefjord

I tabell 4.26 presenteres resultater fra framskrivningen av dagaktiviteten SSHF DPS Lister, Flekkefjord fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.27.

Tabell 4.26 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Lister, Flekkefjord*

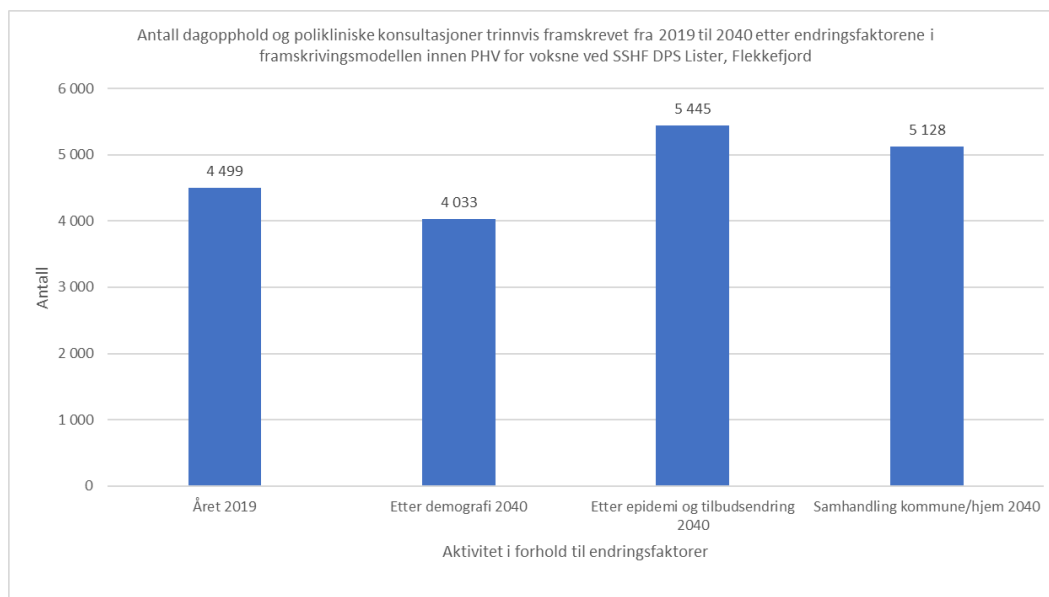
SSHF DPS Lister, Flekkefjord	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	4 272	4 537	4 724	4 833	4 850
<i>Ambulant virksomhet</i>	74	83	91	95	91
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	4 346	4 620	4 815	4 928	4 941
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	153	175	173	181	189

Tabell 4.27 *Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Lister, Flekkefjord*

SSHF DPS Lister, Flekkefjord	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	265	452	561	578	6,2 %	10,6 %	13,1 %	13,5 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	9	17	21	17	12,2 %	23,0 %	28,4 %	23,0 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	274	469	582	595	6,3 %	10,8 %	13,4 %	13,7 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	22	20	28	36	14,4 %	13,1 %	18,3 %	23,5 %

Beregningene presentert i tabellene ovenfor viser at det vil være en prosentvis økning i dagaktivitet (eksklusiv ambulant) fra 2019 til 2040, både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 23,5 prosent og 13,5 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, vil utgjøre under 2 prosent av dagaktiviteten i 2040.

I figuren nedenfor presenteres den trinnvise endringen for dagaktivitet fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard modell.



Figur 4.22 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Lister, Flekkefjord etter endringsfaktorene i standard modell*

Som ved SSHF DPS Lister, Farsund, har demografi også her en stor negativ effekt for dagaktiviteten fram mot 2040, med en prosentvis nedgang på 10,3. Imidlertid vil effekten av epidemiologi og økte tilbud gi en samlet vekst på 13,9 prosent til 2040.

4.2.2.8 Framskriving av aktivitet SSHF DPS Lister, Kvinesdal

I tabell 4.28 presenteres resultater fra framskrivingen av dagaktiviteten SSHF DPS Lister, Kvinesdal fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.29.

Tabell 4.28 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Lister, Kvinesdal

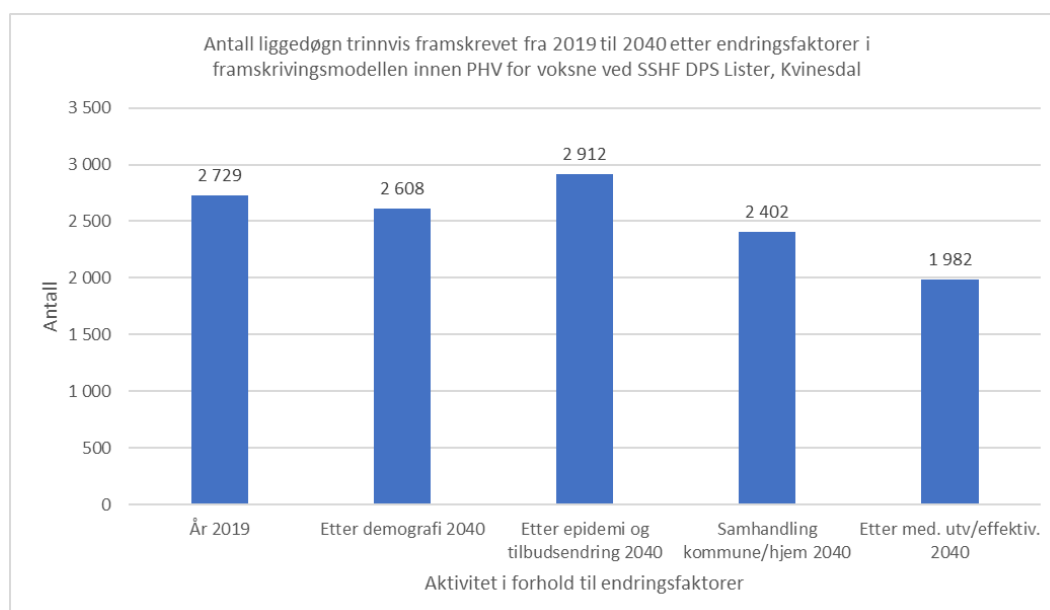
DPS Lister, Kvinesdal	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	2 729	2 558	2 319	2 162	1 982
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	2 109	2 215	2 353	2 437	2 561
<i>Ambulant virksomhet</i>	1 669	1 763	1 916	1 952	2 104
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	3 778	3 978	4 269	4 389	4 665
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	3 117	3 306	3 458	3 578	3 811
<i>Ambulant virksomhet</i>	11	11	12	12	12
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	3 128	3 317	3 470	3 590	3 823

Tabell 4.29 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Lister, Kvinesdal

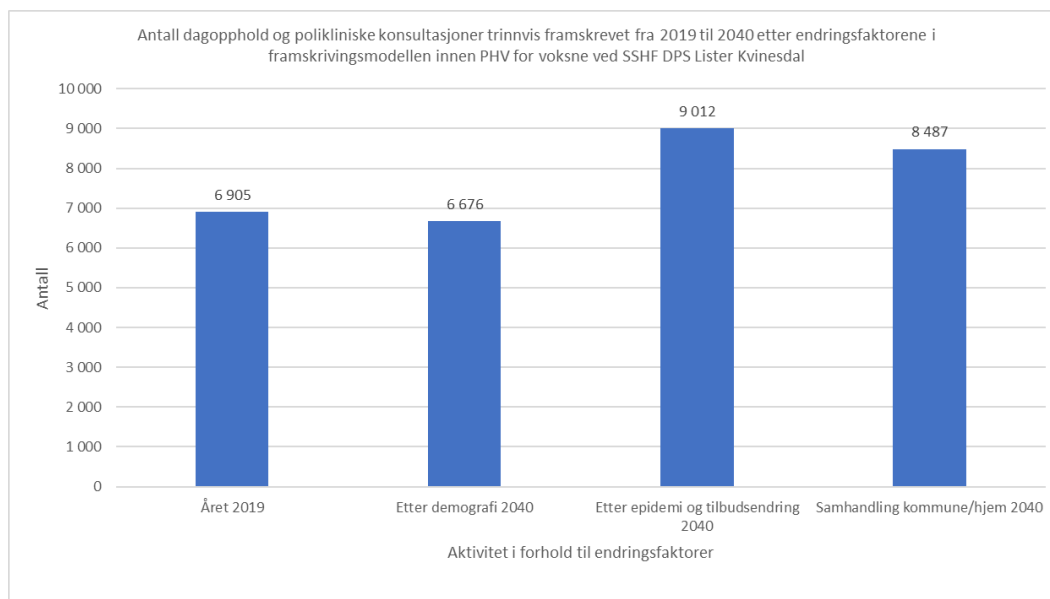
DPS Lister, Kvinesdal	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	-171	-410	-567	-747	-6,3 %	-15,0 %	-7,9 %	-27,4 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	106	244	328	452	5,0 %	11,6 %	15,6 %	21,4 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	94	247	283	435	5,6 %	14,8 %	17,0 %	26,1 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	200	491	611	887	5,3 %	13,0 %	16,2 %	23,5 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	189	341	461	694	6,1 %	10,9 %	14,8 %	22,3 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	0	1	1	1	0,0 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	189	342	462	695	6,0 %	10,9 %	14,8 %	22,2 %

Beregningene presentert i tabellene ovenfor viser at det er en prosentvis økning i dagaktiviteten (eksklusiv ambulant) fra 2019 til 2040, både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 22,3 prosent og 21,4 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet vil utgjøre 24,9 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figurene nedenfor presenteres de trinnvise endringene for liggedøgn og dagaktivitet fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard modell.



Figur 4.23 Trinnvis framskriving av liggedøgn fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Lister, Kvinesdal etter endringsfaktorene i standard modell



Figur 4.24 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Lister, Kvinesdal etter endringsfaktorene i standard modell*

Den trinnvise framskrivingen både av liggedøgn og dagaktivitet viser at demografieffekten har en nedgang på henholdsvis 4,4 prosent og 3,3 prosent. Selv om prosentvis vekst for liggedøgn øker gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, vil denne effekten reduseres gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene. Totalt sett blir det en nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 27,4 prosent.

For dagaktiviteten vil effekten av epidemiologi og økte tilbud, gi en samlet vekst på 22,9 prosent til 2040.

4.2.2.9 Framskriving av aktivitet SSHF DPS Solvang

I tabell 4.30 presenteres resultater fra framskrivingen av dagaktiviteten SSHF DPS Solvang fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.31.

Tabell 4.30 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Solvang*

SSHF DPS Solvang	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	5 932	5 808	5 619	5 324	4 972
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	16 501	18 481	19 982	21 133	22 232
<i>Ambulant virksomhet</i>	6 642	7 650	8 341	9 042	9 520
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	23 143	26 131	28 323	30 175	31 752
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	9 442	10 587	11 454	12 209	12 813
<i>Ambulant virksomhet</i>	6	7	7	8	8
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	9 448	10 594	11 461	12 217	12 821

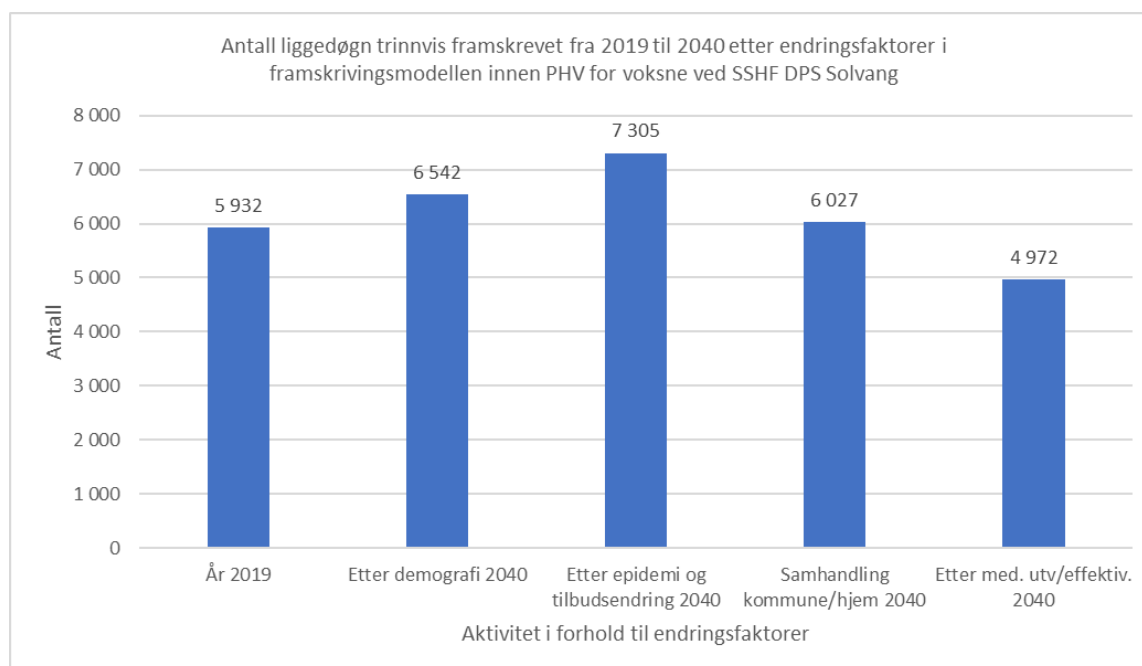
Tabell 4.31 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne for SSHF DPS Solvang

SSHF DPS Solvang	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	-124	-313	-608	-960	-2,1%	-5,3%	-2,3%	-16,2%
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	1 980	3 481	4 632	5 731	12,0%	21,1%	28,1%	34,7%
<i>Ambulant virksomhet</i>	1 008	1 699	2 400	2 878	15,2%	25,6%	36,1%	43,3%
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	2 988	5 180	7 032	8 609	12,9%	22,4%	30,4%	37,2%
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	1 145	2 012	2 767	3 371	12,1%	21,3%	29,3%	35,7%
<i>Ambulant virksomhet</i>	1	1	2	2	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	1 146	2 013	2 769	3 373	12,1%	21,3%	29,3%	35,7%

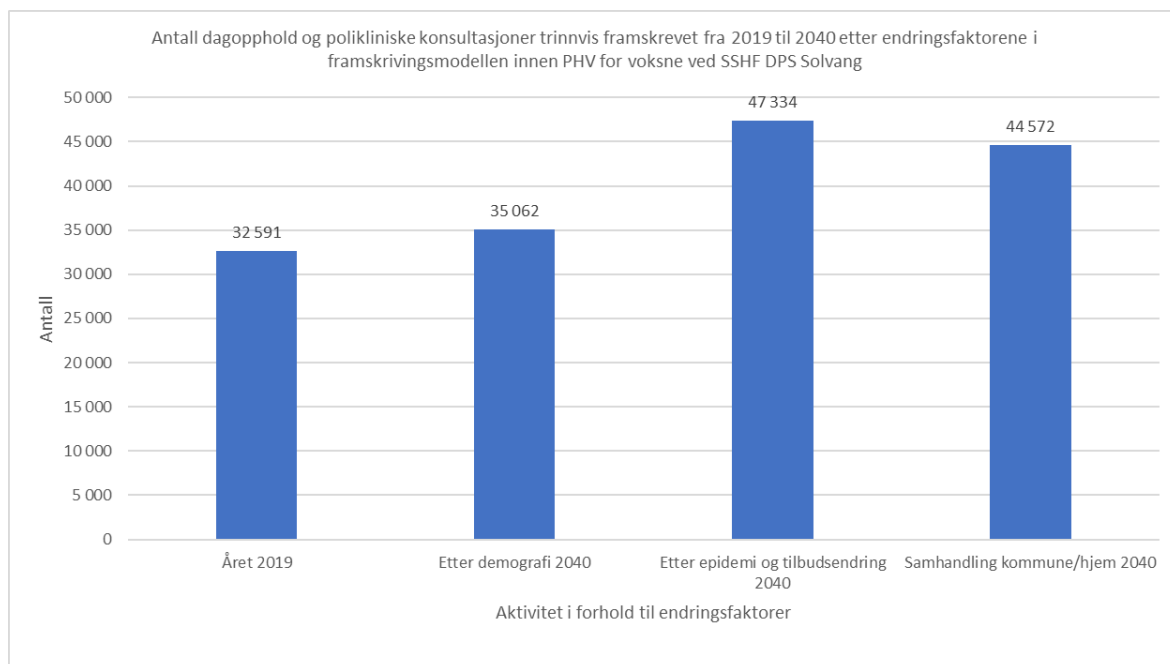
I tabellene ovenfor viser beregningene at når standardverdiene benyttes i framskrivingsmodellen vil det bli en reduksjon i liggedøgn fra 2019 til 2040 med 16,2 prosent. Dette skyldes også her at det er flere endringsfaktorer i framskrivingsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn.

Videre viser beregningene at det vil være en prosentvis økning i samlet dagaktivitet (eksklusiv ambulant) fra 2019 til 2040, både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 35,7 prosent og 34,7 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet vil utgjøre 21,3 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figurene nedenfor presenteres de trinnvise endringene for liggedøgn og dagaktivitet fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard modell.



Figur 4.25 Trinnvis framskrivning av liggedøgn fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Solvang etter endringsfaktorene i standard modell



Figur 4.26 *Trinnvis framskrivning av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern voksne ved SSHF DPS Solvang etter endringsfaktorene i standard modell*

Som figurene viser teller den demografiske utviklingen prosentvis mest for liggedøgn med en demografisk vekst på 10,3 prosent fra 2019 til 2040. For dagaktiviteten er den demografiske veksten på 7,5 prosent i samme periode.

For liggedøgnene øker veksten ytterligere gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, men effekten av dette blir redusert gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene, slik at det totalt sett blir en nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 16,2 prosent. Når det gjelder dagaktiviteten vil effekten av samhandling med kommune og hjem redusere veksten noe, men epidemiologi og økte tilbud er betydelig større og gir en samlet vekst på 36,7 prosent til 2040.

4.2.3 Framskrevet aktivitet PHV for barn og unge

I dette kapitlet presenteres resultater fra framskrivningen av PHV for barn og unge (PHV-BU) for de tre lokale enhetene. Inndelingen i aktivitet og framskrivning er gjort på samme måte som for PHV-V.

4.2.3.1 Framskrivning av aktivitet SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri

I tabell 4.32 presenteres resultater fra framskrivningen av aktiviteten ved SSHF Arendal barne- og ungdomspsykiatri (Arendal) fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.33.

Tabell 4.32 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge for SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri

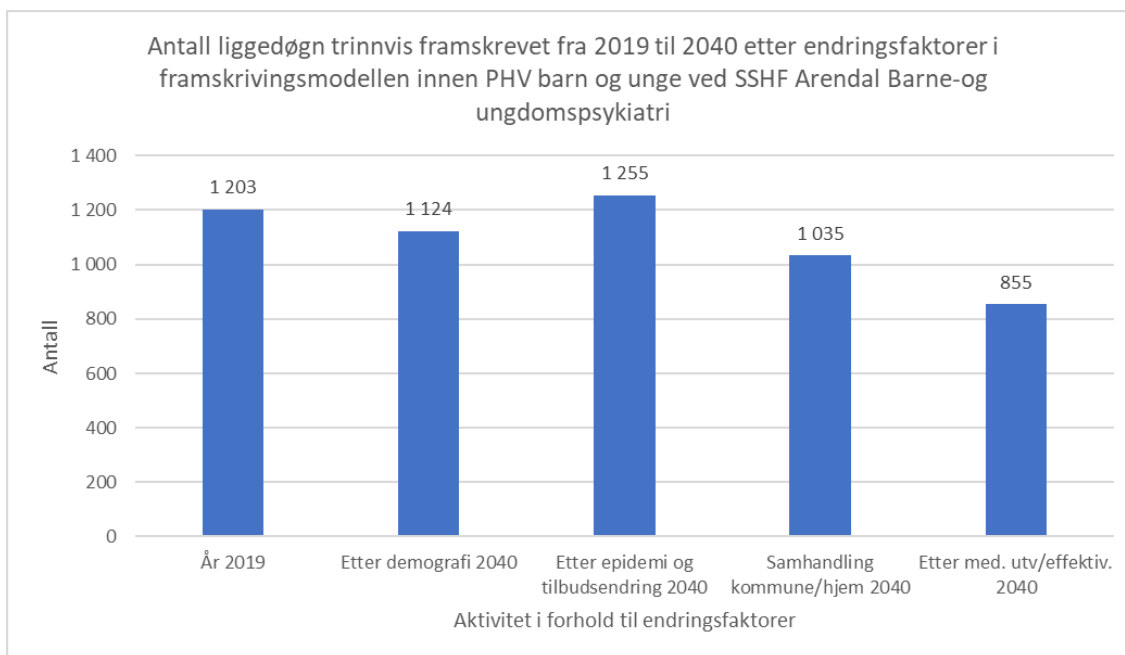
SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	1 203	1 287	1 154	985	855
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	12 896	14 563	14 265	14 117	14 799
<i>Ambulant virksomhet</i>	1 542	1 754	1 741	1 734	1 842
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	14 438	16 317	16 006	15 851	16 641
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	497	540	527	541	590
<i>Ambulant virksomhet</i>	20	22	23	20	21
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	517	560	547	561	610

Tabell 4.33 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge for SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri

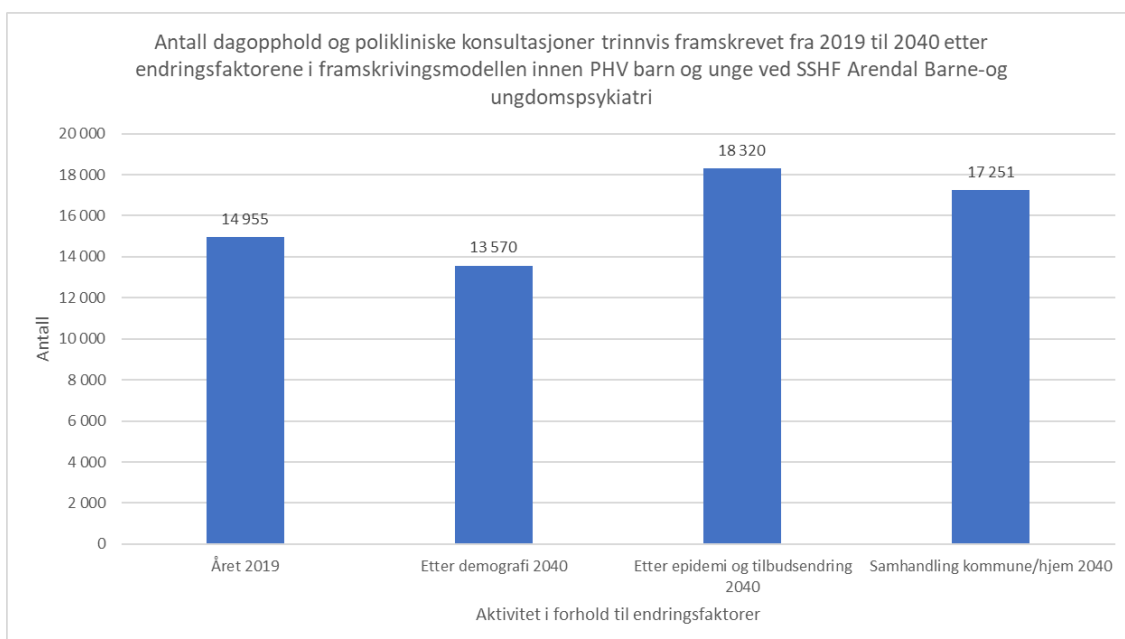
SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	84	-49	-218	-348	7,0 %	-4,1 %	-18,1 %	-28,9 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	1 667	1 369	1 221	1 903	12,9 %	10,6 %	9,5 %	14,8 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	212	199	192	300	13,7 %	12,9 %	12,5 %	19,5 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	1 879	1 568	1 413	2 203	13,0 %	10,9 %	9,8 %	15,3 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	43	30	44	93	8,7 %	6,0 %	8,9 %	18,7 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	2	3	0	1	10,0 %	15,0 %	0,0 %	5,0 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	43	30	44	93	8,3 %	5,8 %	8,5 %	18,0 %

Tabellene ovenfor viser at når standardverdiene benyttes i framskrivingsmodellen vil det bli en prosentvis nedgang i liggedøgn fra 2019 til 2040 med 28,9 prosent. Dette skyldes at det er flere endringsfaktorer i framskrivingsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn. Imidlertid viser beregningene at det vil være en prosentvis økning i dagaktiviteten fra 2019 til 2040, (eksklusiv ambulant) både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 18,7 prosent og 14,8 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, har størst prosentvis økning, og vil utgjøre 10,7 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figurene 4.27 og 4.28 presenteres en trinnvis framskrivning fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard framskrivingsmodell.



Figur 4.27 *Trinnvis framskriving av liggedøgn fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge ved SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri etter endringsfaktorene i standard modell*



Figur 4.28 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge ved SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri etter endringsfaktorene i standard modell*

Som figurene viser, er det en prosentvis nedgang i den demografiske veksten både for liggedøgn og dagaktiviteten fra 2019 til 2040 med henholdsvis 6,6 prosent og 9,3 prosent. Befolkningsframskrivningen fram til 2040 for denne institusjonen og ved de øvrige institusjonene innen Barne- og ungdomspsykiatri ved SSHF, viser en nedgang i antall pasienter under 18 år i 2040.

For liggedøgnene vil effekten av kvalitative endringsfaktorer medføre at det totalt sett blir en nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 28,9 prosent.

Når det gjelder dagaktiviteten vil effekten av samhandling med kommune og hjem redusere veksten noe, men epidemiologi og økte tilbud er betydelig større og gir en samlet vekst på 15,4 prosent til 2040.

Dersom man er nær en kapasitetsgrense i utgangspunktet, vil veksten skape et omstillingsbehov. Dette kan blant annet gjøres ved å øke andel digitale konsultasjoner og/eller samhandling med kommune/hjem hvis mulig.

4.2.3.2 Framskrivning av aktivitet SSHF Kristiansand barne- og ungdomspsykiatri

I tabell 4.34 presenteres resultater fra framskrivningen av dagaktiviteten ved SSHF Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri (Kristiansand) fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.35.

Tabell 4.34 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge for SSHF Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri

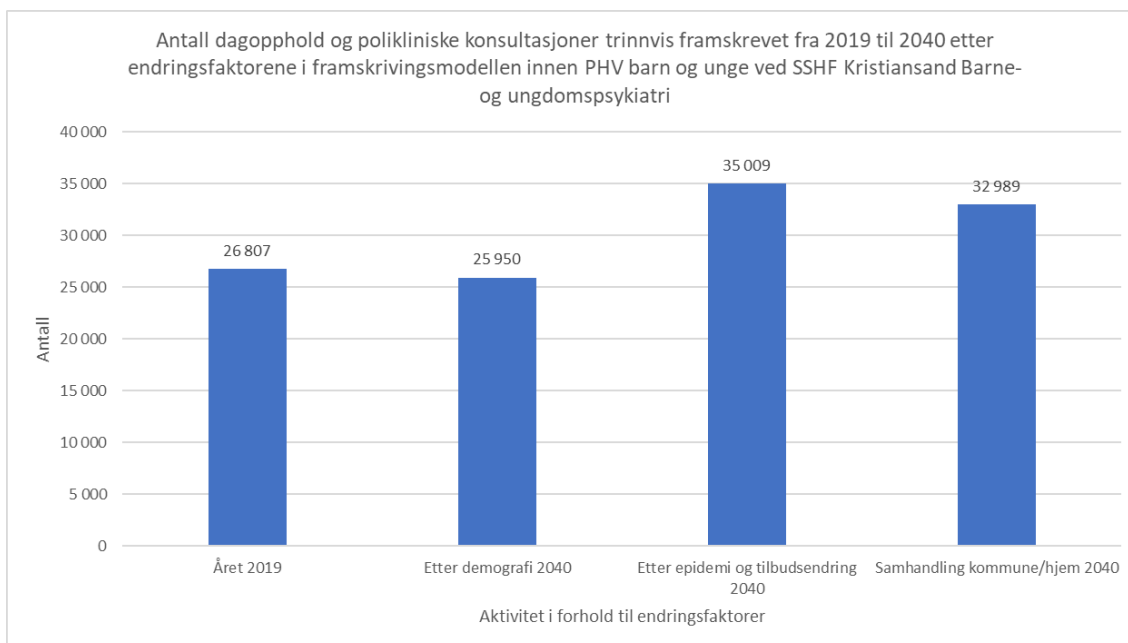
SSHF Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	21 811	24 776	24 964	25 396	26 831
<i>Ambulant virksomhet</i>	3 720	4 238	4 313	4 359	4 569
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	25 531	29 014	29 277	29 755	31 400
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	1 077	1 244	1 221	1 244	1 336
<i>Ambulant virksomhet</i>	199	227	229	235	253
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	1 276	1 471	1 450	1 479	1 589

Tabell 4.35 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge for SSHF Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri

SSHF Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	2 965	3 153	3 585	5 020	13,6%	14,5%	16,4%	23,0%
<i>Ambulant virksomhet</i>	518	593	639	849	13,9%	15,9%	17,2%	22,8%
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	3 483	3 746	4 224	5 869	13,6%	14,7%	16,5%	23,0%
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	167	144	167	259	15,5%	13,4%	15,5%	24,0%
<i>Ambulant virksomhet</i>	28	30	36	54	14,1%	15,1%	18,1%	27,1%
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	195	174	203	313	15,3%	13,6%	15,9%	24,5%

I tabellene ovenfor viser beregningene at det vil være en prosentvis økning i dagaktiviteten fra 2019 til 2040, (eksklusiv ambulant) både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 24,0 prosent og 23,0 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, har størst prosentvis økning, og vil utgjøre 14,6 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figur 4.29 presenteres en trinnvis framskrivning av dagaktiviteten fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard framskrivingsmodell.



Figur 4.29 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge ved SSHF Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri, etter endringsfaktorene i standard modell*

Som figuren viser, vil det også her være en prosentvis nedgang i den demografiske veksten for dagaktiviteten fra 2019 til 2040 med 3,1 prosent. Selv om effekten av samhandling med kommune og hjem vil redusere veksten noe, vil effekten av epidemiologi og økte tilbud være betydelig større og gi en samlet vekst på 23 prosent til 2040.

4.2.3.3 Framskriving av aktivitet SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri

I tabell 4.36 presenteres resultater fra framskrivingen av dagaktiviteten ved SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri (Flekkefjord) fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.37.

Tabell 4.36 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge for SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri*

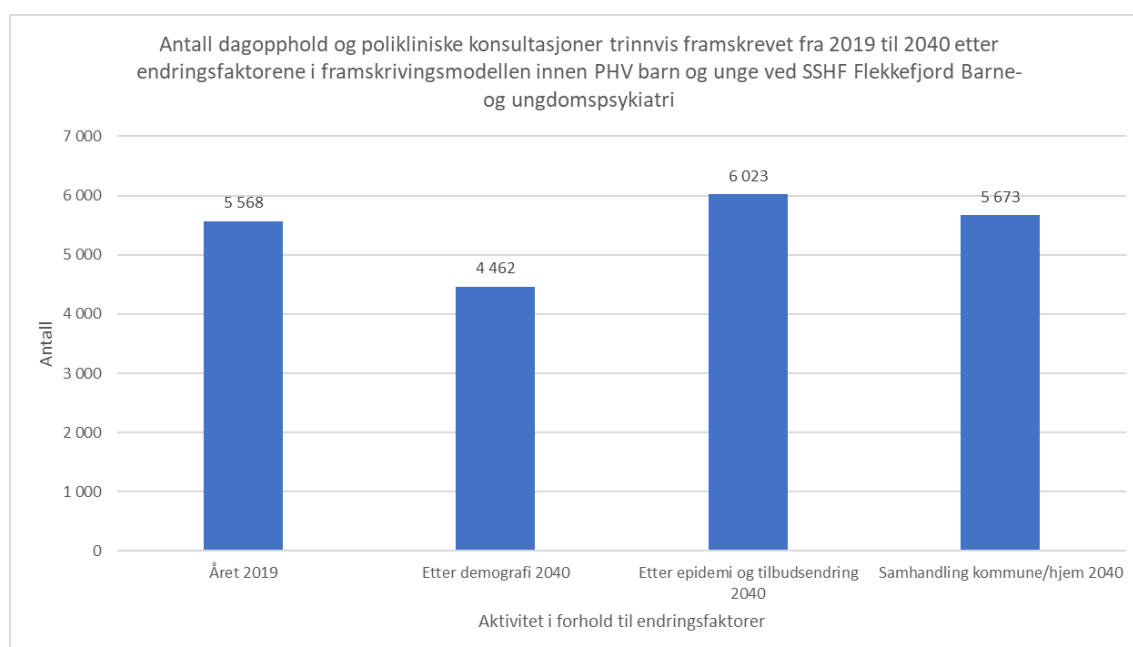
SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	4 624	4 892	4 708	4 614	4 712
<i>Ambulant virksomhet</i>	939	968	970	934	956
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	5 563	5 860	5 678	5 548	5 668
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	5	5	5	5	5

Tabell 4.37 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge for SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri

SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	268	84	-10	88	5,8 %	1,8 %	-0,2 %	1,9 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	29	31	-5	17	3,1 %	3,3 %	-0,5 %	1,8 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	297	115	-15	105	5,3 %	2,1 %	-0,3 %	1,9 %

I tabellene ovenfor viser beregningene at det vil være en prosentvis økning i dagaktiviteten fra 2019 til 2040, (eksklusiv ambulant) med 1,9 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, vil utgjøre 16,9 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figur 4.30 presenteres en trinnvis framskriving av dagaktiviteten fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard framskrivingsmodell.



Figur 4.30 Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 psykisk helsevern barn og unge ved SSHF Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri, etter endringsfaktorene i standard modell

Figuren viser at det vil være en høyere prosentvis nedgang i den demografiske veksten for dagaktiviteten fra 2019 til 2040 ved Flekkefjord Barne- og ungdomspsykiatri sammenlignet med de øvrige institusjonene med 19,9 prosent. Videre vil den samlede effekten av endringsfaktorene så å si ikke gi økt vekst fram mot 2040.

4.2.4 Framskrevet aktivitet TSB

I det følgende presenteres framskrevet aktivitet for TSB fra 2019 til 2040. Det er de samme forutsetningene som gjelder her som for PHV, noe som betyr at det er standard endringsfaktorer i framskrivingsmodellen som er benyttet i framskrivingen av de fire lokasjonene i HF-et.

4.2.4.1 Framskrivning av aktivitet ved SSHF Arendal Rusomsorg

I tabell 4.38 presenteres resultater fra framskrivningen av aktiviteten ved SSHF Arendal Rusomsorg (Arendal) fra 2019 til 2040. Det er ikke registrert gruppebehandling ved lokasjonen. Endringstall presenteres i tabell 4.39.

Tabell 4.38 Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling for SSHF Arendal Rusomsorg

SSHF Arendal Rusomsorg	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn	14	10	11	10	10
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	7 907	8 536	9 310	9 759	10 014
<i>Ambulant virksomhet</i>	1 380	1 471	1 605	1 700	1 723
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	9 287	10 007	10 915	11 459	11 737

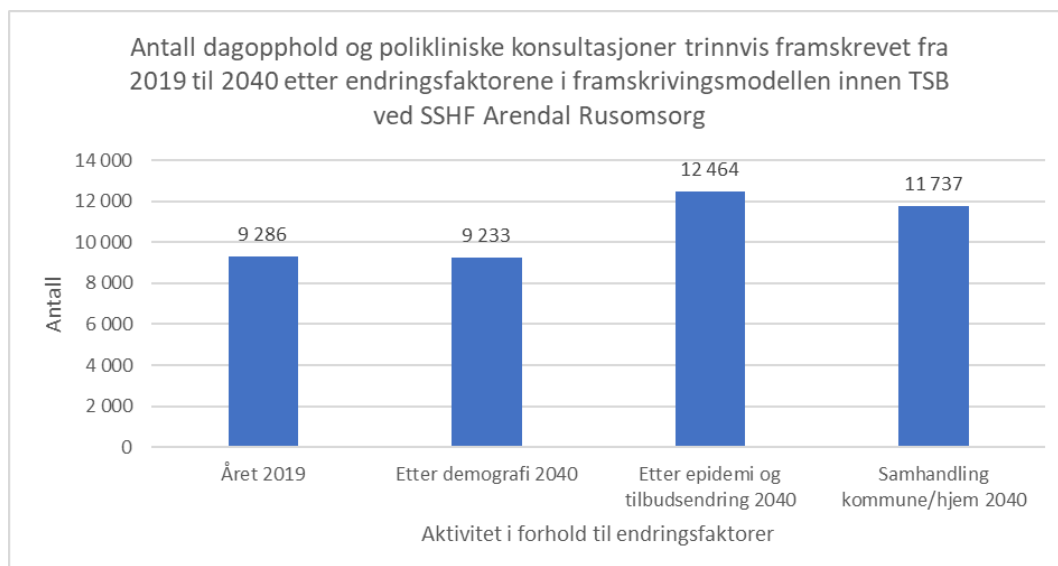
Tabell 4.39 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling for SSHF Arendal Rusomsorg

SSHF Arendal Rusomsorg	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn	-4	-3	-4	-4	-28,6 %	-21,4 %	-40,0 %	-28,6 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	629	1 403	1 852	2 107	8,0 %	17,7 %	23,4 %	26,6 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	91	225	320	343	6,6 %	16,3 %	23,2 %	24,9 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	720	1 628	2 172	2 450	7,8 %	17,5 %	23,4 %	26,4 %

Som tabellene ovenfor viser, er det en nedgang på 28,6 prosent fra 2019 til 2040, men antall liggedøgn ved Arendal Rusomsorg er i utgangspunktet veldig lavt.

Beregningene viser videre at det vil være en prosentvis økning i dagaktiviteten (eksklusiv ambulant) fra 2019 til 2040 med 26,6 prosent. Dette er en lavere prosentvis økning sammenlignet med Kristiansand, som i utgangspunktet har et høyere volum av dagaktivitet (se tabell 4.40). Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, har størst prosentvis økning, og vil utgjøre 14,6 prosent av dagaktiviteten i 2040.

I figur 4.31 presenteres en trinnvis framskrivning av dagaktiviteten fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard framskrivningsmodell.



Figur 4.31 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved SSHF Arendal Rusomsorg, etter endringsfaktorene i standard modell*

For dagaktiviteten har demografi liten effekt fram mot 2040, med en prosentvis nedgang på 0,5. Befolkningsframskrivningen fram til 2040 for denne institusjonen viser en nedgang i antall pasienter for alle aldersgrupper sammenlignet med de to øvrige institusjoner innen rusomsorg ved SS HF. Effekten av epidemiologi og økte tilbud vil imidlertid gi samlet vekst på 26,4 prosent til 2040.

4.2.4.2 Framskriving av aktivitet SSHF Kristiansand Rusomsorg

I tabell 4.40 presenteres resultater fra framskrivningen av aktiviteten ved SSHF Kristiansand Rusomsorg (Kristiansand) fra 2019 til 2040. Det er ikke registrert ambulant virksomhet på gruppebehandling. Endringstall presenteres i tabell 4.41.

Tabell 4.40 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling for SSHF Kristiansand Rusomsorg*

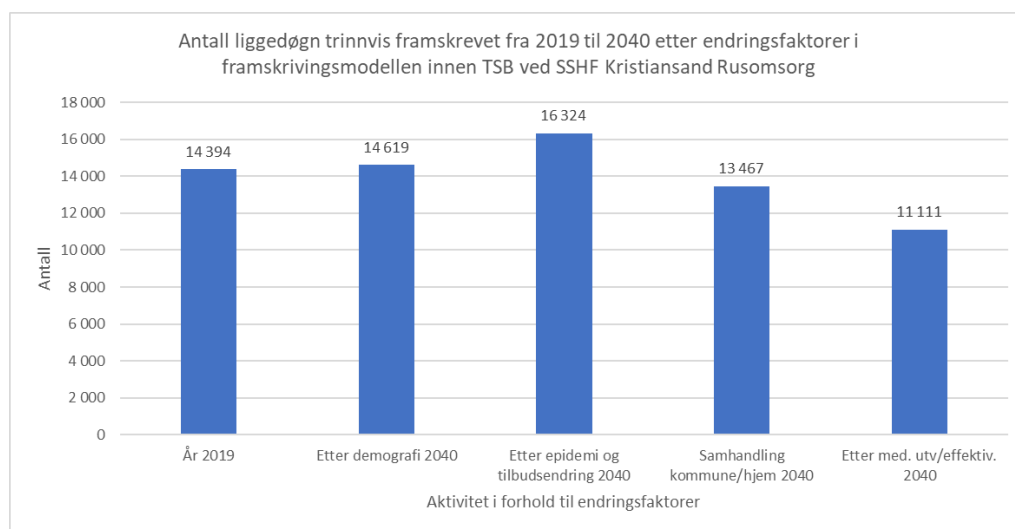
SSHF Kristiansand Rusomsorg	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn sum	14 394	13 454	12 718	11 986	11 111
Dagaktivitet uten gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	17 896	19 690	21 252	22 434	23 462
<i>Ambulant virksomhet</i>	2 821	3 033	3 286	3 469	3 596
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	20 717	22 723	24 538	25 903	27 058
Gruppebehandling					
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	2 443	2 723	2 915	3 174	3 415

Tabell 4.41 Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling for SSHF Kristiansand Rusomsorg

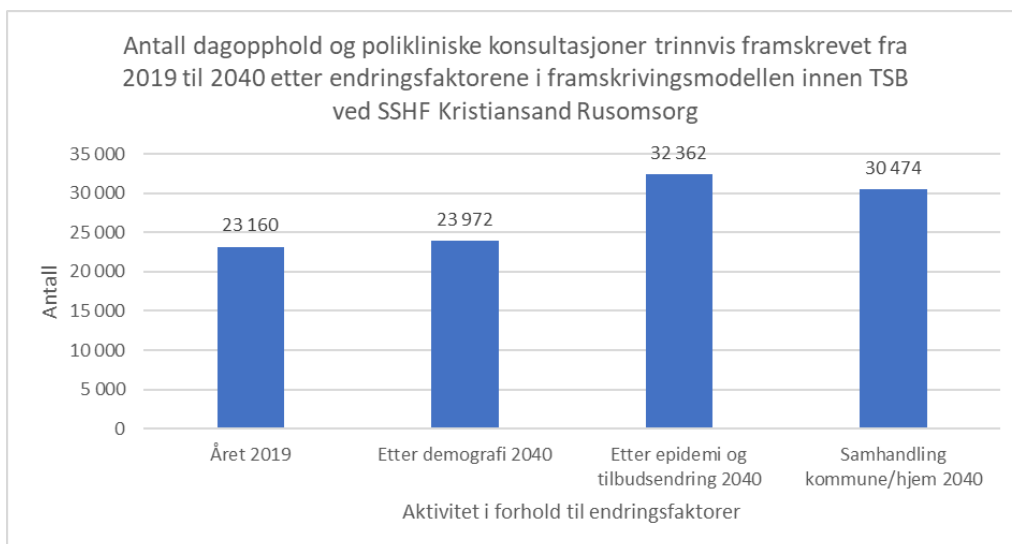
SSHF Kristiansand Rusomsorg	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	-940	-1 676	-2 408	-3 283	-6,5 %	-11,6 %	-7,8 %	-22,8 %
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	1 794	3 356	4 538	5 566	10,0 %	18,8 %	25,4 %	31,1 %
<i>Ambulant virksomhet</i>	212	465	648	775	7,5 %	16,5 %	23,0 %	27,5 %
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	2 006	3 821	5 186	6 341	9,7 %	18,4 %	25,0 %	30,6 %
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk.	280	472	731	972	11,5 %	19,3 %	29,9 %	39,8 %

I tabellene ovenfor viser beregningene at når standardverdiene benyttes i framskrivingsmodellen vil det bli en prosentvis nedgang i liggedøgn fra 2019 til 2040 med 22,8 prosent. Også her skyldes dette at det er flere endringsfaktorer i framskrivingsmodellen som trekker ned framtidige liggedøgn. Imidlertid viser beregningene at det vil være en sterk prosentvis økning i dagaktiviteten fra 2019 til 2040, (eksklusiv ambulant) både innen gruppebehandling og øvrig dagaktivitet med henholdsvis 39,8 prosent og 31,1 prosent. Videre viser beregningene at ambulant virksomhet, med mindre volum, vil utgjøre 11,8 prosent av samlet dagaktivitet i 2040.

I figurene 4.32 og 4.33 presenteres en trinnvis framskrivning fra 2019 til 2040 etter endringsfaktorene i standard framskrivingsmodell.



Figur 4.32 Trinnvis framskrivning av liggedøgn fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved SSHF Kristiansand Rusomsorg, etter endringsfaktorene i standard modell



Figur 4.33 *Trinnvis framskriving av dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved SSHF Kristiansand Rusomsorg, etter endringsfaktorene i standard modell*

Som figurene viser teller den demografiske utviklingen for liggedøgn og dagaktiviteten en prosentvis vekst på henholdsvis 1,5 prosent og 3,5 prosent fra 2019 til 2040.

For liggedøgnene øker veksten gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, men effekten av dette blir redusert gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene, slik at det totalt sett blir en nedgang i liggedøgn fram til 2040 på 22,8 prosent. Når det gjelder dagaktiviteten vil effekten av samhandling med kommune og hjem redusere veksten noe, men epidemiologi og økte tilbud er betydelig større og gir en samlet vekst på 31,5 prosent til 2040.

Dersom man er nær en kapasitetsgrense i utgangspunktet, vil veksten skape et omstillingsbehov. Dette kan blant annet gjøres ved å øke andel digitale konsultasjoner og/eller samhandling med kommune/hjem hvis mulig. Dette gjelder også andre institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved SSHF.

4.2.4.3 Framskriving av aktivitet SSHF Byglandsfjord Rusomsorg og SSHF Bjorbekk Rusomsorg

I tabell 4.42 presenteres resultater fra framskrivingen av aktiviteten ved de to institusjonene fra 2019 til 2040. Endringstall presenteres i tabell 4.43.

Tabell 4.42 *Framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling for SSHF Byglandsfjord Rusomsorg og SSHF Bjorbekk Rusomsorg*

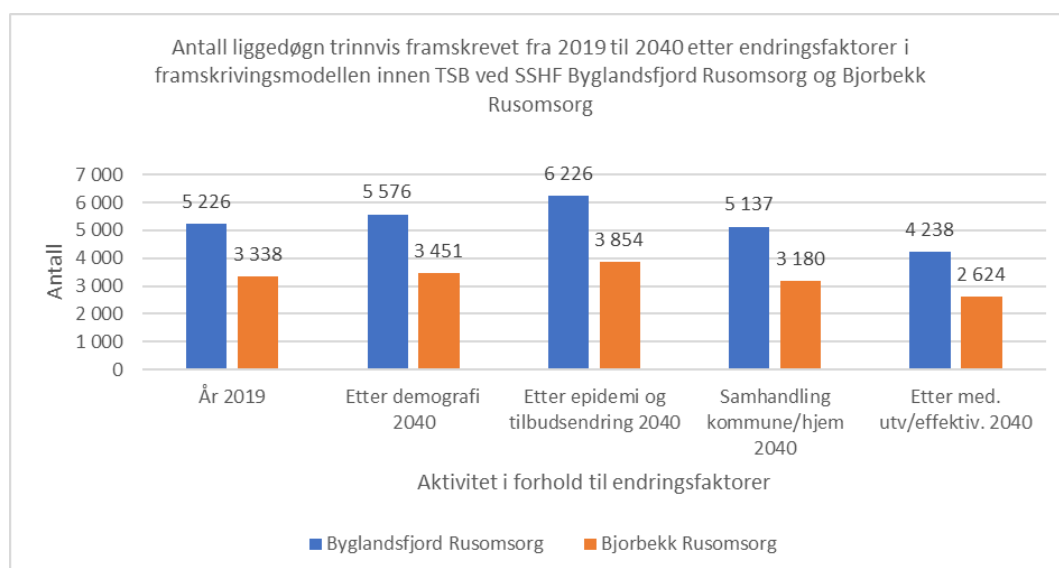
SSHF Byglandsfjord Rusomsorg	År 2019	ÅR 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn	5 226	5 036	4 989	4 673	4 238
SSHF Bjorbekk Rusomsorg	År 2019	ÅR 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Liggedøgn	3 338	3 193	2 996	2 844	2 623

Tabell 4.43 *Akkumulert endring og prosentvis endring i framskrevne aktivitetstall fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling for SSHF Byglandsfjord Rusomsorg og Bjorbekk Rusomsorg*

Kapasitet for senger	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
SSHF Byglandsfjord Rusomsorg								
Liggedøgn	-190	-237	-553	-988	-3,6 %	-4,5 %	-10,6 %	-18,9 %
SSHF Bjorbekk Rusomsorg								
Liggedøgn	-145	-342	-494	-715	-4,3 %	-10,2 %	-14,8 %	-21,4 %

I tabellene ovenfor viser beregningene at når standardverdiene benyttes i framskrivingsmodellen vil det bli en prosentvis nedgang i liggedøgn fra 2019 til 2040 for Byglandsfjord Rusomsorg og Bjorbekk Rusomsorg med henholdsvis 18,9 prosent og 21,4 prosent. Dette er en lavere nedgang sammenlignet med Kristiansand.

I figuren 4.36 presenteres en trinnvis framskriving av dagaktiviteten fra 2019 til 2040 for de to institusjonene etter endringsfaktorene i standard framskrivingsmodell.



Figur 4.34 *Trinnvis framskriving av liggedøgn fra 2019 til 2040 tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved SSHF Byglandsfjord Rusomsorg og SSHF Bjorbekk Rusomsorg, etter endringsfaktorene i standard modell*

Den trinnvise framskrivingen av liggedøgn viser at demografieffekten har en vekst på 6,7 prosent og 3,4 prosent for henholdsvis Byglandsfjord Rusomsorg og Bjorbekk Rusomsorg. Demografiveksten er dermed høyere sammenlignet med Kristiansand Rusomsorg (1,5 prosent). Prosentvis vekst for liggedøgn øker videre gjennom plussfaktoren epidemiologi og økt tilbud, selv om effekten reduseres gjennom de øvrige kvalitative endringsfaktorene. Totalt sett blir det en nedgang i liggedøgn fram til 2040 for Byglandsfjord Rusomsorg og Bjorbekk Rusomsorg på henholdsvis 18,9 prosent og 21,4 prosent.

5. Beregning av kapasiteter basert på framskrevet aktivitet

5.1 Innledning

I det følgende beregnes det kapasiteter basert på framskriving av aktivitet fra 2019 til 2040. Alle beregninger er basert på aktivitetstallene fra kapittel 4 og her synligjøres beregnet kapasitet for 2019 og for 2040. Beregnet kapasitet for 2019 er basert på aktiviteten fra NPR-data i 2019 og beregnes ut fra samme forutsetninger om utnyttingsgrader behandlingstider etc. som i beregningen for framskrevet aktivitet. Det er altså ikke den kapasiteten som HF-et har i dag fysisk som presenteres som 2019-kapasitet, men hvilken kapasitet aktiviteten i 2019 krevde. I kapitlet presenteres bare størrelser som er avrundet oppover, men for spesielt interesserte er beregnet kapasitet presentert i vedlegg 4. Den beregnede kapasiteten er på desimalnivå slik at det er mulig å se hvor stor avrundingen oppover blir. I oversiktene presenteres to alternative utnyttingsgrader; Middels og lavere utnyttingsgrad. Begrepene har noe ulik betydning i sektorene slik at de presenteres for hver sektors kapasitetsberegning.

5.2 Kapasitetsberegning somatisk sektor

I det følgende gis en oversikt over beregnet kapasitet som beskrevet innledningsvis. For hver av de tre sykehuslokasjonene presenteres kapasitetsberegning basert på framskrevet aktivitet eksklusive HDG 15 og deretter kapasitetsberegning for de syke nyfødte i HDG15.

5.2.1 Estimering av kapasitetsbehov for intensiv- og overvåkingsenheter

Som nevnt tidligere inngår liggedøgn i intensiveneheter og enheter for tung eller lett overvåking⁷ i liggedøgnene i 2019 og dermed også i de framskrevne liggedøgnene. Det er ikke mulig å identifisere liggedøgn i disse enhetene i pasientdata fra NPR slik at fastsettelse av «behov» for liggedøgn i disse enhetene må gjøres skjønnsmessig. Dette gjelder for de tre sykehuslokasjonene og ikke for Kongsgård og Bjorbekk.

En metode som er benyttet for å anslå dette kapasitetsbehovet er den såkalte Walesmodellen⁸. Walesmodellen tar utgangspunkt i folketallet i området som skal betjenes, og bestemmer kapasiteten trinnvis ut fra størrelsen på området. Samtidig må det justeres for hvor stor andel av intensivpasientene som behandles utenfor eget HF. Dette estimeres ut fra andelen døgnpasienter som behandles utenfor eget HF. Dette gir et omtrentlig kapasitetsbehov for intensiv- og overvåkingsplasser i et område.

