

Styresak nr.:	35-20	Sakstype:	Orienterings sak
Saksnr. arkiv:	20/04487		

## Dimensjonering og kapasitetsutvikling i Sykehuset Østfold fram mot 2040

I denne saken orienteres styret om kapasitetsutviklingen for SØ basert på nasjonal framskrivingsmodell. Framskrivningen viser et tydelig behov for å øke kapasiteten, spesielt med hensyn til døgnplasser somatikk, både på kort og lang sikt.

Administrerende direktør ber derfor styret slutte seg til en fremdriftsprosess som skissert i denne saken, med én løsning for de kortsiktige utfordringene og en mer langsiktig strategisk utvikling av SØ fram mot 2040.

### Forslag til vedtak:

1. Styret tar redegjørelsen om fremtidig dimensjonering og kapasitetsutvikling til etterretning.
2. Styret konstaterer at Sykehuset Østfold HF i nåværende driftssituasjon har en underdekning på om lag 60 somatiske døgnplasser. Dette vil i foreliggende framskrivning øke til 80 i 2025 og om lag 100 i 2030. Det må derfor gjøres tiltak for å øke foretakets kapasitet med hensyn til somatiske døgnplasser.
3. Styret konstaterer også at foretaket gradvis vil møte flere kapasitetsutfordringer som det må legges en plan for å løse i et lengre perspektiv.
4. Styret gir administrerende direktør mandat til oppstart av tidligfase for å utarbeide en prosjektbeskrivelse til styremøtet 02.11.20 for å løse sykehusets behov for utvidet kapasitet:
  - a. Ett prosjekt for å løse sykehusets behov for døgnplasser innen somatikk på kort sikt.
  - b. Ett prosjekt som skal gi føringer på alle sykehusets kapasiteter i perioden frem mot 2040 med periodisk utvikling.
5. Administrerende direktør bes utarbeide en sak som gir styret et beslutningsgrunnlag for å kunne velge hovedretning for mandatet i vedtaks punkt 4. Saken skal inneholde en vurdering av faglige og økonomiske aspekter, pasientsikkerhet og et likeverdig tilbud til befolkningen i opptaksområdet. Saken legges frem i styremøtet 22.09.20.
6. Prosjektene skal følge de nasjonale og regionale føringer og vedtak og *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* skal benyttes i prosjektgjennomføringen.

Sarpsborg, den 09.06.2020

Hege Gjessing  
administrerende direktør

Styresak nr.: 35-20

**Vedlegg:**

1. Funksjonsfordeling Moss-Kalnes inkl. risikovurdering
2. Styresak 75-11 – SØ 2015 Omlegging av akuttberedskapen i Sykehuset Østfold

**1. Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjoner**

Framskrivningen av sykehusets kapasiteter og rapporten *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes (planlagt publisert i forbindelse med sak i styremøte i Helse Sør-Øst 25. juni 2020)* viser at Sykehuset Østfold (SØ) har kapasitetsutfordringer som i hovedsak gjelder innen somatikk, og særlig i klinikk for medisin. Det er derfor et behov for å øke antall døgnplasser. I framskrivningen framkommer også et økt behov for ytterligere kapasitet på sykehusets øvrige somatiske funksjoner etter 2025.

Grunnet det nåværende og fremtidige kapasitetsbehovet for sykehuset anbefaler administrerende direktør at det etableres to prosjekter for å løse situasjonen: Ett prosjekt som skal ivareta det eksisterende behovet slik at sykehusets overbelegg reduseres, og ett prosjekt som ivaretar sykehuset fremtidige behov på mellomlang og lang sikt. Prosjektene må så langt som mulig ses i sammenheng, slik at investeringer på kort sikt også er fornuftige i et lengre perspektiv.