⁷ Tung eller lett overvåking ble tidligere betegnet som intermedierpost. Begreper tung/lett overvåking benyttes i stedet da intermediersenger ofte benyttes i forbindelse med samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

⁸ En annen beregningsmetode som noen ganger benyttes for å beregne intensivsenger er den såkalte Hill-Burton beregningsmetoden. Den baseres på anslag om hvor stor andel intensivsengene utgjør av den samlede sengemengden og videre på anslag om oppholdstider i intensiveneheter. Dette er en skjønnsmessig vurderingsmodell som ikke gir noen «bedre» estimater enn Walesmodellen, og den gir heller ingen estimater på kapasitetsbehov for overvåkingsenheter. Vi velger derfor å benytte Walesmetoden som vurderingsmetode for dette.

Følgende forutsetninger gjelder for Walesmodellen:

- 1 enhet/500 000 befolkning = 29 intensivsenger og 56 senger tung/lett overvåkning (gjennomsnittsbehov)
- 1 enhet/500 000 befolkning = 39 intensivsenger og 69 senger tung/lett overvåkning (for å dekke variasjon i behovet 95% av tiden)
- 3 enheter/500 000 befolkning = 48 intensivsenger og 81 senger tung/lett overvåkning (for å dekke variasjon i behovet 95% av tiden)
- 5 enheter/500 000 befolkning = 51 intensivsenger og 87 senger tung/lett overvåkning (for å dekke variasjon i behovet 95% av tiden)

Tabell 5.1 viser en oversikt over kapasitetsbehov for intensivsenger og senger til tung/lett overvåking gjennom bruk av Walesmodellen. Første trinn er å beregne for hele HF-et samlet med utgangspunkt i befolkningen i bostedsområdet for HF-et. Vi viser nivåene både for 2019 og framskrevet til 2040. Her forutsettes det at det er Arendal og Kristiansand som har intensivenheter, mens alle tre lokasjonene har enheter for tung/lett overvåking. Det antas at 17 prosent av intensivplassene finnes ved andre HF⁹ og at 15 prosent av overvåkingsplassene finnes ved andre HF⁹. Når samlet behov for plasser i intensiv- og overvåkingsenhetene er beregnet for HF-et, fordeles plassene mellom lokasjonenes andel av døgnaktiviteten. Etter fordelingen avrundes antall plasser oppover på lokasjonene slik at summen av plasser ved lokasjonene kan bli høyere enn antall plasser for HF-et som enhet.

Tabell 5.1 **Oversikt over intensiv- og overvåkingsenger for SSHF beregnet etter Walesmodellen**

Sykehus	Intensivseng 2019	Intensivseng 2040	Tung/lett overvåkings- seng 2019	Tung/lett overvåkings- seng 2040
SSHF Arendal	9	10	15	17
SSHF Flekkefjord	0	0	6	6
SSHF Kristiansand	14	15	24	26
SSHF	23	25	43	47

I kapasitetsberegningen for senger trekkes intensiv- og overvåkingsengene fra den samlede beregningen da liggedøgnene i disse enhetene er inkludert i de samlede liggedøgnene. Vi spesifiserer både samlet beregning og type senger slik at det er mulig å justere de ulike sengetypene etter behov.

5.2.2 Kapasitetsberegning av senger SSHF

For kapasitetsberegning av senger ønsker HF-et å estimere kapasitetsbehovet ved middels og lavere kapasitetsutnyttelse. I tillegg ønskes en sammenlikning med 90 prosent belegg på normalsengene ved de tre sykehusene. I tabell 5.2 vises en oversikt over forutsetningene som ligger bak middels og lavere utnyttingsgrad for alle behandlingsnivåene som vi har framskrevet aktivitet for. For dagaktiviteter og operasjoner beregnes kapasiteten ut fra middels og lavere utnyttingsgrad som

⁹ I 2019 var det 17,2 prosent av samlede liggedøgn fra HF-området som ble behandlet av andre HF enn SSHF. Antar derfor at 17 prosent av intensivdøgnene også behandles utenfor eget HF. Samtidig er det rimelig å anta at egendekningen i forhold til overvåkingsplasser er noe høyere slik at for disse døgnene antas det at 15 prosent av befolkningens bruk er utenfor eget HF. Mesteparten av døgnene utenfor er ved OUS.

nevnt innledningsvis.

Tabell 5.2 Utnyttingsgrader i kapasitetsberegningen

Sengekapasiteter	Høy utnyttning normal-senger	Middels utnyttings-grad	Lavere utnyttings-grad
Normalseng belegg	90 %	85 %	80 %
Observasjonsenhet belegg	75 %	75 %	70 %
Dagkapasiteter dialyse	Høy utnyttings-grad	Middels utnyttings-grad	Lavere utnyttings-grad
Antall dager i året	Ikke aktuelt	313	313
Brukstid effektivt per dag i timer		5	5
Dagkapasiteter eksklusive dialyse	Høy utnyttings-grad	Middels utnyttings-grad	Lavere utnyttings-grad
Antall dager i året	Ikke aktuelt	230	230
Brukstid effektivt per dag i timer		8	6
Operasjonskapasitet	Høy utnyttings-grad	Middels utnyttings-grad	Lavere utnyttings-grad
Åpent dager i året døgnskir 95% av operasjonstimer		230	230
Åpent dager i året døgnskir 5% av operasjonstimer	Ikke aktuelt	365	365
Brukstid effektivt per dag i timer døgnskir (95%)		8	6
Brukstid effektivt per dag i timer døgnskir (5%)		24	24
Åpent dager i året dagkir	Ikke aktuelt	230	230
Brukstid effektivt per dag i timer dagkir		8	6

For beregning av normalsenger antas det en beleggsprosent på 85 ved middels utnyttingsgrad og 80 for lavere utnyttingsgrad. For observasjonsenhet benyttes 75 prosent belegg for middels og 70 prosent belegg for lavere. Intensiv- og overvåkingssenger fastsettes ut fra andre kriterier og her benyttes samme antall senger både i middels- og lavere utnyttingsgrad.

I tabell 5.3 presenteres sengebehovet når det forutsettes 90 prosent belegg for normalsengene ved de tre sykehuslokasjonene. I tabell 5.3 presenteres antall beregnede senger 2019 og 2040 med middels utnyttingsgrad og i tabell 5.4 tilsvarende for lavere utnyttingsgrad. I tabell 5.5 presenteres sengebehovet når det forutsettes 90 prosent belegg for normalsengene ved de tre sykehuslokasjonene. Det understrekes at sengetallene for 2019 er beregnet ut fra antall liggedøgn i 2019 og er ikke det samme som den faktiske fysiske kapasiteten HF-et hadde i 2019.

Tabell 5.3 *Antall beregnede senger ved SSHF 2019 og 2040 med middels kapasitetsutnyttning. Beregning basert på liggedøgn 2019 framskrevet til 2040 fra kapittel 4. Eksklusive liggedøgn fra HDG 15.*

Type senger	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehuslokasjonene	SSH Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Normalsenger (85% belegg) 2040	136	45	225	406	26	0	432
Observasj.senger (75% belegg) 2040	6	2	8	16	0	0	16
Intensivsenger 2040	10	0	15	25	0	0	25
Overvåkingssenger 2040	17	6	26	49	0	0	49
Sum senger beregnet 2040	169	53	274	496	26	0	522
Andre senger (85% belegg) 2019	113	39	188	340	19	0	359
Intensivsenger 2019	9	0	14	23	0	0	23
Overvåkingssenger 2019	15	6	24	45	0	0	45
Sum senger beregnet 2019	137	45	226	408	19	0	427
Vekst i ant. senger 2019-2040 midd. utn.gr.	32	8	48	88	7	0	95
Prosentvis vekst i sum senger 2019-2040	23,4	17,8	21,2	21,6	36,8		22,2

Tabell 5.4 *Antall beregnede senger ved SSHF 2019 og 2040 med lavere kapasitetsutnyttning. Beregning basert på liggedøgn 2019 framskrevet til 2040 fra kapittel 4. Eksklusive liggedøgn fra HDG 15.*

Type senger	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehuslokasjonene	SSH Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Normalsenger (80% belegg) 2040	146	48	241	435	28	0	463
Observasj.senger (70% belegg) 2040	6	2	9	17	0	0	17
Intensivsenger 2040	10	0	15	25	0	0	25
Overvåkingssenger 2040	17	6	26	49	0	0	49
Sum senger beregnet 2040	179	56	291	526	28	0	554
Andre senger (80% belegg) 2019	122	41	202	365	21	0	386
Intensivsenger 2019	9	0	14	23	0	0	23
Overvåkingssenger 2019	15	6	24	45	0	0	45
Sum senger beregnet 2019	146	47	240	433	21	0	454
Vekst i ant. senger 2019-2040 lavere utn.gr.	33	9	51	93	7	0	100
Prosentvis vekst i sum senger 2019-2040	22,6	19,1	21,3	21,5	33,3		22,0

Tabell 5.5 *Antall beregnede senger ved SSHF 2019 og 2040 med 90 prosent belegg på normalsengene. Beregning basert på liggedøgn 2019 framskrevet til 2040 fra kapittel 4. Eksklusive liggedøgn fra HDG 15.*

Type senger	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehuslokasjonene
90 prosent utnyttingsgrad normalsenger				
Normalsenger (90% belegg) 2040	154	48	251	453
Observasj.senger (75% belegg) 2040	6	2	8	16
Sum senger beregnet 2040	160	50	259	469
Sum senger beregnet 2019	130	42	213	385

Med middels utnyttingsgrad vil det ved sykehuslokasjonene i sum bli beregnet 30 senger færre i 2040 enn tilsvarende med lavere utnyttingsgrad. Når Kongsgård inkluderes i beregningen, blir forskjellen på 32 senger samlet sett. Tabell 5.5 viser at dersom utnyttingsgraden økes til 90 prosent belegg på normalsengene ved de tre sykehusene, reduseres kapasitetsbehovet med ytterligere 27 senger i 2040 ved de tre sykehusene samlet. Dette viser at kapasitetsbehovet påvirkes av utnyttingsgradene. Det understrekes at det ikke er korrigert for utnyttingsgrader i estimeringen av intensiv- og

overvåkingssenger som dermed har samme volum i begge alternativene.

I alternativene over er alle nyfødte holdt utenfor i beregningen. I tabell 5.6 gis en oversikt over beregnet behov for nyfødsenger/kuvøser for de syke nyfødte basert på aktiviteten beskrevet i kapittel 4. De friske nyfødte er ikke inkludert i beregningen. Dette betyr at resultatene her i stor grad vil være et grunnlag for behovet for nyfødtintensiv-plasser. Aktivitetene i Arendal og Flekkefjord er svært liten i volum, så det er primært i Kristiansand at behovet for nyfødsenger/kuvøser knyttet til syke nyfødte er.

Tabell 5.6 *Antall beregnede nyfødsenger/kuvøser ved SSHF 2019 og 2040 med middels og lavere kapasitetsutnytting for de syke nyfødte i HDG 15. Beregning basert på liggedøgn 2019 framskrevet til 2040 for de syke nyfødte fra kapittel 4.*

Type senger	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehus-lokasjonene
Beregnet 2040				
Antall nyfødsenger/kuvøser 75% belegg	1	1	12	14
Antall nyfødsenger/kuvøser 70% belegg	1	1	13	15
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad	0	0	-1	-1
Beregnet 2019				
Antall nyfødsenger/kuvøser 75% belegg	1	1	11	13
Antall nyfødsenger/kuvøser 70% belegg	1	1	12	14
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad	0	0	-1	-1

Beregnet behov skiller bare med en nyfødseng/kuvøse avhengig av utnyttingsgrad både for 2019 og for 2040. Aktiviteten i Arendal og Flekkefjord er så lav at det blir ingen forskjell på behovet i 2019 og 2040 når det avrundes oppover. Hvis det er slik at de få syke nyfødte som er registrert i Arendal og Flekkefjord krever kuvøse, vil en kuvøse gi lite fleksibilitet til eventuelt samtidighetsbehov som kan oppstå.

5.2.3 Kapasitetsberegning av operasjonsrom SSHF

I tabell 5.7 presenteres en oversikt over antall beregnede operasjonsrom 2019 og 2040. Beregningen er basert på aktiviteten over kirurgisk DRG presentert i kapittel 4. I beregningen av kapasitet for døgnekirurgi er det lagt til 3 prosent på aktiviteten for å ta høyde for at noen får utført mer enn ett inngrep på samme opphold. Operasjonstider er presentert i vedlegg 3 og tid mellom operasjonene er inkludert i operasjonstidene. For døgnekirurgien er det antatt 30 minutter mellom operasjonene og for dagkirurgien er det antatt 20 minutter. HF-et ønsket en kapasitetsberegning der det benyttes en utnyttingsgrad som er lavere enn middels, se tabell 5.2 over, men vil også synliggjøre kapasiteten med middels utnyttingsgrad. Dette betyr at det for døgnekirurgien legges inn 6 timer effektiv brukstid per dag for 95 prosent av operasjonstidene og 24 timer effektiv brukstid for 5 prosent av operasjonstidene med lavere utnyttingsgrad. Tilsvarende for middels utnyttingsgrad blir 8 timer for 95 prosent av operasjonstidene og 24 timer for 5 prosent. For 95 prosent av inngrepene i døgnekirurgien antas det en effektiv brukstid i 230 dager i året, mens for de resterende antas det 365 dager effektiv brukstid. Skillet her er for å ta hensyn til at noen inngrep foretas utenfor dagtid. For dagkirurgien er det 230 dager i året som antas både for middels og lavere utnyttingsgrad samt 8 timer effektivt per dag for middels utnytting og 6 timer for lavere.

I oversiktene beregnes det kapasitetsbehov når alle PCI-er og alle inngrep knyttet til innsetting,

bytting og uttak av PM-ere er inkludert. PCI-ene er utført i Arendal og inngrep knyttet til PM er utført i Kristiansand. Årsaken til at vi viser volumet på inngrep knyttet til PCI og PM er at disse kan utføres med lokal anestesi og ikke nødvendigvis behøver bruk av operasjonsrom. Alle disse inngrepene klassifiseres som en kirurgisk DRG og blir dermed en del av den kirurgiske aktiviteten slik som den er definert her. Det var ikke registrert inngrep utført på nyfødte i HDG15.

Tabell 5.7 Antall beregnede operasjonsrom ved SSHF 2019 og 2040 med lavere kapasitetsutnyttning. Beregningen basert på antall operasjonstimer presentert i kapittel 4.

Operasjonskapasitet	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Døgnkirurgi beregnet 2040	10	2	12	24
Døgnkirurgi beregnet 2019	8	2	10	20
Herav PCI/PM 2040	4	0	1	5
Herav PCI/PM 2019	3	0	1	4
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2040	6	2	11	19
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2019	5	2	9	16
Dagkirurgi 2040	10	2	7	19
Dagkirurgi 2019	7	2	5	14
Vekst i døgnkirurgi 2019-2040	2	0	2	4
Pst-vis vekst i døgnkirurgi	25,0	0,0	20,0	20,0
Vekst i dagkirurgi 2019-2040	3	0	2	5
Pst-vis vekst i dagkirurgi	42,9	0,0	40,0	35,7

I forhold til beregnet behov i 2019 øker behovet med 2 operasjonsrom for døgnkirurgien både i Arendal og i Kristiansand fram mot 2040. I Flekkefjord blir det et uendret beregnet behov fra 2019 til 2040. For dagkirurgien blir det beregnet behov for 3 flere operasjonsrom i Arendal og 2 i Kristiansand. Ved Flekkefjord blir det uendret kapasitetsbehov fra 2019 til 2040 for dagkirurgien også. Det understrekes at her er det beregnet behov når døgn- og dagkirurgi er tenkt adskilt fysisk. Som nevnt ønsker HF-et å sammenlikne operasjonskapasiteten når den beregnes med middels utnyttingsgrad (se tabell 5.2). I tabell 5.8 presenteres samme oversikt med middels utnyttingsgrad.

Tabell 5.8 Antall beregnede operasjonsrom ved SSHF 2019 og 2040 med middels kapasitetsutnyttning. Beregningen basert på antall operasjonstimer presentert i kapittel 4.

Operasjonskapasitet	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Døgnkirurgi beregnet 2040	8	2	9	19
Døgnkirurgi beregnet 2019	6	2	7	15
Herav PCI/PM 2040	3	0	1	4
Herav PCI/PM 2019	2	0	1	3
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2040	5	2	8	15
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2019	4	2	6	12
Dagkirurgi 2040	8	1	5	14
Dagkirurgi 2019	5	1	4	10
Vekst i døgnkirurgi 2019-2040	2	0	2	4
Pst-vis vekst i døgnkirurgi	33,3	0,0	28,6	26,7
Vekst i dagkirurgi 2019-2040	3	0	1	4
Pst-vis vekst i dagkirurgi	60,0	0,0	25,0	40,0

Ved Flekkefjord påvirkes ikke kapasitetsbehovet ved en økning til middels kapasitetsutnyttning når kapasiteten måles i hele antall rom. I vedlegg 4 er beregnet kapasitet presentert og der vil tallene vise at beregnet dagkirurgikapasitet i 2040 er 1,0 og for 2019 0,8. Dette betyr at det ikke er ledig kapasitet med 1 stue for dagkirurgi. For Arendal og Kristiansand vil en økning av utnyttingsgraden ha relativt mye å si da både døgn- og dagkirurgibehovet reduseres med 2 operasjonsrom i Arendal og 3 i

Kristiansand.

5.2.4 Kapasitetsberegning for dagbehandling og poliklinikk SSHF

I det følgende presenteres kapasitetsberegning 2019 og 2040 for dagaktiviteter og poliklinikk. Som for senger beregnes det et alternativ med middels utnyttingsgrad og et alternativ med lavere utnyttingsgrad (se tabell 5.2 over).

I tabell 5.9 gis en oversikt over hvilke behandlingstider som er benyttet i kapasitetsberegningen. Dialyse, kjemoterapi, andre infusjoner og strålebehandling skiller ut som egne aktiviteter og beregnes separat. Polikliniske konsultasjoner omfatter også alle endoskopiene (700-DRG-ene) og alle småprosedyrer (800-DRG-ene). Det antas at alle disse konsultasjonene behøver et konsultasjonsrom og en undersøkelse. De ulike endoskopiene og småprosedyrer spesifiseres imidlertid med egne behandlingstider dersom de krever et spesialrom i tillegg til et vanlig undersøkelses-/behandlingsrom (ub-rom). For småprosedyrer har vi benyttet en gjennomsnittlig behandlingstid på 20 minutter selv om mange av disse prosedyrer antakelig har både kortere og lengre behandlingstider.

Tabell 5.9 **Oversikt over behandlingstider for dag- og poliklinisk behandling**

Type dagaktivitet	Behandlings- tid i timer
Dialyse	5,00
Kjemoterapi	4,00
Infusjoner	4,00
Strålebehandling	0,25
Poliklinisk konsultasjon (inklusive endosk. og småprosedyrer)	0,75
Herav endoskopier eksklusive ØNH (700-DRG-ene)	0,75
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	0,50
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemot. og str.beh.)	0,33

I tabell 5.10 og 5.11 gis en oversikt over disse dagaktivitetene med tilsvarende endringstall når kapasiteten er beregnet med middels utnyttingsgrad. Beregningen er basert på aktiviteten 2019 framskrevet til 2040. Alle tall er avrundet oppover, men de beregnede tallene med desimaler er vist i vedlegg nr. 4. Tilsvarende oversikter for beregning av kapasiteter med lavere utnyttingsgrad er presentert i tabellene 5.12 og 5.13. Dagopphold og konsultasjoner fra syke nyfødte i HDG15 er ikke inkludert i tallene. For strålebehandling vises også kapasitetsberegning når pasienter bosatt i Telemark holdes utenfor.

Tabell 5.10 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad. Eksklusive dagaktivitet fra HDG 15.

Dagplasser/Rom	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehusene	SSHF Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Beregnet kapasitetsbehov 2040							
Dialyse	16	4	30	50	0	0	50
Kjemoterapi	12	3	20	35	0	0	35
Infusjoner	9	2	15	26	0	0	26
Strålebehandling	0	0	3	3	0	0	3
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0	0	3	3	0	0	3
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	71	12	95	178	10	1	189
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	2	1	3	6	0	0	6
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	1	0	1	2	0	0	2
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	10	1	7	18	2	0	20
Beregnet kapasitetsbehov 2019							
Dialyse	11	3	19	33	0	0	33
Kjemoterapi	8	2	13	23	0	0	23
Infusjoner	6	1	11	18	0	0	18
Strålebehandling	0	0	2	2	0	0	2
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0	0	2	2	0	0	2
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	48	9	67	124	8	1	133
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	2	1	2	5	0	0	5
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	1	0	1	2	0	0	2
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	6	1	5	12	2	0	14

Tabell 5.11 Endring og prosentvis endring i antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad. Eksklusive dagaktivitet fra HDG 15.

Dagplasser/Rom	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehusene	SSHF Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Endring i beregnet kapasitetsbehov 2019 - 2040							
Dialyse	5	1	11	17	0	0	17
Kjemoterapi	4	1	7	12	0	0	12
Infusjoner	3	1	4	8	0	0	8
Strålebehandling	0	0	1	1	0	0	1
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0	0	1	1	0	0	1
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	23	3	28	54	2	0	56
Prosentvis endring i beregnet kapasitetsbehov 2019 - 2040							
Dialyse	45,5	33,3	57,9	51,5			51,5
Kjemoterapi	50,0	50,0	53,8	52,2			52,2
Infusjoner	50,0	100,0	36,4	44,4			44,4
Strålebehandling			50,0	50,0			50,0
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark			50,0	50,0			50,0
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	47,9	33,3	41,8	43,5	25,0	0,0	42,1

Tabell 5.12 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad

Dagplasser/Rom	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehusene	SSHF Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Beregnet kapasitetsbehov 2040							
Dialyse	16	4	30	50	0	0	50
Kjemoterapi	15	4	26	45	0	0	45
Infusjoner	12	2	20	34	0	0	34
Strålebehandling	0	0	4	4	0	0	4
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0	0	4	4	0	0	4
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	94	16	126	236	10	2	248
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	3	1	4	8	0	0	8
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	1	0	1	2	0	0	2
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	13	1	9	23	2	0	25
Beregnet kapasitetsbehov 2019							
Dialyse	11	3	19	33	0	0	33
Kjemoterapi	10	3	17	30	0	0	30
Infusjoner	8	2	15	25	0	0	25
Strålebehandling	0	0	3	3	0	0	3
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0	0	3	3	0	0	3
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	64	12	89	165	8	1	174
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	2	1	3	6	0	0	6
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	1	0	1	2	0	0	2
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	8	1	6	15	2	0	17

Tabell 5.13 Endring og prosentvis endring i antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad

Dagplasser/Rom	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehusene	SSHF Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Endring i beregnet kapasitetsbehov 2019 - 2040							
Dialyse	5	1	11	17	0	0	17
Kjemoterapi	5	1	9	15	0	0	15
Infusjoner	4	0	5	9	0	0	9
Strålebehandling	0	0	1	1	0	0	1
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0	0	1	1	0	0	1
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	30	4	37	71	2	1	74
Prosentvis endring i beregnet kapasitetsbehov 2019 - 2040							
Dialyse	45,5	33,3	57,9	51,5			51,5
Kjemoterapi	50,0	33,3	52,9	50,0			50,0
Infusjoner	50,0	0,0	33,3	36,0			36,0
Strålebehandling			33,3	33,3			33,3
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark			33,3	33,3			33,3
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	46,9	33,3	41,6	43,0	25,0	100,0	42,5

Dialysekapasiteten blir uendret ved middels- og lavere utnyttingsgrad da det ikke er mulig å behandle mer enn en dialysepatient per dag per plass selv om man øker brukstiden til 8 timer med en behandlingstid på 5 timer per dialyse. For de andre dagaktivitetene vil utnyttingsgraden påvirke kapasitetsbehovet. Antallet beregnede poliklinikkrom 2040 (inkludert endoskopier og småprosedyrer) øker med 54 rom for de tre sykehusene samlet og 56 rom for SSHF samlet dersom med middels utnyttingsgrad. Tilsvarende tall for lavere utnyttingsgrad blir 71 og 74 rom i økning. Dette viser at effektiv utnyttingsgrad per dag betyr mye for framtidig volum på kapasiteten. For de spesifiserte dagaktivitetene kjemoterapi, infusjoner og strålebehandling blir økningen på henholdsvis 11, 8 og 2 plasser dersom utnyttingsgraden reduseres til 6 timer effektiv brukstid per dag mot 8. Justering av pasienter bosatt i Telemark for strålebehandling påvirker ikke beregnet kapasitet hverken for 2019 eller for 2040.

HF-et har etterspurt når økningen i kapasitetsbehov for strålebehandling kommer i løpet av perioden fra 2019 til 2040. I tabell 5.14 gis en oversikt over kapasitetsbehovet for strålebehandling 2019 og i 5 års intervaller fra 2025 til 2040. De beregnede tallene er presentert i vedlegg 4.

Tabell 5.14 Kapasitetsberegning for strålebehandling 2019 og i 5 års intervaller fra 2025 til 2040. Basert på framskrevet aktivitet fra tabell 4.5.

Kapasitetsberegning	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Middels utnyttingsgrad					
Strålebehandling justert for Telemarkspas	2	2	3	3	3
Strålebehandling inkl Telemarkspas	2	2	3	3	3
Differanse i forhold til inkl Telemar	0	0	0	0	0
Kapasitetsberegning	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Lavere utnyttingsgrad					
Strålebehandling justert for Telemarkspas	3	3	3	4	4
Strålebehandling inkl Telemarkspas	3	3	3	4	4
Differanse i forhold til inkl Telemar	0	0	0	0	0

Tabellen viser at i perioden fra 2025 til 2030 er det behov for en kapasitetsøkning med en plass dersom middels kapasitetsutnyttning legges til grunn. Dersom lavere kapasitetsutnyttning legges til grunn, krever aktiviteten i 2019 allerede i utgangspunktet 3 plasser. Videre viser tallene at det i perioden fra 2030 til 2035 må foretas en ytterligere økning på en plass. Resultatene er uavhengig av om Telemarkspasientene er inkludert eller ikke.

Videre viser tabellene at det blir relativt stor prosentvis vekst i kapasitetene framover mot 2040 dersom driften og forbruksnivået for dagaktiviteten i hovedsak videreføres slik den var i 2019. Dette har størst konsekvenser for den vanlige polikliniske virksomheten som viser at det i sum for sykehusene må etableres 74 flere ub-rom i 2040 enn det aktiviteten i 2019 krevde med 6 timers utnyttingsgrad per dag. Utfordringen endres til 54 ub-rom dersom effektiv brukstid per dag settes til 8 timer. Dette viser at dersom det ikke gjøres endringer i forhold til de fysiske konsultasjonene for poliklinikk framover i tid, kan det bli kapasitetsbegrensninger i løpet av de nærmeste 20 åra. Desto nærmere kapasitetsgrensen man er i dag, jo raskere kommer utfordringen i kapasitetsvolum. For de tre sykehusene er den prosentvise veksten størst for poliklinikk i Arendal med 46,9 prosent vekst i beregnet kapasitet 2040, og lavest i Flekkefjord med 33,3 prosent vekst med lavere utnyttingsgrad. Med middels utnyttingsgrad blir det noe høyere prosentvis vekst med henholdsvis 47,9 og 33,3 prosentvis vekst henholdsvis for Arendal og Flekkefjord. Dette viser at det blir et omstillingsbehov for poliklinisk aktivitet i forhold til praksis med fysisk oppmøte i 2019-data. Korona-pandemien har nok bidratt til en økt digitalisering av konsultasjonene, men det kan godt være at digitaliseringsandelen eller andre behandlingsformer må øke utover dette for å unngå store investeringer i fysisk kapasitet framover i tid.

I tabell 5.15 vises en oversikt over beregnet antall poliklinikkrom 2019 og 2040 for de syke nyfødte i HDG 15. Beregningen er basert på antall polikliniske konsultasjoner 2019 framskrevet til 2040 for disse pasientene.

Tabell 5.15 *Antall beregnede poliklinikkrom ved SSHF 2019 og 2040 med middels og lavere kapasitetsutnyttning for syke nyfødte i HDG 15. Beregning basert på polikliniske konsultasjoner 2019 framskrevet til 2040 for de syke nyfødte fra kapittel 4.*

Beregnete rom poliklinikk	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Beregnet 2040				
Antall poliklinikkrom middels utnyttingsgrad	1	1	1	3
Antall poliklinikkrom lavere utnyttingsgrad	1	1	1	3
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad 2040	0	0	0	0
Beregnet 2019				
Antall poliklinikkrom middels utnyttingsgrad	1	1	1	3
Antall poliklinikkrom lavere utnyttingsgrad	1	1	1	3
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad 2019	0	0	0	0

Tabellen viser at det er snakk om små volumer av konsultasjoner her og at beregnet behov er lavere enn ett ved hver av de tre sykehusene både i 2019 og i 2040 for begge utnyttingsgradene. Samlet for HF-et, krever denne aktiviteten 3 poliklinikkrom.

5.2.5 Kapasitetsberegning for bildediagnostikk

I det følgende presenteres resultater for en kapasitetsberegning basert på aktiviteten beskrevet i kapittel 4. Her presenteres det også beregnet kapasitet 2040 og 2019 med middels og lavere utnyttingsgrad. I tabell 5.16 presenteres behandlingstider for modalitetene som det er beregnet for.

Tabell 5.16 *Behandlingstider for bildediagnostikk*

Modalitet	Behandlingstid timer	Behandlingstid minutter
CT	0,4	25
INT	1,5	90
MR	0,5	30
NM	0,5	30
RG	0,3	15
UL	0,4	25

I tabell 5.17 presenteres beregnet kapasitet 2019 og 2040 samt faktisk og prosentvis endring i kapasitet per modalitet og sykehus i SSHF med middels utnyttingsgrad. I tabell 5.18 gis en tilsvarende oversikt når beregningen er basert på lavere utnyttingsgrad. Beregninger basert på aktiviteten presentert i tabell 4.12 over. Det understrekes at disse beregningene er basert på en fordeling av aktiviteite mellom modalitetene slik den var i 2019. Som nevnt i kapittel 4 er det altså ikke tatt hensyn til en eventuell dreining i bruk av ordinær røntgen til CT og MR. Det kan derfor hende at framtidig kapasitet for CT og MR er noe underestimert og ordinær røntgen noe overestimert.

Tabell 5.17 *Antall beregnede behandlingsrom med middels utnyttingsgrad for bildediagnostikk 2019 og 2040 etter modalitet og sykehus ved SSHF. Beregning basert på aktiviteten fra kapittel 4*

Modaliteter	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristian- sand	Sum SSHF
Beregnet kapasitet 2040				
CT	3	2	5	10
INT	1	0	3	4
MR	3	1	3	7
NM	0	0	1	1
RG	6	3	8	17
UL	2	1	3	6
Sum 2040	15	7	23	45
Beregnet kapasitet 2019				
CT	3	1	4	8
INT	1	0	3	4
MR	2	1	2	5
NM	0	0	1	1
RG	4	2	6	12
UL	1	1	3	5
Sum 2019	11	5	19	35
Endring i kapasitet 2019-2040				
CT	0	1	1	2
INT	0	0	0	0
MR	1	0	1	2
NM	0	0	0	0
RG	2	1	2	5
UL	1	0	0	1
Sum endring 2019-2040	4	2	4	10
Pst-endring i kapasitet 2019-2040				
CT	0,0	100,0	25,0	25,0
INT	0,0	0,0	0,0	0,0
MR	50,0	0,0	50,0	40,0
NM	0,0	0,0	0,0	0,0
RG	50,0	50,0	33,3	41,7
UL	100,0	0,0	0,0	20,0
Sum pst-endring 2019-2040	36,4	40,0	21,1	28,6

Tabell 5.18 *Antall beregnede behandlingsrom med lavere utnyttingsgrad for bildediagnostikk 2019 og 2040 etter modalitet og sykehus ved SSHF. Beregning basert på aktiviteten fra kapittel 4*

Modaliteter	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristian- sand	Sum SSHF
Beregnet kapasitet 2040				
CT	4	2	7	13
INT	1	0	4	5
MR	3	1	3	7
NM	0	0	1	1
RG	8	3	10	21
UL	2	1	4	7
Sum 2040	18	7	29	54
Beregnet kapasitet 2019				
CT	3	2	5	10
INT	1	0	4	5
MR	3	1	3	7
NM	0	0	1	1
RG	6	3	8	17
UL	2	1	3	6
Sum 2019	15	7	24	46
Endring i kapasitet 2019-2040				
CT	1	0	2	3
INT	0	0	0	0
MR	0	0	0	0
NM	0	0	0	0
RG	2	0	2	4
UL	0	0	1	1
Sum endring 2019-2040	3	0	5	8
Pst-endring i kapasitet 2019-2040				
CT	33,3	0,0	40,0	30,0
INT	0,0		0,0	0,0
MR	0,0	0,0	0,0	0,0
NM			0,0	0,0
RG	33,3	0,0	25,0	23,5
UL	0,0	0,0	33,3	16,7
Sum pst-endring 2019-2040	20,0	0,0	20,8	17,4

Med middels utnyttingsgrad får Arendal ingen økning i CT-kapasiteten fram mot 2040, mens de to andre får 1 CT i økning. Det blir ikke økt kapasitetsbehov for intervensjon og nukleærmedisin i forhold til beregnet behov 2019. MR kapasiteten øker med 2, en i Arendal og 1 i Kristiansand. I 2019-data var det noe aktivitet ved en liten MR i Flekkefjord som også har fått framskrevet aktivitet til 2040. Denne aktiviteten ble ifølge HF-et stanset i 2020, og det er ikke avklart om den skal tas opp igjen. Aktiviteten i 2019 var så lav at det ikke medfører økt kapasitetsbehov ved noen av de to andre sykehusene dersom denne aktiviteten overføres enten til ett eller begge av sykehusene. For ordinær røntgen øker behovet fram til 2040 med 2 beregnede rom i forhold til beregnet i 2019 både ved Arendal og Kristiansand og ett i Flekkefjord. Til slutt vil det bli behov for ett rom i tillegg for ultralyd ved sykehuset i Arendal.

Med lavere utnyttingsgrad øker behovet for CT i 2040 med 1 i Arendal og 2 i Kristiansand i forhold til

beregnet behov i 2019. I Flekkefjord kreves ingen økning i kapasitet i forhold til 2019. For modalitetene intervensjon, MR og nukleærmedisin beregnes det ingen økning i kapasitetsbehov i 2040 i forhold til beregnet i 2019. For ordinær røntgen beregnes det 2 rom økning til 2040 både i Arendal og i Kristiansand, og ingen økning i Flekkefjord. For ultralyd øker beregnet behov med ett rom i Kristiansand i forhold til beregnet for 2019 og ingen endring ved de to andre sykehusene.

Vi gjentar at framskrivningen for bildediagnostikk er basert på en gjennomsnittlig framskrivningsvekst for pasientbehandlingen ved hver sykehuslokasjon og resultatene her må tolkes i lys av det.

5.3 Kapasitetsberegning PHV og TSB

I det følgende gis en oversikt over beregnet kapasitet som beskrevet innledningsvis. For hver av de tre sektorene presenteres kapasitetsberegning basert på aktivitet i 2019 framskrevet til 2040.

HF-et ønsker å estimere kapasitetsbehovet ved det HF-et definerer som middels og lavere kapasitetsutnyttelse. I tabell 5.19 vises en oversikt over disse forutsetningene som ligger bak middels og lavere utnyttingsgrad for de behandlingsnivåer som det er framskrevet aktivitet for. Det understrekes at dette ikke gir antall behandlerkontor, men antall poliklinikkrom som utnyttes i hele åpningstiden til behandling av pasienter.

Tabell 5.19 *Utnyttingsgrader i kapasitetsberegningen*

Sengekapasiteter	Middels utnyttingsgrad	Lavere utnyttingsgrader
Belegg senger PHV voknse	85	85
Belegg senger PHV barn og unge	75	75
Belegg senger TSB	80	80
Dagplasser	Middels utnyttingsgrad	Lavere utnyttingsgrader
Åpent dager i året - alle sektorer	230	230
Brukstid effektivt per dag i timer	5	5
Behandlingstider- alle sektorer	5	5
Poliklinikkrom	Middels utnyttingsgrad	Lavere utnyttingsgrader
Åpent dager i året - alle sektorer	230	230
Åpningstider/brukstid per dag - alle sektorer	7,5	5,5
Behandlingstider- alle sektorer	1,25	1,75

Det understrekes at både antall senger og dagplasser/rom for 2019 er beregnet ut fra antall liggedøgn og dagaktivitet (dagopphold og polikliniske konsultasjoner) i 2019, og er ikke det samme som den faktiske fysiske kapasiteten HF-et hadde i 2019. I kapitlet presenteres det kapasitetsmål som er avrundet oppover til nærmeste heltall. De beregnede størrelsene finnes i vedlegg 4.

5.3.1 Kapasitetsberegning PHV voksne

I det følgende presenteres kapasitetsberegning for PHV-V. Sengekapasiteten beregnes ut fra et belegg på 85 prosent som i standardmodellen er middels utnyttingsgrad for døgnpasienter innenfor PHV-V. For dagaktiviteten presenteres beregninger for både middels og lavere utnyttingsgrad som vist i tabell 5.19. I framskrivningen av aktivitet ble konsultasjoner og dagopphold til gruppebehandling skilt ut da denne aktiviteten ikke skal være beregningsgrunnlag for ordinære poliklinikkrom. Vi har synliggjort omfanget av gruppebehandling i kapittel 4, men vi beregner ikke kapasitetsbehov for gruppebehandling da dette er noe som vil variere ut fra type gruppebehandling, varighet på behandlingen og volum på gruppene. Når aktiviteten er spesifisert og framskrevet i kapittel 4 er det mulig for HF-et å fastsette behov for antall grupperom når maksimum antall personer som grupperommene har kapasitet til kombinert med varighet på gruppebehandlingen.

5.3.1.1 Beregning av sengekapasitet PHV-V ved SSHF

I tabell 5.20 presenteres antall beregnede senger 2019 og 2040 med middels utnyttingsgrad (85 prosent belegg).

Tabell 5.20 Antall beregnede senger ved SSHF innen PHV voksne 2019 og 2040 med middels kapasitetsutnyttning. Beregning basert på liggedøgn 2019 framskrevet til 2040 fra kapittel 4. Endring og prosentvis endring vises også.

Type aktivitet	Psykiatrisk sykehus-avd. Kristiansand	Psykiatrisk sykehus-avd., Arendal	DPS Strømme	DPS Østre Agder	DPS Lister, Kvinesdal	DPS Solvang	Sum SS HF - PHV voksne
Kapasitet beregnet 2019							
Senger beregnet	79	38	23	17	9	20	186
Kapasitet beregnet 2040							
Senger beregnet	66	30	20	14	7	17	154
Endring ant. senger 2019-2040	-13	-8	-3	-3	-2	-3	-32
Pst-endr. Ant. senger 2019-2040	-16,5 %	-21,1 %	-13,0 %	-17,6 %	-22,2 %	-15,0 %	-17,2 %

Som tabellen ovenfor viser vil det ved de psykiatriske sykehusavdelingene bli beregnet 21 færre senger i 2040 enn i 2019. Når DPS-ene inkluderes i beregningen, blir forskjellen på 32 færre senger samlet sett i 2040. Her bidrar endringsfaktorene «samhandling kommune/hjem» og «omstilling i drift» til nedgangen i sengeantallet.

5.3.1.2 Beregning av kapasitet for dagbehandling og poliklinikk PHV-V ved SSHF

I tabell 5.21 presenteres kapasitetsberegning 2019 og 2040 for dagaktiviteten (dagopphold og poliklinikk) innen PHV-V ved SSHF med middels kapasitetsutnyttning. Beregning med lavere kapasitetsutnyttning presenteres i tabell 5.22. Dagopphold og poliklinikk beregnes hver for seg, men i tabellene presenteres et samlet behov for dagplasser/rom. Ambulant virksomhet som er aktivitet utenfor egne lokaler, inngår ikke i kapasitetsberegningene. Gruppeaktivitet er som nevnt over heller ikke inkludert i aktivitetsgrunnlaget for kapasitetsberegningen.

Tabell 5.21 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad ved SSHF PHV voksne. Eksklusive gruppeaktivitet og ambulant virksomhet. Endring og prosentvis endring vises også.

Dagplasser/rom	Psykiatrisk sykehus-avd. Kristiansand	Psykiatrisk sykehus-avd. Arendal	Spesialisert pkl psykosmo og traume	DPS Strømme	DPS Østre Agder	DPS Lister, Farsund	DPS Lister, Flekkefjord	DPS Lister, Kvinesdal	DPS Solvang	Sum SS HF - PHV voksne
Kapasitet beregnet 2019										
Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	7	1	3	17	23	3	4	2	12	72
Kapasitet beregnet 2040										
Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	8	2	4	22	28	3	4	2	17	90
Vekst i ant dagpl/rom 2019-2040 middels utn. grad	1	1	1	5	5	0	0	0	5	18
Prosentvis vekst i dagpl/rom 2019-2040	14,3 %	100,0 %	33,3 %	29,4 %	21,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	41,7 %	25,0 %

Tabell 5.22 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad ved SS HF PHV voksne. Eksklusive gruppeaktivitet og ambulant virksomhet. Endring og prosentvis endring vises også.

Dagplasser/rom	Psykiatrisk sykehus-avd. Kristiansand	Psykiatrisk sykehus-avd. Arendal	Spesialisert pkl psykosmo og traume	DPS Strømme	DPS Østre Agder	DPS Lister, Farsund	DPS Lister, Flekkefjord	DPS Lister, Kvinesdal	DPS Solvang	Sum SS HF - PHV voksne
Kapasitet beregnet 2019										
Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	8	2	6	32	42	5	6	3	23	127
Kapasitet beregnet 2040										
Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	11	4	8	41	53	5	7	4	31	164
Vekst i ant dagpl/rom 2019-2040 lavere utn. grad	3	2	2	9	11	0	1	1	8	37
Prosentvis vekst i dagpl/rom 2019-2040	37,5 %	100,0 %	33,3 %	28,1 %	26,2 %	0,0 %	16,7 %	33,3 %	34,8 %	29,1 %

Tabellene viser at for all dagaktivitet vil utnyttingsgraden påvirke kapasitetsbehovet. Antallet beregnede poliklinikkrom 2040 (eksklusive gruppeaktivitet) øker med 3 rom for sykehusavdelingene samlet og 18 rom for SSHF samlet med middels utnyttingsgrad. Tilsvarende tall for lavere utnyttingsgrad blir 7 og 37 rom i økning.

Beregnet kapasitetsbehov viser at med middels utnyttingsgrad vil den største økningen av poliklinikkrom i 2040 være for DPS Strømme, DPS Østre Agder og DPS Solvang, hver med 5 rom. Med lavere utnyttingsgrad vil beregnet kapasitetsbehov i 2040 være 9, 11 og 8 rom for henholdsvis DPS Strømme, DPS Østre Agder og DPS Solvang.

Videre viser tabellene at det blir relativt stor prosentvis vekst i kapasitetene framover mot 2040 dersom driften og forbruksnivået for dagaktiviteten i hovedsak videreføres slik den var i 2019. Dette betyr at dersom det ikke gjøres endringer i forhold til de fysiske konsultasjonene for poliklinikk framover i tid, som økt digitalisering av konsultasjoner og/eller økt samhandling kommune/hjem, kan det bli kapasitetsbegrensninger i løpet av de nærmeste 20 årene. Dette gjelder spesielt dersom kapasitetsutnyttningen i dag er høy.

5.3.2 Kapasitetsberegning PHV for barn og unge

I det følgende beregnes kapasiteten for PHV-BU. I PHV-BU beregnes sengekapasiteten med et belegg på 75 prosent og det skiller ikke mellom middels og lavere utnyttingsgrad for beregning av sengekapasitet. For dagbehandling og poliklinikk benyttes samme utnyttingsgrader som for PHV-V (se tabell 5.19). Aktivitetsgrunnlaget for beregning av kapasitet for dagbehandling og poliklinikk er

det samme som for PHV-V. Dette betyr at ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler samt gruppekonsultasjoner er holdt utenfor i kapasitetsberegningene.

5.3.2.1 Beregning av sengekapasitet PHV-BU ved SSHF

Innen psykisk helsevern for barn og unge er det kun Arendal Barne- og ungdomspsykiatri som tilbyr døgnopphold. I tabell 5.23 presenteres antall beregnede senger 2019 og 2040 med middels utnyttingsgrad (75 prosent).

Tabell 5.23 *Antall beregnede senger ved SSHF innen PHV barn og unge 2019 og 2040 med middels kapasitetsutnyttning. Beregning basert på liggedøgn 2019 framskrevet til 2040 fra kapittel 4. Endring og prosentvis endring vises også.*

Type kapasitet	Arendal Barne- og ungdomspsykiatri
Kapasitet beregnet 2019	
Senger beregnet	5
Kapasitet beregnet 2040	
Senger beregnet	4
Nedgang i ant. senger 2019-2040	-1
Prosentvis nedgang i ant. senger 2019-2040	-20,0 %

Ved SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri, vil det i forhold til beregnet behov i 2040 være en reduksjon på én seng i 2040. Her bidrar en nedgang i demografien for denne pasientgruppen samt endringsfaktorene «samhandling kommune/hjem» og «omstilling i drift» til nedgangen i sengeantallet.

5.3.2.2 Beregning av kapasitet for dagbehandling og poliklinikk PHV-BU ved SSHF

I det følgende presenteres kapasitetsberegning 2019 og 2040 for dagaktiviteten (dagopphold og poliklinikk) innen psykisk helsevern for barn og unge ved SSHF. Disse beregnes hver for seg, men i tabellene presenteres et samlet behov for dagplasser/rom. For poliklinikk beregnes det et alternativ både med middels og lavere utnyttingsgrad (se tabell 5.19 over). Ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler samt konsultasjoner til gruppebehandling inngår ikke i aktivitetsgrunnlaget for kapasitetsberegningene. I tabell 5.24 presenteres kapasitetsberegning med middels utnyttingsgrad og i tabell 5.25 med lav utnyttingsgrad.

Tabell 5.24 *Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad ved SS HF PHV barn og unge. Eksklusive gruppeaktivitet og ambulant virksomhet. Endring og prosentvis endring vises også.*

Dagplasser/rom	Arendal Barne- og ungd. psykiatri	Kristiansand Barne- og ungd. psykiatri	Flekkefjord Barne- og ungd. psykiatri	Sum SS HF - PHV barn og unge
Kapasitet beregnet 2019 Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	10	17	4	31
Kapasitet beregnet 2040 Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	11	20	4	35
Vekst i ant dagpl/rom 2019-2040 middels utn. grad	1	3	0	4
Prosentvis vekst i dagpl/rom 2019-2040	10,0 %	17,6 %	0,0 %	12,9 %

Tabell 5.25 *Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad ved SSHF PHV barn og unge. Eksklusive gruppeaktivitet og ambulant virksomhet. Endring og prosentvis endring vises også.*

Dagplasser/rom	Arendal Barne- og ungd. psykiatri	Kristiansand Barne- og ungd. psykiatri	Flekkefjord Barne- og ungd. psykiatri	Sum SS HF - PHV barn og unge
Kapasitet beregnet 2019 Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	18	31	7	56
Kapasitet beregnet 2040 Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	21	38	7	66
Vekst i ant dagpl/rom 2019-2040 lavere utn. grad	3	7	0	10
Prosentvis vekst i dagpl/rom 2019-2040	16,7 %	22,6 %	0,0 %	17,9 %

Tabellene viser at for all dagaktivitet vil utnyttingsgraden påvirke kapasitetsbehovet. Antallet beregnede poliklinikkrom 2040 (eksklusive gruppeaktivitet) øker med 4 rom samlet for institusjonene innen barne- og ungdomspsykiatri ved SSHF med middels utnyttingsgrad. Tilsvarende tall for lavere utnyttingsgrad blir 10 rom i økning.

Beregnet kapasitetsbehov viser at med middels utnyttingsgrad vil den største økningen av poliklinikkrom i 2040 være for Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatri, med 3 rom. Med lavere utnyttingsgrad vil beregnet kapasitetsbehov i 2040 være 7 rom.

Innen psykisk helsevern for barn og unge viser tabellene at det også her blir en prosentvis vekst i kapasitetene framover mot 2040 dersom driften og forbruksnivået for dagaktiviteten i hovedsak videreføres slik den var i 2019. Den prosentvise veksten her er imidlertid lavere enn tilsvarende for PHV-V. Med en vekst fra 10 til 18 prosent med middels utnyttingsgrad og fra 17 til 23 prosent med lavere utnyttingsgrad, kan det også her bli et behov for omstilling av driften i retning av en lavere andel fysiske konsultasjoner enn det som er tilfelle i dag.

5.3.3 Kapasitetsberegning TSB

I beregningen av sengekapasitet benyttes 80 prosent belegg og det skilles ikke mellom middels og lavere utnyttingsgrad her heller. Alle institusjonene i HF-et har døgntilbud, men ved enheten i Arendal er volum døgnpasienter svært lavt. For dagbehandling og poliklinikk benyttes samme utnyttingsgrader som for PHV-V (se tabell 5.19). Aktivitetsgrunnlaget avgrenses også på samme måte som for PHV der ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler samt konsultasjoner til gruppebehandling holdes utenfor.

5.3.3.1 Beregning av sengekapasitet TSB ved SSHF

I tabell 5.26 presenteres antall beregnede senger 2019 og 2040 med middels utnyttingsgrad (80 prosent).

Tabell 5.26 *Antall beregnede senger ved SS HF innen TSB 2019 og 2040 med middels kapasitetsutnytting. Beregning basert på liggedøgn 2019 framskrevet til 2040 fra kapittel 4. Endring og prosentvis endring vises også.*

	Kristiansand Rusomsorg	Arendal Rusomsorg	Byglandsfjord Rusomsorg	Bjorbekk Rusomsorg	Sum SS HF- TSB
Kapasitet beregnet 2019					
Senger beregnet	50	1	18	12	81
Kapasitet beregnet 2040					
Senger beregnet	39	1	15	9	64
Nedgang i ant. senger 2019-2040	-11		-3	-3	-17
Prosentvis nedgang i ant. senger 2019-2040	-22,0%		-16,7%	-25,0%	-21,0%

I forhold til beregnet behov i 2019 vil det innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Kristiansand Rusomsorg bli 11 færre senger i 2040. Samlet for SSHF innen TSB vil det bli beregnet 17 færre senger i 2040. Her bidrar endringsfaktorene «samhandling kommune/hjem» og «omstilling i drift» til nedgangen i sengeantallet.

5.3.3.2 Beregning av kapasitet for dagbehandling og poliklinikk TSB ved SSHF

I det følgende presenteres kapasitetsberegning 2019 og 2040 for dagaktiviteten (dagopphold og poliklinikk) innen TSB ved SSHF. Disse beregnes hver for seg, men i tabellene presenteres et samlet behov for dagplasser/rom. For poliklinikk beregnes det et alternativ både med middels og en lavere utnyttingsgrad (se tabell 5.19 over). Ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler samt gruppebehandling er holdt utenfor aktivitetsgrunnlaget for kapasitetsberegningen. Ved Byglandsfjord og Bjorbekk Rusomsorg er det kun døgnaktivitet. I tabell 5.27 presenteres kapasitetsberegning med middels utnyttingsgrad og i tabell 5.28 med lavere.

Tabell 5.27 *Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad ved SSHF TSB. Eksklusive gruppeaktivitet og ambulant virksomhet. Endring og prosentvis endring vises også.*

Dagplasser/rom	Kristiansand Rusomsorg	Arendal Rusomsorg	Sum SS HF - TSB
Kapasitet beregnet 2019 Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	13	6	19
Kapasitet beregnet 2040 Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	18	8	26
Vekst i ant dagpl/rom 2019-2040 middels utn. grad	5	2	7
Prosentvis vekst i dagpl/rom 2019-2040	38,5 %	33,3 %	36,8 %

Tabell 5.28 *Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad ved SSHF TSB. Eksklusive gruppeaktivitet og ambulant virksomhet. Endring og prosentvis endring vises også.*

Dagplasser/rom	Kristiansand Rusomsorg	Arendal Rusomsorg	Sum SS HF - TSB
Kapasitet beregnet 2019 Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	25	11	36
Kapasitet beregnet 2040 Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	33	14	47
Vekst i ant dagpl/rom 2019-2040 lavere utn. grad	8	3	11
Prosentvis vekst i dagpl/rom 2019-2040	32,0 %	27,3 %	30,6 %

Tabellene viser at for all dagaktivitet vil utnyttingsgraden påvirke kapasitetsbehovet. Antallet beregnede poliklinikkrom 2040 (eksklusive gruppeaktivitet) øker med 7 rom samlet for institusjonene innen barne- og ungdomspsykiatri ved SSHF med middels utnyttingsgrad. Tilsvarende tall for lavere utnyttingsgrad blir 11 rom i økning.

Beregnet kapasitetsbehov viser at med middels utnyttingsgrad vil den største økningen av poliklinikkrom i 2040 være for Kristiansand Rusomsorg, med 5 rom og med lavere utnyttingsgrad 8 rom.

Videre viser tabellene at det for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved SSHF blir en relativt høy prosentvis vekst i kapasitetene framover mot 2040. Dette betyr at dersom andelen fysiske konsultasjoner videreføres som i dag, kan det bli behov for å endre den faktiske utnyttingsgraden dersom kapasitet ikke kan utvides.

6 Framskrivning av pasientgrunnlag for akuttbygg i Kristiansand

6.1 Innledning

I det følgende beskrives en framskrivning av et potensielt aktivitetsgrunnlag for et nytt akuttbygg somatisk sektor i Kristiansand. Det tas utgangspunkt i aktiviteten ved sykehuset Kristiansand i driftsåret 2019. Utvalget blir alle episoder innlagt med hastegrad eller inntaksmåte akutt¹⁰. Det er ikke nødvendigvis slik at alle pasienter med inntaksmåte akutt skal via akuttbygget, men dette vil være et maksimumsgrunnlag for et akuttbygg. For døgnpasientene er det antallet opphold som det er interessant å framskrive og ikke liggedøgnene. Samtidig er det viktig å fange opp alle med inntaksmåte akutt for behandlingsnivåene dagopphold og poliklinikk. Med dagopphold menes dagkirurgi og dialyse, mens medisinske dagopphold klassifiseres som poliklinikk.

I delkapittel 6.2 presenteres en oversikt over episodene ved Kristiansand som hadde hastegrad akutt i 2019. Her vises hvilke diagnosegrupper dette gjelder og hvilken klokke time på døgnet innleggelsen eller kontakten var. I delkapittel 6.3 presenteres en framskrivning fra 2019 til 2040 over pasientene med inntaksmåte akutt og i delkapittel 6.4 drøftes hvilke funksjoner som skal være i akuttbygget og hvilket kapasitetsbehov dette gir fram mot 2040.

6.2 Potensielt pasientgrunnlag for akuttbygg i Kristiansand

I tabell 6.1 vises en oversikt over alle med hastegrad akutt 2019 ved sykehuset i Kristiansand etter behandlingsnivå og hvordan de spesifiseres i grupper som framskrives.

Tabell 6.1 Antall episoder med hastegrad akutt SSHF Kristiansand 2019

Datagrunnlag	Døgnopph 2019	Dagopph 2019	Poliklinikk 2019	Sum akutte episoder 2019
Episoder med hastegrad akutt Kristiansand	17 513	149	22 041	39 703
Minus HDG 14 Svangerskap og fødselsrelatert	2 113	4	1 678	3 795
Minus HDG 15 Syke nyfødte	268	0	141	409
Øvrige akutte episoder	15 132	145	20 222	35 499

Tabellen viser at det samlet sett var 17 513 døgnopphold som hadde akutt hastegrad, samt 149 dagopphold og 22 041 polikliniske konsultasjoner som hadde akutt hastegrad. Episoder med hastegrad akutt i hoveddiagnosegruppe 14 «Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid» samt HDG 15 «Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden» framskrives separat etter ønske fra HF-et, mens de øvrige akutte framskrives som en gruppe. I det følgende presenteres oversikter over innleggelses- eller kontaktid i døgnet for de tre delmengdene i tabell 6.1. Døgnet er inndelt i tre 8-timers deler som følger:

- Dag i tidsrommet 08:00-15:59
- Kveld i tidsrommet 16:00-23:59
- Natte i tidsrommet 00:00-07:59

Gruppen akutte episoder eksklusive HDG 14 og 15 (øvrige HDG-er) er den største gruppen i volum, og for denne gruppen presenteres også i vedlegg 5 diagnosegruppene som framskrives i

¹⁰ Ved SSHF var hastegrad kodet med følgende tre verdier: 1 Akutt = uten opphold/venting, 4 Planlagt, eller venting over 24 timer, 5 Tilbakeføring av pasient fra annet sykehus.

framskrivingsmodellen. Dette gir en mulighet for å justere det potensielle pasientgrunnlaget etter utskrivningsdiagnoser dersom det er ønskelig.

For de to gruppene HDG 14 og øvrige HDG-er gis også en oversikt over innleggelsestid i døgnet for døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG. Av de 149 oppholdene som er klassifisert som dagopphold var 2 av dem gruppert til dialyse-DRG-en og 147 i kirurgisk DRG. 4 av disse var i HDG14 og resten i gruppen øvrige HDG-er. I HDG15 var det ingen opphold i DRG 189A «Nyfødt, fødselsvekt 1500 g eller mer, med større operasjon», som er den eneste DRG-en som har kirurgisk prosedyre i HDG-en.

6.2.1 Inntakstid episoder HDG 14 «Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid»

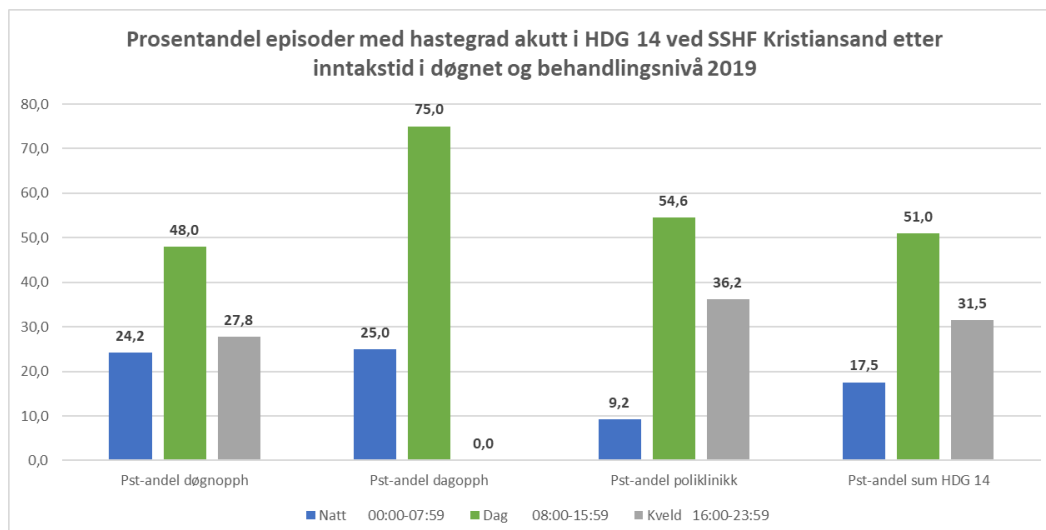
I tabell 6.2 presenteres antallet episoder med hastegrad akutt i HDG 14 «Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid» etter tredelt innleggelses- og kontakttid (inntakstid) i døgnet og behandlingsnivå for 2019. I vedlegg 5 vises tilsvarende per time i døgnet.

Tabell 6.2 Antall episoder med hastegrad akutt i HDG14 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og behandlingsnivå 2019

Inntid i døgnet HDG 14	Døgnopph 2019	Dagopph 2019	Poliklinikk 2019	Sum HDG 14
Natt 00:00-07:59	511	1	154	666
Dag 08:00-15:59	1015	3	916	1934
Kveld 16:00-23:59	587	0	608	1195
Sum	2113	4	1678	3795

De fire akutte dagoppholdene er alle dagkirurgi og alle i DRG 3810 «Abort dagkirurgisk behandling». Mesteparten av de akutte døgnoppholdene er relatert til fødsler der 178 var keisersnitt, 1530 var i ulike DRG-er for vaginal fødsel og de resterende 405 akutte døgnoppholdene var andre fødselsrelaterte diagnoser før og etter fødsel. Av de akutte kontaktene på poliklinikk er 68 prosent i DRG 914P «Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide» og resten fordelt på andre prosedyrer i 800-DRG-ene og resten i 900-DRGene. Det var også registrert 30 konsultasjoner i DRG 3730 «Vaginal fødsel, dagopphold».

Størstedelen av oppholdene hadde inntakstid på dag. Figur 6.1 viser hvor stor prosentandel av episodene som kommer i hver av døgnetts tre deler; Dag, kveld og natt.



Figur 6.1 *Prosentandel episoder med hastegrad akutt i HDG 14 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og behandlingsnivå 2019*

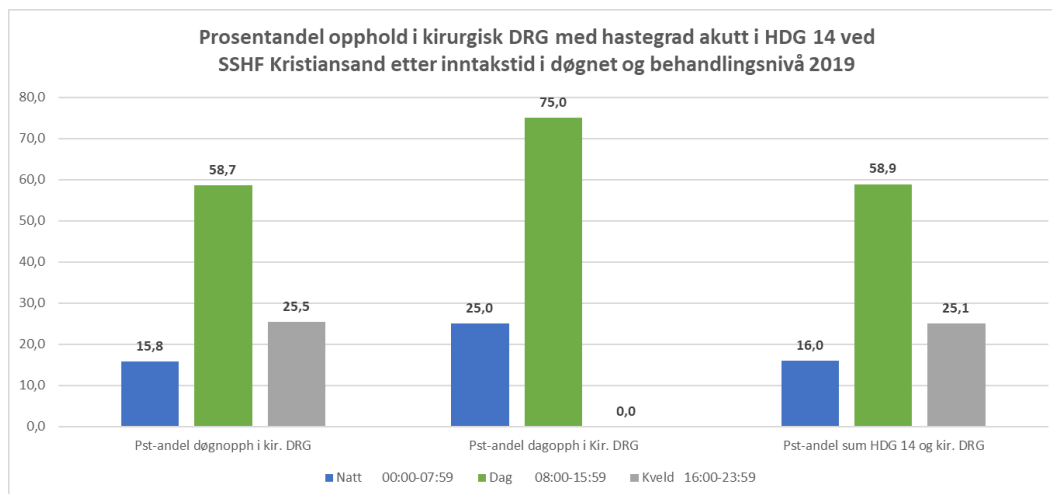
Over 50 prosent av episodene samlet har inntakstid på dag, mens 17,5 av disse kommer på natt og 31,5 prosent på kveld. Dagoppholdene har høyest andel på dagtid med 75 prosent, men dette er kun 4 opphold i sum. Akutte konsultasjoner til poliklinikk har en høyere andel på dag enn døgnoppholdene med henholdsvis 54,6 og 48,0 prosent. Døgnoppholdene har også en betydelig høyere andel på natt enn konsultasjoner til poliklinikk.

Tabell 6.3 viser antall opphold med hastegrad akutt i kirurgisk DRG for HDG 14 «Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid». Det understrekes at dette er tidspunktet pasienten ankommer sykehuset og ikke tidspunktet for inngrepet som er utført. En oversikt per time finnes i vedlegg 5.

Tabell 6.3 *Antall opphold i kirurgisk DRG med hastegrad akutt i HDG14 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og behandlingsnivå 2019*

Inntid i døgnet HDG 14 og kirurgisk DRG	Døgnopph i kir. DRG 2019	Dagopph i kir. DRG 2019	Sum HDG 14 og kirurgisk DRG
Natt 00:00-07:59	41	1	42
Dag 08:00-15:59	152	3	155
Kveld 16:00-23:59	66	0	66
Sum	259	4	263

Opphold som grupperes til kirurgisk DRG blir klassifisert som døgn- eller dagopphold avhengig av liggetid. Polikliniske konsultasjoner grupperes ikke i DRG-type slik at all dagkirurgi blir klassifisert som opphold i kirurgisk DRG med null i liggetid. Mesteparten av dagkirurgien er nok elektive pasienter, men som oversiktene her viser finnes det også noen få med hastegrad akutt. Størstedelen av akutte opphold i kirurgisk DRG kommer på dagtid, men det er en jevn fordeling også på kveld og natt. Prosentandelene inntakstid i deler av døgnet er presentert i figur 6.2



Figur 6.3 *Prosentandel opphold i kirurgisk DRG med hastegrad akutt i HDG 14 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og behandlingsnivå 2019*

Figuren viser at som nevnt over er det kun døgno- og dagopphold for opphold i kirurgisk DRG. For dagopphold er det de samme dagoppholdene som ble vist i figur 6.1 da det ikke var registrert noen i dialyse-DRG-en. Figuren viser videre at av alle akutte døgnoophold i kirurgisk DRG kommer 58,7 prosent på dagtid, mens 15,8 prosent kommer på natt og 25,5 prosent på kveld. Det er dermed en noe høyere andel som kommer på dagtid for akutte døgnoophold i kirurgisk DRG enn for samlede akutte døgnoophold som hadde 48,0 prosent på dag.

6.2.2 Inntakstid episoder HDG 15 «Nyfødte m. tilstander oppstått i perinatalperioden»

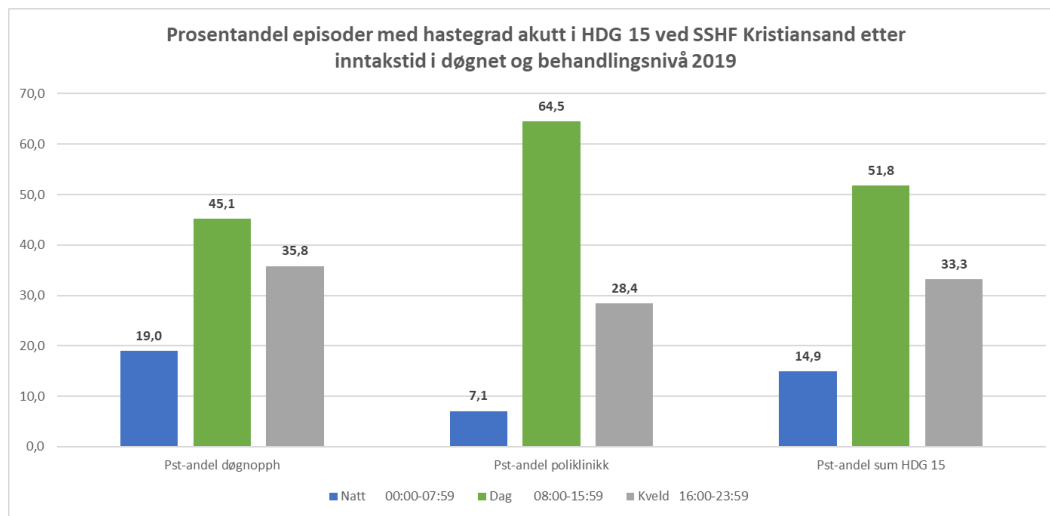
I tabell 6.4 vises en oversikt over episoder med hastegrad akutt for pasienter i HDG 15 «Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden» ved SSHF Kristiansand 2019. Døgnoopholdene med hastegrad akutt i HDG 15 utgjør 90 prosent av de samlede døgnoopholdene i HDG 15 ved SSHF Kristiansand og poliklinikk med hastegrad akutt utgjør bare 13 prosent av tilsvarende for alle konsultasjoner i HDG 15 ved sykehuset. Det kan derfor være at dette utgjør et bedre grunnlag for en enhet for nyfødtintensiv ved sykehuset enn det framskrivingen av den samlede HDG 15 i kapittel 4 utgjør.

Tabell 6.4 *Antall episoder med hastegrad akutt i HDG15 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og behandlingsnivå 2019*

Inntid i døgnet HDG 15	Døgnooph 2019	Dagopph 2019	Poliklinikk 2019	Sum HDG 15
Natt 00:00-07:59	51	0	10	61
Dag 08:00-15:59	121	0	91	212
Kveld 16:00-23:59	96	0	40	136
Sum	268	0	141	409

Tabellen viser at det ikke er opphold i HDG 15 som klassifiseres som dagopphold da det ikke er utført dagkirurgi for noen i HDG 15 samtidig som dialyse i DRG3170 er uaktuelt for denne gruppen. Ellers

utgjør akutte døgnopphold et større volum enn akutte konsultasjoner for HDG 15. Mesteparten kommer på dagtid for denne gruppen også, men det ankommer nyfødte med hastegrad akutt hele døgnet naturlig nok. I figur 6.4 presenteres prosentvise andeler for inntakstid på døgnet for HDG 15.



Figur 6.4 Prosentandel episoder med hastegrad akutt i HDG 15 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og behandlingsnivå 2019

Figuren viser at det bare er døgnopphold og polikliniske konsultasjoner i HDG 15. Det er betydelig høyere andel konsultasjoner med hastegrad akutt på inntakstid dag enn tilsvarende for de akutte døgnoppholdene.

6.2.3 Inntakstid for episoder i øvrige HDG-er

I dette delkapitlet presenteres episoder med hastegrad akutt for de øvrige HDG-ene. I tabell 6.5 gis en oversikt over episoder med hastegrad akutt fordelt på de gjenværende hoveddiagnosegruppene. I tabell 6.6 gis tilsvarende prosentvis betydning av hver hoveddiagnosegruppe. I denne tabellen er alle celler med 10 prosent betydning eller mer markert med blå farge.

Tabell 6.5 Antall episoder 2019 med hastegrad akutt eksklusive episoder i HDG 14 og 15 ved SSHF Kristiansand etter hoveddiagnosegrupper (HDG-er) og behandlingsnivå

Hoveddiagnosegrupper	Døgnopph akutt 2019	Dagopph akutt 2019	Poliklinikk akutt 2019	Sum akutt 2019
1 Sykdommer i nervesystemet	2 110	1	1 427	3 538
2 Øyesykdommer	96	0	55	151
3 Øre-, nese- og halssykdommer	766	15	1 393	2 174
4 Sykdommer i åndedretsorganene	2 050	0	707	2 757
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	1 929	6	1 687	3 622
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	1 712	34	1 483	3 229
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	609	3	81	693
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	1 940	33	6 595	8 568
9 Sykdommer i hud og underhud	445	6	2 591	3 042
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	424	0	149	573
11 Nyre- og urinveissykdommer	997	10	430	1 437
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	105	5	119	229
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	171	8	124	303
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	158	0	133	291
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	140	0	21	161
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	458	0	216	674
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	283	0	347	630
21 Skade, frgftn og tks eff. av med/and stof, med.misbr. og org. sinnsl	467	7	755	1 229
22 Forbrenninger	22	16	76	114
23 Faktorer som påvirk. Helsetj. - andre kont. M. helsetj.	166	0	700	866
30 Sykdommer i bryst	55	0	43	98
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	14	0	1 077	1 091
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosed.komb.	15	1	13	29
Sum øvrige HDG-er	15 132	145	20 222	35 499

Tabell 6.6 Prosentandel episoder 2019 med hastegrad akutt eksklusive episoder i HDG 14 og 15 ved SSHF Kristiansand etter hoveddiagnosegrupper (HDG-er) og behandlingsnivå

Hoveddiagnosegrupper	Pst-and dgnopph akutt 2019	Pst-and dagopph akutt 2019	Pst-and poliklinikk akutt 2019	Pst-and sum akutt 2019
1 Sykdommer i nervesystemet	13,9	0,7	7,1	10,0
2 Øyesykdommer	0,6	0,0	0,3	0,4
3 Øre-, nese- og halssykdommer	5,1	10,3	6,9	6,1
4 Sykdommer i åndedretsorganene	13,5	0,0	3,5	7,8
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	12,7	4,1	8,3	10,2
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	11,3	23,4	7,3	9,1
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	4,0	2,1	0,4	2,0
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	12,8	22,8	32,6	24,1
9 Sykdommer i hud og underhud	2,9	4,1	12,8	8,6
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	2,8	0,0	0,7	1,6
11 Nyre- og urinveissykdommer	6,6	6,9	2,1	4,0
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	0,7	3,4	0,6	0,6
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	1,1	5,5	0,6	0,9
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	1,0	0,0	0,7	0,8
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	0,9	0,0	0,1	0,5
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	3,0	0,0	1,1	1,9
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	1,9	0,0	1,7	1,8
21 Skade, frgftn og tks eff. av med/and stof, med.misbr. og org. sinnsl	3,1	4,8	3,7	3,5
22 Forbrenninger	0,1	11,0	0,4	0,3
23 Faktorer som påvirk. Helsetj. - andre kont. M. helsetj.	1,1	0,0	3,5	2,4
30 Sykdommer i bryst	0,4	0,0	0,2	0,3
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	0,1	0,0	5,3	3,1
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosed.komb.	0,1	0,7	0,1	0,1
Sum øvrige HDG-er	100,0	100,0	100,0	100,0

For døgnoppholdene er det HDG 1 «Sykdommer i nervesystemet», HDG 4 «Sykdommer i åndedrettsorganene», HDG 5 «Sykdommer i sirkulasjonsorganene», HDG 6 «Sykdommer i fordøyelsesorganene» og HDG 8 «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev» som hver utgjør mer enn 10 prosent av døgnoppholdene. I sum utgjør disse gruppene 9 743 døgnopphold eller 64,3 prosent av alle døgnoppholdene når HDG14 og 15 holdes utenfor.

Fon dagoppholdene er det HDG 3 «Øre-, nese- og halssykdommer», HDG 6 «Sykdommer i fordøyelsesorganene», HDG 8 «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev» og HDG 22 «Forbrenninger» som betyr mer enn 10 prosent av oppholdene. Disse er imidlertid få i volum og utgjør samlet 98 dagopphold eller 67,6 prosent av dagoppholdene når HDG14 og 15 holdes utenfor.

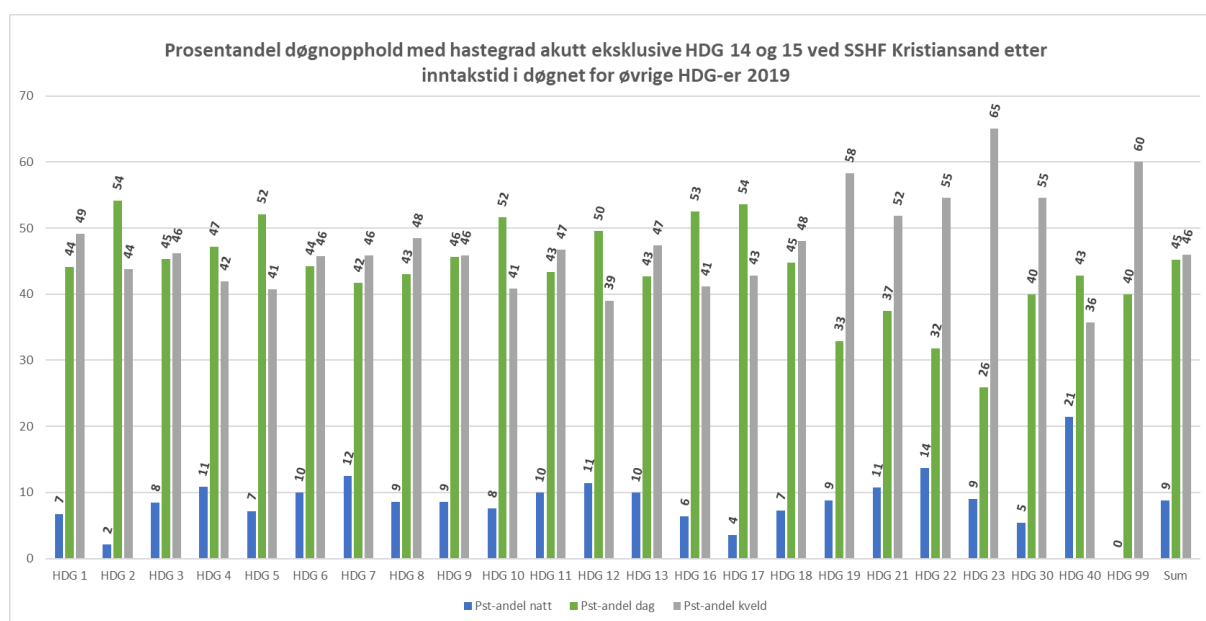
For poliklinikk utgjør HDG 8 «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev» og HDG 9 «Sykdommer i hud og underhud» de eneste gruppene med mer enn 10 prosent av alle konsultasjonene når HDG 14 og 15 holdes utenfor. I sum utgjør disse to gruppene 9 186 konsultasjoner eller 45,4 prosent av alle konsultasjonene når HDG 14 og 15 holdes utenfor. Tabellen viser imidlertid at de gruppene som hadde mer enn 10 prosent av døgn- og dagoppholdene også har relativt høye prosentandeler for konsultasjonene.

Hvorvidt det er ønskelig å bruke hoveddiagnosegruppene fra DRG-systemet eller diagnosegruppene i framskrivingsmodellen når pasientgrunnlaget for akuttbygget skal vurderes mer detaljert, er en smakssak. DRG-systemet grupperer ikke kreftpasientene som egne grupper i grupperingslogikken slik at disse spres utover flere HDG-er. I framskrivingsmodellen er kreftpasienter håndtert som egen diagnosegruppe samtidig som noen store tjenestegrupper som dialyse, kjemoterapi og strålebehandling er egne grupper. Ellers er det litt høyere detaljeringsgrad i grupperingen i forhold til diagnosegrupper, slik at det blir noen flere grupper enn HDG-er.

I det følgende velger vi å presentere oversikter over inntakstid i døgnet per HDG i kapitlet, mens, tilsvarende oversikter for diagnosegruppene i framskrivingsmodellen presentert i vedlegg 5. I kapitlet benytter vi den tre-delte inndelingen av døgnet for hver HDG mens inntakstid per time legges i vedlegg 5. Vi lager egne oversikter for døgnoppholdene, men slår sammen dagopphold og konsultasjoner til en felles gruppe da dagoppholdene er få i antall. I tabell 6.7 presenteres en oversikt for inntakstid i døgnet per HDG for døgnoppholdene og i figur framstilles prosentandelene av døgnoppholdene på tredelt døgn per diagnosegruppe. I figuren presenteres bare nr. på HDG-ene for å spare plass. Oversiktene er eksklusive HDG 14 og 15 da disse er beskrevet over.

Tabell 6.7 Antall døgnopphold med hastegrad akutt 2019 eksklusive opphold i HDG 14 og 15 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og hoveddiagnosegrupper

Hoveddiagnosegrupper	Natt 00:00-07:59	Dag 08:00- 15:59	Kveld 16:00-23:59	Sum døgnet	Pst-andel natt	Pst-andel dag	Pst-andel kveld	Sum
1 Sykdommer i nervesystemet	141	932	1 037	2 110	7	44	49	100,0
2 Øyesykdommer	2	52	42	96	2	54	44	100,0
3 Øre-, nese- og halssykdommer	65	347	354	766	8	45	46	100,0
4 Sykdommer i åndedretsorganene	222	968	860	2 050	11	47	42	100,0
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	138	1 005	786	1 929	7	52	41	100,0
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	171	758	783	1 712	10	44	46	100,0
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	76	254	279	609	12	42	46	100,0
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	166	834	940	1 940	9	43	48	100,0
9 Sykdommer i hud og underhud	38	203	204	445	9	46	46	100,0
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	32	219	173	424	8	52	41	100,0
11 Nyre- og urinveissykdommer	99	432	466	997	10	43	47	100,0
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	12	52	41	105	11	50	39	100,0
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	17	73	81	171	10	43	47	100,0
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	10	83	65	158	6	53	41	100,0
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	5	75	60	140	4	54	43	100,0
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	33	205	220	458	7	45	48	100,0
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	25	93	165	283	9	33	58	100,0
21 Skade, frgftn og tks eff. av med/and stof, med.misbr. og org. sinnsl	50	175	242	467	11	37	52	100,0
22 Forbrenninger	3	7	12	22	14	32	55	100,0
23 Faktorer som påvirker helsetj. - andre kontakter med helsetj.	15	43	108	166	9	26	65	100,0
30 Sykdommer i bryst	3	22	30	55	5	40	55	100,0
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	3	6	5	14	21	43	36	100,0
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	0	6	9	15	0	40	60	100,0
Sum alle HDG-er	1 326	6 844	6 962	15 132	9	45	46	100,0



Figur 6.5 Prosentandel døgnopphold med hastegrad akutt eksklusive HDG 14 og 15 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og øvrige HDG-er 2019

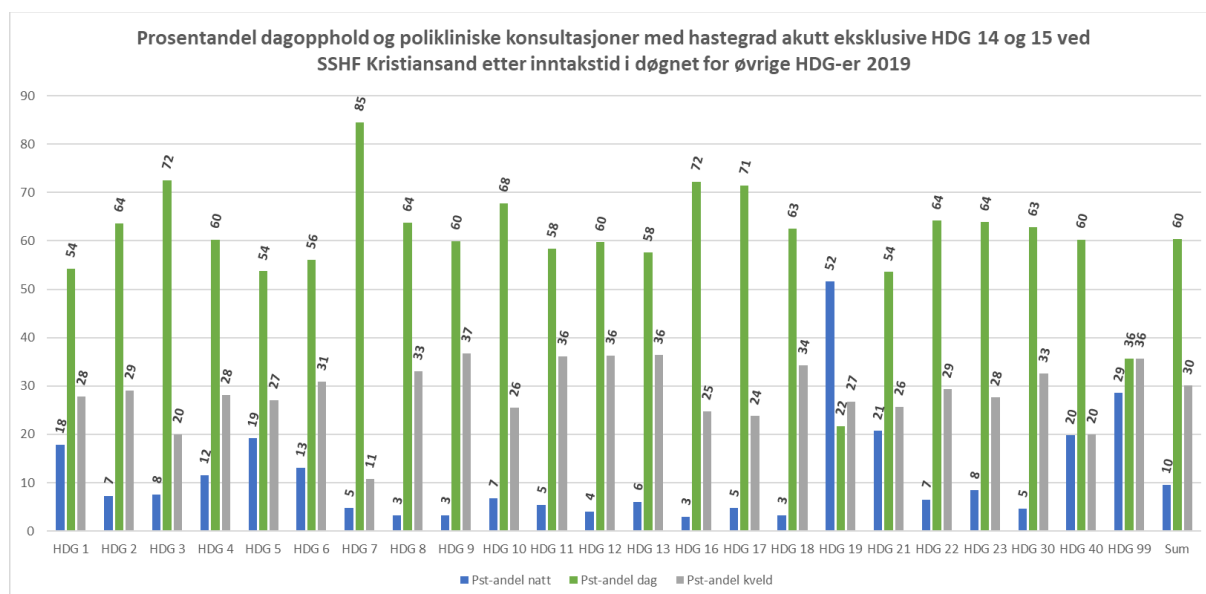
Oversiktene viser at for alle HDG-ene i sum utgjør antallet døgnopphold med inntakstid på natt 1 326 døgnopphold, eller 9 prosent av alle døgnoppholdene, når HDG 14 og 15 holdes utenfor. Dette er noe lavere enn det som var tilfellet for HDG 14 (16 prosent) og HDG 15 (19 prosent). I gjennomsnitt betyr dette at det ankommer 3 til 4 (3,7) døgnopphold per natt gjennom året. Variasjonen er stor mellom HDG-ene både i volum og prosentandel. Andelen på natt for døgnoppholdene varierer fra 2 prosent for HDG2 «Øyesykdommer» til 14 prosent for HDG 22 «Forbrenninger». Her er det imidlertid snakk om henholdsvis 96 og 22 døgnopphold samlet for de to HDG-ene. For de HDG-ene som hver for seg har flere enn 500 døgnopphold er variasjonen i prosentandel på natt fra 7 til 12 prosent. Forskjellene på dag og kveld er også mindre her enn det det var for døgnoppholdene i HDG 14 og 15.

For HDG-ene samlet var det tilnærmet lik andel med inntakstid på dag og kveld med henholdsvis 45 og 46 prosent. Her er det stor variasjon mellom HDG-ene da 15 av dem har høyere andel med inntakstid på kveld enn på dag, og de resterende 8 med høyere andel på dag enn på kveld. For døgnoppholdene med hastegrad akutt kommer det i gjennomsnitt mellom 18 og 19 (18,8) per dag og mellom 19 og 20 (19,1) per kveld. Samlet i gjennomsnitt for døgnet kommer det mellom 41 og 42 (41,5) i gjennomsnitt over døgnet.

I tabell 6.8 og figur 6.6 gis en tilsvarende framstilling for dagopphold og polikliniske konsultasjoner med hastegrad akutt.

Tabell 6.8 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner med hastegrad akutt 2019 eksklusive opphold i HDG 14 og 15 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og hoveddiagnosegrupper

Hoveddiagnosegrupper	Natt 00:00-07:59	Dag 08:00-15:59	Kveld 16:00-23:59	Sum	Pst-andel natt	Pst-andel dag	Pst-andel kveld	Sum
1 Sykdommer i nervesystemet	255	775	398	1 428	17,9	54,3	27,9	100,0
2 Øyesykdommer	4	35	16	55	7,3	63,6	29,1	100,0
3 Øre-, nese- og halssykdommer	106	1 020	282	1 408	7,5	72,4	20,0	100,0
4 Sykdommer i åndedretsorganene	82	426	199	707	11,6	60,3	28,1	100,0
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	325	909	459	1 693	19,2	53,7	27,1	100,0
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	198	850	469	1 517	13,1	56,0	30,9	100,0
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	4	71	9	84	4,8	84,5	10,7	100,0
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	211	4 225	2 192	6 628	3,2	63,7	33,1	100,0
9 Sykdommer i hud og underhud	85	1 557	955	2 597	3,3	60,0	36,8	100,0
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	10	101	38	149	6,7	67,8	25,5	100,0
11 Nyre- og urinveissykdommer	24	257	159	440	5,5	58,4	36,1	100,0
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	5	74	45	124	4,0	59,7	36,3	100,0
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	8	76	48	132	6,1	57,6	36,4	100,0
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	4	96	33	133	3,0	72,2	24,8	100,0
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	1	15	5	21	4,8	71,4	23,8	100,0
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	7	135	74	216	3,2	62,5	34,3	100,0
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	179	75	93	347	51,6	21,6	26,8	100,0
21 Skade, frgftn og tks eff. av med/and stof, med.misbr. og org. sinnsl	158	408	196	762	20,7	53,5	25,7	100,0
22 Forbrenninger	6	59	27	92	6,5	64,1	29,3	100,0
23 Faktorer som påvirker helsetj. - andre kontakter med helsetj.	59	447	194	700	8,4	63,9	27,7	100,0
30 Sykdommer i bryst	2	27	14	43	4,7	62,8	32,6	100,0
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	213	649	215	1 077	19,8	60,3	20,0	100,0
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	4	5	5	14	28,6	35,7	35,7	100,0
Sum	1 950	12 292	6 125	20 367	9,6	60,4	30,1	100,0



Figur 6.5 Prosentandel dagopphold og polikl. konsult. med hastegrad akutt eksklusive HDG 14 og 15 ved SSHF Kristiansand etter inntakstid i døgnet og øvrige HDG-er 2019

I sum var det 1 950 dagopphold og konsultasjoner som hadde inntakstid natt i 2019. Dette utgjorde 10 prosent av alle dagopphold og konsultasjoner når HDG14 og 15 holdes utenfor. Det betyr at det er noe høyere andel av dag- og poliklinikk pasientene med hastegrad akutt som ankommer på natt enn tilsvarende for døgnoppholdene. I gjennomsnitt kommer det mellom 5 og 6 (5,3) dagopphold og konsultasjoner per natt til SSHF Kristiansand. Andelen av dagoppholdene og konsultasjonene som i sum kommer på dagtid er betydelig høyere enn tilsvarende for døgnoppholdene. I sum for alle HDG-ene er det 12 292 dagopphold eller konsultasjoner på dagtid, noe som utgjør 60 prosent av alle dag og polikliniske pasienter. Tilsvarende for døgnoppholdene var 45 prosent. Dette betyr at på dagtid ankommer det i gjennomsnitt mellom 33 og 34 (33,7) dagopphold og/eller konsultasjoner per dag med hastegrad akutt. Variasjonen mellom HDG-ene er betydelig da høyest dag-andel er for HDG7 «Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel» er på 85 prosent og lavest dagandel er for HDG 19 «Psykiske lidelser og rusproblem» med en dagandel på 22 prosent. For HDG 19 er nattandelen høyest og kvelds-andelen er også høyere enn dagandelen. HDG 19 er ikke pasienter behandlet ved institusjoner for PHV eller TSB, men pasienter ved somatiske avdelinger som har fått utskrivningsdiagnose for psykiske lidelser. Dette er den eneste HDG-en som har lavest prosentandel på dagtid da alle andre HDG-er for dagopphold og konsultasjoner har høyest andel på dagtid. Andelen av dagoppholdene og konsultasjonene med hastegrad akutt som ankommer på kveld er 30 prosent. Dette betyr at det er betydelig større forskjell på dag og kveldsandelene enn tilsvarende for døgnoppholdene. I sum for alle HDG-ene ankom 6 125 dagopphold og/eller polikliniske konsultasjoner på kveldstid. Dette gir en gjennomsnittlig ankomst av mellom 16 og 17 (16,8) dagopphold og/eller konsultasjoner med hastegrad akutt per dag gjennom året.

6.3 Framskrivning av pasientgrunnet for akuttbygg i Kristiansand

I dette delkapitlet framskrives pasientgrunnet med hastegrad akutt beskrevet i delkapittel 6.2 fra 2019 til 2040. Dette blir dermed ett potensielt pasientgrunnet for akuttbygget.

I framskrivningsmodellen gjøres det først en framskrivning knyttet til demografisk utvikling i et område. Her tas det hensyn til både volum, kjønn og alderssammensetning for pasientene som framskrives. Deretter gjøres det tilpasninger i modellen som ivaretar endringer i framtidig drift i forhold til dagens drift. Typisk her er samhandling med kommune og/eller hjem, overgang fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk og bruk av pasienthotell og observasjonsenhet. Denne modellen er tilpasset et generelt pasientgrunnet og er ikke nødvendigvis egnet for å framskrive et pasientgrunnet for et akuttbygg. Vi tror derfor at det er en bedre tilnærming å framskrive antall døgn- og dagopphold samt polikliniske konsultasjoner ved SSHF Kristiansand i 2019, alle med hastegrad akutt, ved å foreta bare en demografisk framskrivning på disse pasientene. Dette gir et maksimumspotensial for hvem som kommer til akuttbygget. Hvor lenge de skal være i akuttbygget avhenger av hvilke pasientgrupper som velges og hvilken behandling eller oppfølging pasientene skal ha i bygget.

I det følgende framskrives derfor aktiviteten per HDG for de samme tre gruppene som vi beskrev i delkapittel 6.2 over. Når vi kun framskriver demografisk kan vi benytte HDG-ene som framskrivingsgrupper da det er demografivekter knyttet til hver pasientkontakt i pasientdata, og vi ikke er avhengig av å se på øvrige omstillingseffekter i modellen. Øvrige omstillingseffekter er utformet for hver enkelt diagnosegruppe i modellen og ikke for HDG-ene. I de demografiske framskrivningene viser vi effektene fra 2019 til 2030 og 2040.

6.3.1 Framskriving av episoder i HDG 14 og 15

I tabell 6.9 presenteres en oversikt over alle døgnopphold med inntaksmåte akutt for HDG 14 «Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid» for 2019 framskrevet demografisk til 2030 og 2040. I tabell 6.10 presenteres tilsvarende for dagopphold og polikliniske konsultasjoner. De fire dagkirurgiske oppholdene er lagt sammen med poliklinikk og dagmedisinske opphold. Framskrivningen er foretatt på DRG-nivå for HDG 14 slik at fødslene og keisersnittene kan skilles ut dersom det er ønskelig. Tabellene viser også endring og prosentvis endring fram til 2030 og 2040.

Tabell 6.9 Antall døgnopphold i HDG 14 med inntaksmåte akutt for 2019 framskrevet demografisk til 2030 og 2040 for SSHF Kristiansand etter DRG

DRG nr	DRG navn	Dgnopph 2019	Dgnopph 2030	Dgnopph 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2014	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
370	Keisersnitt m/bk	115	119	119	4	4	3,8	3,2
371	Keisersnitt u/bk	63	65	65	2	2	3,0	2,4
372	Vaginal fødsel m/bk	481	497	492	16	11	3,4	2,2
373	Vaginal fødsel u/bk	1 025	1 076	1 066	51	41	5,0	4,0
374	Vaginal fødsel m/sterilisering og/eller evakuering	17	18	17	1	0	6,5	-0,6
375	Vaginal fødsel m/ op ekskl sterilisering og evakuering	7	7	7	0	0	2,9	1,4
376	Sykdommer etter forløsning og abort u/ operasjon	61	61	60	0	-1	0,3	-1,5
377N	Sykdommer etter forløsning og abort m/ operasjon	16	16	16	0	0	-1,9	-2,5
378N	Operasjoner ved ekstrauterin graviditet	15	16	16	1	1	7,3	6,7
379	Truende abort	34	34	33	0	-1	0,9	-2,9
380	Abort uten kirurgisk inngrep og tilst etter abort	35	36	36	1	1	2,2	1,7
381	Spontan el medik utløst abort inkl revisjon	26	27	27	1	1	2,7	1,9
382	Falske rier	9	9	9	0	0	4,4	2,2
383	Sykdommer i svangerskapet ITAD m/bk	75	78	77	3	2	4,4	2,7
384	Sykdommer i svangerskapet ITAD u/bk	134	141	139	7	5	5,1	3,5
Sum	HDG 14 med inntaksmåte akutt	2 113	2 202	2 176	89	63	4,2	3,0

Tabell 6.10 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner i HDG 14 med inntaksmåte akutt for 2019 framskrevet demografisk til 2030 og 2040 for SSHF Kristiansand etter DRG

DRG nr	DRG navn	Dagopph og kons 2019	Dagopph og kons 2030	Dagopph og kons 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2014	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
3730	Vaginal fødsel, dagopphold	30	32	32	2	2	5,3	5,7
3810	Abort, dagkirurgisk behandling	4	4	4	0	0	7,9	5,3
814P	Annen helsehjelp ifm spontanabort og komplikasjoner etter abort	42	43	42	1	0	3,5	-0,3
814R	Andre forløsningsprosedyrer	13	13	13	0	0	1,5	-1,5
814S	Medikamentell svangerskapsavbrytelse	2	2	2	0	0	10,0	5,0
9140	Poliklinisk konsultasjon vedvørende svangerskap, fødsel og barseltid	305	319	318	14	13	4,7	4,3
914P	Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide	1 086	1 134	1 121	48	35	4,4	3,2
914Q	Fosterdiagnostiske undersøkelser	200	206	202	6	2	3,1	1,1
Sum	HDG 14 med inntaksmåte akutt	1 682	1 754	1 734	72	52	4,3	3,1

Flesteparten av døgnoppholdene i HDG 14 er registrert med inntaksmåte akutt (96 prosent). Det var kun 86 døgnopphold ved sykehuset i 2019 som ikke var registrert som akutt. Den største andelen av alle døgnoppholdene er keisersnitt og fødsler som i 2019 omfattet 80,9 prosent av alle døgnoppholdene i HDG 14. Dette forholdet øker svakt fram mot 2040 der 81,4 prosent av døgnoppholdene er keisersnitt eller vaginal fødsel. Oversikten over dagopphold og konsultasjoner viser at 30 vaginale fødsler var dagopphold i 2019. Demografisk framskriving viser at disse øker med 2 fram mot 2040. Av dagopphold og konsultasjoner utgjør DRG 914P «Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide» den største delen av dagaktiviteten med 1086 konsultasjoner eller 64,6 prosent av samlet dagaktivitet. Fram mot 2040 er denne andelen tilnærmet uendret. Fra 2019 til 2030 øker døgnoppholdene med 4,2 prosent for så å få en nedgang og en samlet økning på 3,0 prosent fra 2019 til 2040. Tilsvarende utvikling får vi for dagopphold og polikliniske konsultasjoner med 4,3 prosent vekst til 2030 og samlet vekst til 2040 på 3,1 prosent.

I tabell 6.11 presenteres en oversikt over døgnopphold for de syke nyfødte som er gruppert til

HDG 15 «Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden» og som har inntaksmåte akutt. Det understrekes at alle friske og litt syke nyfødte som grupperes til DRG 390, 391 eller 3910 ikke er inkludert i datagrunnlaget. I tabell 6.12 gis samme oversikt for polikliniske konsultasjoner inkludert dagmedisinske opphold. Det er kun demografisk framskrivning fra 2019 til 2030 og 2040 på DRG-nivå som presenteres.

Tabell 6.11 Antall døgnopphold i HDG 15 med inntaksmåte akutt for 2019 framskrevet demografisk til 2030 og 2040 for SSHF Kristiansand etter DRG. Friske og litt syke nyfødte er holdt utenfor

DRG nr	DRG navn	Dgnopph 2019	Dgnopph 2030	Dgnopph 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2014	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
385A	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	5	5	5	0	0	-4,0	0,0
385B	Oppfølg. av neonatalprobl. eller forsinket neonatalprobl., fødselsv. over 1000 g	34	35	38	1	4	3,8	12,9
385C	Oppfølging av nyfødte med fødselsvekt under 1000 g	4	4	5	0	1	10,0	30,0
386N	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	4	4	5	0	1	5,0	15,0
387N	Nyfødt, fødselsvekt 1000-1499 g	13	13	14	0	1	-0,8	7,7
388A	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, med multiple problemer	15	15	16	0	1	-0,7	7,3
388B	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, uten multiple problemer	141	153	165	12	24	8,6	16,7
388C	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt med lav fødselsvekt (<2500g)	17	18	20	1	3	7,6	15,3
389B	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	33	33	37	0	4	1,2	10,6
389C	Alvorlig respirasjonsproblem hos nyfødt uten lav fødselsvekt (>2499g)	2	2	2	0	0	-15,0	-10,0
Sum	HDG15 (ekskl DRG 390, 391 og 3910)	268	283	306	15	38	5,6	14,1

Tabell 6.12 Antall polikliniske konsultasjoner (inkl. dagmedisinske opphold) i HDG 15 med inntaksmåte akutt for 2019 framskrevet demografisk til 2030 og 2040 for SSHF Kristiansand etter DRG. Friske og litt syke nyfødte er holdt utenfor

DRG nr	DRG navn	Polikl kons 2019	Polikl kons 2030	Polikl kons 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2014	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
385A	Nyfødt, døde 0-2 d. gml eller overf. til annen inst. 0-5 d. etter fødsel	1	2	2	1	1	80,0	80,0
385B	Oppfølg. av neonatalprobl. eller forsinket neonatalprobl., fødselsv. over 1000 g	9	9	10	0	1	2,2	12,2
386N	Nyfødt, fødselsvekt under 1000 g	1	1	1	0	0	-10,0	0,0
388B	Nyfødt, fødselsvekt 1500-2499g eller annen immaturitet, uten multiple problemer	5	5	5	0	0	-4,0	6,0
389B	Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med multiple problemer	4	4	4	0	0	-5,0	2,5
9150	Poliklinisk konsultasjon vedrørende perinatale tilstander uten signifikant prosedyre	121	129	141	8	20	6,7	16,2
Sum	HDG15 (ekskl DRG 390, 391 og 3910)	141	150	163	9	22	6,1	15,5

Samlet sett var det 268 døgnopphold med inntaksmåte akutt i 2019. Disse vil øke til 306 i 2040, en økning på 14,1 prosent. Døgnoppholdene med inntaksmåte akutt utgjør 90 prosent av alle døgnopphold eksklusive de friske og litt syke i HDG 15. Det var 297 døgnopphold samlet i de samme DRG-ene som tabell 6.11 viser, noe som betyr at 29 døgnopphold hadde inntaksmåte elektiv. Om det er de akutte døgnoppholdene som samlet vil danne grunnlaget for nyfødteintensiv-enhet eller om det er deler av disse, sier ikke disse tallene noe om. Dette må derfor betraktes som et potensielt pasientgrunnlag for nyfødteintensiv. Dagaktiviteten for de syke nyfødte er noe lavere i volum i 2019, men vokser prosentvis noe mer enn døgnoppholdene. Størstedelen av dagaktiviteten er i DRG 9150 «Poliklinisk konsultasjon vedrørende perinatale tilstander uten signifikant prosedyre» som utgjør 85,8 prosent av alle dagopphold og konsultasjoner i 2019. Fram mot 2040 øker andelen i denne DRG-en svakt og vil utgjøre 86,3 prosent i 2040.

6.3.3 Framskrivning av episoder med inntaksmåte akutt eksklusive HDG 14 og 15

I dette delkapitlet presenteres resultatene av en demografisk framskrivning fra 2019 til 2030 og 2040 for de øvrige 23 HDG-ene som hadde inntaksmåte akutt ved SSHF Kristiansand. Tabell 6.13 viser resultatet av demografisk framskrivning for døgnoppholdene med inntaksmåte akutt. Den demografiske framskrivningen er presentert på HDG-nivå. HDG-er med flere enn 500 døgnopphold i 2019 er markert med blå farge.

Tabell 6.13 Antall døgnopphold med inntaksmåte akutt 2019 framskrevet til 2030 og 2040 for SSH HF Kristiansand. Eksklusive døgnopphold i HDG 14 og 15.

HDG nr	HDG navn	Dgnopph 2019	Dgnopph 2030	Dgnopph 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
1	Sykdommer i nervesystemet	2 110	2 567	2 958	457	848	21,7	40,2
2	Øyesykdommer	96	113	125	17	29	17,8	30,4
3	Øre-, nese- og hals sykdommer	766	887	1 003	121	237	15,8	31,0
4	Sykdommer i åndedretsorganene	2 050	2 661	3 243	611	1 193	29,8	58,2
5	Sykdommer i sirkulasjonsorganene	1 929	2 580	3 184	651	1 255	33,7	65,1
6	Sykdommer i fordøyelsesorganene	1 712	2 059	2 345	347	633	20,3	37,0
7	Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	609	742	858	133	249	21,8	40,8
8	Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	1 940	2 337	2 708	397	768	20,4	39,6
9	Sykdommer i hud og underhud	445	534	638	89	193	20,0	43,3
10	Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	424	502	554	78	130	18,5	30,7
11	Nyre- og urinveissykdommer	997	1 298	1 618	301	621	30,2	62,3
12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	105	139	163	34	58	32,4	55,6
13	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	171	189	206	18	35	10,7	20,6
16	Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	158	205	246	47	88	29,7	55,5
17	Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	140	175	211	35	71	25,1	50,6
18	Infeksiøse og parasittære sykdommer	458	531	626	73	168	16,0	36,6
19	Psykiske lidelser og rusproblemer	283	332	389	49	106	17,3	37,3
21	Skade, forgif og toks eff. av medik/andr stof, medikam.misbr og org. Sinnslid.	467	526	573	59	106	12,6	22,7
22	Forbrenninger	22	26	25	4	3	19,1	14,1
23	Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	166	211	248	45	82	26,8	49,5
30	Sykdommer i bryst	55	65	73	10	18	18,3	32,0
40	Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	14	18	20	4	6	27,1	42,1
99	Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	15	17	21	2	6	14,4	42,6
Sum	Døgnopphold ekskl HDG14 og 15 med inntaksmåte akutt	15 132	18 715	22 034	3 583	6 902	23,7	45,6

Samlet sett var det 15 132 døgnopphold i 2019 som ble framskrevet demografisk til 22 034 i 2040. Dette gir en økning på 45,6 prosent fra 2019 til 2040. Det er 8 av HDG-ene som har flere enn 500 døgnopphold i 2019 og størst av disse i volum er HDG1 «Sykdommer i Nervesystemet». De 8 HDG-ene som har flere enn 500 døgnopphold utgjør 80,0 prosent av alle døgnopphold med akutt inntaksmåte. I gjennomsnitt utgjør disse mellom 33 og 34 (33,1) per dag i året i 2019, mens dette øker til mellom 49 og 50 (49,1) per dag i året i 2040. Hele volumet av døgnopphold utgjør mellom 41 og 42 (41,5) per dag i 2019 og mellom 60 og 61 (60,3) i 2040.

I tabell 6.14 presenteres en oversikt over alle døgnopphold gruppert til kirurgisk DRG med inntaksmåte akutt. Oversikten her er også på HDG-nivå.

Tabell 6.14 Antall døgnopphold i kirurgisk DRG med inntaksmåte akutt 2019 framskrevet til 2030 og 2040 for SSH HF Kristiansand. Eksklusive døgnopphold i HDG 14 og 15.

HDG nr	HDG navn	Døgnopph 2019	Døgnopph 2030	Døgnopph 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
1	Sykdommer i nervesystemet	26	36	41	10	15	39,2	59,2
2	Øyesykdommer	1	1	1	0	0	-10,0	-10,0
3	Øre-, nese- og hals sykdommer	31	35	35	4	4	13,9	11,3
4	Sykdommer i åndedretsorganene	4	6	7	2	3	50,0	80,0
5	Sykdommer i sirkulasjonsorganene	235	341	440	106	205	45,1	87,4
6	Sykdommer i fordøyelsesorganene	480	566	637	86	157	17,8	32,6
7	Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	196	241	281	45	85	22,9	43,3
8	Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	933	1 133	1 334	200	401	21,4	43,0
9	Sykdommer i hud og underhud	89	107	124	18	35	19,8	38,9
10	Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	5	7	7	2	2	40,0	34,0
11	Nyre- og urinveissykdommer	86	110	129	24	43	28,0	50,0
12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	22	25	29	3	7	11,4	30,5
13	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	56	58	58	2	2	2,7	3,6
16	Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	5	6	6	1	1	18,0	28,0
17	Infeksiøse og parasittære sykdommer	2	2	2	0	0	-7,0	19,5
18	Psykiske lidelser og rusproblemer	40	48	59	8	19	21,0	47,5
21	Skade, forgif og toks eff. av medik/andr stof, medikam.misbr og org. Sinnslid.	73	85	93	12	20	16,0	27,2
22	Forbrenninger	9	10	9	1	0	8,9	-3,3
23	Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	2	2	2	0	0	0,0	5,0
30	Sykdommer i bryst	2	2	2	0	0	20,0	20,0
40	Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	8	10	10	2	2	22,5	28,8
99	Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	13	15	18	2	5	12,8	42,2
Sum	Døgnopphold i kirurgisk DRG ekskl HDG14 og 15 med inntaksmåte akutt	2 318	2 844	3 325	526	1 007	22,7	43,4

Av 15 132 døgnopphold med inntaksmåte akutt var 2 318 gruppert til kirurgisk DRG i 2019. Gruppering til kirurgisk DRG innebærer at pasienten har fått inngrep som krever operasjonsrom.