**2. Faktabeskrivelse**

Helse Sør-Øst (HSØ) godkjente i styresak 054-2009 konseptrapport for nytt østfoldsykehus med vedtak om videreføring til forprosjekt. Dimensjoneringen av sykehuset var basert på en to-strukturmodell med somatisk sykehusvirksomhet i Moss og Kalnes og all psykiatrisk sykehusvirksomhet samlet på Kalnes. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling døgn og poliklinikk skulle være i Moss. Iht. revidert konseptrapport og hovedfunksjonsprogrammet (HFP) av 27. mai 2009 var det planlagt med to akuttmottak. Medisinsk akuttmottak for den nordre delen av Østfold i Moss og resterende del av det medisinske mottaket og all akuttkirurgi på Kalnes. Nytt østfoldsykehus ble fremskrevet til 2020 og det ble benyttet lav befolkningsvekst og høy utnyttelsesgrad.

I samsvar med styrevedtak 054-2009 ble eierskapet til utbyggingsprosjektet overført fra SØ til HSØ, som da også ble ansvarlig for gjennomføring av forprosjektet. Under gjennomføringen av forprosjektet ble det, grunnet økonomiske årsaker, gjennomført en revisjon av funksjonsprogrammet. Revidert funksjonsprogram førte til en reduksjon på totalt 4 271 kvm netto i SØ Kalnes og en overføring av 15 polikliniske rom fra Kalnes til Moss.

Forprosjektet for nytt østfoldsykehus ble godkjent 16.12.10 i HSØ, styresak 090-2010. I forprosjektet ble det lagt inn følgende kapasiteter i nytt østfoldsykehus:

Funksjon	Forprosjekt		
	Kalnes	Moss	I alt
Senger	<b>578</b>	<b>100</b>	<b>678</b>
Ordinær somatikk	415	100	515
Ordinær psykiatri	108		108
Teknisk somatikk	43		43
Teknisk psykiatri	12		12
Poliklinikk	<b>93</b>	<b>52</b>	<b>145</b>
Dagplasser	<b>64</b>	<b>49</b>	<b>113</b>

Første leveranse i nytt østfoldsykehus med vedtatt to-strukturmodell ble åpnet med ny dialyseavdeling (11 dagplasser) i Moss november 2011.

Styresak nr.: 35-20

SØ gjennomførte i 2011 en utredning om å samle akuttberedskapen i ett akuttmottak. Utredningen ble godkjent i styret i SØ 12.12.11, styresak 75-11. Vedtaket medførte en reduksjon på 74 senger i Moss og en etablering av 44 nye medisinske senger i Fredrikstad, men det ble ikke økt tilsvarende antall senger i Kalnes. Samlingen av akuttberedskapen ble gjennomført i april 2012. I 2012 ble det også etablert et pilotprosjekt for screening av coloncancer. Prosjektet ble lokalisert til Moss der det ble benyttet en halv sengepost, etter at denne ble frigjort som følge av overføring av senger fra Moss til Fredrikstad. Prosjektet er senere blitt overført til ordinær drift. Etter godkjenning ble det i 2012 også etablert en ny plastikkirurgisk enhet i Moss med flerområde-funksjon, denne ble også etablert i en frigjort sengepost.

I samsvar med godkjent forprosjekt ble det etablert en ny dagkirurgisk avdeling i Moss (virksomhet overført fra Sarpsborg), denne åpnet i februar 2014. Pre-/postoperative funksjoner for dagkirurgisk avdeling benytter arealene etter tidligere akuttmottak.

Ny øyeavdeling ble overført fra Fredrikstad til Moss i august 2014 og innplassert etter ombygging av tidligere arealer for akuttmottak, intensiv og medisinsk overvåking. I desember 2014 ble de siste poliklinikkene overført fra Sarpsborg (sykehusbygget ble overført til Sarpsborg kommune etter salg). Kapasitet i SØ, etter endringer fra forprosjektet til i dag, er:

Kalnes	Forprosjekt	Endringer	Korrigert	Dagens tall
Ordinære senger	415	-32 <sup>1)</sup>	383	383
Tekniske senger	41 <sup>2)</sup>	+8 <sup>3)</sup>	49	49
Poliklinikk	93	+7 <sup>4)</sup>	100	100
<b>Moss</b>				<b>Dagens tall</b>
Ordinære senger	100	-74 <sup>5)</sup>	26	18 (38) <sup>6)</sup>
Poliklinikk	52	+17 <sup>7)</sup>	69	73
<b>SØ totalt</b>				<b>Dagens tall</b>
Ordinære senger	515	-106	409	401 (421)
Tekniske senger	41	+8	49	49
Poliklinikk	145	24	169	173