Fram mot 2040 øker antallet til 3 325, en økning på 43,4 prosent. Den største gruppen her er pasienter i HDG 8 «Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev» med 933 døgnopphold i 2019. Andre relativt store grupper er HDG 5 «Sykdommer i sirkulasjonsorganene», HDG 6 «Sykdommer i fordøyelsesorganene» og HDG 7 «Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel». Disse bør sees i sammenheng med dagkirurgien som presenteres nedenfor. I sum utgjør akutte døgnopphold i kirurgisk DRG i 2019 mellom 6 og 7 (6,4) opphold per dag noe som øker til mellom 9 og 10 (9,1) opphold per dag i 2040.

I tabell 6.15 presenteres tilsvarende oversikt for dagoppholdene og i tabell 6.16 for poliklinikk. Det presiseres at dagopphold omfatter dagkirurgi og dialyse mens øvrige dagmedisinske opphold klassifiseres som poliklinikk. Dagoppholdene er få i omfang da mesteparten av dagkirurgien og dialysen er elektive.

Tabell 6.15 Antall dagopphold med inntaksmåte akutt 2019 framskrevet til 2030 og 2040 for SSH HF Kristiansand. Eksklusive dagopphold i HDG 14 og 15.

HDG nr	HDG navn	Dagopp 2019	Dagopp 2030	Dagopp 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
1	Sykdommer i nervesystemet	1	1	1	0	0	-20,0	-30,0
3	Øre-, nese- og hals sykdommer	15	16	17	1	2	6,4	13,9
5	Sykdommer i sirkulasjonsorganene	6	8	9	2	3	35,0	50,0
6	Sykdommer i fordøyelsesorganene	34	35	37	1	3	3,8	7,6
7	Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	3	3	3	0	0	10,0	13,3
8	Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	33	37	37	4	4	10,6	13,0
9	Sykdommer i hud og underhud	6	7	7	1	1	11,7	13,3
11	Nyre- og urinveissykdommer	10	14	15	4	5	37,0	45,0
12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	5	6	7	1	2	22,0	30,0
13	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	8	9	9	1	1	14,5	9,9
21	Skade, forgif og toks eff. av medik/andr stof, medikam.misbr og org. sinnslid.	7	7	7	0	0	4,3	1,4
22	Forbrenninger	16	17	18	1	2	5,0	12,5
99	Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	1	1	1	0	0	0,0	0,0
Sum	Dagopphold ekskl HDG14 og 15 med inntaksmåte akutt	145	161	167	16	22	10,8	15,0

Tabell 6.16 Antall polikliniske konsultasjoner (inkl. dagmedisin) med inntaksmåte akutt 2019 framskrevet til 2030 og 2040 for SSH HF Kristiansand. Eksklusive konsultasjoner i HDG 14 og 15.

HDG nr	HDG navn	Polikl kons 2019	Polikl kons 2030	Polikl kons 2040	Endring 2019-2030	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2040
1	Sykdommer i nervesystemet	1 427	1 613	1 750	186	323	13,0	22,6
2	Øyesykdommer	55	59	63	4	8	6,7	14,5
3	Øre-, nese- og hals sykdommer	1 393	1 516	1 625	123	232	8,8	16,6
4	Sykdommer i åndedretsorganene	707	850	1 004	143	297	20,2	42,0
5	Sykdommer i sirkulasjonsorganene	1 687	2 057	2 339	370	652	21,9	38,7
6	Sykdommer i fordøyelsesorganene	1 483	1 669	1 798	186	315	12,5	21,2
7	Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	81	99	114	18	33	22,3	40,4
8	Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	6 595	7 190	7 625	595	1 030	9,0	15,6
9	Sykdommer i hud og underhud	2 591	2 804	2 966	213	375	8,2	14,5
10	Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	149	174	190	25	41	16,9	27,4
11	Nyre- og urinveissykdommer	430	580	743	150	313	35,0	72,8
12	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	119	131	136	12	17	9,9	14,0
13	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	124	132	133	8	9	6,0	7,0
16	Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	133	173	220	40	87	30,2	65,5
17	Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	21	34	49	13	28	59,5	131,9
18	Infeksiøse og parasittære sykdommer	216	243	268	27	52	12,3	24,2
19	Psykiske lidelser og rusproblemer	347	383	398	36	51	10,5	14,7
21	Skade, forgif og toks eff. av medik/andr stof, medikam.misbr og org. sinnslid.	755	804	854	49	99	6,5	13,1
22	Forbrenninger	76	76	81	0	5	0,0	6,8
23	Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	700	777	831	77	131	11,0	18,8
30	Sykdommer i bryst	43	50	53	7	10	16,7	22,1
40	Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	1 077	1 263	1 402	186	325	17,3	30,1
99	Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	13	16	18	3	5	25,4	37,7
Sum	Poliklinikk ekskl HDG14 og 15 med inntaksmåte akutt	20 222	22 693	24 658	2 471	4 436	12,2	21,9

Av de 145 dagoppholdene i 2019 er 143 dagkirurgi og 2 dialyse. Dialysen er i HDG 11 «Nyre og urinveissykdommer». De resterende 145 oppholdene må sees i sammenheng med døgnkirurgien dersom det er snakk om å etablere et operasjonsrom i akutt mottaket. Dagkirurgien med akutt

inntaksmåte under 1 per dag både i 2019 og i 2040 og utgjør derfor for lite volum til å sees isolert. Det var 10 av HDG-ene som hadde flere enn 500 dagopphold eller polikliniske konsultasjoner i 2019. Den klart største gruppen her er HDG 8 «Sykdommer i Muskel-, skjelettsystemet og bindevev» som hadde 6 595 konsultasjoner i 2019. Den demografiske veksten til 2040 er imidlertid noe mindre enn gjennomsnittsveksten for HDG-en slik at den andelsmessig avtar noe. De 10 største HDG-ene utgjør et volum på 18 415 i 2019 og utgjør 91,1 prosent av alle konsultasjonene med inntaksmåte akutt. Veksten for disse blir på 20,5 prosent og vil utgjøre 22 193 konsultasjoner i 2040. Da har andelen blir redusert til 90,0 prosent. HDG 8 utgjør alene mellom 18 og 19 (18,1) konsultasjoner per dag i 2019, noe som øker til mellom 20 og 21 (20,9) i 2040. I sum utgjør konsultasjonene mellom 55 og 56 (55,4) per dag i 2019 noe som øker til mellom 67 og 68 (67,6) per dag i 2040.

6.4 Estimert kapasitetsbehov for akuttbygget SSHF Kristiansand

I dette delkapitlet presenteres beregnet kapasitetsbehov 2019 og 2040 basert på framskrevet aktivitet fra delkapittel 6.3. Som beskrevet tidligere representerer dette et potensielt behov da det ikke er foretatt utvalg i forhold til alle med akutt inntaksmåte.

Vi beregner kun kapasitetsbehov for pasientgrunnet eksklusive HDG 14 og 15. Vi tar utgangspunkt i framskrevne pasientgrunnlag fra delkapittel 6.3.3 over, men gjør noen justeringer i forhold til variasjonen over inntakstid i året og døgnet. I det følgende anslår vi kapasitetsbehov for følgende fire kapasiteter:

- Akuttrom/plasser for mottak i akuttbygget (for alle pasienter med hastegrad akutt i alle HDG-er unntatt HDG 14 og HDG 15. Vi spesifiserer på akutte døgnopphold og poliklinikk)
- Estimert behov for operasjonsrom basert på døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG med hastegrad akutt (få dagopphold). Estimerer kapasitetsbehov dersom full beredskap 365 dager i året 24 timer per dag, men også en versjon der det antas full beredskap for 50 prosent av operasjonstidene og dagberedskap med 230 dager i året og 6 timer brukstid per dag for 50 prosent av operasjonstidene. Dette siste for å illustrere behovsforskjeller ved redusert brukstid.
- Foreslår kapasitetsbehov for observasjonssenger basert på et anslag på at 25 prosent av døgnoppholdene og 25 prosent av konsultasjonene har behov for tid i observasjonsseng. Foreslår to alternativer for maksimal tid i observasjonsseng:
 - Maksimum på 1 døgn i observasjonsseng
 - Maksimum 0,5 døgn i observasjonsseng
- Estimerer et behov for intensivheter og tung/lett overvåking ut fra beregninger gjennom Walesmodellen som er presentert i delkapittel 5.2.1 over.

6.4.1 Estimert kapasitetsbehov for akuttrom/plasser eksklusive episoder i HDG14 og 15

I det følgende presenteres en beregning for behovet for akuttrom/plasser i akuttbygget i Kristiansand. Det tas utgangspunkt i alle episodene med hastegrad akutt eksklusive episoder i HDG 14 og 15 ved SSHF Kristiansand 2019. Alle episoder er framskrevet demografisk som vist over. Det skilles mellom døgnopphold og polikliniske konsultasjoner da dagoppholdene med hastegrad akutt er svært få i omfang. I beregningene viser vi først hvordan episodene fordeler seg over måneden i året og timene i døgnet etter inntakstid og inntaks måned. Deretter beregnes et kapasitetsbehov for to alternativer. Alternativ 1 er en beregning basert på en maksimumsfordeling per time i døgnet per måned, men skalert ned til faktisk antall akutte episoder ved sykehuset. I

alternativ 2 gjøres samme estimeringen for maksimum antall timer i døgnet per måned uten å nedskalere til faktisk antall episoder ved sykehuset.

6.4.1.1 Akutte døgnopphold

I tabell 6.17 gis en oversikt over inntakstid per time i døgnet per måned 2019 for akutte døgnopphold ved SSHF Kristiansand. Grønn kolonne til høyre i tabellen viser fordelingen over døgnet når det tas utgangspunkt i maksimumsverdien i inntakstimen for månedene.

Tabell 6.17 Oversikt over antallet akutte døgnopphold 2019 ved SSHF Kristiansand fordelt etter inntakstime i døgnet per måned

Inntakstime	Jan 2019	Febr 2019	Mars 2019	April 2019	Mai 2019	Juni 2019	Juli 2019	Aug 2019	Sept 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Sum faktisk døgnopph 2019	Maksimumsmåned	Nedskalert til sum faktisk døgnopph 2019	Maksimum sum døgnopph 2019
00:00-00:59	36	24	39	39	36	32	34	24	30	27	27	36	384	39	381	468
01:00-01:59	15	9	15	28	16	13	12	14	12	13	24	21	192	28	273	336
02:00-02:59	10	8	19	10	11	13	14	8	12	14	8	15	142	19	185	228
03:00-03:59	8	8	14	4	17	8	16	12	9	11	9	18	134	18	176	216
04:00-04:59	5	7	8	8	5	6	11	15	7	11	13	14	110	15	146	180
05:00-05:59	8	12	4	9	9	12	6	4	7	11	10	13	105	13	127	156
06:00-06:59	10	7	15	11	14	8	10	12	10	6	8	17	128	17	166	204
07:00-07:59	12	12	10	15	13	12	7	5	10	11	11	13	131	15	146	180
08:00-08:59	18	16	17	17	27	16	23	20	15	11	23	23	226	27	264	324
09:00-09:59	38	41	37	37	45	29	37	40	48	43	38	48	481	48	469	576
10:00-10:59	69	62	78	56	49	55	54	66	61	75	58	59	742	78	761	936
11:00-11:59	91	83	83	64	79	71	85	75	80	77	97	72	957	97	947	1164
12:00-12:59	112	91	97	91	94	67	74	89	99	76	86	94	1070	112	1093	1344
13:00-13:59	70	74	80	93	87	83	76	98	76	101	88	96	1022	101	986	1212
14:00-14:59	103	121	92	109	103	98	91	100	104	111	96	102	1230	121	1181	1452
15:00-15:59	108	116	83	79	93	67	102	83	81	102	102	100	1116	116	1132	1392
16:00-16:59	104	87	94	89	89	69	77	92	113	95	90	93	1092	113	1103	1356
17:00-17:59	103	91	94	89	78	93	86	95	112	108	95	72	1116	112	1093	1344
18:00-18:59	79	88	86	81	87	78	73	74	83	85	90	79	983	90	879	1080
19:00-19:59	76	71	84	77	80	71	73	56	71	66	92	82	899	92	898	1104
20:00-20:59	65	55	68	56	58	74	75	56	64	71	73	59	774	75	732	900
21:00-21:59	59	72	71	76	64	55	75	65	62	57	60	64	780	76	742	912
22:00-22:59	59	57	68	60	71	56	67	57	49	66	68	45	723	71	693	852
23:00-23:59	50	41	46	50	47	51	57	49	57	48	51	48	595	57	556	684
Sum	1308	1253	1302	1248	1272	1137	1235	1209	1272	1296	1317	1283	15132	1550	15132	18600

I timen fra 00:00-00:59 viser maksimumsmåned at det ble tatt imot 39 døgnopphold. For denne timen skjedde det både i mars og i april 2019. I timen 13:00-13:59 var maksmåned på 101 akutte døgnopphold, noe som skjedde i oktober måned. Maksmåned viser dette for alle inntakstimer og maksimumsmåned representerer derfor maksimum samlet antall over året når man lager en maksimumsverdi for alle timene. Den blå kolonnen til høyre viser fordelingen på inntakstimerne tilsvarende fordelingen i maksmåned, men nedskalert til antallet faktiske akutte døgnopphold i 2019 som var 15 132. Helt til høyre i den oransje kolonnen vises maksmåned multiplisert med 12, dvs det maksimale antallet akutte døgnopphold, dersom alle måneder hadde maksverdien for hver inntakstime. Dette gir 18 600 akutte døgnopphold og representerer derfor et maksimumsanslag basert på maksverdien av inntakstimerne over året. Dette gir 3 468 flere akutte døgnopphold enn det det reelt sett var i 2019.

Alternativ 1 akutte døgnopphold

I tabell 6.18 vises demografisk framskrevne tall per inntakstime fra 2019 til 2030 og 2040 der maksfordelingen er nedskalert til faktisk i 2019 (alternativ 1). Tabellen viser videre antallet behandlingstimer per døgn og beregnet kapasitetsbehov når behandlingstiden for akutte døgnopphold settes til 4 timer og effektiv brukstid er 365 døgn i året 24 timer per døgn. Tabellen viser også avrundet sum oppover til 1. desimal per inntakstime. Kapasitetsberegningen er kun gjort for 2019 og 2040.

Tabell 6.18 Alternativ 1 Framskrevet faktiske akutte døgnopphold 2019 til 2040 samt kapasitetsberegning 2019 og 2040 for døgnopphold med hastegrad akutt ved SSHF Kristiansand.

Inntime i døgnet ekskl HDG 14 og 15	Nedskalert til sum faktisk døgnopph 2019	Nedskalert til sum faktisk døgnopph 2030	Nedskalert til sum faktisk døgnopph 2040	Behandlingstid timer	Antall per døgn 2019	Behandlingstimer per døgn 2019	Kapasitetsbehov 2019	Arundet opp 2019	Antall per døgn 2040	Behandlingstimer per døgn 2040	Kapasitetsbehov 2040	Arundet opp 2040
00:00-00:59	381	466	542	4	1,043	4,173	0,174	0,200	1,484	5,937	0,247	0,300
01:00-01:59	273	351	410	4	0,749	2,996	0,125	0,200	1,124	4,498	0,187	0,200
02:00-02:59	185	227	265	4	0,508	2,033	0,085	0,100	0,725	2,900	0,121	0,200
03:00-03:59	176	207	261	4	0,481	1,926	0,080	0,100	0,714	2,857	0,119	0,200
04:00-04:59	146	220	240	4	0,401	1,605	0,067	0,100	0,658	2,634	0,110	0,200
05:00-05:59	127	174	224	4	0,348	1,391	0,058	0,100	0,614	2,455	0,102	0,200
06:00-06:59	166	198	235	4	0,455	1,819	0,076	0,100	0,643	2,572	0,107	0,200
07:00-07:59	146	194	213	4	0,401	1,605	0,067	0,100	0,585	2,339	0,097	0,100
08:00-08:59	264	302	377	4	0,722	2,889	0,120	0,200	1,032	4,127	0,172	0,200
09:00-09:59	469	627	703	4	1,284	5,135	0,214	0,300	1,926	7,704	0,321	0,400
10:00-10:59	761	966	1 205	4	2,086	8,345	0,348	0,400	3,301	13,206	0,550	0,600
11:00-11:59	947	1 184	1 439	4	2,594	10,378	0,432	0,500	3,942	15,768	0,657	0,700
12:00-12:59	1 093	1 348	1 570	4	2,996	11,983	0,499	0,500	4,302	17,206	0,717	0,800
13:00-13:59	986	1 293	1 502	4	2,701	10,806	0,450	0,500	4,116	16,465	0,686	0,700
14:00-14:59	1 181	1 399	1 630	4	3,236	12,945	0,539	0,600	4,466	17,863	0,744	0,800
15:00-15:59	1 132	1 347	1 560	4	3,103	12,411	0,517	0,600	4,275	17,100	0,713	0,800
16:00-16:59	1 103	1 344	1 556	4	3,022	12,090	0,504	0,600	4,262	17,047	0,710	0,800
17:00-17:59	1 093	1 371	1 574	4	2,996	11,983	0,499	0,500	4,312	17,250	0,719	0,800
18:00-18:59	879	1 045	1 302	4	2,407	9,629	0,401	0,500	3,566	14,265	0,594	0,600
19:00-19:59	898	1 115	1 321	4	2,461	9,843	0,410	0,500	3,619	14,477	0,603	0,700
20:00-20:59	732	897	1 082	4	2,006	8,024	0,334	0,400	2,963	11,852	0,494	0,500
21:00-21:59	742	945	1 076	4	2,033	8,131	0,339	0,400	2,947	11,788	0,491	0,500
22:00-22:59	693	787	950	4	1,899	7,596	0,317	0,400	2,603	10,413	0,434	0,500
23:00-23:59	556	709	798	4	1,525	6,098	0,254	0,300	2,185	8,741	0,364	0,400
Sum	15 132	18 715	22 034		41,458	165,830	6,910	8,200	60,366	241,464	10,061	11,400

Tabellen viser at når det skaleres ned til faktisk aktivitet i 2019 blir kapasitetsbehovet på 7 rom/plasser dersom total sum avrundes oppover og 9 rom/plasser dersom sum avrundes oppover til 1. desimal per inntakstime. Tilsvarende beregning for framskrevet aktivitet 2040 gir et behov for 11 rom/plasser dersom totalsum avrundes oppover og 12 plasser/rom dersom inntakstime avrundes oppover til 1. desimal.

Alternativ 2 akutte døgnopphold

I tabell 6.19 vises tilsvarende oversikt dersom det tas utgangspunkt i maksimumsmåned multiplisert med 12, dvs. den oransje kolonnen i tabell 6.17 for året 2019, som representerer maksimumsåret med 18 600 akutte døgnopphold for 2019. Dette er som nevnt over 3 468 flere akutte døgnopphold enn hva det faktisk var i 2019.

Tabell 6.19 Alternativ 2 Framskrevet maksimum akutte døgnopphold 2019 til 2040 samt kapasitetsberegning 2019 og 2040 for døgnopphold med hastegrad akutt ved SSHF Kristiansand.

Inntime i døgnet ekskl HDG 14 og 15	Maks døgnopph 2019	Maks døgnopph 2030	Maks døgnopph 2040	Behandlingstid timer	Antall per døgn 2019	Behandlingstimer per døgn 2019	Kapasitetsbehov 2019	Arundet opp 2019	Antall per døgn 2040	Behandlingstimer per døgn 2040	Kapasitetsbehov 2040	Arundet opp 2040
00:00-00:59	468	576	673	4	1,282	5,129	0,214	0,300	1,844	7,378	0,307	0,400
01:00-01:59	336	433	510	4	0,921	3,682	0,153	0,200	1,397	5,589	0,233	0,300
02:00-02:59	228	281	329	4	0,625	2,499	0,104	0,200	0,901	3,603	0,150	0,200
03:00-03:59	216	256	324	4	0,592	2,367	0,099	0,100	0,888	3,551	0,148	0,200
04:00-04:59	180	272	299	4	0,493	1,973	0,082	0,100	0,818	3,273	0,136	0,200
05:00-05:59	156	215	278	4	0,427	1,710	0,071	0,100	0,763	3,051	0,127	0,200
06:00-06:59	204	245	292	4	0,559	2,236	0,093	0,100	0,799	3,196	0,133	0,200
07:00-07:59	180	240	265	4	0,493	1,973	0,082	0,100	0,727	2,906	0,121	0,200
08:00-08:59	324	373	468	4	0,888	3,551	0,148	0,200	1,282	5,129	0,214	0,300
09:00-09:59	576	775	874	4	1,578	6,312	0,263	0,300	2,393	9,574	0,399	0,400
10:00-10:59	936	1 194	1 497	4	2,564	10,258	0,427	0,500	4,103	16,411	0,684	0,700
11:00-11:59	1 164	1 463	1 788	4	3,189	12,756	0,532	0,600	4,899	19,595	0,816	0,900
12:00-12:59	1 344	1 665	1 951	4	3,682	14,729	0,614	0,700	5,345	21,382	0,891	0,900
13:00-13:59	1 212	1 598	1 867	4	3,321	13,282	0,553	0,600	5,115	20,461	0,853	0,900
14:00-14:59	1 452	1 728	2 026	4	3,978	15,912	0,663	0,700	5,550	22,198	0,925	1,000
15:00-15:59	1 392	1 664	1 939	4	3,814	15,255	0,636	0,700	5,313	21,250	0,885	0,900
16:00-16:59	1 356	1 660	1 933	4	3,715	14,860	0,619	0,700	5,296	21,184	0,883	0,900
17:00-17:59	1 344	1 694	1 956	4	3,682	14,729	0,614	0,700	5,359	21,436	0,893	0,900
18:00-18:59	1 080	1 291	1 618	4	2,959	11,836	0,493	0,500	4,432	17,727	0,739	0,800
19:00-19:59	1 104	1 378	1 642	4	3,025	12,099	0,504	0,600	4,498	17,990	0,750	0,800
20:00-20:59	900	1 109	1 344	4	2,466	9,863	0,411	0,500	3,682	14,729	0,614	0,700
21:00-21:59	912	1 167	1 337	4	2,499	9,995	0,416	0,500	3,662	14,649	0,610	0,700
22:00-22:59	852	972	1 181	4	2,334	9,337	0,389	0,400	3,235	12,940	0,539	0,600
23:00-23:59	684	876	991	4	1,874	7,496	0,312	0,400	2,716	10,862	0,453	0,500
Sum	18 600	23 125	27 381		50,959	203,836	8,493	9,800	75,016	300,063	12,503	13,800

Tabellen viser at dersom det tas utgangspunkt i maksimumsåret blir det behov for 9 rom/plasser dersom beregnet totalsum avrundes oppover og 10 rom/plasser dersom sum inntakstime avrundes oppover til 1.desimal. Tilsvarende tall for 2040 blir 13 og 14 plasser.

6.4.1.2 Akutte polikliniske konsultasjoner

I det følgende presenteres tilsvarende beregninger for de akutte polikliniske konsultasjonene. I tabell 6.20 gis en oversikt over aktiviteten per inntakstime per måned i året.

Tabell 6.20 Oversikt over antallet akutte polikliniske konsultasjoner 2019 ved SSHF Kristiansand fordelt etter inntakstime i døgn per måned

Inntakstime	Jan 2019	Febr 2019	Mars 2019	April 2019	Mai 2019	Juni 2019	Juli 2019	Aug 2019	Sept 2019	Okt 2019	Nov 2019	Des 2019	Sum faktisk polikli kons 2019	Maksimumsmåned	Nedskalert til sum faktisk polikli kons	Maksimum sum polikli kons 2019
00:00-00:59	32	39	30	36	40	46	61	34	42	36	37	37	470	61	585	732
01:00-01:59	18	17	20	36	23	36	48	30	27	25	29	33	342	48	460	576
02:00-02:59	21	17	24	18	19	22	33	17	28	31	22	24	276	33	316	396
03:00-03:59	15	19	14	12	22	14	20	18	18	15	24	24	215	24	230	288
04:00-04:59	9	12	22	19	18	14	15	15	14	18	7	18	181	22	211	264
05:00-05:59	13	10	15	10	10	5	8	6	10	10	8	18	123	18	173	216
06:00-06:59	24	5	13	6	15	7	13	14	6	16	9	11	139	24	230	288
07:00-07:59	19	7	8	15	17	20	11	13	18	20	10	11	169	20	192	240
08:00-08:59	49	39	64	64	64	49	57	60	72	58	63	56	695	72	690	864
09:00-09:59	110	72	109	116	117	91	105	89	102	89	77	111	1188	117	1121	1404
10:00-10:59	156	121	167	146	156	110	131	145	144	134	146	127	1683	167	1601	2004
11:00-11:59	138	132	126	145	162	159	145	129	145	131	153	156	1721	162	1553	1944
12:00-12:59	184	149	142	170	159	127	190	132	154	149	169	159	1884	190	1821	2280
13:00-13:59	153	145	153	144	149	142	180	162	146	123	148	135	1780	180	1725	2160
14:00-14:59	145	116	123	148	173	146	158	144	162	143	131	126	1715	173	1658	2076
15:00-15:59	135	103	111	130	155	120	151	119	151	134	121	116	1546	155	1486	1860
16:00-16:59	100	92	97	99	133	123	127	118	118	118	97	95	1317	133	1275	1596
17:00-17:59	91	76	69	77	91	73	103	81	83	84	74	77	979	103	987	1236
18:00-18:59	66	60	81	72	79	77	80	62	65	73	63	62	840	81	776	972
19:00-19:59	57	54	71	80	67	82	71	63	63	64	59	47	778	82	786	984
20:00-20:59	62	42	63	75	78	58	64	59	60	57	47	59	724	78	748	936
21:00-21:59	48	43	52	47	65	68	53	45	43	39	38	42	583	68	652	816
22:00-22:59	34	24	38	47	54	53	46	47	48	38	32	38	499	54	518	648
23:00-23:59	28	30	21	45	36	40	29	33	31	30	21	31	375	45	431	540
Sum	1707	1424	1633	1757	1902	1682	1899	1635	1750	1635	1585	1613	20222	2110	20222	25320

Grønn kolonne viser maksimumsmåned og den blå kolonnen viser aktiviteten med maksimumsmånedens fordeling over døgnet nedskalert til faktisk antall akutte konsultasjoner i 2019.

Den oransje kolonnen viser antall konsultasjoner med maksimumsmånedens fordeling, dvs. maksimumsaktiviteten over året. Dette gir samlet 25 320 konsultasjoner med hastegrad akutt noe som gir 5 098 flere enn det det faktisk var i 2019.

Alternativ 1 akutte polikliniske konsultasjoner

I tabell 6.21 presenteres framskrevne akutte konsultasjoner basert på maksimumsmånedens fordeling over døgnet, men nedskalert til faktiske antall akutte konsultasjoner i 2019. Videre viser tabellen de samme kapasitetsmessige beregningene som ble gjort for døgnoppholdene.

Behandlingstiden i akuttmottak for konsultasjonene er satt til 4 timer.

Tabell 6.21 Alternativ 1 Framskrevet faktiske akutte polikliniske konsultasjoner 2019 til 2040 samt kapasitetsberegning 2019 og 2040 for døgnopphold med hastegrad akutt ved SSHF Kristiansand.

Inntime i døgnet ekskl HDG 14 og 15	Nedskalert til sum faktiske konsultasj. 2019	Nedskalert til sum faktiske konsultasj. 2030	Nedskalert til sum faktiske konsultasj. 2040	Behandlingstid timer	Antall per døgn 2019	Behandlingstimer per døgn 2019	Kapasitetsbehov 2019	Avrundet opp 2019	Antall per døgn 2040	Behandlingstimer per døgn 2040	Kapasitetsbehov 2040	Avrundet opp 2040
00:00-00:59	585	658	705	4	1,602	6,407	0,267	0,300	1,931	7,723	0,322	0,400
01:00-01:59	460	470	498	4	1,260	5,041	0,210	0,300	1,365	5,460	0,228	0,300
02:00-02:59	316	347	375	4	0,866	3,466	0,144	0,200	1,028	4,111	0,171	0,200
03:00-03:59	230	257	291	4	0,630	2,521	0,105	0,200	0,796	3,184	0,133	0,200
04:00-04:59	211	261	282	4	0,578	2,311	0,096	0,100	0,773	3,090	0,129	0,200
05:00-05:59	173	205	228	4	0,473	1,891	0,079	0,100	0,624	2,495	0,104	0,200
06:00-06:59	230	245	272	4	0,630	2,521	0,105	0,200	0,746	2,985	0,124	0,200
07:00-07:59	192	220	278	4	0,525	2,101	0,088	0,100	0,762	3,049	0,127	0,200
08:00-08:59	690	770	846	4	1,891	7,562	0,315	0,400	2,318	9,271	0,386	0,400
09:00-09:59	1 121	1 281	1 400	4	3,072	12,288	0,512	0,600	3,834	15,337	0,639	0,700
10:00-10:59	1 601	1 835	1 969	4	4,385	17,540	0,731	0,800	5,395	21,580	0,899	0,900
11:00-11:59	1 553	1 814	1 977	4	4,254	17,015	0,709	0,800	5,415	21,661	0,903	1,000
12:00-12:59	1 821	2 025	2 199	4	4,989	19,955	0,831	0,900	6,026	24,104	1,004	1,100
13:00-13:59	1 725	1 969	2 139	4	4,726	18,905	0,788	0,800	5,859	23,438	0,977	1,000
14:00-14:59	1 658	1 893	2 092	4	4,542	18,170	0,757	0,800	5,732	22,926	0,955	1,000
15:00-15:59	1 486	1 708	1 861	4	4,070	16,279	0,678	0,700	5,100	20,400	0,850	0,900
16:00-16:59	1 275	1 342	1 458	4	3,492	13,969	0,582	0,600	3,993	15,973	0,666	0,700
17:00-17:59	987	1 112	1 203	4	2,704	10,818	0,451	0,500	3,296	13,183	0,549	0,600
18:00-18:59	776	852	937	4	2,127	8,507	0,354	0,400	2,568	10,273	0,428	0,500
19:00-19:59	786	863	891	4	2,153	8,612	0,359	0,400	2,440	9,762	0,407	0,500
20:00-20:59	748	797	863	4	2,048	8,192	0,341	0,400	2,365	9,459	0,394	0,400
21:00-21:59	652	706	757	4	1,785	7,142	0,298	0,300	2,075	8,299	0,346	0,400
22:00-22:59	518	583	637	4	1,418	5,672	0,236	0,300	1,746	6,985	0,291	0,300
23:00-23:59	431	479	499	4	1,182	4,726	0,197	0,200	1,368	5,471	0,228	0,300
Sum	20 222	22 693	24 658		55,403	221,611	9,234	10,400	67,555	270,220	11,259	12,600

Det var registrert 20 222 akutte konsultasjoner i 2019. Disse øker demografisk til 24 658 konsultasjoner i 2040. Tabellen viser videre at det blir beregnet 10 rom/plasser i 2019 dersom totalsummen avrundes oppover og 11 rom/plasser dersom inntakstimerne avrundes oppover til 1 desimal. Tilsvarende tall for 2040 blir 12 rom/plasser dersom totalsum avrundes oppover og 13 rom dersom sum inntakstimer avrundes oppover til 1 desimal.

Alternativ 2 akutte polikliniske konsultasjoner

I tabell 6.22 gis en tilsvarende oversikt for maksimum antall konsultasjoner 2019 framskrevet demografisk til 2030 og 2040. Videre viser tabellen resultatet av samme kapasitetsberegning som for alternativ 1.

Tabell 6.22 Alternativ 2 Framskrevet maksimum akutte polikliniske konsultasjoner 2019 til 2040 samt kapasitetsberegning 2019 og 2040 for konsultasjoner med hastegrad akutt ved SSHF Kristiansand.

Inntime i døgnet ekskl HDG 14 og 15	Maksimum ant. konsult. 2019	Maksimum ant. konsult. 2030	Maksimum ant. konsult. 2040	Behandlingstid timer	Antall per døgn 2019	Behandlingstimer per døgn 2019	Kapasitetsbehov 2019	Avrundet opp 2019	Antall per døgn 2040	Behandlingstimer per døgn 2040	Kapasitetsbehov 2040	Avrundet opp 2040
00:00-00:59	732	823	888	4	2,005	8,022	0,334	0,400	2,432	9,728	0,405	0,500
01:00-01:59	576	588	628	4	1,578	6,312	0,263	0,300	1,719	6,878	0,287	0,300
02:00-02:59	396	433	473	4	1,085	4,340	0,181	0,200	1,295	5,179	0,216	0,300
03:00-03:59	288	322	366	4	0,789	3,156	0,132	0,200	1,003	4,011	0,167	0,200
04:00-04:59	264	326	355	4	0,723	2,893	0,121	0,200	0,973	3,893	0,162	0,200
05:00-05:59	216	257	287	4	0,592	2,367	0,099	0,100	0,786	3,143	0,131	0,200
06:00-06:59	288	307	343	4	0,789	3,156	0,132	0,200	0,940	3,760	0,157	0,200
07:00-07:59	240	275	350	4	0,658	2,630	0,110	0,200	0,960	3,840	0,160	0,200
08:00-08:59	864	962	1066	4	2,367	9,468	0,395	0,400	2,919	11,678	0,487	0,500
09:00-09:59	1 404	1 601	1 763	4	3,847	15,386	0,641	0,700	4,830	19,318	0,805	0,900
10:00-10:59	2 004	2 293	2 480	4	5,490	21,962	0,915	1,000	6,796	27,182	1,133	1,200
11:00-11:59	1 944	2 268	2 490	4	5,326	21,304	0,888	0,900	6,821	27,284	1,137	1,200
12:00-12:59	2 280	2 532	2 770	4	6,247	24,986	1,041	1,100	7,590	30,361	1,265	1,300
13:00-13:59	2 160	2 461	2 694	4	5,918	23,671	0,986	1,000	7,380	29,522	1,230	1,300
14:00-14:59	2 076	2 366	2 635	4	5,688	22,751	0,948	1,000	7,219	28,878	1,203	1,300
15:00-15:59	1 860	2 134	2 345	4	5,096	20,384	0,849	0,900	6,424	25,695	1,071	1,100
16:00-16:59	1 596	1 677	1 836	4	4,373	17,490	0,729	0,800	5,030	20,119	0,838	0,900
17:00-17:59	1 236	1 390	1 515	4	3,386	13,545	0,564	0,600	4,151	16,605	0,692	0,700
18:00-18:59	972	1 065	1 181	4	2,663	10,652	0,444	0,500	3,235	12,940	0,539	0,600
19:00-19:59	984	1 079	1 122	4	2,696	10,784	0,449	0,500	3,074	12,296	0,512	0,600
20:00-20:59	936	996	1 087	4	2,564	10,258	0,427	0,500	2,979	11,915	0,496	0,500
21:00-21:59	816	883	954	4	2,236	8,942	0,373	0,400	2,613	10,453	0,436	0,500
22:00-22:59	648	728	803	4	1,775	7,101	0,296	0,300	2,199	8,798	0,367	0,400
23:00-23:59	540	599	629	4	1,479	5,918	0,247	0,300	1,723	6,891	0,287	0,300
Sum	25 320	28 365	31 058		69,370	277,479	11,562	12,700	85,092	340,366	14,182	15,400

Maksimum antall akutte konsultasjoner i 2019 er 25 320. Disse framskrives demografisk til 31 058 i 2040. Kapasitetsberegningen her gir for 2019 12 rom dersom totalsum avrundes oppover og 13 rom dersom sum inntakstimer avrundes til 1 desimal. Tilsvarende for framskrevet aktivitet 2040 beregnes 15 og 16 rom.

6.4.1.3 Oppsummering antall rom/plasser for episoder med hastegrad akutt (ekskl. HDG14 og 15)

Tabell 6.23 oppsummerer det samlede behovet for rom/plasser for episodene med akutt hastegrad beskrevet over. Resultatene for akutte døgnopphold og konsultasjoner er slått sammen i tabellen. Vi viser både for beregningen knyttet til faktisk antall og for maksantallet som vist i delkapitlene over. Vi viser også resultatene av forskjellene i antall rom/plasser avhengig av hvordan beregnede kapasiteter avrundes.

Tabell 6.23 Oppsummering av beregnet kapasitet 2019 og 2040 for akutte episoder ved SSHF Kristiansand i to alternativer og ved to avrundingsversjoner

Type aktivitet	Rom/plass 2019 avrundet sum totalt	Rom/plass 2019 avrundet sum per inntime	Rom/plass 2040 avrundet sum totalt	Rom/plass 2040 avrundet sum per inntime
Sum rom/plasser alternativ 1, faktisk nivå	17	19	22	24
Sum rom/plasser alternativ 2, maksimumsnivå	21	23	27	30

Det grønne feltet i tabellen viser maksimumsresultatet for framskrevet aktivitet til 2040 og demonstrerer effekten av å avrunde til første desimal i beregningen av kapasitet per inntakstime. Begge disse tallene gir et høyere kapasitetsbehov både for 2019 og framskrevet til 2040 enn hva den faktiske aktiviteten ved sykehuset skulle tilsa. Dette bidrar imidlertid til å redusere usikkerhet i inntakstillene per måned. Selv om det er benyttet maksimumsantallet per inntakstime per måned,

kan det likevel hende at inntaket i framtida overstiger maksimumsestimatene som er gjort her. Da kan det være fornuftig å legge inn en noe større kapasitet enn det maksaktiviteten i 2019 krever.

Vi understreker igjen at det kun er behovet for behandlingsrom/-plasser som er beregnet her. Ventearealer før og eventuelt etter inntak i behandlingsrom er ikke inkludert i beregningen.

6.4.2 Estimert kapasitetsbehov for operasjonsrom for akutte episoder (ekskl. HDG 14 og 15)

I dette delkapitlet ser vi på alle døgn og dagopphold som har blitt gruppert til kirurgisk DRG og samtidig er registrert med hastegrad akutt. Episoder grupperes til en kirurgisk DRG når inngrepet normalt krever operasjonsrom. Opphold gruppert til HDG 14 og 15 er ikke inkludert i analysene.

I tabell 6.24 presenteres omfanget av døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG ved SSHF Kristiansand 2019 framskrevet til 2040. For enkelthetsskyld antar vi at det er samme forhold mellom operasjonstimer og antallet døgnopphold i kirurgisk DRG som i den generelle framskrivningen av døgnopphold i kirurgisk DRG fra delkapittel 4.2.1¹¹. Dette gir gjennomsnittlig operasjonstid for døgnopphold i kirurgisk DRG lik 2,51 i 2019 og 2,53 i 2040. For dagkirurgi antas det 1,5 timer operasjonstid for alle dagopphold i kirurgisk DRG. Tabellen viser også beregnet behov for operasjonsrom når effektiv brukstid er 365 døgn i året 24 timer per døgn (full beredskap).

Tabell 6.24 Oversikt over antall døgn og dagopphold i kirurgisk DRG med hastegrad akutt 2019 framskrevet demografisk til 2040. Tabellen viser også tilhørende operasjonstimer og beregnet behov for operasjonsrom med effektiv brukstid 365 døgn i året 24 timer per døgn¹²

Estimert kapasitet akutt kirurgi SSHF Kristiansand	År 2019	År 2040
Askutte døgnopphold i kir DRG	2 318	3 325
Akutte dagopphold i kir DRG	145	167
Estimert antall akutte operasjonstimer døgn (operasjonstid 2,5 timer)	5 812	8 422
Estimert antall akutte operasjonstimer dag (operasjonstid 1,5 timer)	218	251
Sum estimerte operasjonstimer	6 029	8 672
Behov for akuttstuer (100% full beredskap)	1	1

Selv om behovet er dekket med 1 operasjonsrom for akutte opphold i kirurgisk DRG er beregningen basert på en gjennomsnittsbetraktning over året. Som fotnote 12 viser er beregnet behov i 2040 lik 0,99, noe som indikerer at det ikke er ledig kapasitet i gjennomsnitt ved denne stua i 2040. Sannsynligheten for at det kommer samtidighet inn på samme tidspunkt i kløpet av året er stor og dermed blir behovet for ekstra kapasitet akutt. Det bør antakelig planlegges med at 2 operasjonsrom kan benyttes for akutte ankomster til sykehuset. Nå er det også slik at for døgnoppholdene i kirurgisk DRG er det ikke nødvendigvis slik at inngrepet ble utført samme dag eller nær tidspunktet for ankomst til mottaket. For noen av de akutte døgnoppholdene i kirurgisk DRG kan det godt hende at inngrepet er gjort både timer og døgn etter ankomst. Dette må tas i betraktning når endelig volum på akuttstuer fastsettes.

¹¹ For døgnkirurgien var det ved SSHF Kristiansand 13078 operasjonstimer og 5216 døgnopphold i kir DRG for 2019 og tilsvarende for 2040 var beregnet henholdsvis til 17146 og 6772 (tabell 4.5)

¹² De beregnede behovene er for 2019 og 2040 henholdsvis 0,69 og 0,99.

7 Forbruket av spesialisthelsetjenester

I det følgende beregnes rater for forbruket av spesialisthelsetjenestene i Norge 2019. Det er tatt utgangspunkt i pasientdata fra 2019 med kommuneinndeling fra 2020¹³. Dette betyr at aktiviteten i spesialisthelsetjenesten fra 2019 relateres til befolkning målt 1. januar 2020. I det følgende har vi laget forbruksrater for HF-områdene¹⁴ til alle HF i Norge gruppert etter 2020-kommuner og tilsvarende for kommunene i Sørlandet HF-område. Det tas utgangspunkt i befolkningen i et HF-område når rater beregnes uavhengig av om pasientene har fått behandling i eget HF eller ikke. Normalt vil det være slik at HF-et i eget HF-område står for hoveddelen av behandlingen i området. Egendekningen vil være størst for universitets- eller regionsykehusene og avtar med størrelse på øvrige HF. I oversiktene har vi etter ønske fra SSHF inkludert kommunene Lund og Sokndal i Sørlandet HF-område, selv om disse tilhører Helse Stavanger HF-område. Dette var ønskelig på grunn av at Flekkefjord har lokalsykehusansvar for disse to kommunene. I oversiktene presenteres rater for HF-områdene først og deretter for kommunene i Sørlandet HF-område. Befolkningstall finnes i vedlegg 1 til rapporten.

7.1 Forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester

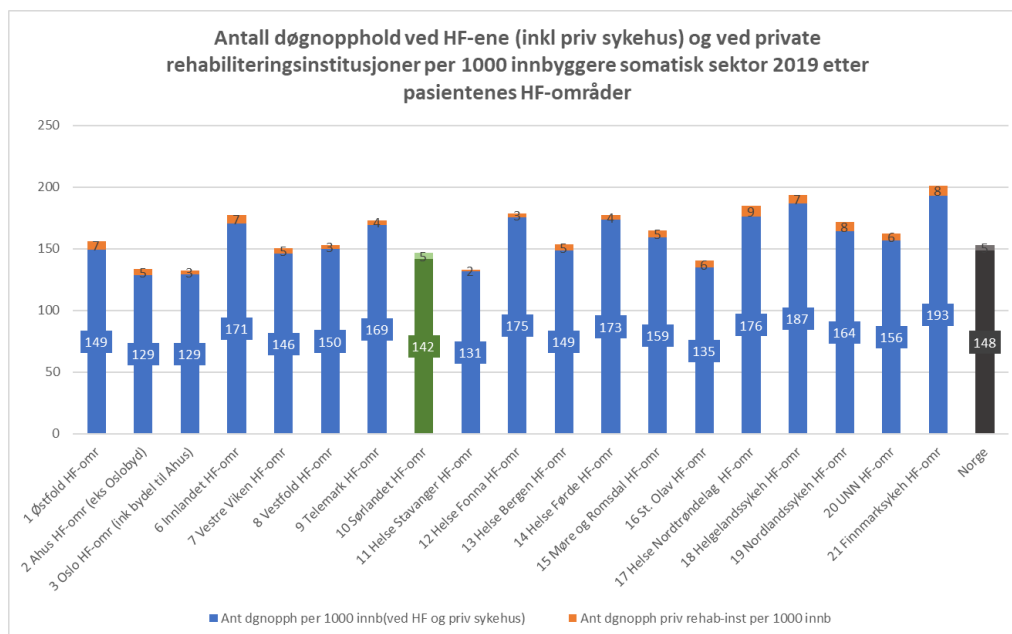
I det følgende gis oversikter over forbruket i somatisk sektor. Rater måles per 1000 innbyggere. Vi har ikke tilgang til behovsindekser for HF-områdene i Norge slik at det er kun faktiske rater som presenteres her. Det samme gjelder for kommuneoversikten. Behovsindikatorer på kommunenivå kan også være problematisk da det for små kommuner kan være tilfeldig utslag i datagrunnlaget for behovsindikatoren som gir misvisende resultater.

7.1.1 Forbruket av døgnopphold, liggedøgn og dagkirurgi

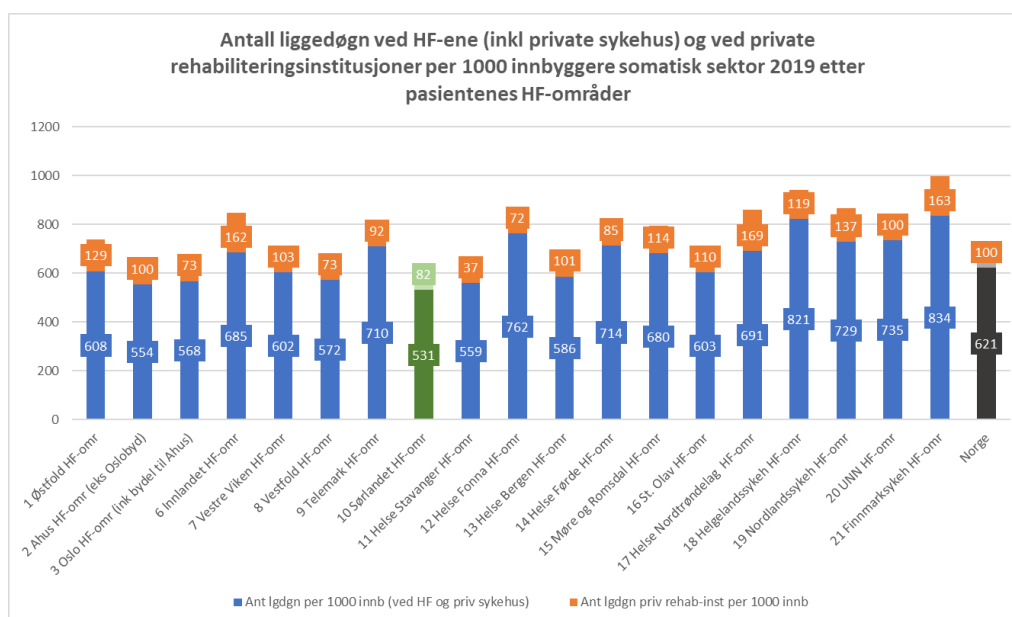
I figur 7.1 og 7.2 presenteres henholdsvis antall døgnopphold og liggedøgn per 1000 innbyggere for HF-områdene i Norge. Døgnopphold er også i disse oversiktene definert som alle opphold med minimum 1 overnatting. Døgnopphold og liggedøgn ved private rehabiliteringsinstitusjoner er inkludert i tallene, men markert for seg i figurene. Søyler i grønne fargetoner markerer Sørlandet HF-område mens søyler i svart og grått markerer landsgjennomsnittet.

¹³ Norsk pasientregister (NPR) har tilrettelagt 2019-data med kommuneinndeling basert både på gjeldende i 2019 og med inndeling etter 2020-kommunene

¹⁴ HF-områder omtales også ofte som bostedsområder. HF-områdene er definert som de kommunene som sokner til et HF.



Figur 7.1 Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere somatisk sektor 2019 etter pasientenes HF-områder. Døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner uthevet.

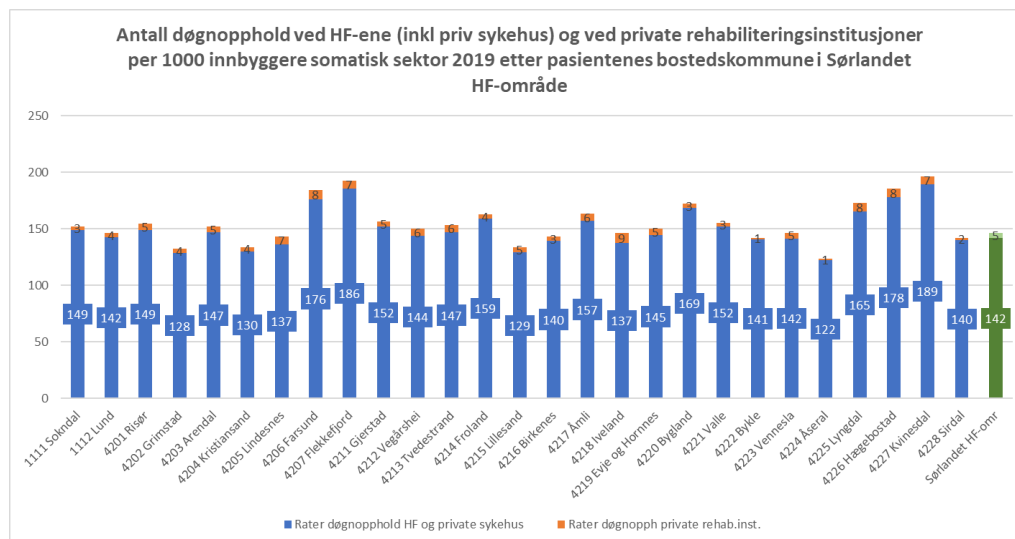


Figur 7.2 Antall liggedøgn per 1 000 innbyggere somatisk sektor 2019 etter pasientenes HF-områder. Døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner uthevet.

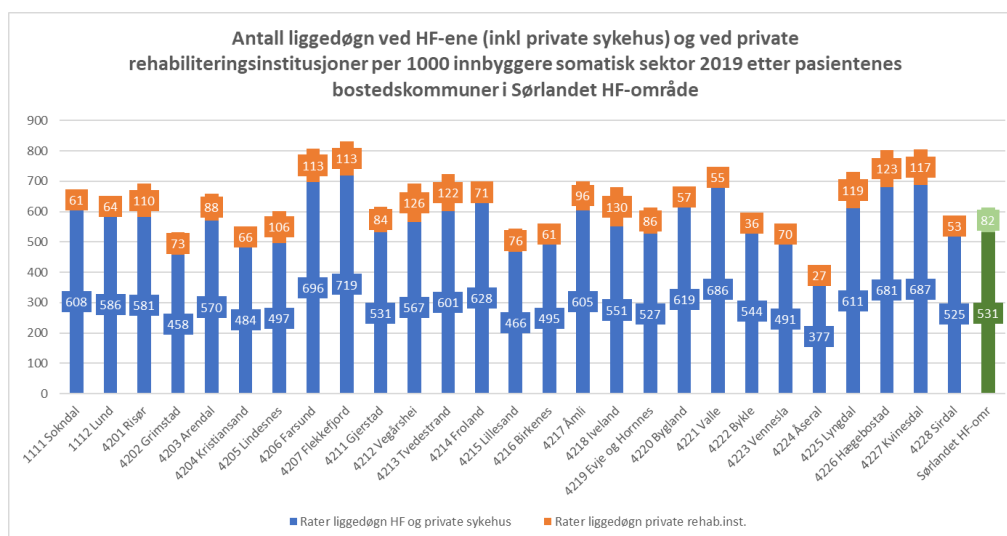
Figurene viser klart at raten for døgnopphold ved Sørlandet HF-område er nærmere gjennomsnittet for landet enn tilsvarende for liggedøgnene. Dette skyldes nok at liggetidene ved SSHF er korte sammenliknet med andre HF i Norge, og når HF-et står for det største volumet av døgnoppholdene i HF-området, slår dette ut i forbruksratene for liggedøgn. Sørlandet HF-område har dermed den laveste raten av liggedøgn for alle HF-områdene. Figurene viser videre at volumet av døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner er lite i forhold til andre døgnopphold. Her er liggetidene betydelig lengre enn ved HF-ene og de private sykehusene, slik at liggedøgnraten ved private rehabiliteringsinstitusjoner blir noe høyere. Sørlandet HF-område ligger lavere enn gjennomsnittet

også for disse pasientene når de måles etter liggedøgnrate.

I figurene 7.3 og 7.4 gis tilsvarende oversikter for kommunene i Sørlandet HF-område.



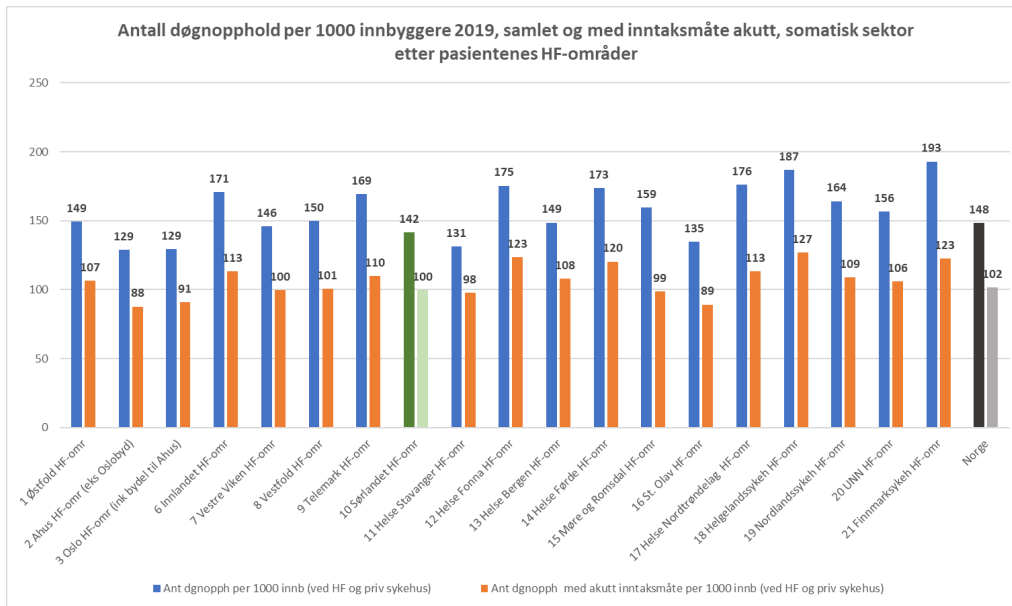
Figur 7.3 Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere somatisk sektor 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område. Døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner uthevet.



Figur 7.4 Antall liggedøgn per 1 000 innbyggere somatisk sektor 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område. Døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner uthevet.

Det er stor variasjon mellom kommunene i rater både for døgnoppholdene og liggedøgnene. Det er også slik for alle kommuner at liggetiden i private rehabiliteringsinstitusjoner er lengre enn for HF-ene og private sykehus, slik at liggedøgnratene ved disse institusjonene utgjør en større andel av samlede rater enn tilsvarende for døgnoppholdene.

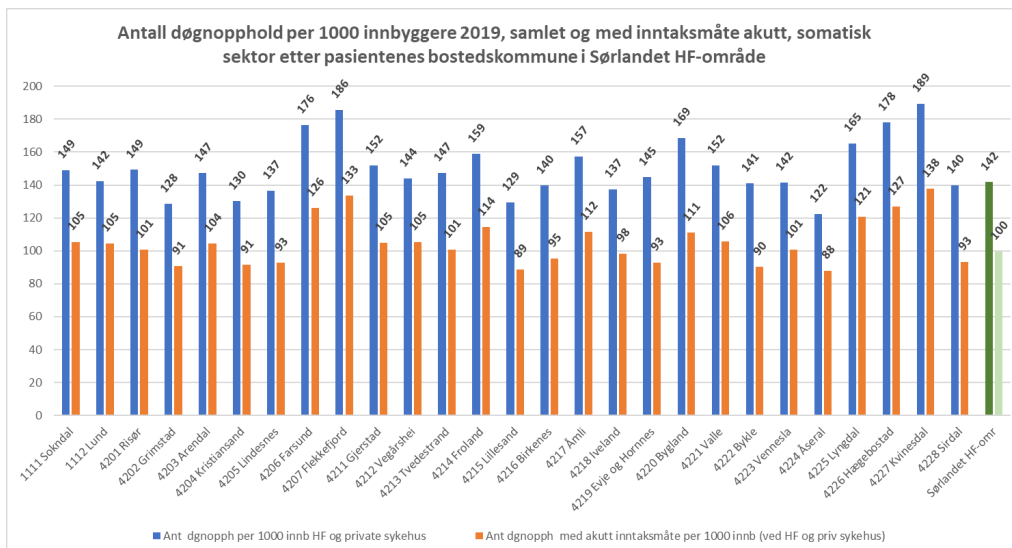
I figur 7.5 gis en oversikt over rater for døgnopphold og døgnopphold med akutt inntaksmåte etter pasientenes HF-områder i Norge. Her er ikke private rehabiliteringsinstitusjoner inkludert.



Figur 7.5 *Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere 2019 samlet og med inntaksmåte akutt somatisk sektor etter pasientenes HF-områder (priv. rehab.inst. ikke inkludert)*

Målt i antall døgnopphold per 1 000 innbyggere er det for Sørlandet HF-område ikke stor forskjell på samlet forbruksrate og rate for akutte døgnopphold målt mot landsgjennomsnittet. Det er noe større variasjon i det samlede forbruket der avstanden mellom høyest og lavest rate (variasjonsbredden) er 64 døgnopphold per 1 000 innbyggere mens tilsvarende for hastegrad akutt er 39 per 1 000 innbyggere.

I figur 7.6 gis samme oversikt for pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område.

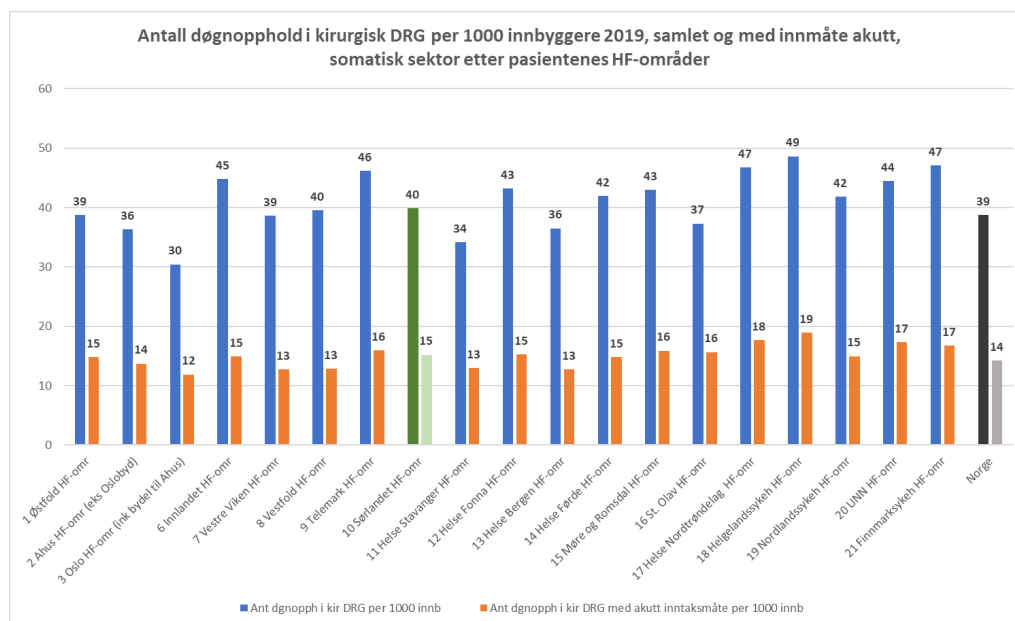


Figur 7.5 *Antall døgnopphold per 1 000 innbyggere 2019 samlet og med inntaksmåte akutt somatisk sektor etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område (priv. rehab.inst. ikke inkludert)*

Forbruksrater på kommunenivå varierer mye, også for døgnoppholdene med inntaksmåte akutt. Variasjonsbredden for alle døgnopphold er på 67 per 1 000 innbyggere, mens tilsvarende for de

akutte er på 50 per 1 000 innbyggere. Dette betyr at det er større forskjeller mellom ratene for kommunene i Sørlandet HF-område enn for HF-områdene i landet. Størst forskjell på døgnopphold med inntaksmåte akutt.

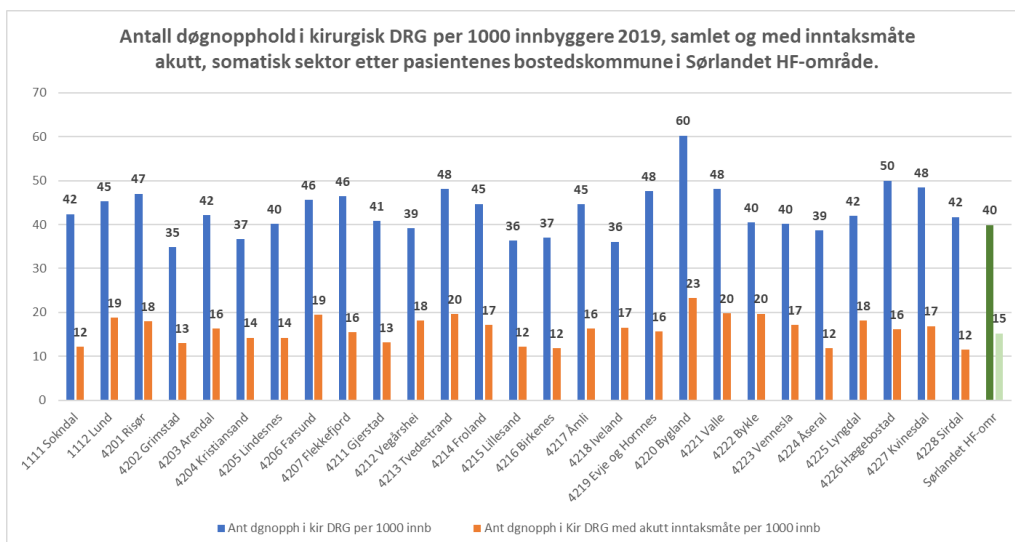
I figur 7.7 gis samme framstilling for døgnopphold i kirurgisk DRG. Sørlandet HF-område er markert med grønne farger, mens tilsvarende for Norge er svart og grå.



Figur 7.7 *Antall døgnopphold i kirurgisk DRG per 1 000 innbyggere 2019 samlet og med inntaksmåte akutt somatisk sektor etter pasientenes HF-områder*

For døgnopphold i kirurgisk DRG ligger forbruksratene for Sørlandet HF-område noe over landsgjennomsnittet både for samlede døgnopphold i kirurgisk DRG og for oppholdene med inntaksmåte akutt. Samtidig viser figuren at andelen akutte er lavere for døgnoppholdene i kirurgisk DRG enn tilsvarende for alle døgnopphold (se figur 7.5). Variasjonen i forbruksrater mellom HF-områdene for døgnopphold i kirurgisk DRG er noe mindre enn for alle døgnopphold med en forskjell i variasjonsbredde på 14 døgnopphold i kirurgisk DRG per 1 000 innbyggere samlet, og 7 per 1 000 innbyggere for akutte døgnopphold i kirurgisk DRG.

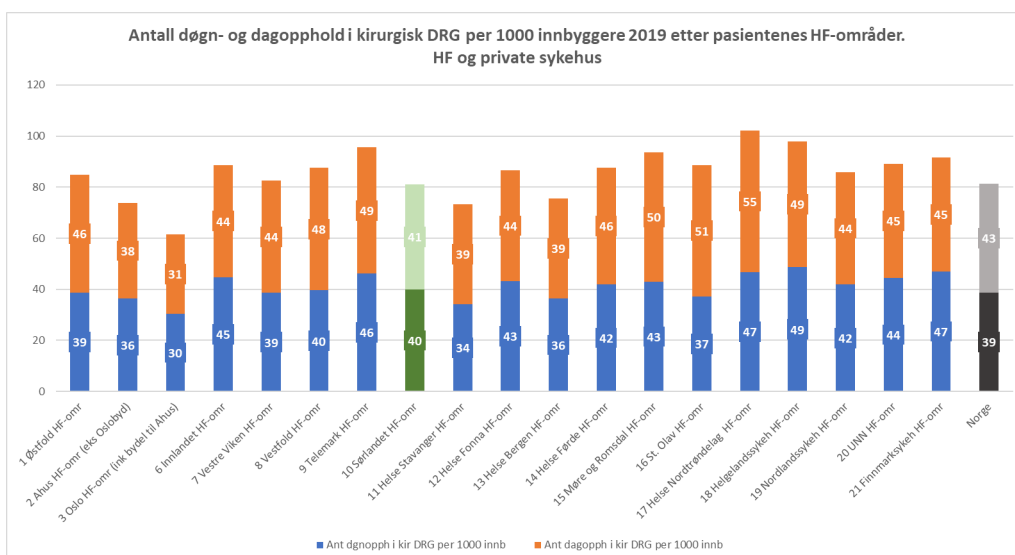
I figur 7.8 presenteres tilsvarende oversikt for pasientenes bostedskommuner i Sørlandet HF-område.



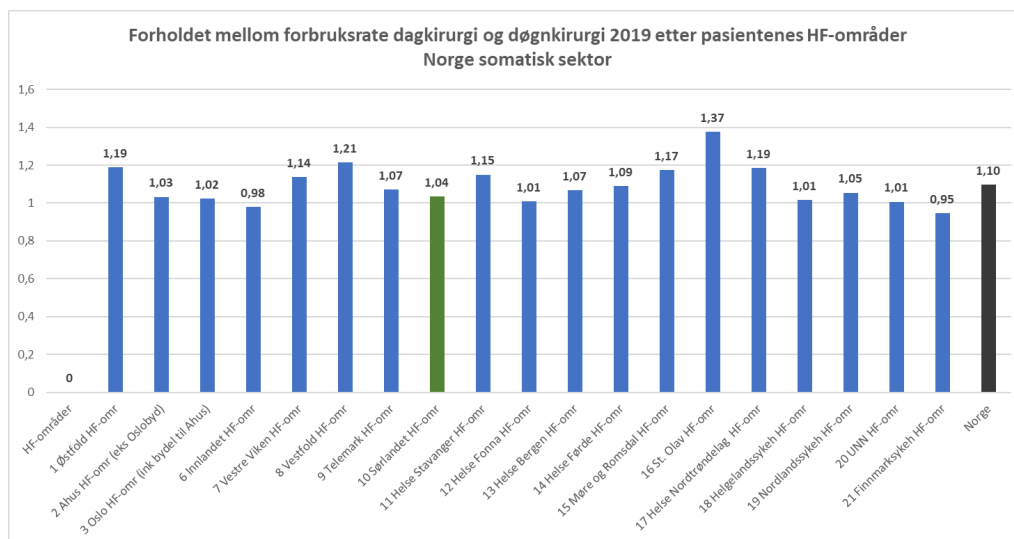
Figur 7.8 *Antall døgnopphold i kirurgisk DRG per 1 000 innbyggere 2019 samlet og med inntaksmåte akutt somatisk sektor etter pasientenes bostedskommuner Sørlandet HF-område*

Variasjonen mellom kommunene i Sørlandet HF-område er noe større enn tilsvarende mellom HF-områdene da variasjonsbredden for alle døgnopphold i kirurgisk DRG er 25 per 1 000 innbyggere og tilsvarende for opphold med inntaksmåte akutt er 11 per 1 000 innbyggere. Andelen akutte er gjennomgående lavere for døgnopphold i kirurgisk DRG enn for samlede døgnopphold også for kommunene som for HF-områdene.

I figur 7.9 gis en oversikt over antallet døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG per 1 000 innbyggere 2019 etter pasientenes HF-områder og i figur 4.10 gis en oversikt over forholdet mellom forbruksrate dagkirurgi og døgnkirurgi.



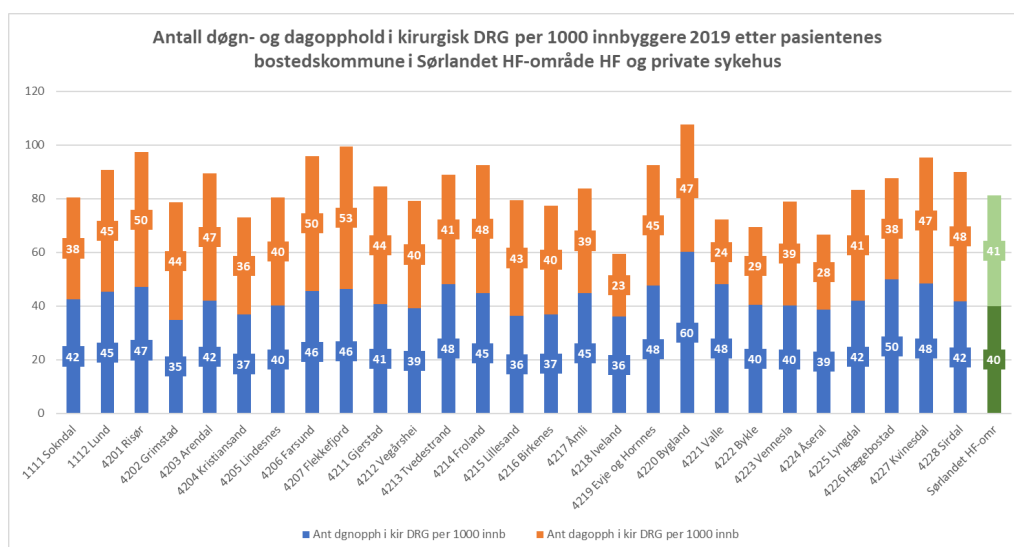
Figur 7.9 *Antall døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG per 1000 innbyggere 2019 etter pasientenes HF-områder HF og private sykehus*



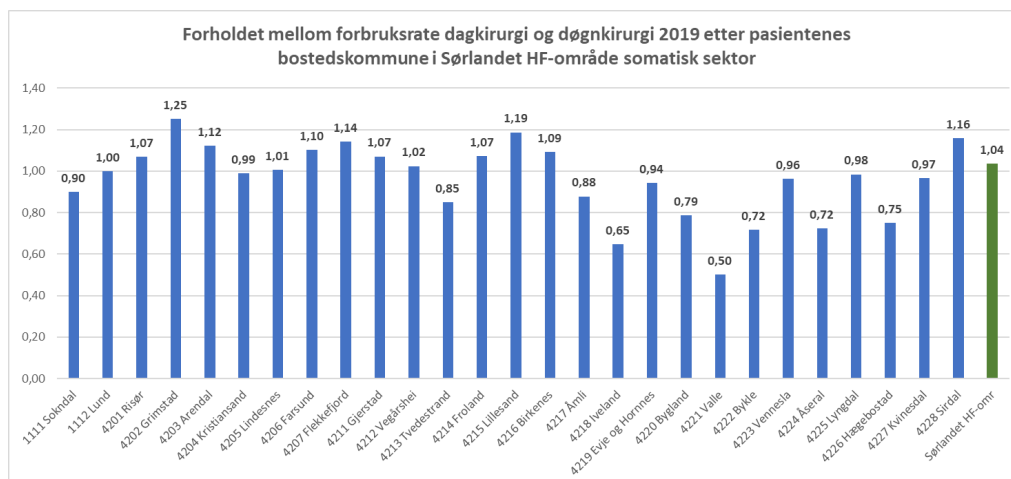
Figur 7.10 Forholdet mellom forbruksrate for dagkirurgi og døgnekirurgi 2019 for pasientenes HF-områder Norge somatisk sektor

Det er variasjon også i samlet forbruksrate for opphold i kirurgisk DRG. Sørlandet HF-område ligger nært landsgjennomsnittet i samlet rate, men har lavere andel dagkirurgi enn landsgjennomsnittet. Høyest andel dagkirurg-rate har St. Olav HF-område, mens Finnmarksykehuset HF-område har lavest.

I figurene 7.11 og 7.12 gis tilsvarende oversikt for pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område.



Figur 7.11 Antall døg- og dagopphold i kirurgisk DRG per 1000 innbyggere 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område HF og private sykehus



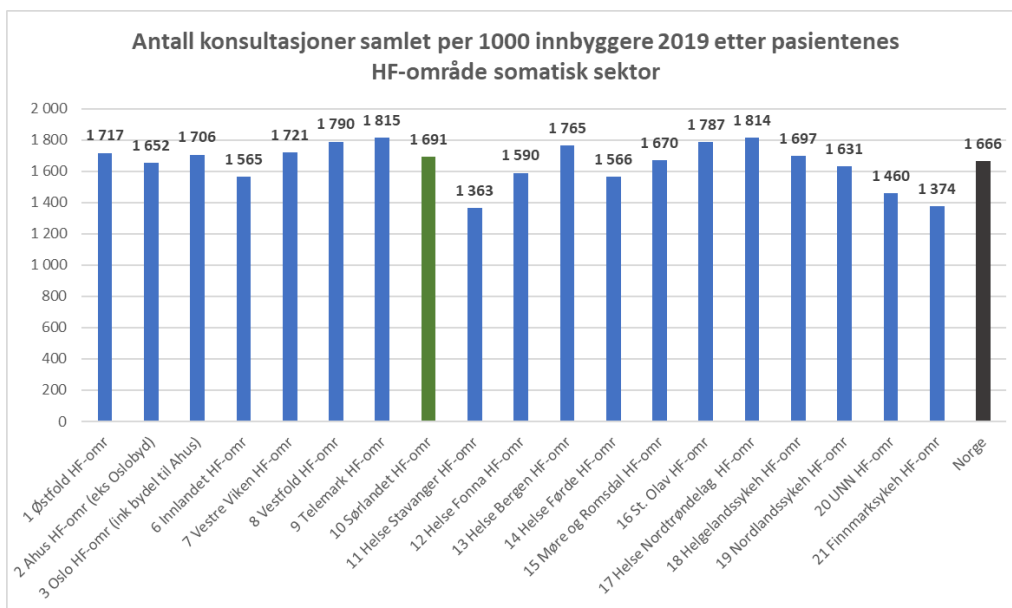
Figur 7.12 Forholdet mellom forbruksrate dagkirurgi og døgnekirurgi 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område somatisk sektor

Variasjonen mellom kommunene i HF-området er betydelig større både i samlet forbruksrate og andel dagkirurgi-rate enn tilsvarende for HF-områdene. Høyest dagkirurgirate har Grimstad med 1,25 og lavest har Valle med 0,50, en forskjell på 0,75. Forskjellen i variasjonsbredde mellom HF-områdene var 0,42. Det må samtidig understrekes at det er lave volumer i noen kommuner.

7.1.2 Forbruket av poliklinikk inkludert dagmedisin

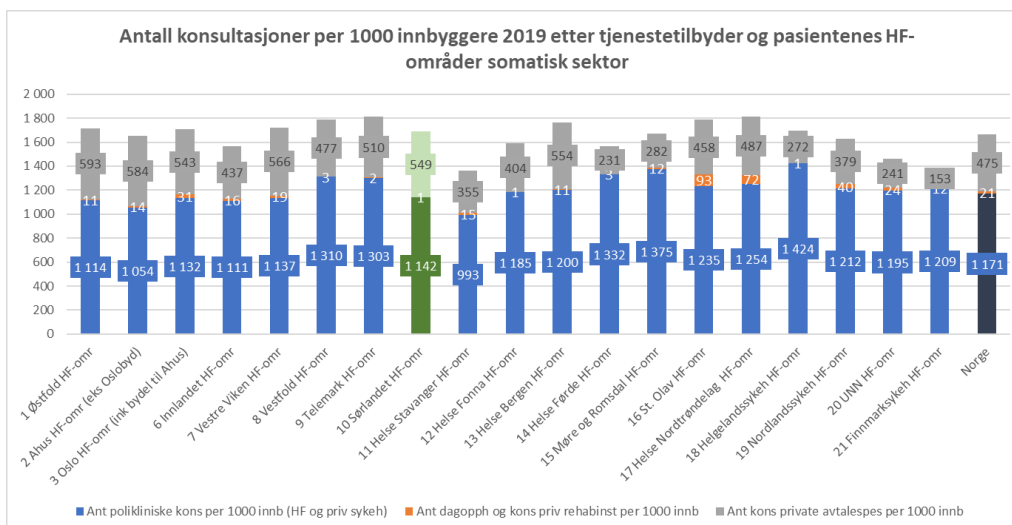
I dette delkapitlet presenteres forbruksrater for poliklinikk inkludert dagmedisin. De største gruppene i dagmedisin er kjemo- og stråleterapi.

I figur 7.13 presenteres samlet forbruksrate for HF-områdene i Norge 2019 og i figur 7.14 gis en oversikt over forbruksratene etter de tre tjenestetilbyderne HF og private sykehus, private rehabiliteringsinstitusjoner og private avtalespesialister. Private rehabiliteringsinstitusjoner har lite omfang av poliklinikk.



Figur 7.13 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere 2019 somatisk sektor etter pasientenes HF-område Norge

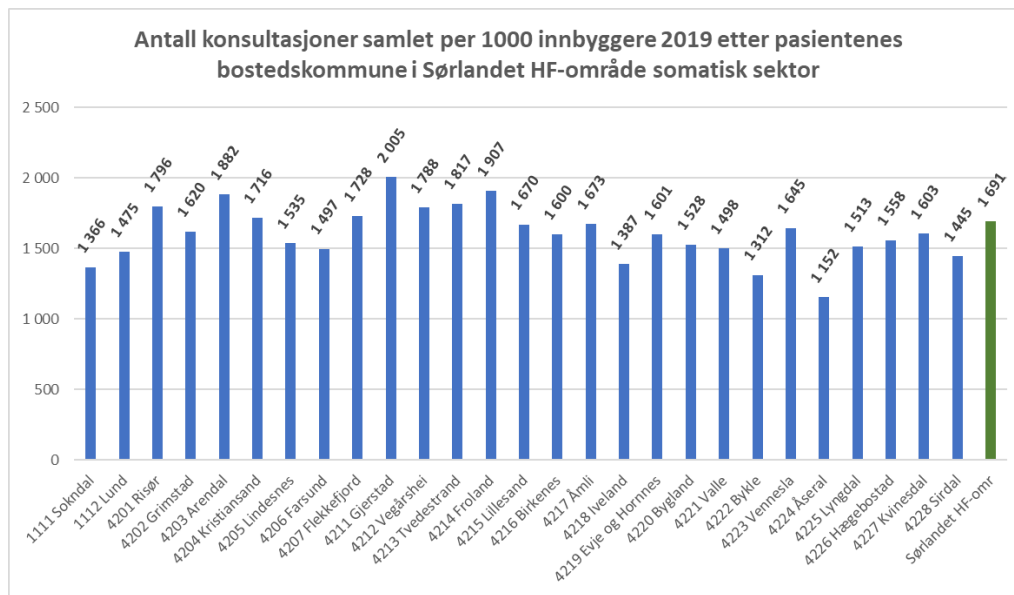
Det er relativt stor variasjon i forbruksrater mellom HF-områdene også for poliklinikk. Høyest forbruk har Telemark HF-område mens Helse Stavanger HF-område har lavest forbruksrate. Sørlandet HF-område ligger nært gjennomsnittet for landet. I figur 7.14 presenteres tilsvarende oversikt etter tilbyder.



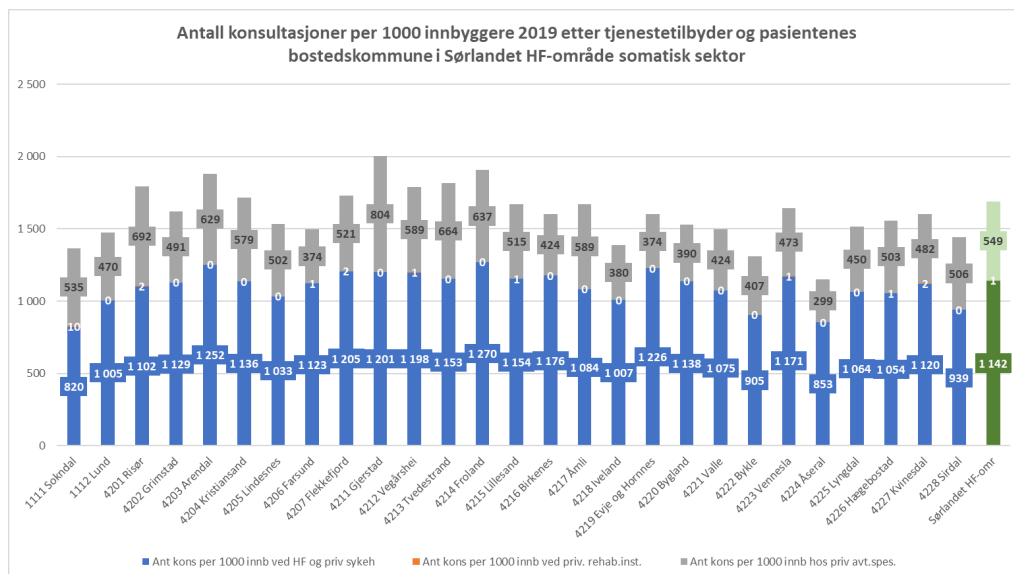
Figur 7.14 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere 2019 etter tjenestetilbyder for HF-områdene i Norge somatisk sektor

Private rehabiliteringsinstitusjoner har nesten ikke polikliniske konsultasjoner og betyr lite for forbruksratene. Sørlandet ligger nært gjennomsnittet for samlet forbruk, men benytter private avtalespesialister per 1 000 innbyggere mer enn landsgjennomsnittet. Det er bare Østfold-, Ahus-, Oslo- og Vestre Viken HF-områder som har høyere rate enn Sørlandet for bruk av private avtalespesialister. Bruken av HF og private sykehus i Sørlandet HF-område er noe lavere enn landsgjennomsnittet målt i rater.

I figurene 7.15 og 7.16 gis tilsvarende oversikter for bostedskommunene i Sørlandet HF-område.



Figur 7.15 Antall polikliniske konsultasjoner samlet per 1 000 innbyggere 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område somatisk sektor



Figur 7.16 Antall polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere 2019 etter tjenestetilbyder og pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område somatisk sektor

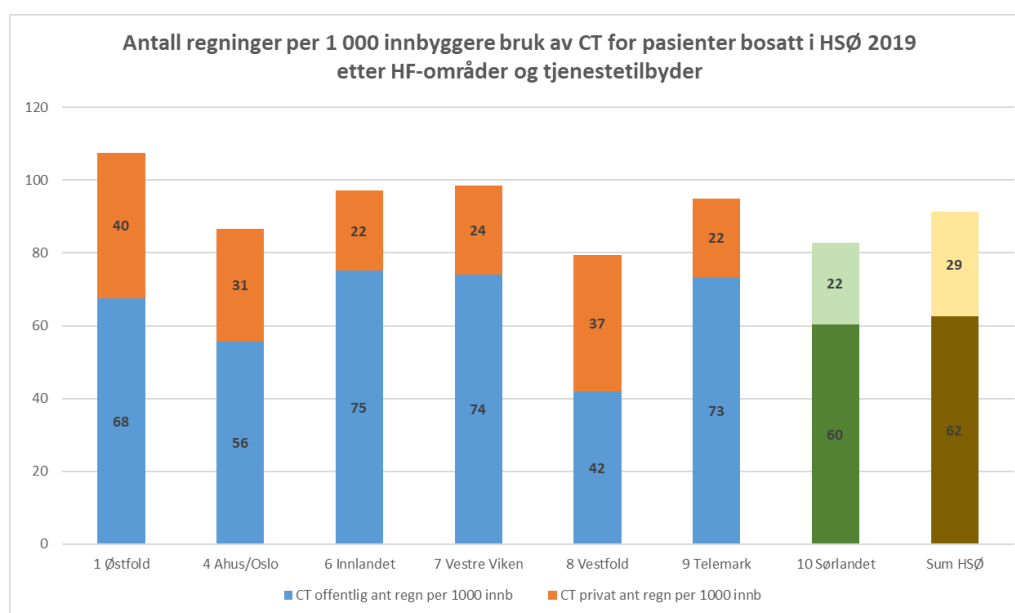
For poliklinisk forbruk er variasjonen større mellom kommunene i Sørlandet HF-område enn mellom HF-områdene. Høyest samlet forbruk er det i Gjerstad kommune og lavest i Åseral kommune. Begge disse kommunene har også henholdsvis høyest og lavest forbruksrate for private avtalespesialister. Bruken av private avtalespesialister bidrar ikke til å utjevne forskjeller i forbruksrater. Forskjellen i variasjonsbredde samlet sett er på 853 konsultasjoner per 1 000 innbyggere, mens tilsvarende tall for forbruket ved HF og private sykehus er på 450 konsultasjoner per 1 000 innbyggere.

7.1.3 Forbruket av bildediagnostikk HSØ

I dette delkapitlet presenteres oversikter over forbruksrater bildediagnostikk for HF-områdene i HSØ og for kommunene i Sørlandet HF-område. Her er datagrunnlaget begrenset til pasienter bosatt i HSØ slik at kommunene Lund og Sokndal ikke er inkludert i oversiktene. Datagrunnlaget stammer fra HSØ og er distribuert via SSHF. Data er levert på antall regninger, antall koder og samlede refusjoner målt i kroner. Antall regninger og antall koder er tilnærmet like for alle modalitetene. I oversiktene her presenteres rater basert på antall regninger. I delkapittel 7.1.3.1 presenteres oversikter over forbruket per HF-område for pasienter bosatt i HSØ og i delkapittel 7.1.3.2 presenteres oversikter for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune.

7.1.3.1 Forbruket av bildediagnostikk for pasienter bosatt i HSØ etter HF-områder

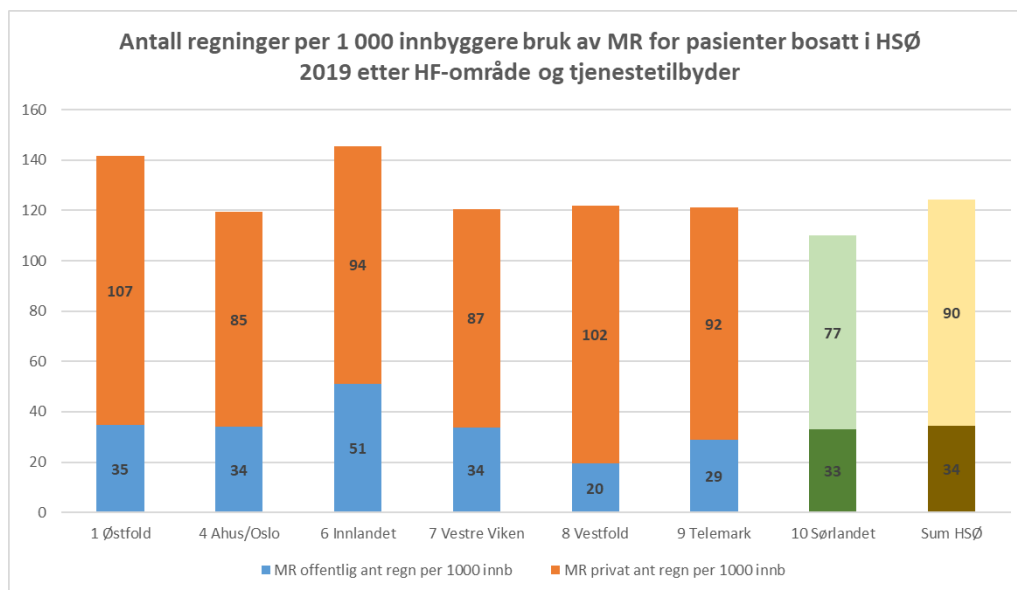
I figur 7.17 gis en oversikt over antall regninger per 1000 innbyggere for bruk av CT for pasienter bosatt i HSØ etter HF-områder og om tjenestetilbyder er offentlig eller privat.



Figur 7.17 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av CT for pasienter bosatt i HSØ 2019 etter HF-område og tjenestetilbyder

For CT er det bruk av offentlige tilbydere som utgjør det største volumet. Dette gjelder for alle HF-områdene. Sørlandet HF-område ligger nest lavest i forbruk av bildediagnostikk knyttet til bruk av CT, og lavere enn gjennomsnittet for HSØ. Sørlandet har svakt lavere offentlig forbruk enn gjennomsnittet og større avvik i privat forbruk i forhold til gjennomsnittet for regionen.

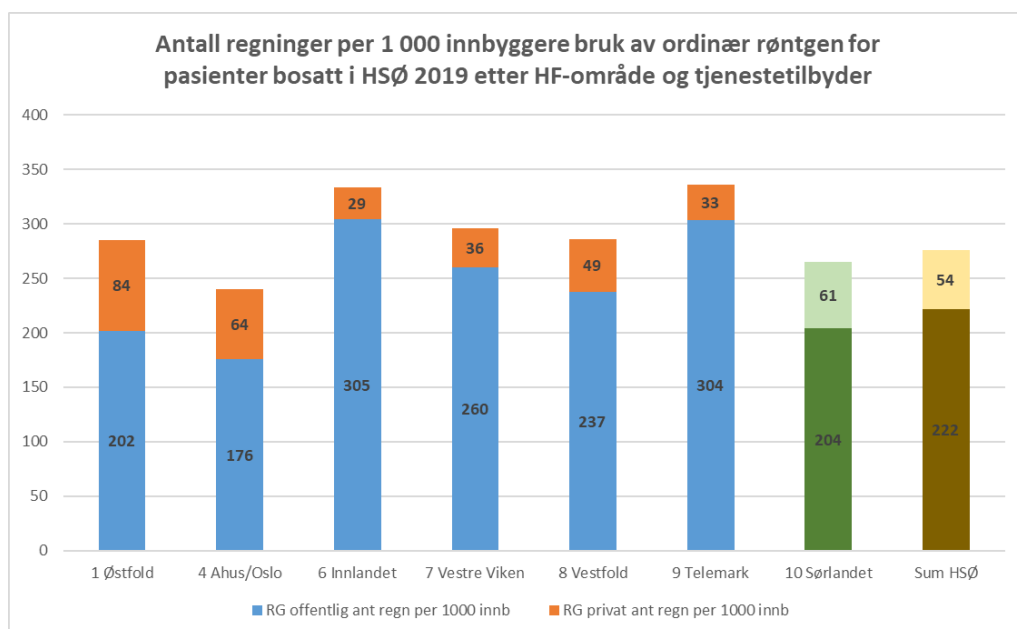
I figur 7. 18 gis en tilsvarende oversikt for bruk av MR.



Figur 7.18 *Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av MR for pasienter bosatt i HSØ 2019 etter HF-område og tjenestetilbyder*

Bruken av MR er preget av høyest bruk av private tilbydere i alle HF-områdene. Samlet sett har Sørlandet HF-område det laveste forbruket i regionen. Dette skyldes primært lavere forbruk av private tjenestetilbydere i forhold til de andre områdene da bruken av offentlige tjenesteytere er nært gjennomsnittet for regionen.

I figur 7.19 gis en tilsvarende oversikt over bruken av ordinær røntgen (RG).

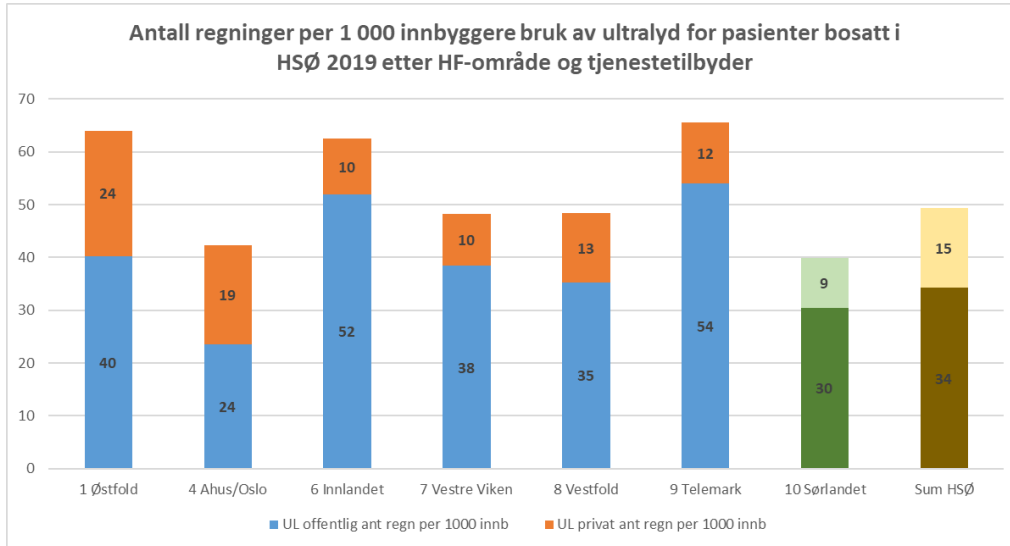


Figur 7.19 *Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av ordinær røntgen (RG) for pasienter bosatt i HSØ 2019 etter HF-område og tjenestetilbyder*

Sørlandet HF-område ligger nest lavest i rate for bruk av RG, men avviket til gjennomsnittet for regionen er ikke veldig stort. Sørlandet bruker offentlige tilbydere lavere enn gjennomsnittet for

regionen og høyere i bruken av private. Samlet, og for alle HF-områdene, er bruken av private liten i forhold til bruken av de offentlige tilbyderne.

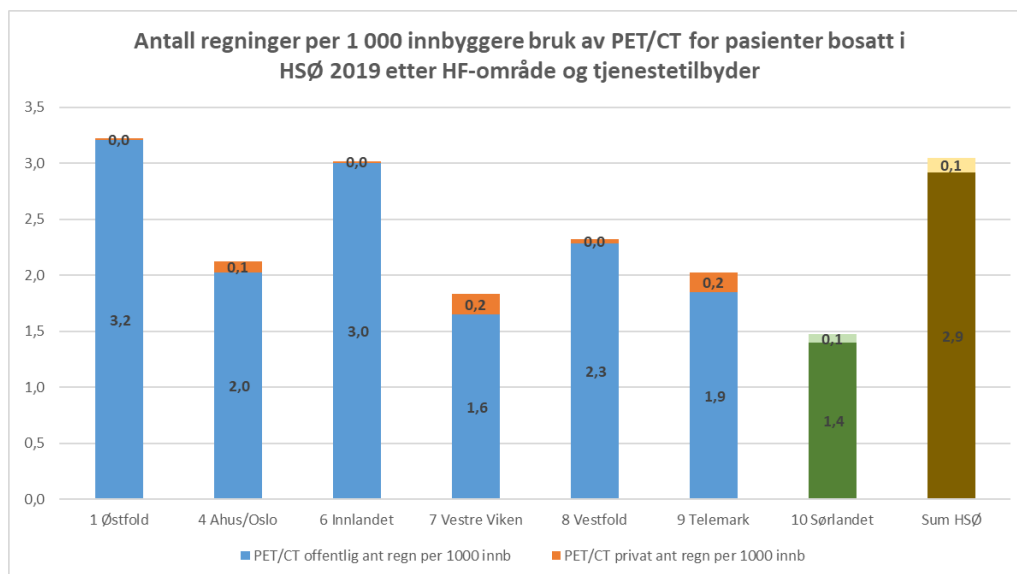
I figur 7.20 gis samme oversikt for bruken av modaliteten ultralyd (UL). Der er fortsatt antall regninger per 1 000 innbyggere som er målt forbruk for pasienter bosatt i HSØ.



Figur 7.20 *Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av ultralyd (UL) for pasienter bosatt i HSØ 2019 etter HF-område og tjenestetilbyder*

Sørlandet HF-område har den laveste forbruksraten for bruk av modaliteten UL i regionen. Bruken av private tilbydere er lavest i Sørlandet HF-område og bruken av offentlige tilbud er lavere enn gjennomsnittet for regionen. For alle bostedsområdene utgjør den private bruken en mindre andel enn den offentlige.

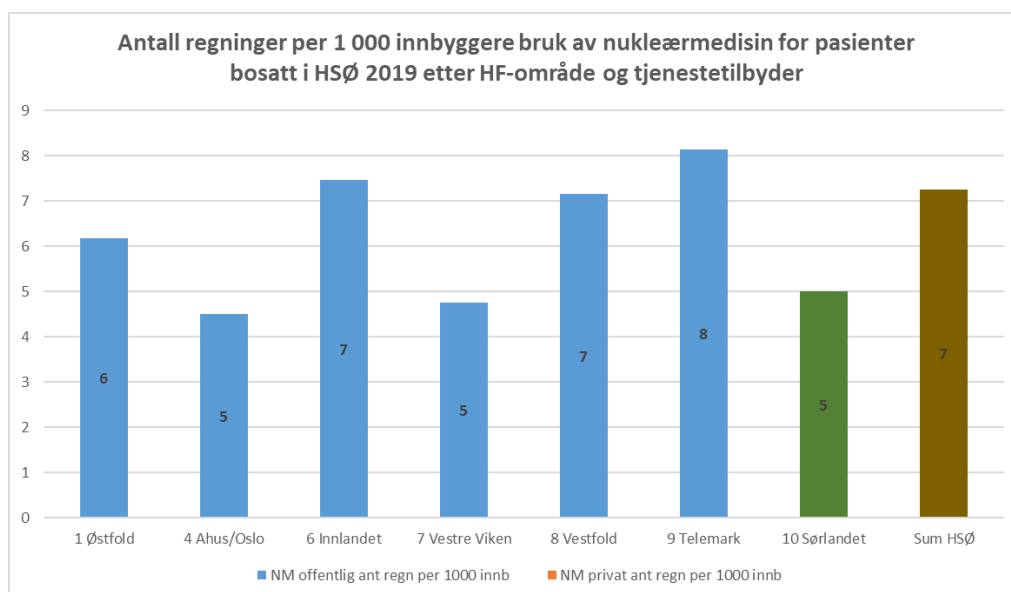
I figur 7.21 gis en oversikt over antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av modalitet PET/CT.



Figur 7.21 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av PET/CT for pasienter bosatt i HSØ 2019 etter HF-område og tjenestetilbyder

Her er det generelt lave forbrukstall og bruken av private tilbydere utgjør en svært liten andel av samlet forbruk for alle HF-områdene i HSØ. Sørlandet bostedsområde har den laveste forbruksraten av alle bostedsområdene.

Til slutt i figur 7.22 gis en oversikt over bruken av nukleærmedisin (NM) for pasienter bosatt i HSØ. Her er det bare offentlige tilbydere som benyttes.

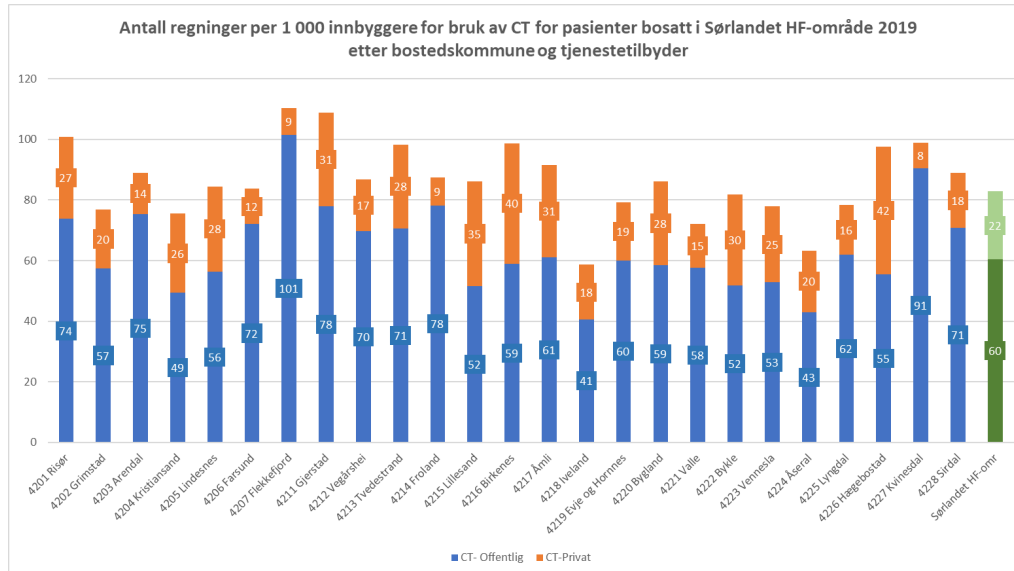


Figur 7.22 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av nukleærmedisin (NM) for pasienter bosatt i HSØ 2019 etter HF-område og tjenestetilbyder

Også for modalitet NM er det lave volumer og her ligger Sørlandet HF-område lavere enn gjennomsnittet for regionen, og det er kun Ahus/Oslo og Vestre Viken som har lavere rate.

7.1.3.2 Forbruket av bildediagnostikk for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område

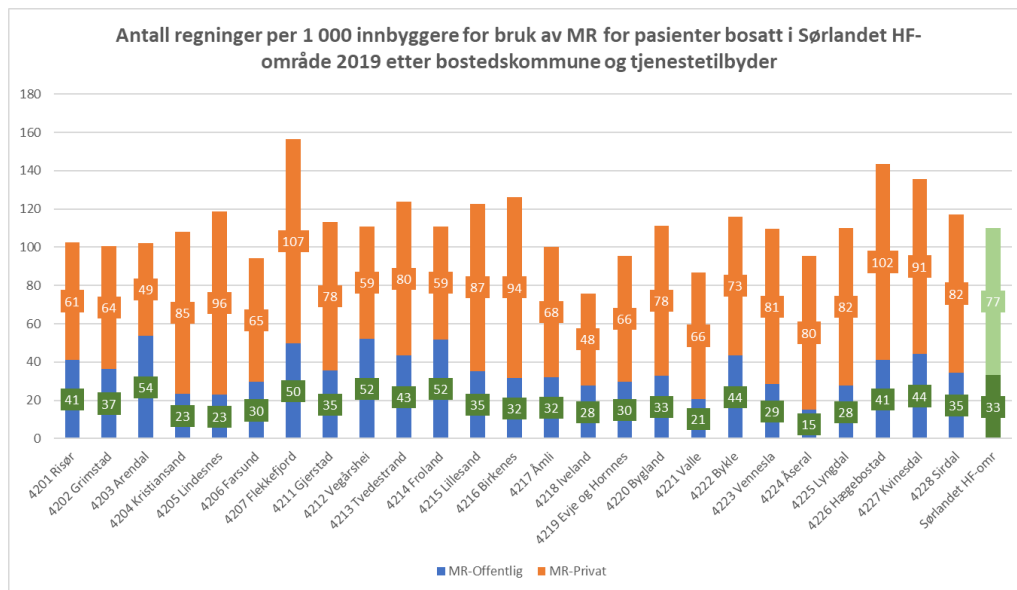
I det følgende presenteres tilsvarende rater for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og tilbyder. For noen modaliteter er det små tall per kommune slik at variasjonene må tolkes i lys av det. I figur 7.23 presenteres forbruksratene for bruk av CT i Sørlandet HF-område. Bruken av pasienter bosatt i kommunene Lund og Sokndal er ikke inkludert i tallene.



Figur 7.23 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av CT for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område 2019 etter bostedsområde og tjenestetilbyder

Det er relativt stor variasjon mellom kommunene i bruk av CT der Iveland kommune har lavest forbruk og Flekkefjord har høyest. Bruken av private tilbydere er liten i forhold til bruken av de offentlige tilbyderne. Samlet sett er variasjonsbredden lik 59 regninger per 1 000 innbyggere og utgjør 62 prosent av gjennomsnittsbruken i HF-området.

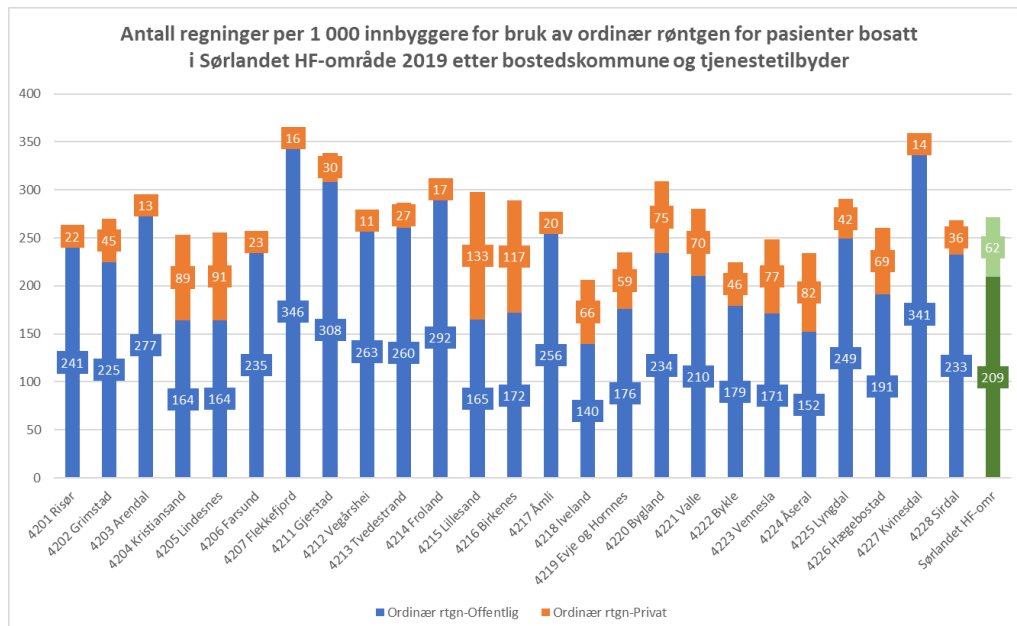
I figur 7.24 presenteres tilsvarende oversikt for bruk av MR.



Figur 7.24 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av MR for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område 2019 etter bostedsområde og tjenestetilbyder

Figuren viser at for bruk av MR er det de private tilbyderne som benyttes i størst grad. Iveland har også her det laveste forbruket og Flekkefjord det høyeste. Variasjonsbredden er på 81 regninger per 1 000 innbyggere og dermed større enn tilsvarende for bruken av CT. Bredden målt i forhold til gjennomsnittet er på 73 prosent, og dermed noe høyere enn tilsvarende for bruk av CT.

I figur 7.25 presenteres tilsvarende oversikt for bruk av ordinær røntgen.

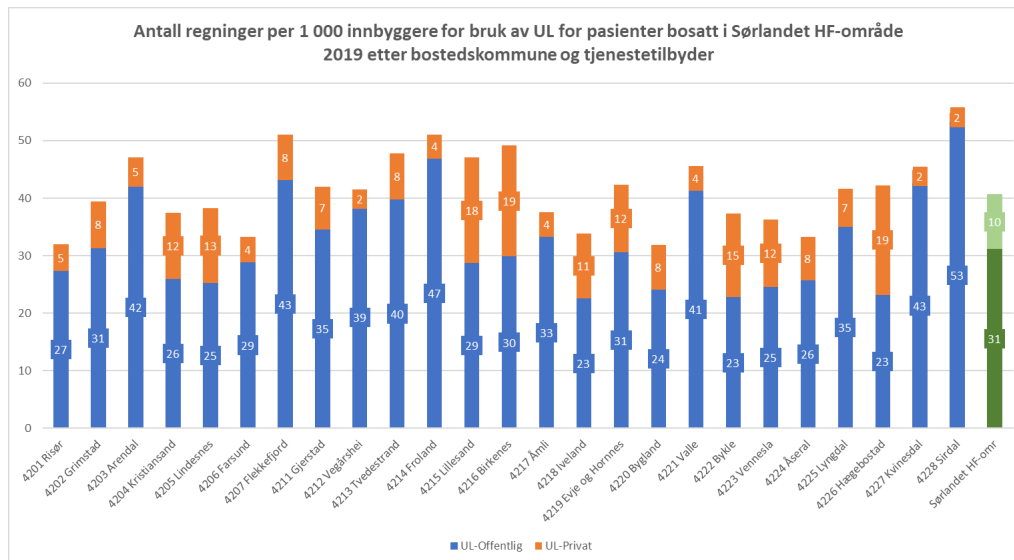


Figur 7.25 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av ordinær røntgen for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område 2019 etter bostedsområde og tjenestetilbyder

Private tjenestetilbydere utgjør en liten andel av den samlede bruken av ordinær røntgen. Dette

gjelder for alle kommunene i HF-området. Også her er det Iveland kommune som har lavest forbruk og Flekkefjord høyest. Variasjonsbredden er på 156 regninger per 1 000 innbyggere og er dermed større enn for CT og MR, men målt i forhold til gjennomsnittsforkruket utgjør variasjonsbredden 57 prosent noe som er lavere enn både bruken av CT og MR. Målt i faktisk forbruk er det bruken av ordinær røntgen som er høyest av modalitetene.

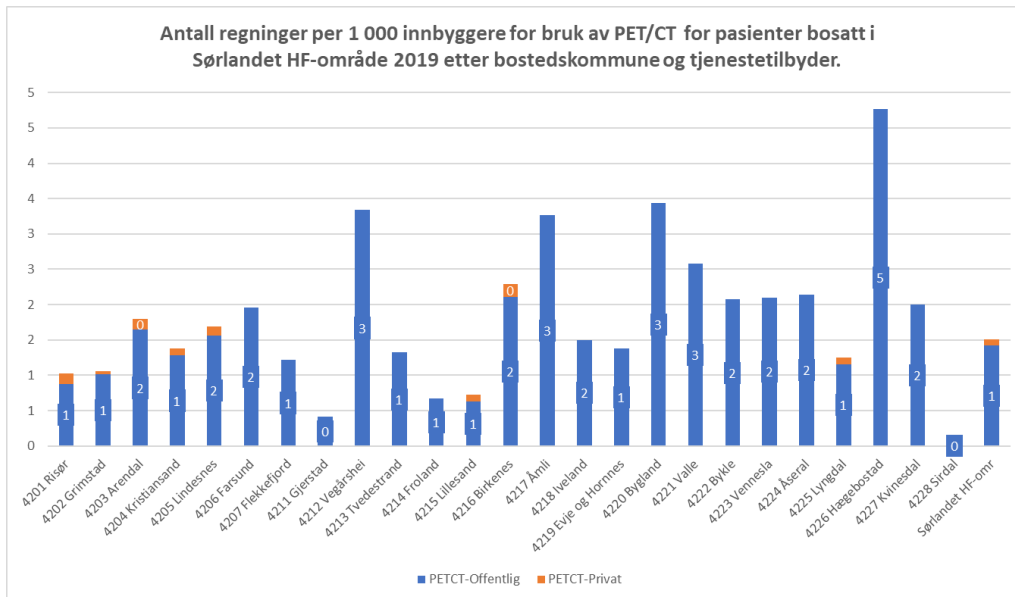
I figur 7.26 vises tilsvarende oversikt for bruken av UL.



Figur 7.26 *Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av UL for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område 2019 etter bostedsområde og tjenestetilbyder*

Også for bruk av UL er det de offentlige tjenestetilbyderne som benyttes mest. Det samlede forbruket er på 41 regninger per 1 000 innbyggere og utgjør om lag halvparten av tilsvarende rate for bruk av CT. Variasjonsbredden er på 23 per 1 000 innbyggere og utgjør 57 prosent av gjennomsnittet. Målt i prosent av gjennomsnittet er variasjonen like stor som for bruken av ordinær røntgen. Bygland har lavest forbruk her mens Sirdal har det høyeste. Flekkefjord har høyt forbruk også for UL, mens Iveland også her er blant kommunene med lavest forbruk.

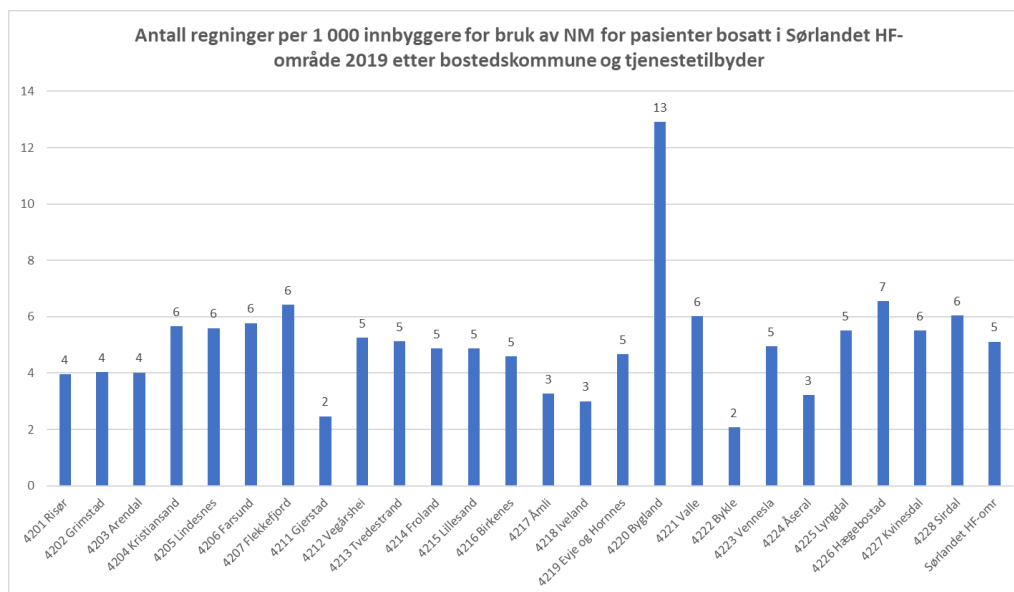
I figur 7.27 presenteres tilsvarende oversikt for bruken av PET/CT.



Figur 7.27 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av PET/CT for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område 2019 etter bostedsområde og tjenestetilbyder

PET/CT har det laveste antall regninger av alle modalitetene med et antall på 438 ved offentlige tjenestetilbydere og kun 26 ved private. Dette gir svært små rater sammenliknet med de foregående oversiktene og stor variasjon i rater. Med en variasjonskoeffisient på 3,15 eller en bredde som utgjør 315 prosent av gjennomsnittsraten er modaliteten størst variasjon av alle modaliteter. Her er det Sirdal som har lavest forbruk mens Hægebostad har høyest. Vi snakker imidlertid om svært lave rater.

I figur 7.28 presenteres bruken av nukleærmedisin (NM). Her er det kun snakk om offentlig tjenestetilbydere og et lavt antall konsultasjoner samlet for HF-området i forhold til de andre modalitetene.



Figur 7.28 Antall regninger per 1 000 innbyggere for bruk av UL for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område 2019 etter bostedsområde og tjenestetilbyder

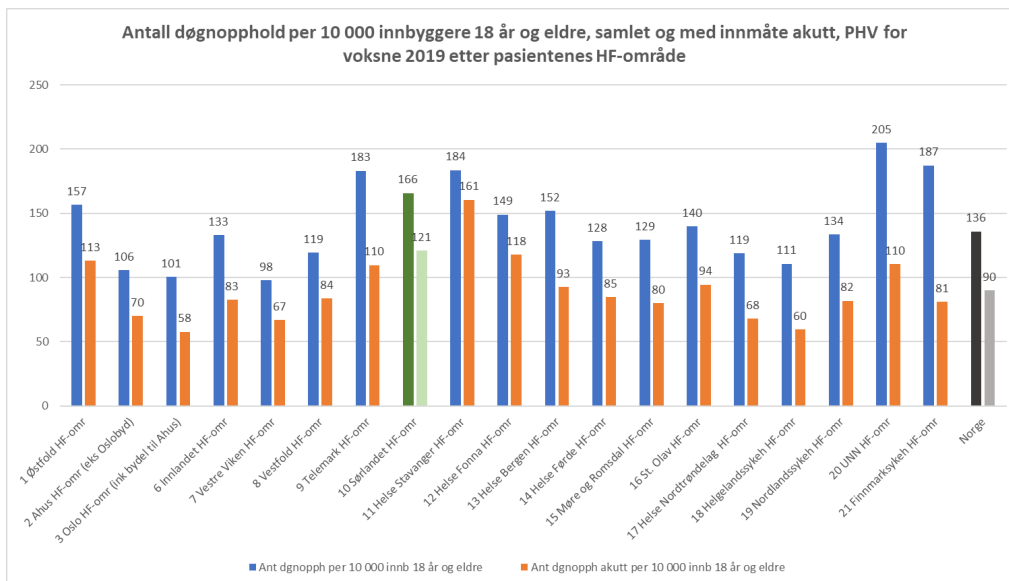
Det er ingen private tilbydere som har tilbud innenfor denne modaliteten samtidig som det er lave rater sammenliknet med de andre modalitetene. Variasjonsbredden er stor i forhold til gjennomsnittet med en variasjonskoeffisient på 2,12 eller 212 prosent. Variasjonen i rater kan bli stor når volum er lite. Byggland som har den høyeste raten har bare 15 regninger i 2019. Lavest rate har Bykle og Gjerstad med 2 regninger per 1 000 innbyggere.

7.2 Forbruket av psykisk helsevern for voksne

I det følgende gis det oversikter over forbruket av psykisk helsevern for voksne (PHV-V) for HF-områdene i Norge og mellom bostedskommunene i Sørlandet HF-område. Forbruksratene er beregnet for døgnopphold, dagopphold og poliklinikk slik de er registrert i pasientdata på omsorgsnivå-variabelen. Dagopphold og poliklinikk er imidlertid slått sammen og måles som felles dagaktivitet. Dette gjøres fordi det er til dels varierende koding av dagbehandling i PHV-V. For døgnaktiviteten presenteres rater både for liggedøgn og for døgnopphold. I forbruksratene for døgnopphold vil organiseringen av tjenestene kunne påvirke resultatene da det er antall avdelingsopphold som telles. Sammenhengende overføring mellom to avdelinger i samme institusjon telles som to enkeltstående opphold i forbruksratene slik at dersom det er relativt mange slike avdelingsoverføringer i institusjonene i et område bidrar dette til å øke forbruksratene kunstig. Forskjeller og resultater må tolkes i lys av dette. Forbruket av liggedøgn blir imidlertid ikke påvirket av dette da summen av liggedøgn av to eller flere overføringer ved samme institusjon telles. I oversiktene viser vi samlet forbruk og forbruk knyttet til pasienter med inntaksmåte akutt.

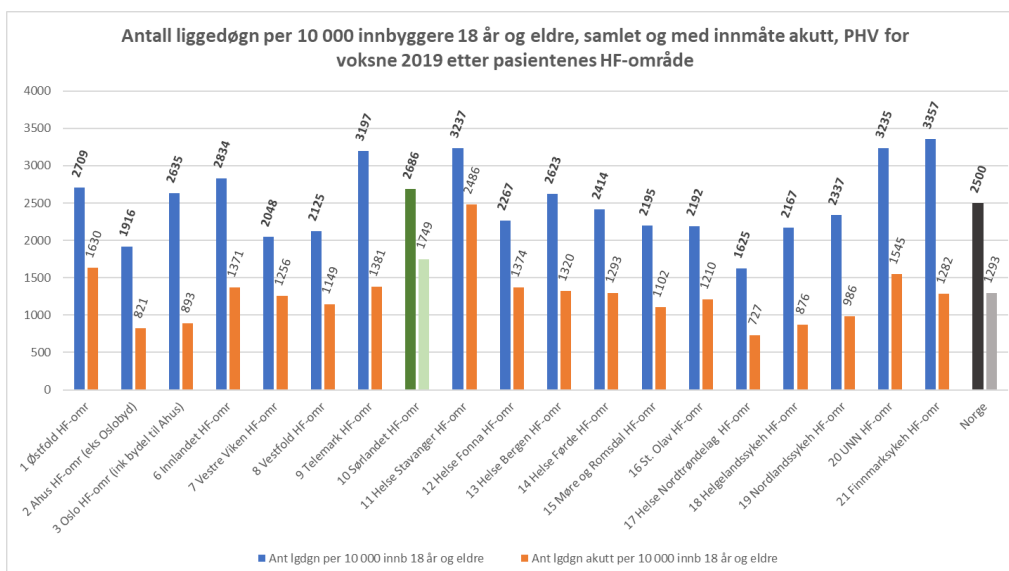
7.2.1 Forbruket av døgnopphold og liggedøgn PHV-V

I figur 7.23 presenteres antall døgnopphold og døgnopphold akutt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV-V etter pasientenes HF-områder. I figur 7.24 presenteres tilsvarende for liggedøgn eller oppholdsøgn i de samme områdene.



Figur 7.23 Antall døgnopphold og døgnopphold akutt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter HF-områder i Norge

Sørlandet HF-område har et forbruksnivå som ligger over landsgjennomsnittet målt i antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det samme gjelder for døgnopphold med inntaksmåte akutt. Andelen akutt er noe høyere for Sørlandet HF-område enn for landet der andelen i HF-området er 73 prosent og for landet 66 prosent. Ellers er det stor variasjon i forbruksnivået mellom HF-områdene da maksimumsforbruket er på 205 og minimum på 98 per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Variasjonsbredden er på 107 døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og utgjør 79 prosent av gjennomsnittet.

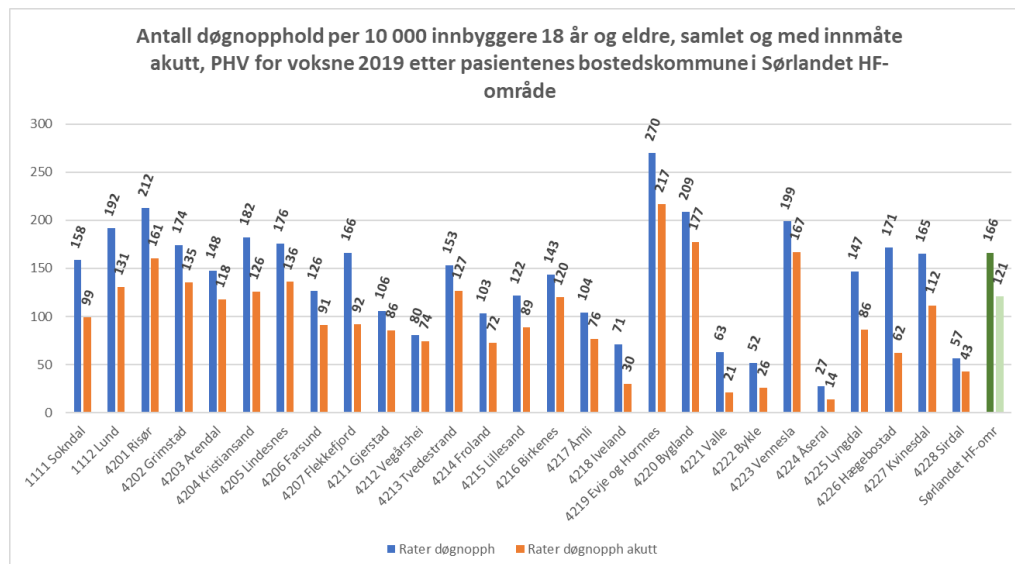


Figur 7.24 Antall liggedøgn og liggedøgn akutt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter HF-områder i Norge

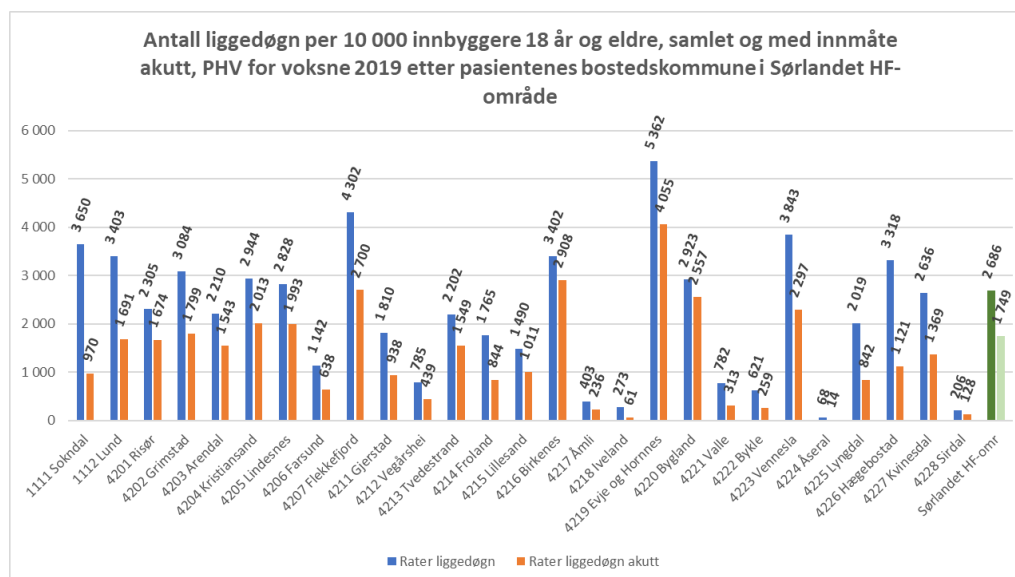
Antall liggedøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre ligger også over gjennomsnittet for landet i Sørlandet HF område, men avstanden til landsgjennomsnittet er noe mindre enn for døgnoppholdene. Det samme gjelder for liggedøgn med akutt inntaksmåte. Variasjonen er noe

mindre mellom HF-områdene her enn tilsvarende for døgnoppholdene. Variasjonsbredden er på 1 732 og utgjør 69 prosent av gjennomsnittet for liggedøgnforbruket i landet.

I figur 7.25 og 7.26 presenteres tilsvarende oversikter for pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område.



Figur 7.25 Antall døgnopphold og døgnopphold akutt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område



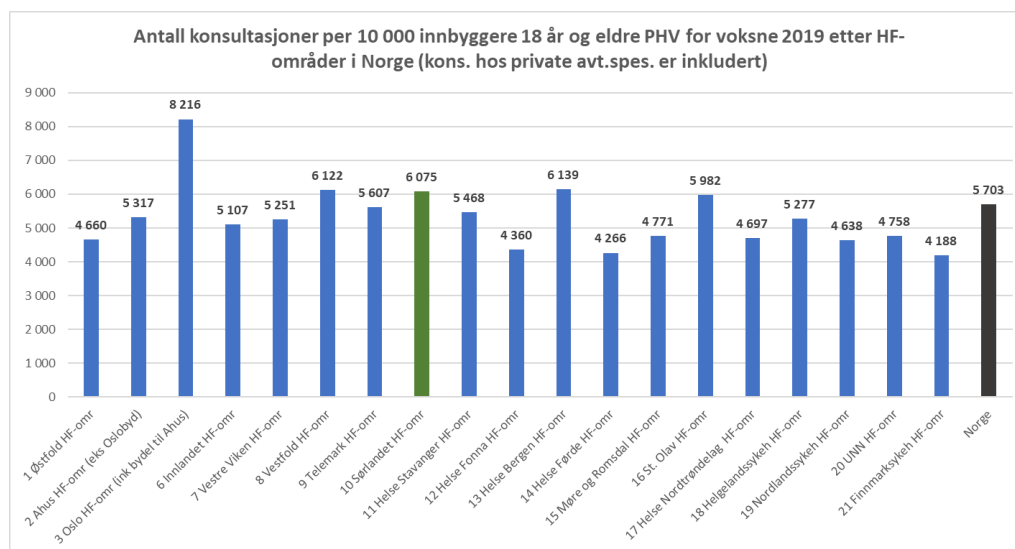
Figur 7.26 Antall liggedøgn og liggedøgn akutt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område

Figurene viser at det for bostedskommunene i Sørlandet HF-område er svært store forskjeller i forbruksrater både for døgnoppholdene og for liggedøgnene. Her må det imidlertid understrekes at det er svært få antall i noen kommuner slik at resultatene må tolkes i lys av det.

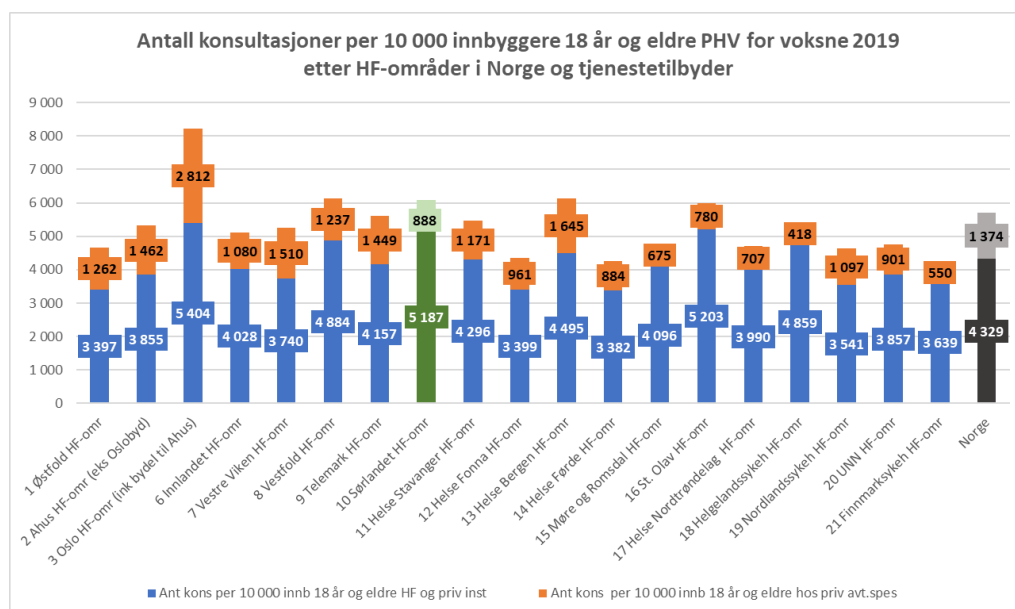
7.2.2 Forbruket av dagopphold og poliklinikk PHV-V

Som nevnt innledningsvis slår vi sammen antall dagopphold og antall polikliniske konsultasjoner og betegner dette som konsultasjoner i oversiktene. Vi viser resultater for HF-områdene i Norge og for pasientenes bostedskommuner i Sørlandet HF-område.

I figur 7.27 vises antall konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og i figur 7.28 presenteres tilsvarende etter tjenestetilbyder.



Figur 7.27 Antall konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter HF-område i Norge (konsultasjoner hos private avtalespesialister er inkludert)

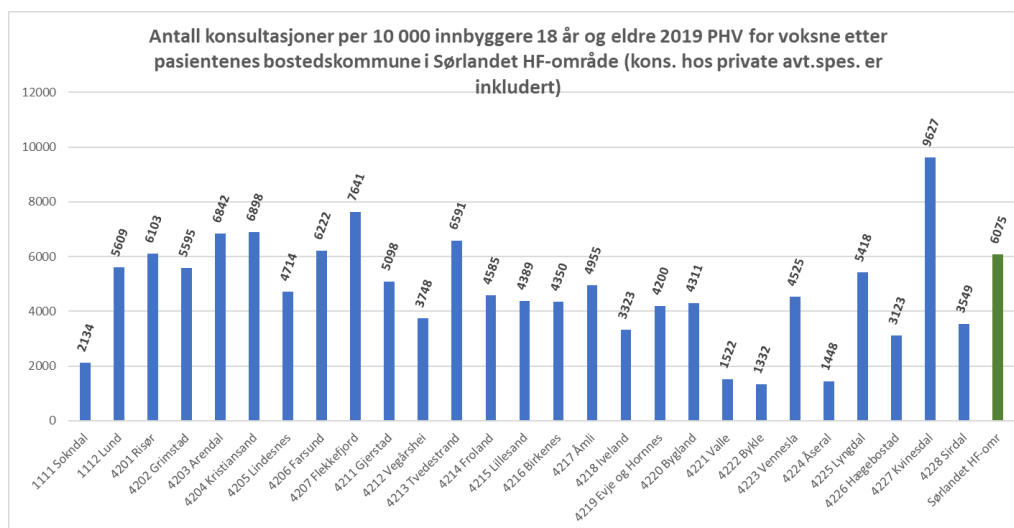


Figur 7.28 Antall konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter HF-område i Norge og tjenestetilbyder

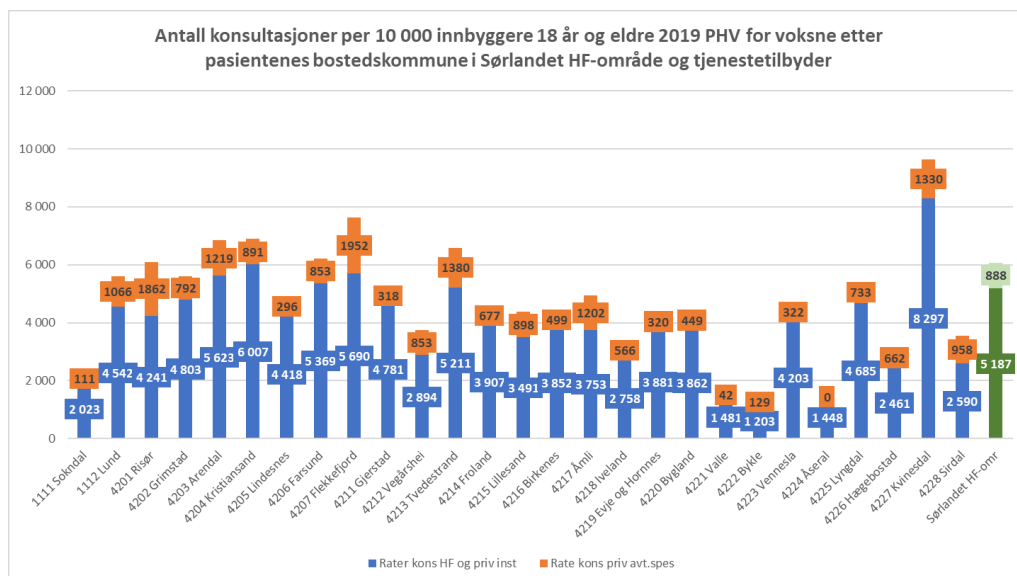
Sørlandet HF-område ligger over gjennomsnittet i forbruk av konsultasjoner innenfor PHV-V. HF-området har det fjerde høyeste forbruket av områdene. Variasjonsbredden er stor med Oslo HF-område som det høyeste forbruksnivået og Finnmarksykehuset HF-område som det laveste.

Forskjellen er på 4 028 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og utgjør 71 prosent av gjennomsnittet. Målt i forhold til gjennomsnittet er det noe mindre variasjon i forbruket av konsultasjoner enn for døgnopphold som hadde en variasjon som utgjorde 79 prosent av gjennomsnittet. Bruken av private avtalespesialister varierer også mye mellom HF-områdene. Sørlandet HF-område har et forbruk av avtalespesialister som ligger under landsgjennomsnittet, mens bruken av HF og private institusjoner ligger høyere enn landsgjennomsnittet. Forskjellene i bruken av private avtalespesialister er betydelig større enn forskjellen i bruken av HF og private institusjoner da variasjonsbredden for HF og private institusjoner utgjør 47 prosent av gjennomsnittet mens tilsvarende for private avtalespesialister er 174 prosent. Oslo HF-område som har det høyeste forbruket av konsultasjoner ved HF og private institusjoner har også det høyeste forbruket av avtalespesialister. Vi ser også at mange av de HF-områdene som har et lavt forbruk ved HF og private institusjoner samtidig ligger lavere enn gjennomsnittet i bruken av avtalespesialister.

I figurene 7.29 og 7.30 gis tilsvarende oversikt over pasientenes bostedskommuner i Sørlandet HF-område.



Figur 7.29 *Antall konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område (konsultasjoner hos private avtalespesialister er inkludert)*



Figur 7.30 *Antall konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre PHV for voksne 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område og tjenestetilbyder*

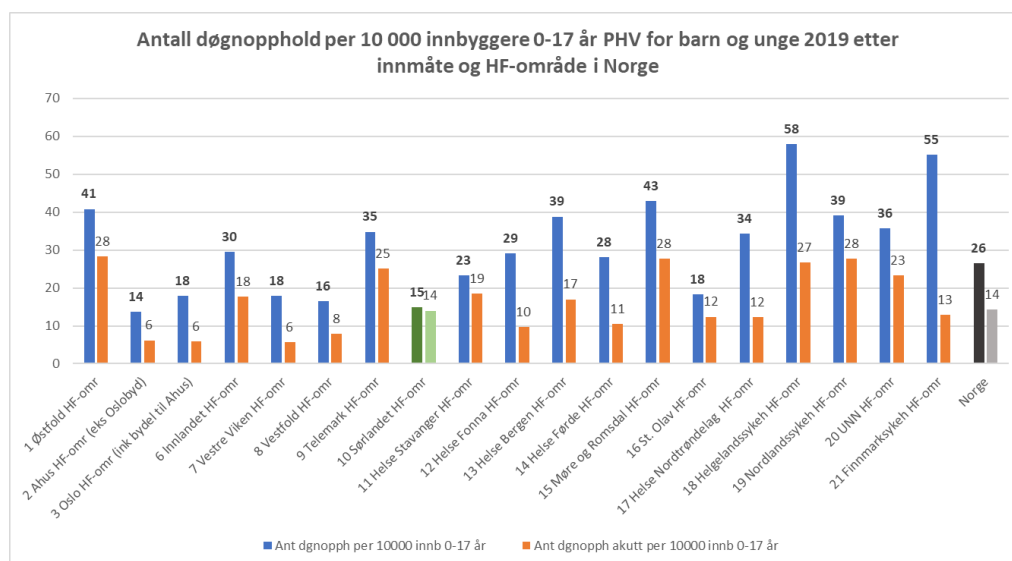
Forskjellene mellom kommunene er større enn tilsvarende for HF-områdene da variasjonsbredden utgjør 137 prosent av gjennomsnittet her, mens tilsvarende mellom HF-områdene var 71 prosent. Bruken av avtalespesialister varierer fra 0 til 1 952 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre noe som utgjør 220 prosent av gjennomsnittsforbruket av avtalespesialister.

7.3 Forbruket av psykisk helsevern for barn og unge

I dette delkapitlet presenteres forbruksrater for psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). Det gis de samme oversiktene her som for PHV-V, men der det er svært få antall episoder presenteres ikke oversikter for bostedskommunene da det gir muligheter for tilbakeveisidentifisering av personer. Dette gjelder spesielt for døgnpasienter som det generelt er få av innenfor PHV-BU.

7.3.1 Forbruket av døgnopphold og liggedøgn PHV-BU

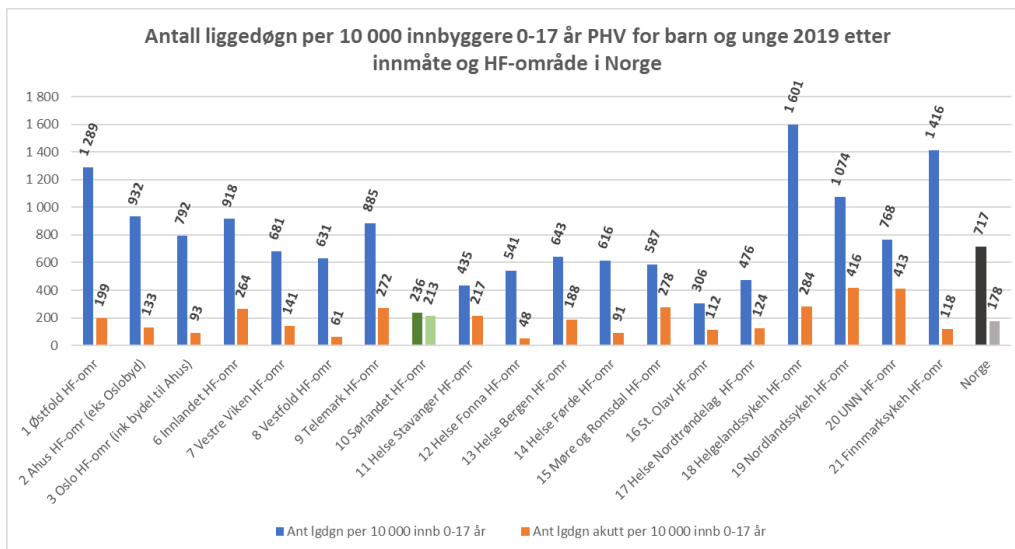
I figur 7.31 presenteres antall døgnopphold og døgnopphold akutt per 10 000 innbyggere 0-17 år etter pasientenes HF-områder 2019.



Figur 7.31 Antall døgnopphold og døgnopphold akutt per 10 000 innbyggere 0-17 år PHV for barn og unge 2019 etter HF-områder i Norge

Figuren viser at Sørlandet HF-område ligger nest lavest i forbruksrate for døgnoppholdene innenfor PHV-BU. Det er kun Ahus-området (ekskl. Oslo-bydeler) som har lavere rate. Variasjonsbredden for døgnoppholdsraten er på 44 døgnopphold per 10 000 innbyggere 0-17 år noe som utgjør 167 prosent av gjennomsnittsforkbruket i Norge. Variasjonen er derfor betydelig større innenfor PHV-BU enn tilsvarende for PHV-V som hadde en variasjonsbredde som utgjorde 79 prosent av gjennomsnittsraten for Norge. Det må samtidig understrekes at det er relativt få døgnopphold per HF-område innenfor PHV-BU sammenliknet med tilsvarende for PHV-V. Når det gjelder døgnopphold med inntaksmåte akutt endres bildet noe for forbruket i Sørlandet HF-område. For de akutte innleggelsene er forbruksraten for Sørlandet på landsgjennomsnittet og mange HF-områder har lavere rate. Variasjonsbredden er noe mindre for de akutte enn for variasjonen i de samlede ratene, men variasjonen mellom HF-områdene er relativt stor her også med en variasjonsbredde som utgjør 157 prosent av gjennomsnittet for Norge.

I figur 7.32 presenteres ratene for liggedøgnene innenfor PHV-BU etter HF-områdene. Figuren viser samlede liggedøgnrater og liggedøgnrater for pasienter med akutt inntaksmåte.



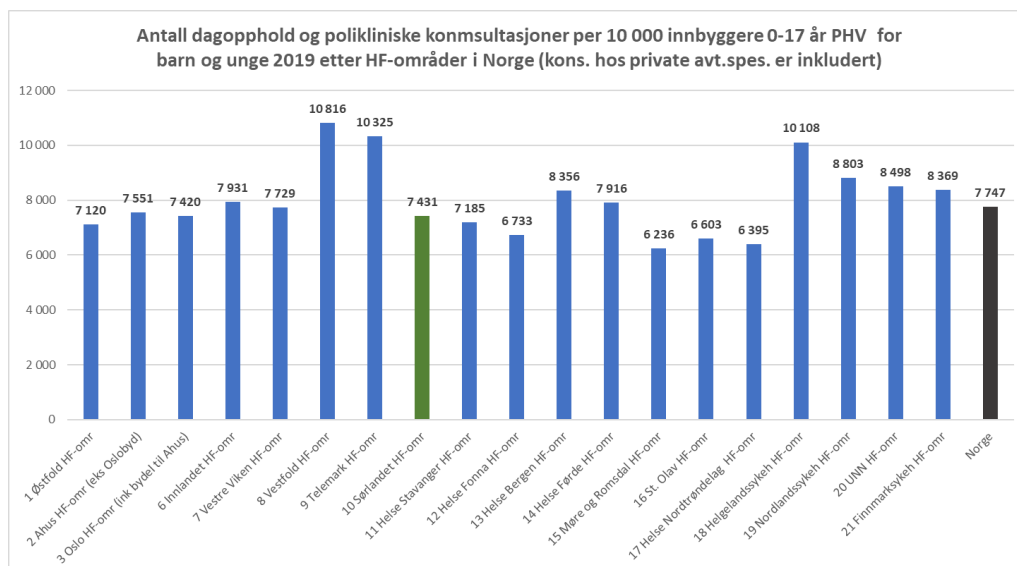
Figur 7.32 Antall liggedøgn og liggedøgn akutt per 10 000 innbyggere 0-17 år PHV for barn og unge 2019 etter HF-områder i Norge

De samlede liggedøgnratene for Sørlandet HF-område er lavest i landet og forskjellen mot landsgjennomsnittet er større for liggedøgnene enn for døgnoppholdene samlet. Figuren viser også at Sørlandet HF-område har den minste forskjellen på den samlede liggedøgnraten og raten for liggedøgn knyttet til pasienter med akutt inntaksmåte. Her er det betydelig større forskjeller på de andre HF-områdene. Dette kan være en indikasjon på at kapasiteten for elektive pasienter er knapp i HF-området. Samtidig må det understrekes at forbruksraten for akutte liggedøgn er noe høyere enn landsgjennomsnittet. Raten for akutte døgnopphold var lik landsgjennomsnittet slik at liggetiden for akutte pasienter i Sørlandet HF-område er noe lengre enn for landsgjennomsnittet.

Døgnaktiviteten innenfor PHV for barn og unge er volummessig liten og internt i Sørlandet HF-område var det registrert 102 døgnopphold med 1 619 liggedøgn samlet. Variasjonen mellom kommunene er fra 0 døgnopphold i 10 av kommunene til 28 døgnopphold i kommunen med høyest antall. Dette gir svært store forskjeller både i liggedøgn- og døgnoppholdsrater, og det er vanskelig å tolke noe ut av disse ratene når antallet blir så lite. Det presenteres derfor ikke forbruksrater på kommunenivå for døgnaktiviteten innenfor PHV for barn og unge.

7.3.2 Forbruket av dagopphold og poliklinikk PHV-BU

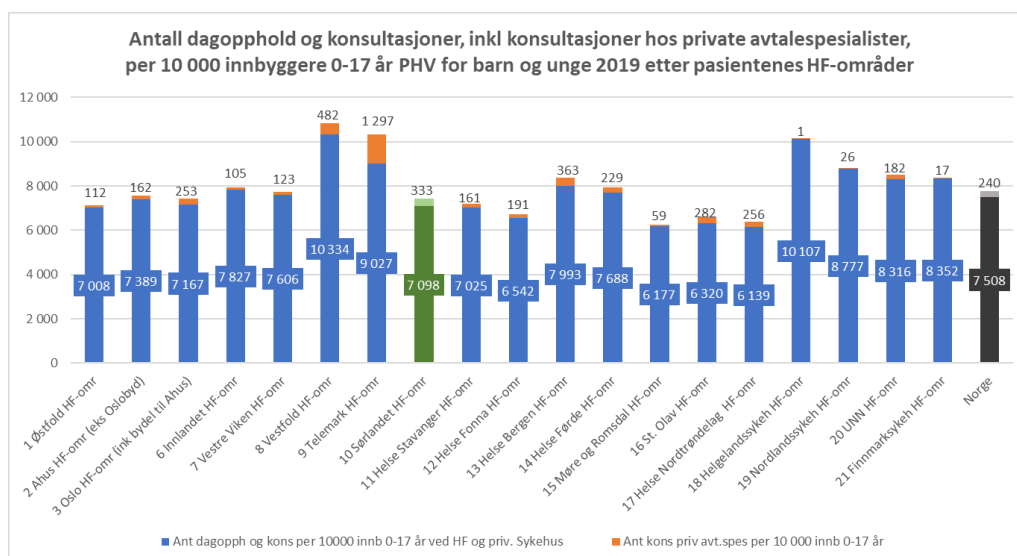
I figur 7.33 presenteres antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år for HF-områdene i Norge. Generelt sett kodes det få dagopphold i Norge slik at vi har slått sammen dagopphold og konsultasjoner til et felles aktivitetsmål. I figuren er konsultasjoner hos private avtalespesialister også inkludert.



Figur 7.33 Antall dagopphold og konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år PHV for barn og unge 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område (konsultasjoner hos private avtalespesialister er inkludert)

For bruket av poliklinikk for Sørlandet HF-område er noe lavere enn gjennomsnittet i Norge. Figuren viser også at det er flere HF-områder som har lavere forbruk enn Sørlandet HF-område. Det er relativt stor variasjon mellom HF-områdene i forbruksrater. Variasjonsbredden er på 4 580 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år og utgjør 59 prosent av landsgjennomsnittet. Dette betyr at variasjonen i forbruket her likevel er noe mindre enn tilsvarende for PHV for voksne der variasjonsbredden var 70 prosent av gjennomsnittet.

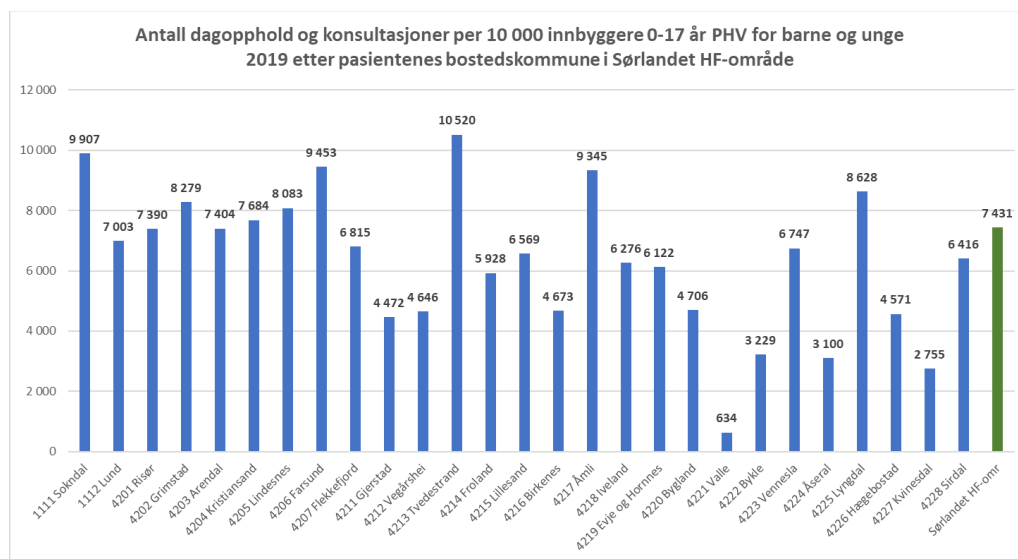
I figur 7.34 presenteres tilsvarende oversikt, men nå etter tjenestetilbyder også. Vi har inndelt forbruksraten i forbruket hos private avtalespesialister og forbruket samlet ved HF og private sykehus.



Figur 7.34 Antall dagopphold og konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år PHV for barn og unge 2019 etter HF-område i Norge og tjenestetilbyder

Figuren viser at bruken av avtalespesialister i PHV for barn og unge er liten sammenlignet med PHV for voksne. For Sørlandet HF-område er bruken av private avtalespesialister noe høyere enn tilsvarende for landsgjennomsnittet slik at her bidrar avtalespesialistene til at HF-området nærmer seg landsgjennomsnittet. Ellers er det bare tre HF-områder som har høyere forbruk av avtalespesialister enn Sørlandet HF-område der Telemark HF-område skiller seg ut med spesielt høyt forbruk hos avtalespesialistene.

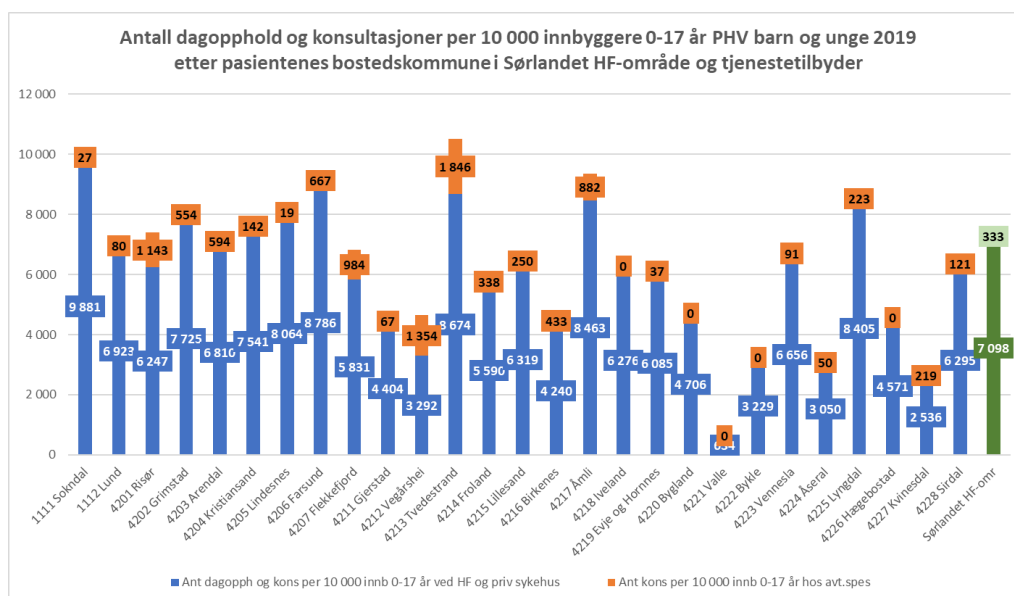
I figur 7.35 presenteres forbruksrater samlet for dagopphold og konsultasjoner etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område.



Figur 7.35 *Antall dagopphold og konsultasjoner samlet per 10 000 innbyggere 0-17 år PHV for barn og unge 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område (konsultasjoner hos private avtalespesialister er inkludert)*

Figuren viser at det er stor variasjon i forbruket mellom kommunene i Sørlandet HF-område. Variasjonsbredden er på 9 886 dagopphold og konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år og utgjør 133 prosent av gjennomsnittsforkruket i HF-området. Valle kommune som har det laveste forbruket er en relativt liten kommune som har kun 205 innbyggere i den aktuelle aldersgruppen.

I figur 7.36 presenteres tilsvarende også etter tjenestetilbyder.



Figur 7.36 Antall dagopphold og konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år PHV for barn og unge 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område og tjenestetilbyder

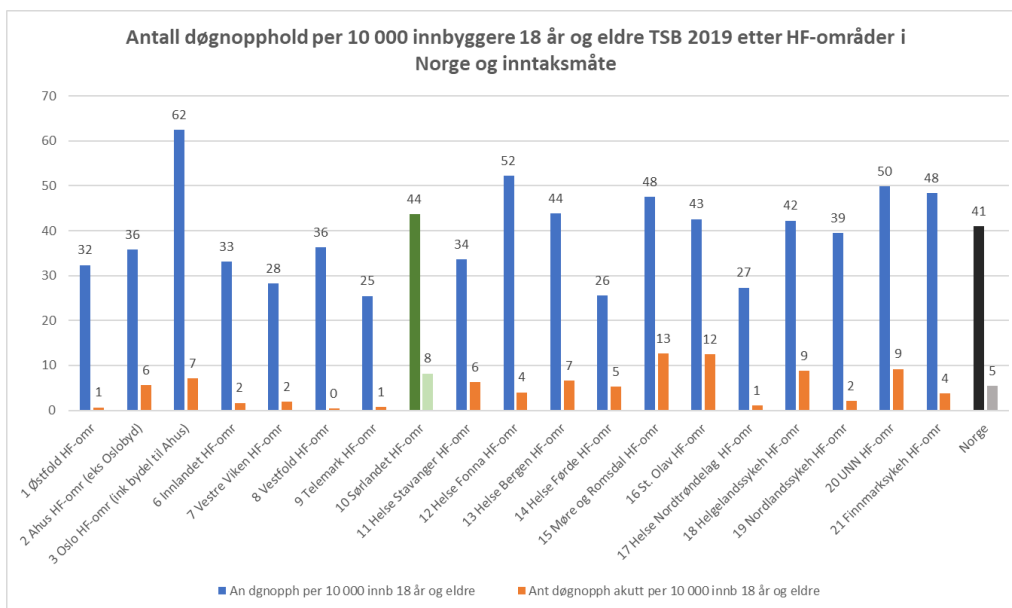
Figuren viser at det er flere kommuner som ikke har forbruk hos private avtalespesialister hvorav Valle er den ene. Samtidig viser figuren at høyest rate hos avtalespesialister har Tvedestrand, en kommune som også har relativt høyt forbruk når avtalespesialistene holdes utenfor. Bruken av avtalespesialister bidrar derfor ikke til å utjevne forbruksforskjellene.

7.4 Forbruket av tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

I dette delkapitlet gis tilsvarende oversikter for sektoren tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). I denne sektoren er det ikke bruk av private avtalespesialister, men det er relativt høyt volum hos private institusjoner enkelte steder i Norge. Vi ser imidlertid på det samlede forbruket innenfor sektoren og viser først forbruket mellom HF-områdene i Norge og deretter mellom bostedskommunene i Sørlandet HF-område.

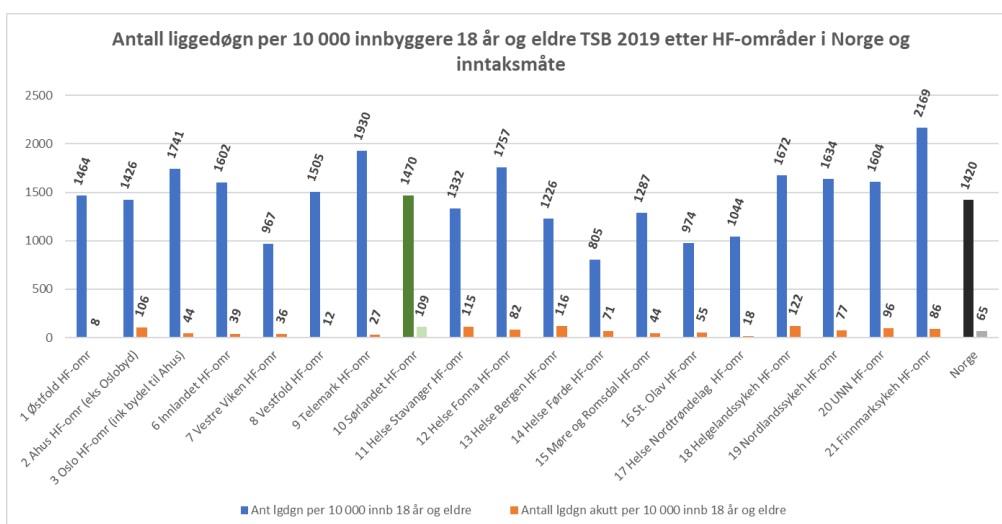
7.4.1 Forbruket av døgnopphold og liggedøgn TSB

I figur 7.37 presenteres antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre TSB 2019 etter HF-områder i Norge og inntaksmåte.



Figur 7.37 Antall døgnopphold og døgnopphold akutt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre TSB 2019 etter HF-områder i Norge

Figuren viser at forbruksnivået i Sørlandet er noe høyere enn landsgjennomsnittet både for samlet antall døgnopphold og for de akutte. Både for samlet og for akutte er det flere HF-områder som ligger høyere og flere som ligger lavere enn Sørlandet HF-område. Variasjonsbredden er på 37 døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og utgjør 90 prosent av gjennomsnittet, noe som indikerer store variasjoner mellom HF-områdene. Figuren viser også at andelen akutte døgnopphold er lavere enn tilsvarende for PHV for voksne med henholdsvis 14 og 66 prosent. Samtidig er variasjonsbredden i akutte-rate (223 prosent av gjennomsnittet) betydelig større enn tilsvarende i den samlede raten (90 prosent av gjennomsnittet). I figur 7.38 presenteres tilsvarende for liggedøgnene.



Figur 7.38 Antall liggedøgn og liggedøgn akutt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre TSB 2019 etter HF-områder i Norge

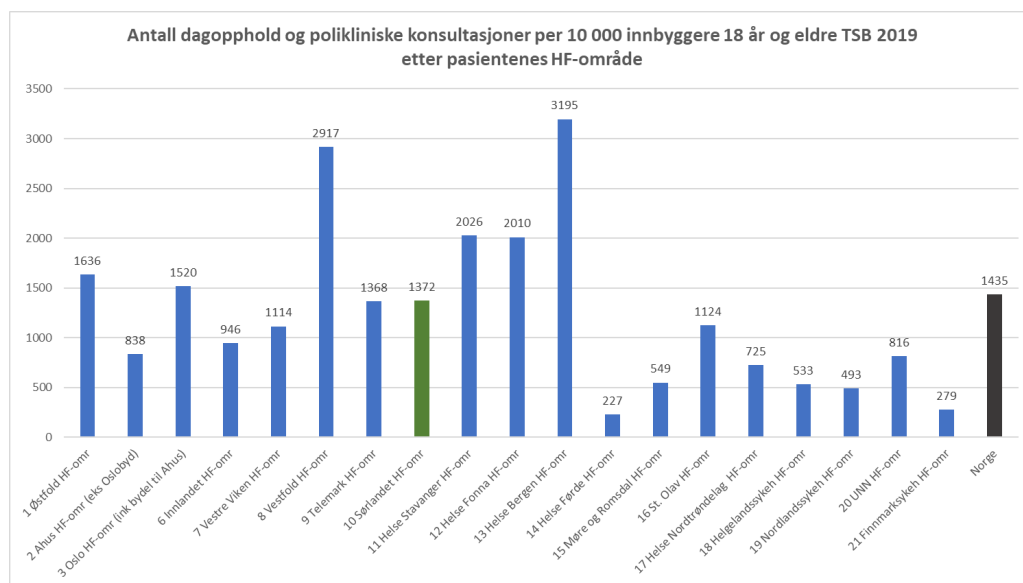
Figuren viser at Sørlandet ligger noe over gjennomsnittet for liggedøgnratene også, både de samlede og de akutte. Det akutte liggedøgnforbruket utgjør en betydelig lavere andel av det

samlede liggedøgnforbruket enn tilsvarende for forbruket av døgnopphold med henholdsvis 5 og 13 prosent. Variasjonsbredden i det samlede liggedøgnforbruket er 1 365 liggedøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og utgjør 96 prosent av gjennomsnittet og varierer derfor noe mer enn døgnoppholdene der variasjonsbredden var 90 prosent av gjennomsnittet.

For kommunene i Sørlandet HF-område er det svært små volumer per kommune og variasjonen mellom kommunene er fra ingen døgnopphold til 437 døgnopphold i kommunen med høyest antall. 10 av kommunene har færre enn 4 døgnopphold og for å unngå tilbakeveisidentifisering av pasienter velger vi ikke å presentere rater for døgnopphold og liggedøgn per kommune.

7.4.2 Forbruket av dagopphold og poliklinikk TSB

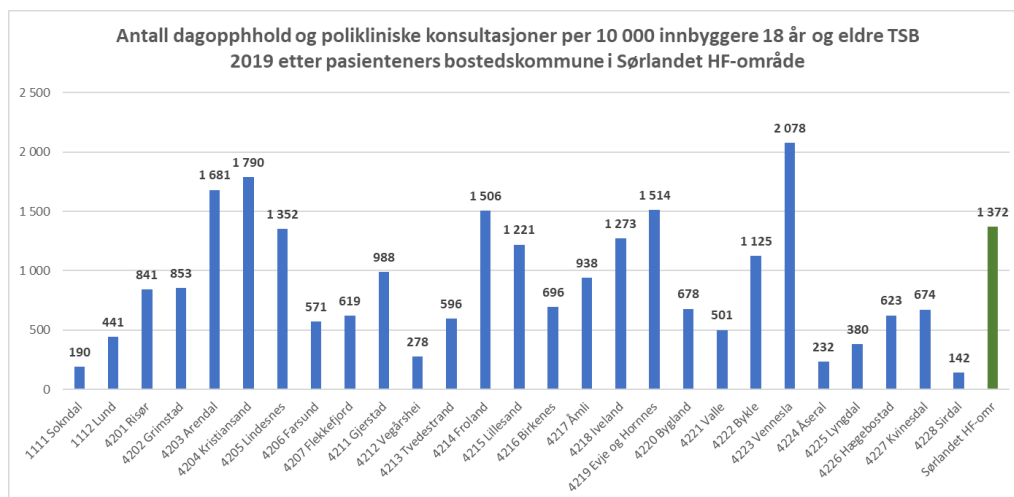
Dagopphold registreres det få av og vi velger å slå sammen antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner til et felles aktivitetsmål. I figur 7.39 presenteres antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre etter HF-områder i Norge.



Figur 7.39 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre TSB 2019 etter HF-områder i Norge

Sørlandet HF-område ligger svakt lavere enn landsgjennomsnittet for forbruket av dagbehandling og poliklinikk. Variasjonen mellom HF-ene er betydelig her også og variasjonsbredden på 2 968 dagopphold og konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre utgjør 207 prosent av gjennomsnittet for Norge.

I figur 7.40 presenteres tilsvarende oversikt for kommunene i Sørlandet HF-område.



Figur 7.40 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre TSB 2019 etter pasientenes bostedskommune i Sørlandet HF-område

Figuren viser at det er stor variasjon i forbruket av dagbehandling og poliklinikk mellom kommunene i Sørlandet HF-område også, men alle kommuner har forbruk. Variasjonsbredden er på 1 936 dagopphold og konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre og utgjør 141 prosent av gjennomsnittet for HF-området. Variasjonen er derfor noe mindre enn tilsvarende mellom HF-områdene i Norge.

7.5 Oppsummering av forbruket

7.5.1 Oppsummering somatisk sektor

Forbruket av døgnbehandling for somatisk sektor i Sørlandet HF-område er noe lavere enn gjennomsnittet for Norge. SSHF utfører hoveddelen av dette forbruket og HF-et har lave gjennomsnittlige liggetider innen somatisk sektor. Dette resulterer i at forbruket av liggedøgnene har større avstand til gjennomsnittet enn når det måles med døgnopphold. Volumet av døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner utgjør en liten andel av det samlede forbruket. Forbruket av disse i Sørlandet HF-område er lik nivået for landsgjennomsnittet målt i døgnopphold. Forbruksraten i Sørlandet HF-område for akutte døgnopphold er også noe lavere enn landsgjennomsnittet. Variasjonsbredden for samlet forbruk av døgnopphold er på 64 døgnopphold per 1 000 innbyggere og utgjør 43 prosent av gjennomsnittet. Tilsvarende for akutte døgnopphold er 39 og utgjør 38 prosent av gjennomsnittet. Variasjonen er derfor noe mindre for de akutte døgnoppholdene enn for døgnoppholdene samlet.

Forbruket for døgnbehandlingen mellom kommunene i Sørlandet HF-område varierer mer enn tilsvarende mellom HF-områdene. Dette gjelder spesielt for de akutte døgnoppholdene der variasjonsbredden er på 50 døgnopphold per 1 000 innbyggere og utgjør 50 prosent av gjennomsnittet for HF-området.

Forbruksrater for døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG viser at Sørlandet HF-område har noe høyere døgnrate enn landsgjennomsnittet og noe lavere for dagraten. Forholdet mellom forbruket av dag- og døgnkirurgi er derfor noe lavere i Sørlandet HF-område enn landet. Det er imidlertid 7 av HF-områdene som har et lavere forhold enn Sørlandet HF-område. Internt i Sørlandet HF-område er variasjonen betydelig mellom kommunene i forholdet mellom forbruk dag- og døgnkirurgi.

For poliklinikk inkludert dagmedisin ligger forbruksraten for Sørlandet HF-område nær gjennomsnittet for landet. Dersom man ser på sammensetningen av de tre tjenestetilbyderne HF og private sykehus samlet, private rehabiliteringsinstitusjoner og private avtalespesialister, er det slik at Sørlandet HF-område har noe lavere rate enn landsgjennomsnittet for poliklinikk ved HF og Private sykehus og høyere rate for bruk av private avtalespesialister enn raten for landet samlet. Private rehabiliteringsinstitusjoner har nesten ikke poliklinikktilbud og betyr lite for samlet forbruksrate for poliklinikk. Det er ingen systematikk i at der det er lavt forbruk ved HF og private sykehus, så er det tilsvarende høyt forbruk av private avtalespesialister mellom HF-områdene og omvendt. Det er derfor ikke slik at bruken av avtalespesialister bidrar til å utjevne forskjeller i forbruket av HF og private sykehus mellom HF-områdene.

Internt i Sørlandet HF-område er variasjonen mellom bostedskommunene også her større enn tilsvarende for HF-områdene med en variasjonsbredde på 852 konsultasjoner per 1 000 innbyggere noe som utgjør 50 prosent av gjennomsnittsforbruket for området. Tilsvarende for bruken av avtalespesialister er en bredde på 505 per 1 000 innbyggere, noe som utgjør 92 prosent av gjennomsnittet. Variasjonsbredden for poliklinikkforbruk eksklusive private avtalespesialister er mindre med 440 konsultasjoner per 1 000 innbyggere noe som utgjør 38 prosent av gjennomsnittet for området. Dette betyr at bruken av avtalespesialister ikke virker utjevnende på forskjeller i forbruket imellom kommunene i HF-området.

Forbruket av bildediagnostikk ligger lavere enn gjennomsnittet i HSØ for alle modalitetene for Sørlandet bostedsområde. For noen av modalitetene er raten lavest av alle. Det kan derfor oppsummeres med at forbruket av bildediagnostikk er relativt lavt ved Sørlandet bostedsområde. Dette gjelder også når bruken av private tilbydere inkluderes i ratene.

7.5.2 Oppsummering PHV voksne

Antall døgnopphold per 10 000 innbyggere 18 år og eldre er høyere enn landsgjennomsnittet ved Sørlandet HF-området. Dette gjelder også for akutte døgnopphold. Andelen akutte opphold er også noe høyere ved Sørlandet HF-område enn for landet. Variasjonen mellom HF-områdene er større enn tilsvarende for somatisk sektor. Sørlandet HF-område ligger også høyere enn landsgjennomsnittet når forbruket måles som antall liggedøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Dette gjelder også for de akutte døgnene. Avstanden til landsgjennomsnittet er noe mindre for liggedøgnene enn for døgnoppholdene, noe som indikerer at det er kortere ligge- eller oppholdstider i området enn for landet.

Tilsvarende oversikter over bostedskommunene i Sørlandet HF-område viser betydelig større forskjeller enn mellom HF-områdene. Dette gjelder både for liggedøgns- og oppholdsratene. Det må samtidig understrekes at det er snakk om små volumer for mange av kommunene i området.

For å se på forbruket knyttet til dagaktiviteten ble antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner slått sammen til et felles aktivitetsmål som betegnes som antall konsultasjoner. Sørlandet HF-område hadde en høyere forbruksrate for konsultasjonene enn landsgjennomsnittet. Bruken av private avtalespesialister er imidlertid mindre enn tilsvarende for landsgjennomsnittet, noe som betyr at bruken av HF og private institusjoner er tilsvarende høyere i forhold til landsgjennomsnittet. Det er relativt stor variasjon i forbruksrater mellom HF-områdene, men noe mindre enn tilsvarende for døgnoppholdene dersom variasjonsbredden måles i prosent av landsgjennomsnittet.

Internt i Sørlandet HF-område er forskjellene i konsultasjonsrater mellom bostedskommunene betydelig større enn tilsvarende for HF-områdene. Bruken av avtalespesialister virker ikke utjevne på forskjeller i rater mellom kommunene knyttet til HF og private institusjoner.

7.5.3 Oppsummering PHV for barn og unge

I PHV-BU presenteres forbruksrater for døgnopphold og liggedøgn kun for HF-områdene og ikke for bostedskommunene internt i Sørlandet HF-område. Dette skyldes at det er så få opphold i noen kommuner at risikoen for tilbakeveisidentifisering av enkeltpasienter er stor. For dagopphold og polikliniske konsultasjoner er volumet betydelig høyere slik at her presenteres det rater også for bostedskommunene i Sørlandet HF-område.

Antall døgnopphold per 10 000 innbyggere i aldersgruppen 0-17 år er lavere enn landsgjennomsnittet for Sørlandet HF-område. Det er kun ett HF-område som har lavere rate enn Sørlandet HF-område og det er Ahus-området eksklusive bydeler fra Oslo som sokner til Ahus. Variasjonen av døgnoppholdsrater er betydelig høyere enn tilsvarende for PHV-V. Når forbruket isoleres til kun å se på døgnopphold med inntaksmåte akutt blir raten for Sørlandet HF-område på landsgjennomsnittet og forskjellen på raten mellom samlede døgnopphold og akutte døgnopphold er absolutt minst i Sørlandet HF-område. Tilsvarende rater målt som liggedøgn per 10 000 innbyggere 0-17 år viser at Sørlandet HF-område har lavest samlet liggedøgnsrate av alle områdene. For de akutte døgnene er raten noe høyere enn landsgjennomsnittet, men forskjellen på samlet rate og akutt rate er betydelig mindre enn ved de andre HF-områdene. Dette kan være en indikasjon på at kapasiteten for elektive pasienter innen PHV-BU er knapp i Sørlandet HF-område. Forbruksrater for kommunene presenteres som nevnt ikke for døgnpasientene pga. svært få pasienter i noen kommuner.

For dagaktiviteten er antall dagopphold og konsultasjoner slått sammen til et felles aktivitetsmål. Raten for Sørlandet HF-område er noe lavere enn gjennomsnittet for landet. Variasjonsbredden målt mot landsgjennomsnittet er noe lavere her enn tilsvarende for PHV-V. Oversiktene viser også at private avtalespesialister har små volumer og utgjør en svært liten andel av det samlede forbruket. Dette gjelder for Sørlandet HF-område også selv om bruken av avtalespesialister er noe høyere enn tilsvarende for landet. Variasjonen mellom kommunene internt i Sørlandet HF-område er betydelig med en variasjonsbredde fra 634 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år i Valle kommune til 10 520 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år i Tvedestrand som har høyest forbruk. Her viser tallene at det er relativt lite bruk av avtalespesialister i kommunene i HF-området, men den bruken som er forsterker forbruksforskjellene da Tvedestrand som har det høyeste forbruket samlet også har det høyeste forbruket av avtalespesialister, mens Valle kommune som har det laveste forbruket ikke bruker avtalespesialister i det hele tatt.

7.5.4 Oppsummering TSB

Forbruksrater for døgnopphold viser at Sørlandet HF-område har noe høyere forbruk enn landsgjennomsnittet og at det samme er tilfelle også for døgnopphold med akutt inntaksmåte. Det er stor variasjon i forbruksrate mellom HF-områdene der variasjonsbredden utgjør 90 prosent av gjennomsnittsraten. Forbruket målt i liggedøgn ligger også over landsgjennomsnitt, både samlet og for akutte døgn. Her er variasjonsbredden noe høyere enn for døgnoppholdene med en variasjonsbredde som utgjør 96 prosent av gjennomsnittet.

Det er så få døgnopphold i flere av kommunene i HF-området at vi velger ikke å presentere rater på

bostedskommune for døgnopphold og liggedøgn. Dette som tidligere nevnt pga. høy risiko for tilbakeveisidentifisering av enkeltpasienter.

Generelt registreres det få dagopphold innenfor TSB slik at vi også her slår sammen antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner til felles aktivitetsmål antall konsultasjoner. Forbruksratene for konsultasjoner viser at Sørlandet HF-område ligger svakt under gjennomsnittsnivået for landet. Her er det en betydelig variasjon mellom HF-områdene der variasjonsbredden utgjør 207 prosent av gjennomsnittsforbruket for landet.

En oversikt over bostedskommunene internt i Sørlandet HF-område viser at alle kommunene har forbruk, men variasjonen her er også relativt stor. Med en variasjonsbredde som utgjør 141 prosent av gjennomsnittet for området er variasjonen noe mindre mellom bostedskommunene enn tilsvarende for HF-områdene.

8 Behandlingssted for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område

I dette kapitlet undersøkes hvor pasientene bosatt i Sørlandet HF-område mottar sin behandling. Det vises samlede oversikter for behandlingsnivåene innenfor hver sektor i form av matriser som viser antallet episoder i kommunene i området og hvilke institusjoner som har behandlet pasientene. Videre presenteres tilsvarende matriser for prosentandelene i hver kommune og hver institusjon.

I matrisene presenteres aktiviteten på sykehusnivå for SSHF samt pasienter behandlet ved OUS. Andre HF i HSØ presenteres samlet. HF i andre regioner presenteres samlet per region, mens private sykehus, private avtalespesialister og private rehabiliteringsinstitusjoner presenteres i egne kolonner. I oversiktene er HF- eller bostedsområdene definert som følger:

- 1 Kristiansand bostedsområde
- 2 Arendal bostedsområde
- 3 Flekkefjord bostedsområde

Datamaterielt er hentet fra NPR-data 2019.

8.1 Behandlingssted somatisk sektor

I tabell 8.1 og 8.2 presenteres oversiktene over døgnoppholdene for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område.

Tabell 8.1 *Antall døgnopphold 2019 somatisk sektor for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted*

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	SSHF Kongsgård	OUSHF	Andre inst i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private sykehus	Private rehab.inst.	Sum	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	657	23	11 844	48	1 298	431	121	25	30	47	435	14 959	1
4205 Lindesnes	163	122	2 436	14	263	83	41	7	5	12	157	3 303	1
4215 Lillesand	530	1	692	9	134	44	17	2	1	3	51	1 484	1
4216 Birkenes	222	0	422	0	63	17	3	2	0	1	18	748	1
4218 Iveland	19	1	145	3	6	8	0	0	0	1	12	195	1
4219 Evje og Hornes	171	1	284	1	44	11	12	0	1	1	19	545	1
4223 Vennesla	85	3	1 727	8	201	45	13	1	2	8	70	2 163	1
4224 Åseral	9	5	85	0	8	5	2	0	0	0	1	115	1
Kristiansand bostedsomr	1 856	156	17 635	83	2 017	644	209	37	39	73	763	23 512	1
4201 Risør	727	1	113	5	89	57	12	3	2	7	36	1 052	2
4202 Grimstad	2 235	2	401	11	241	78	20	6	8	21	103	3 126	2
4203 Arendal	5 162	5	575	22	590	179	41	10	14	26	216	6 840	2
4211 Gjerstad	259	0	21	2	45	36	3	0	0	3	11	380	2
4212 Vegårshei	223	0	29	0	33	9	3	3	1	1	13	315	2
4213 Tvedestrand	676	0	88	2	98	21	2	0	1	4	38	930	2
4214 Froland	728	0	102	3	72	21	6	10	0	3	25	970	2
4217 Åmli	230	0	22	1	21	10	0	0	1	4	11	300	2
4220 Bygland	82	0	79	1	10	12	7	1	3	1	4	200	2
4221 Valle	72	0	78	6	16	4	1	0	0	0	4	181	2
4222 Bykle	52	1	63	0	13	7	0	0	0	0	1	137	2
Arendal bostedsomr	10 446	9	1 571	53	1 228	434	95	33	30	70	462	14 431	2
1111 Sokndal	1	115	8	0	14	2	347	0	0	2	9	498	3
1112 Lund	3	243	15	3	11	4	175	0	0	2	12	468	3
4206 Farsund	79	921	514	6	117	12	47	3	1	10	78	1 788	3
4207 Flekkefjord	45	1 166	281	1	80	28	67	3	2	3	65	1 741	3
4225 Lyngdal	68	858	598	4	118	29	26	4	1	8	80	1 794	3
4226 Hægebostad	10	126	128	0	26	2	5	0	0	2	13	312	3
4227 Kvinesdal	50	708	243	5	61	21	44	0	0	2	41	1 175	3
4228 Sirdal	5	106	20	0	7	7	109	0	1	0	4	259	3
Flekkefjord bostedsomr	261	4 243	1 807	19	434	105	820	10	5	29	302	8 035	3
Sum	12 563	4 408	21 013	155	3 679	1 183	1 124	80	74	172	1 527	45 978	

Tabell 8.2 Prosentandel døgnopphold 2019 somatisk sektor for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	SSHF Kongsgård	OUS HF	Andre inst i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private sykehus	Private rehab.inst.	Sum	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	4,4	0,2	79,2	0,3	8,7	2,9	0,8	0,2	0,2	0,3	2,9	100,0	1
4205 Lindesnes	4,9	3,7	73,8	0,4	8,0	2,5	1,2	0,2	0,2	0,4	4,8	100,0	1
4215 Lillesand	35,7	0,1	46,6	0,6	9,0	3,0	1,1	0,1	0,1	0,2	3,4	100,0	1
4216 Birkenes	29,7	0,0	56,4	0,0	8,4	2,3	0,4	0,3	0,0	0,1	2,4	100,0	1
4218 Iveland	9,7	0,5	74,4	1,5	3,1	4,1	0,0	0,0	0,0	0,5	6,2	100,0	1
4219 Evje og Hornes	31,4	0,2	52,1	0,2	8,1	2,0	2,2	0,0	0,2	0,2	3,5	100,0	1
4223 Vennesla	3,9	0,1	79,8	0,4	9,3	2,1	0,6	0,0	0,1	0,4	3,2	100,0	1
4224 Åseral	7,8	4,3	73,9	0,0	7,0	4,3	1,7	0,0	0,0	0,0	0,9	100,0	1
Kristiansand bostedsomr	7,9	0,7	75,0	0,4	8,6	2,7	0,9	0,2	0,2	0,3	3,2	100,0	1
4201 Risør	69,1	0,1	10,7	0,5	8,5	5,4	1,1	0,3	0,2	0,7	3,4	100,0	2
4202 Grimstad	71,5	0,1	12,8	0,4	7,7	2,5	0,6	0,2	0,3	0,7	3,3	100,0	2
4203 Arendal	75,5	0,1	8,4	0,3	8,6	2,6	0,6	0,1	0,2	0,4	3,2	100,0	2
4211 Gjerstad	68,2	0,0	5,5	0,5	11,8	9,5	0,8	0,0	0,0	0,8	2,9	100,0	2
4212 Vegårshei	70,8	0,0	9,2	0,0	10,5	2,9	1,0	1,0	0,3	0,3	4,1	100,0	2
4213 Tvedestrand	72,7	0,0	9,5	0,2	10,5	2,3	0,2	0,0	0,1	0,4	4,1	100,0	2
4214 Froland	75,1	0,0	10,5	0,3	7,4	2,2	0,6	1,0	0,0	0,3	2,6	100,0	2
4217 Åmli	76,7	0,0	7,3	0,3	7,0	3,3	0,0	0,0	0,3	1,3	3,7	100,0	2
4220 Bygglund	41,0	0,0	39,5	0,5	5,0	6,0	3,5	0,5	1,5	0,5	2,0	100,0	2
4221 Valle	39,8	0,0	43,1	3,3	8,8	2,2	0,6	0,0	0,0	0,0	2,2	100,0	2
4222 Bykle	38,0	0,7	46,0	0,0	9,5	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	100,0	2
Arendal bostedsomr	72,4	0,1	10,9	0,4	8,5	3,0	0,7	0,2	0,2	0,5	3,2	100,0	2
1111 Sokndal	0,2	23,1	1,6	0,0	2,8	0,4	69,7	0,0	0,0	0,4	1,8	100,0	3
1112 Lund	0,6	51,9	3,2	0,6	2,4	0,9	37,4	0,0	0,0	0,4	2,6	100,0	3
4206 Farsund	4,4	51,5	28,7	0,3	6,5	0,7	2,6	0,2	0,1	0,6	4,4	100,0	3
4207 Flekkefjord	2,6	67,0	16,1	0,1	4,6	1,6	3,8	0,2	0,1	0,2	3,7	100,0	3
4225 Lyngdal	3,8	47,8	33,3	0,2	6,6	1,6	1,4	0,2	0,1	0,4	4,5	100,0	3
4226 Hægebostad	3,2	40,4	41,0	0,0	8,3	0,6	1,6	0,0	0,0	0,6	4,2	100,0	3
4227 Kvinesdal	4,3	60,3	20,7	0,4	5,2	1,8	3,7	0,0	0,0	0,2	3,5	100,0	3
4228 Sirdal	1,9	40,9	7,7	0,0	2,7	2,7	42,1	0,0	0,4	0,0	1,5	100,0	3
Flekkefjord bostedsomr	3,2	52,8	22,5	0,2	5,4	1,3	10,2	0,1	0,1	0,4	3,8	100,0	3
Sum	27,3	9,6	45,7	0,3	8,0	2,6	2,4	0,2	0,2	0,4	3,3	100,0	

Pasienter bosatt i Kristiansand bostedsområde har en egendekning på 75 prosent av døgnoppholdene. Av andre HF er det OUS som har den største andelen med 8,6 prosent av oppholdene. Arendal bostedsområde har 72,4 prosent av døgnoppholdene i eget sykehus og benytter OUS med 8,5 prosent. Flekkefjord bostedsområde har en egendekning på 52,8 prosent. Flekkefjord har noe smalere «tilbud» enn de to andre og bruken av andre HF vil derfor være høyere. Bostedsområdet benytter sykehuset i Kristiansand med 22,5 prosent og institusjoner i HV med 10,2 prosent av døgnoppholdene. OUS benyttes i mindre grad enn de to andre bostedsområdene med en relativ bruk på 5,4 prosent. Alle bostedsområdene har en relativt liten andel av døgnoppholdene i private rehabiliteringsinstitusjoner og tilnærmet like prosentandeler med henholdsvis 3,2, 3,2 og 3,8 prosent. Døgnpasienter benytter nesten ikke private sykehus. I Kristiansand bostedsområde har alle kommunene høyest andel ved sykehuset i Kristiansand. Med unntak av Valle og Bykle er det samme tilfelle for Arendal bostedsområde. For Flekkefjord bostedsområde er spredningen noe større ved at flere kommuner har høyere andel døgnopphold utenfor eget sykehus.

Fargene illustrerer hvilke institusjoner som har den høyeste andelen døgnopphold av kommunene.

I tabell 8.3 og 8.4 presenteres tilsvarende for dagkirurgi. Dagoppholdene er definert som dagkirurgi og dialyse, og vi velger å presentere bare dagkirurgi her da dialysen er så spesiell.

Tabell 8.3 Antall dagopphold i kirurgisk DRG 2019 somatisk sektor for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	OUS HF	Andre HF i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private inst	Sum	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	1 060	38	2 154	198	211	162	3	2	225	4 053	1
4205 Lindesnes	217	59	463	39	27	85	2	0	39	931	1
4215 Lillesand	261	2	133	27	14	8	1	1	30	477	1
4216 Birkenes	106	1	73	12	9	3	0	0	7	211	1
4218 Iveland	11	0	16	1	1	0	0	0	2	31	1
4219 Evje og Hornnes	88	0	46	6	7	2	4	2	8	163	1
4223 Vennessla	125	6	326	20	31	15	1	2	45	571	1
4224 Åseral	8	0	13	2	1	2	0	0	0	26	1
Kristiansand bostedsomr	1 876	106	3 224	305	301	277	11	7	356	6 463	1
4201 Risør	261	0	15	18	31	3	1	2	11	342	2
4202 Grimstad	778	1	100	65	40	15	2	1	26	1 028	2
4203 Arendal	1 730	2	130	103	82	17	5	4	51	2 124	2
4211 Gjerstad	76	0	7	2	19	0	0	0	2	106	2
4212 Vegårshei	70	1	2	6	4	0	0	0	1	84	2
4213 Tvedestrand	207	0	5	14	12	2	0	0	7	247	2
4214 Froland	238	0	14	15	8	3	0	2	5	285	2
4217 Åmli	56	0	2	6	4	0	0	0	4	72	2
4220 Bygland	30	1	14	4	4	1	0	0	1	55	2
4221 Valle	16	0	7	1	2	1	0	0	1	28	2
4222 Bykle	9	0	12	1	4	2	0	0	0	28	2
Arendal bostedsomr	3 471	5	308	235	210	44	8	9	109	4 399	2
1111 Sokndal	0	19	1	1	0	95	0	0	9	125	3
1112 Lund	0	49	3	0	2	86	0	0	5	145	3
4206 Farsund	86	181	113	15	16	60	1	1	14	487	3
4207 Flekkefjord	12	255	63	19	5	112	0	0	13	479	3
4225 Lyngdal	80	129	140	10	9	43	1	0	16	428	3
4226 Hægebostad	15	9	27	0	5	4	0	0	3	63	3
4227 Kvinesdal	56	112	55	5	8	38	0	0	6	280	3
4228 Sirdal	4	21	5	1	0	53	0	0	4	88	3
Flekkefjord bostedsomr	253	775	407	51	45	491	2	1	70	2 095	3
Sum	5 600	886	3 939	591	556	812	21	17	535	12 957	

Tabell 8.4 Prosentandel dagopphold i kirurgisk DRG 2019 somatisk sektor for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	OUS HF	Andre HF i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private inst	Sum	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	26,2	0,9	53,1	4,9	5,2	4,0	0,1	0,0	5,6	100,0	1
4205 Lindesnes	23,3	6,3	49,7	4,2	2,9	9,1	0,2	0,0	4,2	100,0	1
4215 Lillesand	54,7	0,4	27,9	5,7	2,9	1,7	0,2	0,2	6,3	100,0	1
4216 Birkenes	50,2	0,5	34,6	5,7	4,3	1,4	0,0	0,0	3,3	100,0	1
4218 Iveland	35,5	0,0	51,6	3,2	3,2	0,0	0,0	0,0	6,5	100,0	1
4219 Evje og Hornnes	54,0	0,0	28,2	3,7	4,3	1,2	2,5	1,2	4,9	100,0	1
4223 Vennessla	21,9	1,1	57,1	3,5	5,4	2,6	0,2	0,4	7,9	100,0	1
4224 Åseral	30,8	0,0	50,0	7,7	3,8	7,7	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Kristiansand bostedsomr	29,0	1,6	49,9	4,7	4,7	4,3	0,2	0,1	5,5	100,0	1
4201 Risør	76,3	0,0	4,4	5,3	9,1	0,9	0,3	0,6	3,2	100,0	2
4202 Grimstad	75,7	0,1	9,7	6,3	3,9	1,5	0,2	0,1	2,5	100,0	2
4203 Arendal	81,5	0,1	6,1	4,8	3,9	0,8	0,2	0,2	2,4	100,0	2
4211 Gjerstad	71,7	0,0	6,6	1,9	17,9	0,0	0,0	0,0	1,9	100,0	2
4212 Vegårshei	83,3	1,2	2,4	7,1	4,8	0,0	0,0	0,0	1,2	100,0	2
4213 Tvedestrand	83,8	0,0	2,0	5,7	4,9	0,8	0,0	0,0	2,8	100,0	2
4214 Froland	83,5	0,0	4,9	5,3	2,8	1,1	0,0	0,7	1,8	100,0	2
4217 Åmli	77,8	0,0	2,8	8,3	5,6	0,0	0,0	0,0	5,6	100,0	2
4220 Bygland	54,5	1,8	25,5	7,3	7,3	1,8	0,0	0,0	1,8	100,0	2
4221 Valle	57,1	0,0	25,0	3,6	7,1	3,6	0,0	0,0	3,6	100,0	2
4222 Bykle	32,1	0,0	42,9	3,6	14,3	7,1	0,0	0,0	0,0	100,0	2
Arendal bostedsomr	78,9	0,1	7,0	5,3	4,8	1,0	0,2	0,2	2,5	100,0	2
1111 Sokndal	0,0	15,2	0,8	0,8	0,0	76,0	0,0	0,0	7,2	100,0	3
1112 Lund	0,0	33,8	2,1	0,0	1,4	59,3	0,0	0,0	3,4	100,0	3
4206 Farsund	17,7	37,2	23,2	3,1	3,3	12,3	0,2	0,2	2,9	100,0	3
4207 Flekkefjord	2,5	53,2	13,2	4,0	1,0	23,4	0,0	0,0	2,7	100,0	3
4225 Lyngdal	18,7	30,1	32,7	2,3	2,1	10,0	0,2	0,0	3,7	100,0	3
4226 Hægebostad	23,8	14,3	42,9	0,0	7,9	6,3	0,0	0,0	4,8	100,0	3
4227 Kvinesdal	20,0	40,0	19,6	1,8	2,9	13,6	0,0	0,0	2,1	100,0	3
4228 Sirdal	4,5	23,9	5,7	1,1	0,0	60,2	0,0	0,0	4,5	100,0	3
Flekkefjord bostedsomr	12,1	37,0	19,4	2,4	2,1	23,4	0,1	0,0	3,3	100,0	3
Sum	43,2	6,8	30,4	4,6	4,3	6,3	0,2	0,1	4,1	100,0	

Oversiktene viser at det er en høy egendekning for dagkirurgien når HF-et betraktes som ett.

Samtidig viser tabellen at oppgavedelingen mellom Arendal og Kristiansand avspeiles i tallene med at Sykehuset i Arendal har en betydelig høyere prosentandel fra de to andre bostedsområdene enn tilsvarende for døgnoppholdene. Arendal bostedsområde har nesten 80 prosent egendekning på dagkirurgien. Flekkefjord bostedsområde avviker også her fra de to andre gjennom en større andel av dagkirurgien gjennomført ved institusjoner i HV. Private sykehus benyttes i relativt beskjeden grad i alle områdene.

Oppgavefordelingen mellom Arendal og Kristiansand illustreres også ved å se på fargene som viser hvilken institusjon som har høyest andel dagkirurgi ved at nesten alle kommuner har høyest andel ved sykehuset i Arendal fra Arendal bostedsområde og at flere kommuner i Kristiansand bostedsområde har høyest andel ved sykehuset i Arendal. Flekkefjord bostedsområde er spesiell ved at flere kommuner i området bruker andre institusjoner enn eget sykehus mest.

I tabell 8.5 og 8.6 gis en tilsvarende oversikt over de polikliniske konsultasjonene.

Tabell 8.5 Antall polikliniske konsultasjoner 2019 somatisk sektor for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	SSHF Kongsgård	SSHF Bjorbekk	OUS HF	Andre HF i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private sykehus	Private avt.spes.	Private rehab.inst	Sum polikl. kons.	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	11 029	93	99 770	6 535	13	5 533	1 946	778	241	98	783	64 675	53	191 547	1
4205 Lindesnes	1 637	559	18 323	1 397	0	1 074	346	254	43	55	129	11 561	1	35 379	1
4215 Lillesand	5 353	11	5 950	444	120	547	170	72	21	15	74	5 707	14	18 498	1
4216 Birkenes	2 406	1	3 017	285	38	251	68	20	19	2	41	2 215	0	8 363	1
4218 Iveland	212	2	987	52	11	40	29	1	0	1	5	506	0	1 846	1
4219 Evje og Hornes	1 410	7	2 536	164	28	166	82	30	6	8	19	1 360	1	5 817	1
4223 Vennessla	1 561	9	13 526	1 030	0	777	173	64	7	5	144	6 995	9	24 300	1
4224 Åseral	62	22	582	13	0	91	18	5	0	0	2	279	0	1 074	1
Kristiansand bostedsomr	23 670	704	144 691	9 920	210	8 479	2 832	1 224	337	184	1 197	93 298	78	286 824	1
4201 Risør	5 479	1	904	141	91	391	387	50	14	10	36	4 709	13	12 226	2
4202 Grimstad	19 365	10	4 284	673	296	1 190	429	151	48	14	123	11 555	5	38 143	2
4203 Arendal	44 423	14	6 030	1 195	692	2 544	831	270	95	40	225	28 293	22	84 674	2
4211 Gjerstad	2 011	0	363	69	20	143	278	8	10	1	12	1 952	0	4 867	2
4212 Vegårshei	1 848	1	359	42	18	123	84	7	11	12	7	1 236	2	3 750	2
4213 Tvedestrand	5 393	3	764	112	112	371	158	15	11	6	32	4 019	3	10 999	2
4214 Froland	6 008	1	780	280	66	250	86	18	15	6	49	3 788	0	11 347	2
4217 Åmli	1 541	0	223	44	30	82	52	4	2	2	10	1 081	0	3 071	2
4220 Bygland	530	2	653	26	15	41	22	16	5	2	10	453	0	1 775	2
4221 Valle	538	0	463	66	25	124	20	9	1	0	5	493	0	1 744	2
4222 Bykle	297	0	455	19	0	44	41	10	1	2	4	393	0	1 266	2
Arendal bostedsomr	87 433	32	15 278	2 667	1 365	5 303	2 388	558	213	95	513	57 972	45	173 862	2
1111 Sokndal	10	496	61	3	0	30	6	2 037	2	3	42	1 755	34	4 479	3
1112 Lund	13	1 187	127	6	0	84	27	1 762	1	0	12	1 505	0	4 724	3
4206 Farsund	708	4 331	4 602	338	0	416	106	318	9	7	44	3 621	8	14 508	3
4207 Flekkefjord	335	6 415	2 593	194	0	290	74	913	20	3	40	4 705	17	15 599	3
4225 Lyngdal	853	3 545	5 476	312	0	442	111	234	3	4	44	4 662	0	15 686	3
4226 Hægebostad	176	358	1 060	36	0	79	28	26	1	2	5	845	2	2 618	3
4227 Kvinesdal	452	3 259	2 190	229	0	178	85	279	3	4	25	2 884	10	9 598	3
4228 Sirdal	27	559	207	11	0	36	8	847	6	1	8	922	0	2 632	3
Flekkefjord bostedsomr	2 574	20 150	16 316	1 129	0	1 555	445	6 416	45	24	220	20 899	71	69 844	3
Sum	113 677	20 886	176 285	13 716	1 575	15 337	5 665	8 198	595	303	1 930	172 169	194	530 530	

Tabell 8.6 Prosentandel polikliniske konsultasjoner 2019 somatisk sektor for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	SSHF Kongsgård	SSHF Bjorbekk	OUS HF	Andre HF i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private sykehus	Private avt.spes.	Private rehab.inst	Sum polikl. kons.	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	5,8	0,0	52,1	3,4	0,0	2,9	1,0	0,4	0,1	0,1	0,4	33,8	0,0	100,0	1
4205 Lindesnes	4,6	1,6	51,8	3,9	0,0	3,0	1,0	0,7	0,1	0,2	0,4	32,7	0,0	100,0	1
4215 Lillesand	28,9	0,1	32,2	2,4	0,6	3,0	0,9	0,4	0,1	0,1	0,4	30,9	0,1	100,0	1
4216 Birkenes	28,8	0,0	36,1	3,4	0,5	3,0	0,8	0,2	0,2	0,0	0,5	26,5	0,0	100,0	1
4218 Iveland	11,5	0,1	53,5	2,8	0,6	2,2	1,6	0,1	0,0	0,1	0,3	27,4	0,0	100,0	1
4219 Evje og Hornnes	24,2	0,1	43,6	2,8	0,5	2,9	1,4	0,5	0,1	0,1	0,3	23,4	0,0	100,0	1
4223 Vennesla	6,4	0,0	55,7	4,2	0,0	3,2	0,7	0,3	0,0	0,0	0,6	28,8	0,0	100,0	1
4224 Åseral	5,8	2,0	54,2	1,2	0,0	8,5	1,7	0,5	0,0	0,0	0,2	26,0	0,0	100,0	1
Kristiansand bostedsomr	8,3	0,2	50,4	3,5	0,1	3,0	1,0	0,4	0,1	0,1	0,4	32,5	0,0	100,0	1
4201 Risør	44,8	0,0	7,4	1,2	0,7	3,2	3,2	0,4	0,1	0,1	0,3	38,5	0,1	100,0	2
4202 Grimstad	50,8	0,0	11,2	1,8	0,8	3,1	1,1	0,4	0,1	0,0	0,3	30,3	0,0	100,0	2
4203 Arendal	52,5	0,0	7,1	1,4	0,8	3,0	1,0	0,3	0,1	0,0	0,3	33,4	0,0	100,0	2
4211 Gjerstad	41,3	0,0	7,5	1,4	0,4	2,9	5,7	0,2	0,2	0,0	0,2	40,1	0,0	100,0	2
4212 Vegårshei	49,3	0,0	9,6	1,1	0,5	3,3	2,2	0,2	0,3	0,3	0,2	33,0	0,1	100,0	2
4213 Tvedestrand	49,0	0,0	6,9	1,0	1,0	3,4	1,4	0,1	0,1	0,1	0,3	36,5	0,0	100,0	2
4214 Froland	52,9	0,0	6,9	2,5	0,6	2,2	0,8	0,2	0,1	0,1	0,4	33,4	0,0	100,0	2
4217 Åmli	50,2	0,0	7,3	1,4	1,0	2,7	1,7	0,1	0,1	0,1	0,3	35,2	0,0	100,0	2
4220 Bygland	29,9	0,1	36,8	1,5	0,8	2,3	1,2	0,9	0,3	0,1	0,6	25,5	0,0	100,0	2
4221 Valle	30,8	0,0	26,5	3,8	1,4	7,1	1,1	0,5	0,1	0,0	0,3	28,3	0,0	100,0	2
4222 Bykle	23,5	0,0	35,9	1,5	0,0	3,5	3,2	0,8	0,1	0,2	0,3	31,0	0,0	100,0	2
Arendal bostedsomr	50,3	0,0	8,8	1,5	0,8	3,1	1,4	0,3	0,1	0,1	0,3	33,3	0,0	100,0	2
1111 Sokndal	0,2	11,1	1,4	0,1	0,0	0,7	0,1	45,5	0,0	0,1	0,9	39,2	0,8	100,0	3
1112 Lund	0,3	25,1	2,7	0,1	0,0	1,8	0,6	37,3	0,0	0,0	0,3	31,9	0,0	100,0	3
4206 Farsund	4,9	29,9	31,7	2,3	0,0	2,9	0,7	2,2	0,1	0,0	0,3	25,0	0,1	100,0	3
4207 Flekkefjord	2,1	41,1	16,6	1,2	0,0	1,9	0,5	5,9	0,1	0,0	0,3	30,2	0,1	100,0	3
4225 Lyngdal	5,4	22,6	34,9	2,0	0,0	2,8	0,7	1,5	0,0	0,0	0,3	29,7	0,0	100,0	3
4226 Hægebostad	6,7	13,7	40,5	1,4	0,0	3,0	1,1	1,0	0,0	0,1	0,2	32,3	0,1	100,0	3
4227 Kvinesdal	4,7	34,0	22,8	2,4	0,0	1,9	0,9	2,9	0,0	0,0	0,3	30,0	0,1	100,0	3
4228 Sirdal	1,0	21,2	7,9	0,4	0,0	1,4	0,3	32,2	0,2	0,0	0,3	35,0	0,0	100,0	3
Flekkefjord bostedsomr	3,7	28,9	23,4	1,6	0,0	2,2	0,6	9,2	0,1	0,0	0,3	29,9	0,1	100,0	3
Sum	21,4	3,9	33,2	2,6	0,3	2,9	1,1	1,5	0,1	0,1	0,4	32,5	0,0	100,0	

For polikliniske konsultasjoner er bruken av avtalespesialister relativt stor i alle bostedsområdene. Flekkefjord bostedsområde er også her spesiell i forhold til de to andre områdene ved at noen kommuner benytter institusjoner utenfor Sørlandet HF-område. Flekkefjord bostedsområde er også det eneste området som har en høyere andel konsultasjoner hos avtalespesialister enn ved eget sykehus. I Kristiansand bostedsområde har alle kommunene høyest andel ved eget sykehus.

8.2 Behandlingssted for PHV for voksne

I tabell 8.7 og 8.8 gis en oversikt over døgnopphold i PHV for voksne. I disse oversiktene er det mange kommuner med svært få i antall per behandlingssted. Vi velger derfor kun å presentere samlede faktiske tall for bostedsområdene per institusjon. Dette er for å redusere mulighetene for tilbakeveisidentifisering av pasienter. Prosentandelene presenteres imidlertid per kommune. Private institusjoner inngår i samletallene for hvert regionalt helseforetak.

Tabell 8.7 Antall døgnopphold 2019 PHV for voksne for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedsområde og behandlingssted

Kommunenavn	Sykehusavd Arendal	Sykehusavd Kristiansand	DPS Aust-Agder	DPS Lister	DPS Solvang	DPS Strømme	OUS HF	Andre inst i HSØ RHF	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt beh.valg	Sum døgnopph	Lokalt sykehusomr
Sum Kristiansand bost.omr	151	964	89	9	529	479	2	116	15	10	11	1	2 376	1
Sum Arendal bost.omr	642	39	355	2	6	22	4	87	4	0	4	0	1 165	2
Sum Flekkefjord bost.omr	4	172	0	158	21	48	0	24	91	0	4	0	522	3
Sum	797	1 175	444	169	556	549	6	227	110	10	19	1	4 063	

Tabell 8.8 Prosentandel døgnopphold 2019 PHV for voksne for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	Sykehusavd Arendal	Sykehusavd Kristians	DPS Aust-Agder	DPS Lister	DPS Solvang	DPS Strømme	OUS HF	Andre inst i HSØ RHF	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt beh.valg	Sum døgnopph	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	1,9	42,8	0,2	0,1	30,1	19,2	0,1	4,4	0,6	0,4	0,1	0,0	100,0	1
4205 Lindesnes	2,2	44,6	0,3	1,9	8,3	35,4	0,0	5,1	1,0	0,0	1,3	0,0	100,0	1
4215 Lillesand	38,5	7,7	42,3	0,0	3,8	1,0	0,0	4,8	1,0	0,0	1,0	0,0	100,0	1
4216 Birkenes	42,9	7,1	32,1	3,6	0,0	3,6	0,0	7,1	0,0	3,6	0,0	0,0	100,0	1
4218 Iveland	28,6	0,0	14,3	0,0	28,6	0,0	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4219 Evje og Hornnes	56,6	2,6	27,6	0,0	2,6	2,6	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4223 Vennesla	1,3	57,1	0,0	0,0	7,1	25,2	0,0	5,8	0,9	0,4	1,8	0,4	100,0	1
4224 Åseral	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Sum Kristiansand bost.omr	6,4	40,6	3,7	0,4	22,3	20,2	0,1	4,9	0,6	0,4	0,5	0,0	100,0	1
4201 Risør	64,7	0,8	28,6	0,0	0,0	0,0	0,8	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4202 Grimstad	51,6	5,3	31,8	0,6	0,6	0,6	0,3	8,5	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4203 Arendal	55,4	2,8	32,6	0,0	0,4	0,9	0,4	6,5	0,2	0,0	0,8	0,0	100,0	2
4211 Gjerstad	57,1	9,5	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4212 Vegårshei	69,2	0,0	30,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4213 Tvedestrand	64,0	1,3	22,7	0,0	0,0	0,0	0,0	10,7	1,3	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4214 Froland	51,1	2,1	23,4	0,0	0,0	8,5	0,0	14,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4217 Åmli	66,7	6,7	26,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4220 Bygland	25,0	0,0	5,0	0,0	10,0	55,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4221 Valle	0,0	16,7	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4222 Bykle	25,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
Sum Arendal bost.omr	55,1	3,3	30,5	0,2	0,5	1,9	0,3	7,5	0,3	0,0	0,3	0,0	100,0	2
1111 Sokndal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	97,5	0,0	0,0	0,0	100,0	3
1112 Lund	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,9	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4206 Farsund	1,0	49,0	0,0	31,3	5,2	7,3	0,0	5,2	0,0	0,0	1,0	0,0	100,0	3
4207 Flekkefjord	0,0	39,8	0,0	44,9	3,4	4,2	0,0	5,1	2,5	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4225 Lyngdal	2,6	36,8	0,0	41,2	1,8	13,2	0,0	3,5	0,9	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4226 Hægebostad	0,0	18,2	0,0	13,6	4,5	31,8	0,0	31,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4227 Kvinesdal	0,0	39,0	0,0	27,3	10,4	16,9	0,0	2,6	0,0	0,0	3,9	0,0	100,0	3
4228 Sirdal	0,0	12,5	0,0	50,0	12,5	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Sum Flekkefjord bost.omr	0,8	33,0	0,0	30,3	4,0	9,2	0,0	4,6	17,4	0,0	0,8	0,0	100,0	3
Sum	19,6	28,9	10,9	4,2	13,7	13,5	0,1	5,6	2,7	0,2	0,5	0,0	100,0	

Arendal bostedsområde bruker egen sykehusavdeling mest med nær 80 prosent av døgnoppholdene. Bruken i Kristiansand bostedsområde er noe lavere med i underkant av 50 prosent av oppholdene i sykehusavdelingene. Flekkefjord bostedsområde har den laveste andelen døgnopphold i sykehusavdelingene i eget HF med om lag 34 prosent. Egendekningen er høy dersom sykehusavdelingene og DPS-ene i SSHF sees samlet. Dette gjelder spesielt for Arendal og Kristiansand bostedsområder, mens Flekkefjord bostedsområde har noe mindre egendekning. Andre institusjoner i HSØ har den høyeste andelen døgnopphold utenfor eget HF for Arendal og Kristiansand bostedsområder, mens for Flekkefjord bostedsområde er det institusjoner i HV som har den høyeste andelen utenfor eget HF.

I tabellene 8.9 og 8.10 presenteres tilsvarende for dagopphold og polikliniske konsultasjoner samlet.

Tabell 8.9 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2019 PHV for voksne for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedsområde og behandlingssted

Kommunenavn	Sykehusavd Arendal	Sykehusavd Kristiansand	DPS Aust-Agder	DPS Lister	DPS Solvang	DPS Strømme	Psykosom og traumer Kristiansand	OUS HF	Andre inst i HSØ RHF	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt beh.valg	Private avt.spes.	Sum dagopph og kons	Lokalt sykehusomr
Sum Kristiansand bost.omr	284	4 362	4 647	110	31 902	24 489	3 422	311	800	505	178	49	0	9 784	80 843	1
Sum Arendal bost.omr	1 485	93	33 971	6	366	470	572	142	735	141	91	19	0	8 249	46 340	2
Sum Flekkefjord bost.omr	4	126	48	15 145	127	515	163	59	70	1 594	79	1	0	3 732	21 663	3
Sum	1 773	4 581	38 666	15 261	32 395	25 474	4 157	512	1 605	2 240	348	69	0	21 765	148 846	

Tabell 8.10 Prosentandel dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2019 PHV for voksne for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	Sykehusavd Arendal	Sykehusavd Kristiansand	DPS Aust-Agder	DPS Lister	DPS Solvang	DPS Strømme	Psykosom og traumer Kristiansand	OUS HF	Andre inst i HSØ RHF	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt beh.valg	Private avt.spes.	Sum dagopph og kons	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	0,1	6,5	0,4	0,0	49,8	24,0	4,0	0,2	1,0	0,6	0,2	0,1	0,0	12,9	100,0	1
4205 Lindesnes	0,5	1,9	0,6	1,1	4,1	78,1	4,5	1,2	0,8	0,6	0,4	0,0	0,0	6,3	100,0	1
4215 Lillesand	2,6	0,5	62,4	0,0	2,6	5,3	2,5	1,0	2,1	0,1	0,4	0,0	0,0	20,5	100,0	1
4216 Birkenes	1,8	0,5	51,3	0,1	7,8	15,0	7,1	1,8	0,9	1,4	0,9	0,0	0,0	11,5	100,0	1
4218 Iveland	0,0	0,0	59,3	1,8	10,3	9,4	0,6	0,0	0,6	0,9	0,0	0,0	0,0	17,0	100,0	1
4219 Evje og Hornes	2,2	0,0	69,0	0,3	1,3	11,7	6,4	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	100,0	1
4223 Vennesla	0,1	4,4	1,9	0,0	24,6	53,4	6,6	0,1	0,8	0,9	0,0	0,0	0,0	7,1	100,0	1
4224 Åseral	0,0	0,0	25,5	1,9	0,0	64,2	0,0	0,0	0,0	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Sum Kristiansand bost.omr	0,4	5,4	5,7	0,1	39,5	30,3	4,2	0,4	1,0	0,6	0,2	0,1	0,0	12,1	100,0	1
4201 Risør	2,8	0,3	61,9	0,0	0,5	0,1	0,5	1,3	2,0	0,1	0,0	0,0	0,0	30,5	100,0	2
4202 Grimstad	2,7	0,5	75,9	0,1	0,7	2,1	1,9	0,2	1,4	0,3	0,0	0,1	0,0	14,1	100,0	2
4203 Arendal	3,7	0,0	73,7	0,0	0,8	0,7	1,3	0,2	1,0	0,4	0,3	0,0	0,0	17,8	100,0	2
4211 Gjerstad	3,7	1,5	81,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2	100,0	2
4212 Vegårshei	3,5	0,0	71,8	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	22,8	100,0	2
4213 Tvedestrand	1,1	0,0	71,6	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	4,7	0,3	0,0	0,2	0,0	20,9	100,0	2
4214 Froland	3,6	0,0	78,3	0,0	0,4	0,8	0,4	0,0	1,2	0,4	0,0	0,0	0,0	14,8	100,0	2
4217 Åmli	0,6	0,0	71,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	1,5	0,0	0,0	24,3	100,0	2
4220 Bygland	6,3	0,7	58,1	0,0	9,4	8,5	6,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	10,4	100,0	2
4221 Valle	0,0	6,8	63,0	0,0	6,2	8,9	10,3	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	2,7	100,0	2
4222 Bykle	6,8	0,0	74,8	0,0	0,0	0,0	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,7	100,0	2
Sum Arendal bost.omr	3,2	0,2	73,3	0,0	0,8	1,0	1,2	0,3	1,6	0,3	0,2	0,0	0,0	17,8	100,0	2
1111 Sokndal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	94,1	0,0	0,0	0,0	5,2	100,0	3
1112 Lund	0,0	0,0	0,0	29,9	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	50,5	0,5	0,0	0,0	19,0	100,0	3
4206 Farsund	0,0	0,3	0,1	81,2	0,5	2,1	0,5	0,3	0,3	0,8	0,1	0,0	0,0	13,7	100,0	3
4207 Flekkefjord	0,0	1,1	0,0	69,0	0,2	1,1	0,6	0,7	0,5	1,0	0,2	0,0	0,0	25,5	100,0	3
4225 Lyngdal	0,0	0,9	0,1	71,7	2,2	6,0	1,8	0,1	0,0	2,7	1,0	0,0	0,0	13,5	100,0	3
4226 Hægebostad	0,0	0,7	0,0	69,3	0,0	7,5	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	21,2	100,0	3
4227 Kvinesdal	0,1	0,1	0,8	80,3	0,0	1,3	0,8	0,0	0,5	2,0	0,4	0,0	0,0	13,8	100,0	3
4228 Sirdal	0,0	1,0	0,0	50,6	0,0	1,4	0,0	0,0	0,4	19,6	0,0	0,0	0,0	27,0	100,0	3
Sum Flekkefjord bost.omr	0,0	0,6	0,2	69,9	0,6	2,4	0,8	0,3	0,3	7,4	0,4	0,0	0,0	17,2	100,0	3
Sum	1,2	3,1	26,0	10,3	21,8	17,1	2,8	0,3	1,1	1,5	0,2	0,0	0,0	14,6	100,0	

Alle bostedsområdene benytter sykehusavdelingene i liten grad for dagopphold og poliklinikk. Alle kommunene i Arendal bostedsområde har den høyeste andelen i DPS Aust-Agder. Alle bostedsområdene benytter institusjoner i eget bostedsområde mest. Av aktører utenfor eget bostedsområde er det avtalespesialistene som utgjør det største prosentvise volumet. Egendekningen blir noe mindre for dagopphold og poliklinikk enn for døgnoppholdene, da de private avtalespesialistene tar en relativt høy andel.

8.3 Behandlingssted for PHV for barn og unge

I dette kapitlet presenteres tilsvarende oversikter for PHV for barn og unge. Døgnaktiviteten for PHV for barn og unge er så liten volummessig at her presenteres ikke tall på kommunenivå på grunn av muligheter for tilbakeveisidentifisering av pasienter. I tabell 8.11 vises den samlede bruken av døgnopphold og liggedøgn for Sørlandet HF-område.

Tabell 8.11 Antall og prosentandel døgnopphold og liggedøgn 2019 PHV barn og unge for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	OUS HF	Andre inst i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private inst	Sum
Sum døgnopph Sørlandet bostedsomr	81	0	0	1	9	11	0	0	0	102
Prosentand døgnopph Sørlandet bost.omr.	79,4	0,0	0,0	1,0	8,8	10,8	0,0	0,0	0,0	100,0
Sum liggedøgn Sørlandet bostedsomr	1 194	0	0	11	343	71	0	0	0	1 619
Prosentand liggedøgn Sørlandet bost.omr.	73,7	0,0	0,0	0,7	21,2	4,4	0,0	0,0	0,0	100,0

Døgnaktiviteten i PHV for barn og unge er liten i volum og utgjør 102 døgnopphold fra Sørlandet HF-område. Egendekningen for døgnoppholdene er på 80 prosent og alle døgnopphold er lokalisert i Arendal. Når egendekningen er lavere prosentvis for liggedøgnene betyr det at liggetiden er kortere i eget HF enn HF utenfor området.

I tabell 8.12 vises summen av dagopphold og konsultasjoner per bostedsområde, men kommunedata presenteres ikke antallsmessig på grunn av små tall i mange kommuner. I tabell 8.13 vises imidlertid den prosentvise fordelingen per kommune og behandlingssted. I oversiktene viser vi bare samletall for de lokale institusjonene i de tre byene i SSHF.

Tabell 8.12 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2019 PHV barn og unge for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedsområde og behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	OUS HF	Andre HF i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private avt.spes.	Sum	Lokalt sykehusomr
Sum Kristiansand bost.omr	1 874	75	25 529	130	81	49	0	0	512	28 250	1
Sum Arendal bost.omr	12 857	2	487	190	295	6	0	3	1 349	15 189	2
Sum Flekkefjord bost.omr	5	5 205	491	84	10	1 389	4	0	429	7 617	3
Sum	14 736	5 282	26 507	404	386	1 444	4	3	2 290	51 056	

Tabell 8.13 Prosentandel dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2019 PHV barn og unge for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	OUS HF	Andre HF i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Private avtalespes	Sum	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	0,7	0,2	96,2	0,6	0,3	0,1	0,0	0,0	1,9	100,0	1
4205 Lindesnes	2,1	0,9	95,6	0,1	0,5	0,5	0,0	0,0	0,2	100,0	1
4215 Lillesand	69,6	0,0	26,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	3,8	100,0	1
4216 Birkenes	52,4	0,0	38,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	9,3	100,0	1
4218 Iveland	61,7	0,0	38,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4219 Evje og Hornnes	3,4	0,6	94,8	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,6	100,0	1
4223 Vennesla	1,0	0,0	97,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	1,4	100,0	1
4224 Åseral	0,0	0,0	98,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	100,0	1
Sum Kristiansand bost.omr	6,6	0,3	90,4	0,5	0,3	0,2	0,0	0,0	1,8	100,0	1
4201 Risør	76,3	0,0	0,0	1,7	6,5	0,0	0,0	0,0	15,5	100,0	2
4202 Grimstad	86,3	0,0	5,4	0,5	0,8	0,1	0,0	0,0	6,7	100,0	2
4203 Arendal	87,4	0,0	1,4	1,3	1,9	0,0	0,0	0,0	8,0	100,0	2
4211 Gjerstad	88,9	0,0	0,0	5,5	4,0	0,0	0,0	0,0	1,5	100,0	2
4212 Vegårshei	70,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	29,1	100,0	2
4213 Tvedestrand	78,1	0,0	0,2	1,8	2,2	0,0	0,0	0,2	17,5	100,0	2
4214 Froland	88,8	0,0	0,1	3,2	2,2	0,0	0,0	0,0	5,7	100,0	2
4217 Åmli	90,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,4	100,0	2
4220 Bygland	0,0	0,0	83,3	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4221 Valle	15,4	0,0	84,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4222 Bykle	0,0	0,0	96,8	0,0	0,0	1,6	0,0	1,6	0,0	100,0	2
Sum Arendal bost.omr	84,6	0,0	3,2	1,3	1,9	0,0	0,0	0,0	8,9	100,0	2
1111 Sokndal	0,0	6,3	0,0	0,1	0,0	93,3	0,0	0,0	0,3	100,0	3
1112 Lund	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	97,2	0,0	0,0	1,1	100,0	3
4206 Farsund	0,0	88,3	3,4	0,7	0,0	0,5	0,0	0,0	7,1	100,0	3
4207 Flekkefjord	0,0	76,1	4,5	2,7	0,0	2,1	0,3	0,0	14,4	100,0	3
4225 Lyngdal	0,1	78,0	15,6	1,2	0,4	2,1	0,0	0,0	2,6	100,0	3
4226 Hægebostad	0,0	90,1	6,6	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4227 Kvinesdal	0,8	90,1	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	100,0	3
4228 Sirdal	0,0	62,6	0,0	0,0	0,0	35,5	0,0	0,0	1,9	100,0	3
Sum Flekkefjord bost.omr	0,1	68,3	6,4	1,1	0,1	18,2	0,1	0,0	5,6	100,0	3
Sum	28,9	10,3	51,9	0,8	0,8	2,8	0,0	0,0	4,5	100,0	

Egendekningen for dagaktiviteten er på ca. 97 prosent i Kristiansand bostedsområde, ca. 88 prosent i Arendal bostedsområde og ca. 75 prosent i Flekkefjord bostedsområde. Bruken av private avtalespesialister er relativt beskjeden i alle områdene, men høyest i Arendal bostedsområde (9 prosent) og lavest i Kristiansand bostedsområde (2 prosent). Grunnen til noe lavere egendekning i Flekkefjord bostedsområde for dagopphold og poliklinikk er at de to kommunene Sokndal og Lund benyttet institusjoner i HV i veldig stor grad. Sirdal har også en relativt høy andel i institusjoner i HV.

8.4 Behandlingssted for TSB

I det følgende presenteres tilsvarende oversikter for TSB. Aktiviteten er lav ved mange av institusjonene både for døgnopphold og for dagopphold og poliklinikk for mange av kommunene i bostedsområdet. For å redusere mulighetene for tilbakeveisidentifisering av pasienter presenteres de faktiske tallene kun for bostedsområdene samlet. Prosentandelene presenteres imidlertid etter kommune. I tabell 8.14 presenteres samletall for døgnopphold per bostedsområde etter behandlingssted mens det i tabell 8.15 gis en oversikt over prosentandelene etter kommune og behandlende institusjon. De private institusjonene inngår i samletallene for hvert RHF.

Tabell 8.14 Antall døgnopphold 2019 TSB for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedsområde og behandlingssted

Kommunenavn	Bjorbekk Rusomsorg	Byglandsfjord Rusomsorg	Kristiansand Rusomsorg	OUS HF	Andre inst i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt behandlingsvalg	Sum døgnopph	Lokalt sykehusomr
Sum Kristiansand bost.omr	95	42	393	0	115	7	0	0	8	660	1
Sum Arendal bost.omr	171	20	77	2	50	1	1	1	7	330	2
Sum Flekkefjord bost.omr	7	8	51	1	8	6	0	0	0	81	3
Sum	273	70	521	3	173	14	1	1	15	1071	

Tabell 8.15 Prosentandel døgnopphold 2019 TSB for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	Bjorbekk Rusomsorg	Byglandsfjord Rusomsorg	Kristiansand Rusomsorg	OUS HF	Andre inst i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt beh.valg	Sum døgnopph	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	10,3	5,7	62,2	0,0	19,0	1,4	0,0	0,0	1,4	100,0	1
4205 Lindesnes	9,7	8,1	72,6	0,0	9,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4215 Lillesand	38,1	7,1	35,7	0,0	16,7	2,4	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4216 Birkenes	36,4	9,1	45,5	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4218 Iveland	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4219 Evje og Hornnes	61,1	11,1	11,1	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	11,1	100,0	1
4223 Vennessla	15,3	4,7	60,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4224 Åseral	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Sum Kristiansand bost.omr	14,4	6,4	59,5	0,0	17,4	1,1	0,0	0,0	1,2	100,0	1
4201 Risør	30,0	10,0	50,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4202 Grimstad	60,3	9,6	24,7	0,0	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4203 Arendal	52,6	5,2	23,7	0,5	13,9	0,5	0,5	0,5	2,6	100,0	2
4211 Gjerstad	33,3	0,0	16,7	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	33,3	100,0	2
4212 Vegårshei	50,0	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4213 Tvedestrand	50,0	0,0	16,7	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4214 Froland	30,8	3,8	15,4	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4217 Åmli	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4220 Bygland											2
4221 Valle	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4222 Bykle	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
Sum Arendal bost.omr	51,8	6,1	23,3	0,6	15,2	0,3	0,3	0,3	2,1	100,0	2
1111 Sokndal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
1112 Lund	0,0	12,5	37,5	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4206 Farsund	6,7	6,7	73,3	0,0	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4207 Flekkefjord	0,0	0,0	91,7	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4225 Lyngdal	5,9	17,6	70,6	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4226 Hægebostad	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4227 Kvinesdal	16,7	8,3	54,2	0,0	20,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4228 Sirdal	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Sum Flekkefjord bost.omr	8,6	9,9	63,0	1,2	9,9	7,4	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Sum	25,5	6,5	48,6	0,3	16,2	1,3	0,1	0,1	1,4	100,0	

Oversikten viser at egendekningen målt mot HF-et for Sørlandet HF-område samlet er 80,7 prosent, og variasjonen er liten med 80,3, 81,2 og 81,5 henholdsvis for Kristiansand, Arendal og Flekkefjord bostedsområder. Internt i HF-et er det Kristiansand Rusomsorg som har det høyeste volumet av døgnopphold. Utenfor eget HF er bruken størst i andre institusjoner i HSØ, inkludert private institusjoner.

I tabell 8.16 og 8.17 gis tilsvarende oversikter for dagopphold og poliklinikk.

Tabell 8.16 Antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2019 TSB for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedsområde og behandlingssted

Kommunenavn	Mangler beh.sted	Arendal Rusomsorg	Bjorbekk Rusomsorg	Byglands-fjord Rusomsorg	Kristiansand Rusomsorg	OUS HF	Andre inst i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt behandlingsvalg	Sum dagopph og kons	Lokalt sykehusomr
Sum Kristiansand bost.omr	0	1 076	4	1	20 350	2	607	204	23	22	0	22 289	1
Sum Arendal bost.omr	0	8 075	8	0	1 084	15	336	58	1	0	0	9 577	2
Sum Flekkefjord bost.omr	2	35	1	0	1 479	4	70	145	2	0	0	1 738	3
Sum	2	9 186	13	1	22 913	21	1 013	407	26	22	0	33 604	

Tabell 8.17 Prosentandel dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2019 TSB for pasienter bosatt i Sørlandet HF-område etter bostedskommune og behandlingssted

Kommunenavn	Mangler beh.sted	Arendal Rusomsorg	Bjorbekk Rusomsorg	Byglands-fjord Rusomsorg	Kristiansand Rusomsorg	OUS HF	Andre inst i HSØ	Inst i HV RHF	Inst i HMN RHF	Inst i HN RHF	Fritt behandlingsvalg	Sum dagopph og kons	Lokalt sykehusomr
4204 Kristiansand	0,0	0,7	0,0	0,0	95,9	0,0	2,3	0,9	0,0	0,1	0,0	100,0	1
4205 Lindesnes	0,0	0,0	0,0	0,0	96,8	0,0	2,1	0,3	0,7	0,0	0,0	100,0	1
4215 Lillesand	0,0	41,9	0,1	0,0	51,1	0,0	6,7	0,3	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4216 Birkenes	0,0	51,5	0,4	0,0	48,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4218 Iveland	0,0	61,9	0,0	0,0	25,4	0,0	12,7	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4219 Evje og Hornes	0,0	67,4	0,0	0,2	31,9	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4223 Vennesla	0,0	0,9	0,0	0,0	92,1	0,0	4,9	2,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
4224 Åseral	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Sum Kristiansand bost.omr	0,0	4,8	0,0	0,0	91,3	0,0	2,7	0,9	0,1	0,1	0,0	100,0	1
4201 Risør	0,0	94,7	0,4	0,0	3,2	0,2	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4202 Grimstad	0,0	84,4	0,1	0,0	10,2	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4203 Arendal	0,0	85,5	0,1	0,0	10,1	0,2	3,2	0,9	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4211 Gjerstad	0,0	82,1	0,0	0,0	11,7	0,0	4,1	2,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4212 Vegårshei	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4213 Tvedestrand	0,0	84,9	0,0	0,0	12,0	0,0	2,7	0,3	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4214 Froland	0,0	69,6	0,0	0,0	25,3	0,3	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4217 Åmli	0,0	84,4	0,0	0,0	14,1	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4220 Bygland	0,0	98,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4221 Valle	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
4222 Bykle	0,0	39,1	0,0	0,0	60,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
Sum Arendal bost.omr	0,0	84,3	0,1	0,0	11,3	0,2	3,5	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0	2
1111 Sokndal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
1112 Lund	0,0	0,0	0,0	0,0	29,6	0,0	0,0	70,4	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4206 Farsund	0,0	4,4	0,0	0,0	91,2	0,0	2,3	1,6	0,5	0,0	0,0	100,0	3
4207 Flekkefjord	0,0	2,7	0,2	0,0	94,8	0,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4225 Lyngdal	0,0	1,4	0,0	0,0	85,4	1,0	11,5	0,7	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4226 Hægebostad	0,0	0,0	0,0	0,0	85,0	0,0	0,0	15,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4227 Kvinesdal	0,6	0,0	0,0	0,0	93,9	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
4228 Sirdal	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3
Sum Flekkefjord bost.omr	0,1	2,0	0,1	0,0	85,1	0,2	4,0	8,3	0,1	0,0	0,0	100,0	3
Sum	0,0	27,3	0,0	0,0	68,2	0,1	3,0	1,2	0,1	0,1	0,0	100,0	

Egendekningen målt ved bruk av eget HF er relativt høyt for dagbehandling og poliklinikk også. For HF-et samlet er den på 95,6 prosent og for bostedsområdene på 96,2, 95,7 og 87,2 prosent henholdsvis for Kristiansand, Arendal og Flekkefjord bostedsområde. Grunnen til noe lavere egendekning i Flekkefjord bostedsområde er at de to kommunene Sokndal og Lund benytter institusjoner i HV i størst grad.

Vedlegg 1 Demografisk utvikling

Tabell v1.1 Utviklingen i befolkningen i Sørlandet bostedsområde, HSØ og Norge 2019-2040

Bosted	Innbyggere 2019	Innbyggere 2020	Innbyggere 2025	Innbyggere 2030	Innbyggere 2035	Innbyggere 2040
1111 Sokndal	3 305	3 280	3 157	3 092	3 029	2 979
1112 Lund	3 213	3 202	3 229	3 273	3 308	3 337
4201 Risør	6 848	6 809	6 717	6 707	6 720	6 732
4202 Grimstad	23 246	23 544	24 633	25 373	26 047	26 637
4203 Arendal	44 785	44 999	45 653	46 380	47 020	47 616
4204 Kristiansand	110 391	111 633	116 159	120 099	123 871	127 246
4205 Lindesnes	22 909	23 046	23 067	23 218	23 378	23 535
4206 Farsund	9 695	9 691	9 513	9 444	9 385	9 328
4207 Flekkefjord	9 066	9 028	8 787	8 686	8 604	8 541
4211 Gjerstad	2 454	2 428	2 359	2 365	2 370	2 371
4212 Vegårshei	2 093	2 097	2 134	2 176	2 222	2 266
4213 Tvedestrand	6 069	6 053	6 152	6 216	6 294	6 367
4214 Froland	5 845	5 951	6 343	6 600	6 814	7 007
4215 Lillesand	10 990	11 074	11 468	11 872	12 232	12 576
4216 Birkenes	5 212	5 226	5 389	5 557	5 709	5 855
4217 Åmli	1 848	1 836	1 812	1 832	1 844	1 854
4218 Iveland	1 326	1 331	1 420	1 484	1 538	1 586
4219 Evje og Hornes	3 638	3 634	3 628	3 654	3 676	3 704
4220 Bygland	1 192	1 162	1 140	1 174	1 205	1 227
4221 Valle	1 156	1 164	1 162	1 162	1 164	1 159
4222 Bykle	953	965	1 056	1 105	1 140	1 170
4223 Vennesla	14 630	14 774	15 171	15 632	16 052	16 442
4224 Åseral	939	932	862	832	815	805
4225 Lyngdal	10 389	10 365	10 421	10 618	10 806	10 970
4226 Hægebostad	1 683	1 680	1 628	1 610	1 596	1 585
4227 Kvinesdal	6 048	5 987	5 776	5 721	5 669	5 632
4228 Sirdal	1 839	1 822	1 750	1 756	1 763	1 774
Sum Sørlandet bost. omr.	311 762	313 713	320 586	327 638	334 271	340 301
Sum HSØ	3 002 385	3 032 671	3 129 031	3 214 953	3 293 021	3 361 545
Sum Norge	5 328 212	5 367 580	5 497 555	5 625 562	5 741 564	5 841 616

Tabell v1.2 Endring og prosentvis endring i befolkning fra 2019-2040 for Sørlandet bostedsområde, HSØ og Norge¹⁵

Bosted	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endr 2019-2025	Pst-endr 2019-2030	Pst-endr 2019-2035	Pst-endr 2019-2040
1111 Sokndal	-148	-213	-276	-326	-4,5	-6,4	-8,4	-9,9
1112 Lund	16	60	95	124	0,5	1,9	3,0	3,9
4201 Risør	-131	-141	-128	-116	-1,9	-2,1	-1,9	-1,7
4202 Grimstad	1 387	2 127	2 801	3 391	6,0	9,1	12,0	14,6
4203 Arendal	868	1 595	2 235	2 831	1,9	3,6	5,0	6,3
4204 Kristiansand	5 768	9 708	13 480	16 855	5,2	8,8	12,2	15,3
4205 Lindesnes	158	309	469	626	0,7	1,3	2,0	2,7
4206 Farsund	-182	-251	-310	-367	-1,9	-2,6	-3,2	-3,8
4207 Flekkefjord	-279	-380	-462	-525	-3,1	-4,2	-5,1	-5,8
4211 Gjerstad	-95	-89	-84	-83	-3,9	-3,6	-3,4	-3,4
4212 Vegårshei	41	83	129	173	2,0	4,0	6,2	8,3
4213 Tvedestrand	83	147	225	298	1,4	2,4	3,7	4,9
4214 Froland	498	755	969	1 162	8,5	12,9	16,6	19,9
4215 Lillesand	478	882	1 242	1 586	4,3	8,0	11,3	14,4
4216 Birkenes	177	345	497	643	3,4	6,6	9,5	12,3
4217 Åmli	-36	-16	-4	6	-1,9	-0,9	-0,2	0,3
4218 Iveland	94	158	212	260	7,1	11,9	16,0	19,6
4219 Evje og Hornnes	-10	16	38	66	-0,3	0,4	1,0	1,8
4220 Bygland	-52	-18	13	35	-4,4	-1,5	1,1	2,9
4221 Valle	6	6	8	3	0,5	0,5	0,7	0,3
4222 Bykle	103	152	187	217	10,8	15,9	19,6	22,8
4223 Vennesla	541	1 002	1 422	1 812	3,7	6,8	9,7	12,4
4224 Åseral	-77	-107	-124	-134	-8,2	-11,4	-13,2	-14,3
4225 Lyngdal	32	229	417	581	0,3	2,2	4,0	5,6
4226 Hægebostad	-55	-73	-87	-98	-3,3	-4,3	-5,2	-5,8
4227 Kvinesdal	-272	-327	-379	-416	-4,5	-5,4	-6,3	-6,9
4228 Sirdal	-89	-83	-76	-65	-4,8	-4,5	-4,1	-3,5
Sum Sørlandet bost. omr.	8 824	15 876	22 509	28 539	2,8	5,1	7,2	9,2
Sum HSØ	126 646	212 568	290 636	359 160	4,2	7,1	9,7	12,0
Sum Norge	169 343	297 350	413 352	513 404	3,2	5,6	7,8	9,6

¹⁵ Det er noe usikkerhet i antall innbyggere per kommune 2019 da det er uklart om alle kommuneendringer fra 2019 til 2020 er implementert korrekt i 2019-data.

Tabell v1.3 Antall og endring i antall innbyggere fra 2020-2040 for Sørlandet bostedsområde HSØ og Norge

Bosted	Innbyggere	Innbyggere	Innbyggere	Innbyggere	Innbyggere	Pst-endr	Pst-endr	Pst-endr	Pst-endr
	2020	2025	2030	2035	2040	2020-2025	2020-2030	2020-2035	2020-2040
1111 Sokndal	3 280	3 157	3 092	3 029	2 979	-3,8	-5,7	-7,7	-9,2
1112 Lund	3 202	3 229	3 273	3 308	3 337	0,8	2,2	3,3	4,2
4201 Risør	6 809	6 717	6 707	6 720	6 732	-1,4	-1,5	-1,3	-1,1
4202 Grimstad	23 544	24 633	25 373	26 047	26 637	4,6	7,8	10,6	13,1
4203 Arendal	44 999	45 653	46 380	47 020	47 616	1,5	3,1	4,5	5,8
4204 Kristiansand	111 633	116 159	120 099	123 871	127 246	4,1	7,6	11,0	14,0
4205 Lindesnes	23 046	23 067	23 218	23 378	23 535	0,1	0,7	1,4	2,1
4206 Farsund	9 691	9 513	9 444	9 385	9 328	-1,8	-2,5	-3,2	-3,7
4207 Flekkefjord	9 028	8 787	8 686	8 604	8 541	-2,7	-3,8	-4,7	-5,4
4211 Gjerstad	2 428	2 359	2 365	2 370	2 371	-2,8	-2,6	-2,4	-2,3
4212 Vegårshei	2 097	2 134	2 176	2 222	2 266	1,8	3,8	6,0	8,1
4213 Tvedestrand	6 053	6 152	6 216	6 294	6 367	1,6	2,7	4,0	5,2
4214 Froland	5 951	6 343	6 600	6 814	7 007	6,6	10,9	14,5	17,7
4215 Lillesand	11 074	11 468	11 872	12 232	12 576	3,6	7,2	10,5	13,6
4216 Birkenes	5 226	5 389	5 557	5 709	5 855	3,1	6,3	9,2	12,0
4217 Åmli	1 836	1 812	1 832	1 844	1 854	-1,3	-0,2	0,4	1,0
4218 Iveland	1 331	1 420	1 484	1 538	1 586	6,7	11,5	15,6	19,2
4219 Evje og Hornnes	3 634	3 628	3 654	3 676	3 704	-0,2	0,6	1,2	1,9
4220 Bygland	1 162	1 140	1 174	1 205	1 227	-1,9	1,0	3,7	5,6
4221 Valle	1 164	1 162	1 162	1 164	1 159	-0,2	-0,2	0,0	-0,4
4222 Bykle	965	1 056	1 105	1 140	1 170	9,4	14,5	18,1	21,2
4223 Vennesla	14 774	15 171	15 632	16 052	16 442	2,7	5,8	8,7	11,3
4224 Åseral	932	862	832	815	805	-7,5	-10,7	-12,6	-13,6
4225 Lyngdal	10 365	10 421	10 618	10 806	10 970	0,5	2,4	4,3	5,8
4226 Hægebostad	1 680	1 628	1 610	1 596	1 585	-3,1	-4,2	-5,0	-5,7
4227 Kvinesdal	5 987	5 776	5 721	5 669	5 632	-3,5	-4,4	-5,3	-5,9
4228 Sirdal	1 822	1 750	1 756	1 763	1 774	-4,0	-3,6	-3,2	-2,6
Sum Sørlandet HF-område	313 713	320 586	327 638	334 271	340 301	2,2	4,4	6,6	8,5
Sum HSØ	3 032 671	3 129 031	3 214 953	3 293 021	3 361 545	3,2	6,0	8,6	10,8
Sum Norge	5 367 580	5 497 555	5 625 562	5 741 564	5 841 616	2,4	4,8	7,0	8,8

Tabell v1.4 Antall innbyggere i 2020 og 2040 etter aldersgrupper og bostedskommune for Sørlandet bostedsområde

Kommune	0-17 år		18-49 år		50-66 år		67-79 år		80-89 år		90 år og eldre		Sum	
	År 2020	År 2040	År 2020	År 2040	År 2020	År 2040	År 2020	År 2040	År 2020	År 2040	År 2020	År 2040	År 2020	År 2040
1111 Sokndal	754	498	1 197	951	746	624	397	527	143	305	43	74	3 280	2 979
1112 Lund	754	665	1 219	1 128	707	671	357	515	132	275	33	83	3 202	3 337
4201 Risør	1 207	1 007	2 465	2 045	1 641	1 523	1 128	1 288	296	651	72	218	6 809	6 732
4202 Grimstad	5 288	5 185	10 144	10 495	4 668	5 388	2 526	3 525	755	1 566	163	478	23 544	26 637
4203 Arendal	9 342	8 327	17 881	16 805	10 200	10 483	5 572	7 340	1 639	3 688	365	973	44 999	47 616
4204 Kristiansand	24 364	25 382	49 624	51 546	22 285	25 046	10 980	16 197	3 581	7 182	799	1 893	111 633	127 246
4205 Lindesnes	5 181	4 312	8 974	8 156	5 011	5 042	2 847	3 747	807	1 799	226	479	23 046	23 535
4206 Farsund	2 084	1 756	3 769	3 142	2 044	1 983	1 317	1 514	392	720	85	213	9 691	9 328
4207 Flekkefjord	1 931	1 512	3 360	2 874	2 053	1 779	1 162	1 409	403	733	119	234	9 028	8 541
4211 Gjerstad	445	389	930	724	570	522	353	447	103	225	27	64	2 428	2 371
4212 Vegårshei	480	417	815	770	485	501	214	375	87	163	16	40	2 097	2 266
4213 Tvedestrand	1 154	1 047	2 286	2 114	1 417	1 465	899	1 074	242	525	55	142	6 053	6 367
4214 Froland	1 390	1 335	2 565	2 608	1 170	1 529	638	1 015	156	416	32	104	5 951	7 007
4215 Lillesand	2 521	2 385	4 354	4 423	2 426	2 740	1 327	1 894	374	895	72	239	11 074	12 576
4216 Birkenes	1 316	1 189	2 157	2 165	986	1 203	590	814	143	369	34	115	5 226	5 855
4217 Åmli	397	329	694	611	400	423	247	295	87	155	11	41	1 836	1 854
4218 Iveland	341	327	530	573	285	345	131	219	32	103	12	19	1 331	1 586
4219 Evje og Hornnes	820	688	1 412	1 309	759	838	469	531	134	264	40	74	3 634	3 704
4220 Bygland	204	209	428	377	267	271	196	208	54	131	13	31	1 162	1 227
4221 Valle	205	213	444	392	276	221	173	175	50	130	16	28	1 164	1 159
4222 Bykle	192	208	431	420	224	265	91	185	23	72	4	20	965	1 170
4223 Vennesla	3 397	3 226	6 415	6 351	2 973	3 420	1 444	2 254	449	953	96	238	14 774	16 442
4224 Åseral	200	136	366	242	228	172	86	173	43	65	9	17	932	805
4225 Lyngdal	2 602	2 287	4 213	3 959	2 001	2 261	1 133	1 537	340	711	76	215	10 365	10 970
4226 Hægebostad	396	326	692	532	322	336	185	243	69	114	16	34	1 680	1 585
4227 Kvinesdal	1 325	998	2 324	1 948	1 353	1 182	674	951	250	435	61	118	5 987	5 632
4228 Sirdal	413	325	708	596	374	373	224	290	75	135	28	55	1 822	1 774
Sum Sørlandet bost. omr.	68 703	64 678	130 397	127 256	65 871	70 606	35 360	48 742	10 859	22 780	2 523	6 239	313 713	340 301

Vedlegg 2 Endringsfaktorer utover demografisk utvikling

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

Vedlegg 2.1 Endringsfaktorer utover demografi somatisk sektor

Tabell v2.1 Oversikt over ICD10-gruppene og årlige prosentvise endringer i kvalitative endringsfaktorer i framskrivingsmodellen døgnopphold og liggedøgn somatisk sektor

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

Fra døgnopphold til dagopphold og poliklinikk

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

Bruk av observasjonsenhet

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

Tabell v2.2 Oversikt over ICD10-gruppene og årlige prosentvise endringer i kvalitative endringsfaktorer i framskrivingsmodellen dagopphold og poliklinikk somatisk sektor

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

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

Vedlegg 2.2 Endringsfaktorer utover demografi for PHV og TSB

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

Tabell v2.3 Oversikt over ICD10-gruppene og årlige prosentvise endringer i kvalitative endringsfaktorer i framskrivingsmodellen døgnopphold og oppholdsdøgn PHV og TSB

Pasientgrupper etter hovedtilstand (ICD10-koder)	Pst-ending i tilbud og forventn	Pst-ending i tilbud og forventn	Pst-ending i samhandling kommune/hjem	Pst-ending i samhandling kommune/hjem	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)
	Døgnopph	Oppholds-døgn	Døgnopph	Oppholds-døgn	Døgnopph	Oppholds-døgn
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
8 F43.1 PTSD	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i bare	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
15 Z-koder	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
16 Andre ICD-10 tilstander	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %

Tabell v2.4 Oversikt over ICD10-gruppene og årlige prosentvise endringer i kvalitative endringsfaktorer i framskrivingsmodellen dagopphold og polikliniske konsultasjoner PHV og TSB

Pasientgrupper etter hovedtilstand (ICD10-koder)	Pst-ending i tilbud og forventn	Pst-ending i samhandling kommune/hjem
	Dagopph/konsultasj	Dagopph/konsultasj
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	1,7 %	0,3 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	1,7 %	0,3 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	1,7 %	0,3 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	1,7 %	0,3 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	1,7 %	0,3 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	1,7 %	0,3 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	1,7 %	0,3 %
8 F43.1 PTSD	1,7 %	0,3 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	1,7 %	0,3 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	1,7 %	0,3 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i bare	1,7 %	0,3 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	1,7 %	0,3 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	1,7 %	0,3 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	1,7 %	0,3 %
15 Z-koder	1,7 %	0,3 %
16 Andre ICD-10 tilstander	1,7 %	0,3 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	1,7 %	0,3 %

Vedlegg 3 Oversikt over operasjonstider per ICD10-gruppe

Tabell v3.1 Operasjonstider for døgn- og dagkirurgi etter ICD10-gruppene i framskrivingsmodellen

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

Vedlegg 4 Beregnede størrelser aktivitet og kapasitet

Vedlegg 4.1 Somatisk sektor

Tabell v4.1 Beregnet antall senger 2019 og 2040 SSHF middels og lavere utnyttingsgrad. Ekskl HDG15

Type senger	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehuslokasjonene	SSH Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Middels utnyttingsgrad							
Normalsenger (85% belegg) 2040	162,1	50,2	265,1	477,3	25,7	0,0	503,1
Observasj.senger (75% belegg) 2040	5,5	2,0	8,0	15,5	0,0	0,0	15,5
Sum senger beregnet 2040	167,6	52,2	273,0	492,8	25,7	0,0	518,5
Sum senger beregnet 2019	136,9	44,0	225,5	406,4	19,0	0,0	425,4
Type senger	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehuslokasjonene	SSH Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Lavere utnyttingsgrad							
Normalsenger (80% belegg) 2040	172,2	53,3	281,6	507,2	27,3	0,0	534,5
Observasj.senger (70% belegg) 2040	5,9	2,0	8,5	16,4	0,0	0,0	16,4
Sum senger beregnet 2040	178,1	55,3	290,2	523,6	27,3	0,0	550,9
Sum senger beregnet 2019	145,4	46,8	239,6	431,8	20,2	0,0	451,9

Tabell v4.2 Beregnet antall nyfødtsenger/kuvøser 2019 og 2040 SSHF middels og lavere utnyttingsgrad. Pasienter i HDG 15 eksklusive friske nyfødte

Type senger	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehuslokasjonene
Beregnet 2040				
Antall nyfødtsenger/kuvøser 75% belegg	0,6	0,1	11,9	12,6
Antall nyfødtsenger/kuvøser 70% belegg	0,6	0,1	12,8	13,5
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad	0,0	0,0	-0,9	-0,9
Beregnet 2019				
Antall nyfødtsenger/kuvøser 75% belegg	0,5	0,1	11,0	10,6
Antall nyfødtsenger/kuvøser 70% belegg	0,6	0,1	12,0	11,4
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad	0,0	0,0	-1,0	-0,8

Tabell v4.3 Antall beregnede operasjonsrom 2019 og 2040 SSHF med lavere kapasitetsutnyttning

Operasjonskapasitet lav utnyttingsgrad	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Døgnkirurgi beregnet 2040	9,5	1,5	11,9	22,9
Døgnkirurgi beregnet 2019	7,6	1,4	9,1	18,1
Herav PCI/PM 2040	3,3	0,0	1,0	4,3
Herav PCI/PM 2019	2,4	0,0	0,6	2,9
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2040	6,2	1,5	10,9	18,6
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2019	5,3	1,4	8,5	15,2
Dagkirurgi 2040	9,6	1,3	6,1	17,0
Dagkirurgi 2019	6,4	1,1	4,5	11,9

Tabell v4.4 Antall beregnede operasjonsrom 2019 og 2040 SSHF med middels kapasitetsutnyttning

Operasjonskapasitet middels utnyttingsgrad	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Døgnkirurgi beregnet 2040	7,1	1,1	9,0	17,2
Døgnkirurgi beregnet 2019	5,8	1,1	6,8	13,6
Herav PCI/PM 2040	2,5	0,0	0,7	3,2
Herav PCI/PM 2019	1,8	0,0	0,4	2,2
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2040	4,6	1,1	8,2	14,0
Døgnkirurgi ekskl PCI/PM 2019	4,0	1,1	6,4	11,4
Dagkirurgi 2040	7,2	1,0	4,6	12,8
Dagkirurgi 2019	4,8	0,8	3,4	8,9

Tabell v4.5 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten 2019 framskrevet til 2040 med middels og lavere utnyttingsgrad. Eksklusive HDG 15.

Dagplasser/Rom	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF sykehusene	SSHF Kongsgård	SSHF Bjorbekk	Sum SSHF
Middels kapasitetsutnyttning							
Beregnet kapasitetsbehov 2040							
Dialyse	15,1	3,5	29,0	47,7	0,0	0,0	47,7
Kjemoterapi	11,1	2,5	19,5	33,0	0,0	0,0	33,0
Infusjoner	8,6	1,3	14,9	24,9	0,0	0,0	24,9
Strålebehandling	0,0	0,0	2,7	2,7	0,0	0,0	2,7
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0,0	0,0	2,6	2,6	0,0	0,0	2,6
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	70,2	11,5	94,5	176,2	9,8	0,8	186,8
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	2,0	0,6	3,0	5,5	0,0	0,0	5,5
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,3
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	9,4	0,6	6,2	16,2	1,6	0,0	17,8
Beregnet kapasitetsbehov 2019							
Dialyse	10,1	2,7	18,8	31,6	0,0	0,0	31,6
Kjemoterapi	7,1	1,8	12,5	21,4	0,0	0,0	21,4
Infusjoner	5,9	0,9	10,6	17,3	0,0	0,0	17,3
Strålebehandling	0,0	0,0	1,7	1,7	0,0	0,0	1,7
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0,0	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0	1,6
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	47,5	8,5	66,5	122,5	7,6	0,7	130,7
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	1,4	0,4	2,0	3,8	0,0	0,0	3,8
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,3
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	6,0	0,5	4,4	10,8	1,3	0,0	12,1
Dagplasser/Rom Lavere kapasitets utnyttning							
Beregnet kapasitetsbehov 2040							
Dialyse	15,1	3,5	29,0	47,7	0,0	0,0	47,7
Kjemoterapi	14,8	3,3	25,9	44,1	0,0	0,0	44,1
Infusjoner	11,5	1,8	19,9	33,2	0,0	0,0	33,2
Strålebehandling	0,0	0,0	3,5	3,5	0,0	0,0	3,5
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0,0	0,0	3,4	3,4	0,0	0,0	3,4
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	93,7	15,3	125,9	234,9	9,8	1,0	245,7
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	2,7	0,8	3,9	7,4	0,0	0,0	7,4
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	0,1	0,0	0,3	0,5	0,0	0,0	0,5
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	12,5	0,8	8,3	21,6	1,6	0,0	23,2
Beregnet kapasitetsbehov 2019							
Dialyse	10,1	2,7	18,8	31,6	0,0	0,0	31,6
Kjemoterapi	9,5	2,3	16,7	28,5	0,0	0,0	28,5
Infusjoner	7,9	1,1	14,1	23,1	0,0	0,0	23,1
Strålebehandling	0,0	0,0	2,2	2,2	0,0	0,0	2,2
Strålebehandling justert for pasienter bosatt Telemark	0,0	0,0	2,1	2,1	0,0	0,0	2,1
Poliklinikk (inkl endosk og småpros)	63,3	11,4	88,6	163,3	7,6	0,9	171,7
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene)	1,8	0,5	2,7	5,0	0,0	0,0	5,0
Herav endoskopier ØNH (DRG 7010)	0,1	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,4
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl. kjemot. og str.beh.)	8,0	0,6	5,8	14,4	1,3	0,0	15,7

Tabell v4.6 Antall beregnede plasser for strålebehandling med middels og lavere kapasitetsutnyttning fra 2019 og i 5 års intervaller fra 2025 til 2040. Med og uten pasienter fra Telemark

Kapasitetsberegning	År 2019	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Middels utnyttingsgrad					
Strålebehandling justert for Telemarkspas	1,6	1,9	2,1	2,4	2,6
Strålebehandling inkl Telemarkspas	1,7	2,0	2,2	2,5	2,7
Differanse i forhold til inkl Telemar	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Kapasitetsberegning					
Lavere utnyttingsgrad					
Strålebehandling justert for Telemarkspas	2,1	2,5	2,8	3,2	3,4
Strålebehandling inkl Telemarkspas	2,2	2,6	3,0	3,3	3,5
Differanse i forhold til inkl Telemar	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1

Tabell v4.7 Antall beregnede poliklinikkrom SSHF 2019 og 2040 med middels og lavere utnyttingsgrad for syke nyfødte i HDG 15

Beregnete rom poliklinikk	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristiansand	Sum SSHF
Beregnet 2040				
Antall poliklinikkrom middels utnyttingsgrad	0,3	0,1	0,5	0,9
Antall poliklinikkrom lavere utnyttingsgrad	0,5	0,2	0,6	1,3
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad 2040	-0,1	0,0	-0,2	-0,3
Beregnet 2019				
Antall poliklinikkrom middels utnyttingsgrad	0,3	0,1	0,4	0,9
Antall poliklinikkrom lavere utnyttingsgrad	0,4	0,2	0,6	1,2
Differanse middels-lavere utnyttingsgrad 2019	-0,1	0,0	-0,1	-0,3

Tabell v4.8 Antall beregnede behandlingsrom bildediagnostikk med middels og lavere utnyttingsgrad SSHF 2019 og 2040 etter sykehus og modalitet

Modaliteter Middels utnyttingsgrad	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristian- sand	Sum SSHF
Beregnet kapasitet 2040				
CT	3,0	1,1	4,8	8,9
INT	0,6	0,0	2,7	3,3
MR	2,1	0,2	2,0	4,3
NM	0,0	0,0	0,6	0,6
RG	5,5	2,1	7,1	14,7
UL	1,3	0,3	2,7	4,3
Sum 2040	12,5	3,5	20,0	36,1
Beregnet kapasitet 2019				
CT	2,2	0,9	3,7	6,8
INT	0,6	0,0	2,6	3,2
MR	1,5	0,1	1,5	3,1
NM	0,0	0,0	0,5	0,5
RG	3,9	1,6	5,3	10,8
UL	1,0	0,2	2,0	3,2
Sum 2019	9,2	2,8	15,6	27,5
Modaliteter Lavere utnyttingsgrad	SSHF Arendal	SSHF Flekkefjord	SSHF Kristian- sand	Sum SSHF
Beregnet kapasitet 2040				
CT	4,0	1,4	6,5	11,9
INT	0,9	0,0	3,6	4,4
MR	2,9	0,2	2,7	5,8
NM	0,0	0,0	0,8	0,8
RG	7,3	2,7	9,5	19,6
UL	1,7	0,3	3,6	5,7
Sum 2040	16,7	4,7	26,7	48,1
Beregnet kapasitet 2019				
CT	3,0	1,1	4,9	9,0
INT	0,8	0,0	3,4	4,3
MR	2,0	0,2	2,0	4,2
NM	0,0	0,0	0,6	0,6
RG	5,2	2,1	7,1	14,5
UL	1,3	0,3	2,7	4,2
Sum 2019	12,3	3,7	20,7	36,7

Vedlegg 4.2 PHV og TSB

Vedlegg 4.2.1 PHV-V

Tabell v4.9 Beregnet antall senger 2019 og 2040 SSHF ved middels utnyttingsgrad.

Type kapasitet	Psykiatrisk sykehusavd. Kristiansand	Psykiatrisk sykehusavd. Arendal	DPS Strømme	DPS Østre Agder	DPS Lister, Kvinesdal	DPS Solvang	Sum SS HF - PHV voksne
Kapasitet beregnet 2019 Senger beregnet	78,7	37,9	22,8	16,6	8,8	19,1	184,0
Kapasitet beregnet 2040 Senger beregnet	65,7	29,2	19,2	13,4	6,4	16,0	149,8

Tabell v4.10 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner), 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad. Eksklusive ambulant og gruppebehandling

Dagplasser/rom	Psykiatrisk sykehusavd. Kristiansand	Psykiatrisk sykehusavd. Arendal	Spesialisert pkl psykosmo og traume	DPS Strømme	DPS Østre Agder	DPS Lister, Farsund	DPS Lister, Flekkefjord	DPS Lister, Kvinesdal	DPS Solvang	Sum SS HF - PHV voksne
Kapasitet beregnet 2019 Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	5,6	1,0	3,0	16,4	22,1	2,1	3,1	1,5	12,0	66,9
Kapasitet beregnet 2040 Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	7,7	1,7	4,0	21,3	27,8	2,4	3,5	1,9	16,1	86,3

Tabell v4.11 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner), 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad. Eksklusive ambulant og gruppebehandling

Dagplasser/rom	Psykiatrisk sykehusavd. Kristiansand	Psykiatrisk sykehusavd. Arendal	Spesialisert pkl psykosmo og traume	DPS Strømme	DPS Østre Agder	DPS Lister, Farsund	DPS Lister, Flekkefjord	DPS Lister, Kvinesdal	DPS Solvang	Sum SS HF - PHV voksne
Kapasitet beregnet 2019 Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	7,4	1,9	5,7	31,4	41,8	4,0	5,9	2,9	22,8	123,9
Kapasitet beregnet 2040 Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	10,6	3,3	7,6	40,6	52,4	4,6	6,7	3,5	30,8	160,0

Tabell v4.12 Beregnet antall senger 2019 og 2040 SSHF ved middels utnyttingsgrad.

Type kapasitet	Arendal Barne- og ungdomspsykiatri
Kapasitet beregnet 2019	
Senger beregnet	4,4
Kapasitet beregnet 2040	
Senger beregnet	3,1

Tabell v4.13 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner), 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad. Eksklusive ambulant og gruppebehandling

Dagplasser/rom	Arendal Barne- og ungd. psykiatri	Kristiansand Barne- og ungd. psykiatri	Flekkefjord Barne- og ungd. psykiatri	Sum SS HF - PHV barn og unge
Kapasitet beregnet 2019				
Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	9,5	16,1	3,5	29,0
Kapasitet beregnet 2040				
Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	10,9	19,8	3,5	34,1

Tabell v4.14 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner), 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad. Eksklusive ambulant og gruppebehandling

Dagplasser/rom	Arendal Barne- og ungd. psykiatri	Kristiansand Barne- og ungd. psykiatri	Flekkefjord Barne- og ungd. psykiatri	Sum SS HF - PHV barn og unge
Kapasitet beregnet 2019				
Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	17,9	30,4	6,5	54,8
Kapasitet beregnet 2040				
Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	20,6	37,4	6,6	64,5

Vedlegg 4.2.3 TSB

Tabell v4.15 Beregnet antall senger 2019 og 2040 SSHF ved middels utnyttingsgrad.

Type kapasitet	Kristiansand Rusomsorg	Arendal Rusomsorg	Byglandsfjord Rusomsorg	Bjorbekk Rusomsorg	Sum SS HF- TSB
Kapasitet beregnet 2019					
Senger beregnet	49,3	0,05	18,0	11,4	78,8
Kapasitet beregnet 2040					
Senger beregnet	38,0	0,03	14,5	9,0	61,5

Tabell v4.16 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner), 2019 framskrevet til 2040 med middels utnyttingsgrad. Eksklusive ambulant og gruppebehandling

Dagplasser/rom	Kristiansand Rusomsorg	Arendal Rusomsorg	Sum SS HF - TSB
Kapasitet beregnet 2019			
Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	13,0	5,7	18,7
Kapasitet beregnet 2040			
Sum dagplasser/pkl-rom middels utnyttingsgrad SSHF	17,0	7,3	24,3

Tabell v4.17 Antall beregnede plasser og rom 2019 og 2040 basert på dagaktiviteten (dagbehandling og polikliniske konsultasjoner), 2019 framskrevet til 2040 med lavere utnyttingsgrad. Eksklusive ambulant og gruppebehandling

Dagplasser/rom	Kristiansand Rusomsorg	Arendal Rusomsorg	Sum SS HF - TSB
Kapasitet beregnet 2019			
Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	24,8	10,9	35,7
Kapasitet beregnet 2040			
Sum dagplasser/pkl-rom lavere utnyttingsgrad SSHF	32,5	13,9	46,3

Vedlegg 5 Akutte episoder i 2019 etter diagnosegruppene i modellen

Tabell v5.1 Antall akutte episoder i ICD10-gruppene 2019 ved SSHF- Kristiansand etter behandlingsnivå

ICD-10 grupper	Akutte døgno Kristians. 2019	Akutte dagopp Kristians. 2019	Akutte polikl.kons. Kristians. 2019
Sum alle	15 132	145	20 222
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	629	0	288
2 C00-C99 Ondartede svulster	962	2	236
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	95	0	66
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår im	130	0	104
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske for	800	1	244
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	271	0	342
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	680	0	371
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	75	0	35
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknode (processus mastoideus)	139	4	304
10 I60-I69 og G459 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl TIA	543	1	90
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	399	1	170
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	1 246	3	666
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	614	0	164
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	1 453	0	806
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	1 555	40	651
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	205	1	394
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	111	0	242
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	518	4	988
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	442	11	277
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	92	6	111
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	17	1	84
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2	0	0
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	47	0	61
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifise	1 437	4	2 948
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	327	7	872
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	718	20	4 466
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	605	7	2 719
28 T40-T65 Intox	138	0	152
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	641	29	776
30 Z50 Rehabilitering	2	0	0
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	232	1	1 583
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	6	0	0
33 Stråleterapi	0	0	0
34 Dialyse dagbehandling	0	2	0
Mangler kode	1	0	12

Tabell v5.2 Inntakstime i døgnet for akutte episoder i HDG 14 SSHF-Kristiansand

Inntime i døgnet HDG 14	Døgnopph 2019	Dagopph 2019	Poliklinikk 2019	Sum HDG 14	Pst-andel døgnofff	Pst-andel dagopph	Pst-andel poliklinikk	Pst-andel sum HDG 14
00:00-00:59	66	0	40	106	3,1	0,0	2,4	2,8
01:00-01:59	59	0	28	87	2,8	0,0	1,7	2,3
02:00-02:59	71	0	15	86	3,4	0,0	0,9	2,3
03:00-03:59	72	0	8	80	3,4	0,0	0,5	2,1
04:00-04:59	62	0	14	76	2,9	0,0	0,8	2,0
05:00-05:59	62	1	13	76	2,9	25,0	0,8	2,0
06:00-06:59	62	0	13	75	2,9	0,0	0,8	2,0
07:00-07:59	57	0	23	80	2,7	0,0	1,4	2,1
08:00-08:59	167	0	52	219	7,9	0,0	3,1	5,8
09:00-09:59	221	0	111	332	10,5	0,0	6,6	8,7
10:00-10:59	159	1	170	330	7,5	25,0	10,1	8,7
11:00-11:59	92	0	134	226	4,4	0,0	8,0	6,0
12:00-12:59	91	0	135	226	4,3	0,0	8,0	6,0
13:00-13:59	102	0	124	226	4,8	0,0	7,4	6,0
14:00-14:59	99	1	76	176	4,7	25,0	4,5	4,6
15:00-15:59	84	1	114	199	4,0	25,0	6,8	5,2
16:00-16:59	75	0	104	179	3,5	0,0	6,2	4,7
17:00-17:59	74	0	96	170	3,5	0,0	5,7	4,5
18:00-18:59	60	0	68	128	2,8	0,0	4,1	3,4
19:00-19:59	77	0	72	149	3,6	0,0	4,3	3,9
20:00-20:59	87	0	78	165	4,1	0,0	4,6	4,3
21:00-21:59	58	0	66	124	2,7	0,0	3,9	3,3
22:00-22:59	76	0	61	137	3,6	0,0	3,6	3,6
23:00-23:59	80	0	63	143	3,8	0,0	3,8	3,8
Sum	2113	4	1678	3795	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell v5.3 Inntakstime i døgnet for akutte døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG HDG 14 SSHF-Kristiansand

Inntime i døgnet HDG 14 og kirurgisk DRG	Døgnopph i kir. DRG 2019	Dagopph i kir. DRG 2019	Sum HDG 14 og kirurgisk DRG	Pst-andel døgnofff i kir. DRG	Pst-andel dagopph i Kir. DRG	Pst-andel sum HDG 14 og kir. DRG
00:00-00:59	4	0	4	1,5	0,0	1,5
01:00-01:59	6	0	6	2,3	0,0	2,3
02:00-02:59	7	0	7	2,7	0,0	2,7
03:00-03:59	4	0	4	1,5	0,0	1,5
04:00-04:59	5	0	5	1,9	0,0	1,9
05:00-05:59	5	1	6	1,9	25,0	2,3
06:00-06:59	2	0	2	0,8	0,0	0,8
07:00-07:59	8	0	8	3,1	0,0	3,0
08:00-08:59	27	0	27	10,4	0,0	10,3
09:00-09:59	34	0	34	13,1	0,0	12,9
10:00-10:59	19	1	20	7,3	25,0	7,6
11:00-11:59	17	0	17	6,6	0,0	6,5
12:00-12:59	14	0	14	5,4	0,0	5,3
13:00-13:59	12	0	12	4,6	0,0	4,6
14:00-14:59	13	1	14	5,0	25,0	5,3
15:00-15:59	16	1	17	6,2	25,0	6,5
16:00-16:59	13	0	13	5,0	0,0	4,9
17:00-17:59	9	0	9	3,5	0,0	3,4
18:00-18:59	5	0	5	1,9	0,0	1,9
19:00-19:59	9	0	9	3,5	0,0	3,4
20:00-20:59	8	0	8	3,1	0,0	3,0
21:00-21:59	9	0	9	3,5	0,0	3,4
22:00-22:59	7	0	7	2,7	0,0	2,7
23:00-23:59	6	0	6	2,3	0,0	2,3
Sum	259	4	263	100,0	100,0	100,0