#### Merknader til tabellen over

1. Redusert for 7 senger ifm gruppe 0 (hotellsenger) til gruppe 1 rom, reduksjon 4 senger hotellstandard (36 til 32), 8 senger medisinsk overvåking overføres fra ordinære senger til tekniske senger, 1 rom øye (obs) og 1 rom akutt ØNH, 1 rom (obs) ombygd til kontor og kortidspost reduseres med 8 senger fra programmert 43 senger til tegnet 35 senger
2. Redusert med 2 senger PO (fra 19 til 17)
3. Økt med 8 senger medisinsk overvåking.
4. Økes med 3 rom audiometri og 4 rom høresentral.
5. Reduksjon av senger i forbindelse med etablering av ett akuttmottak (SØ styresak 75-11)
6. 18 ordinære senger (10 ortopedi og 8 kirurgi). 20 senger avlastingsenhet i perioder i polikliniske arealer.
7. Økning poliklinikk Moss ligger på screeningprosjekt gastro, økning i rom på øyeavdeling og etablering av ny plastikkirurgisk enhet.

#### Merknader til øvrig kapasitet døgn og poliklinikk Moss

Døgnkapasitet somatikk Moss er på totalt 29 senger, av disse er det bemanning til 18. 11 senger benyttes til dagkirurgisk virksomhet deler av døgnnet.

Styresak nr.: 35-20

I tabellen over er det beregnet 173 polikliniske rom, definert som enten undersøkelses-/behandlingsrom eller spesialrom/laboratorier. Utover dette er det også andre rom som benyttes til pasientkontakt og som dermed vil være å betrakte som «episodebærende rom».

### 3. Framskriving av kapasitet og dimensjonering - 2040

Framskrivningen tar utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister i 2017 for SØ og fremskrevet befolkningsdata (MMMM) fra Statistisk sentralbyrå. Framskrivningen gjelder følgende sektorer av virksomheten:

- Somatikk
- Psykisk helsevern voksne
- Psykisk helsevern barn og unge
- Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

I tillegg er strålebehandling tatt med i analysen, vurderingen er basert på aktivitet for pasienter bosatt i Østfold korrigert for Rømskog og Vestby kommune:

Det er i rapporten ikke tatt med framskriving av somatisk akuttmottak. Ifm. planlegging av utvidelse av akuttmottaket gjennomførte SØ en egen framskriving som grunnlag. Denne framskrivningen er tidligere blitt kvalitetssikret av *Sykehusbygg* og legges til grunn for det videre arbeidet – ref. styresak SØ 50-18. Utvidelse av akuttmottak er nå i oppstartsfasen av forprosjektet.

Framskrivningen er gjennomført i 5-års sykluser med 2020 – 2025 – 2030 – 2035 og 2040. Dette vil vise behovet for økt/endret kapasitet i perioden fram mot framskrivningsåret 2035.

#### 3.1 Prinsipper og modell

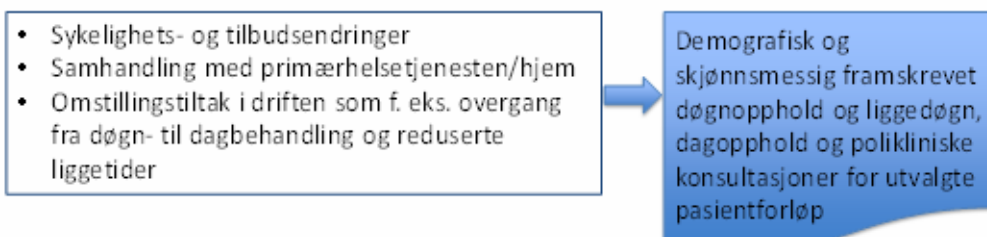
Prinsippene for framskriving er basert på den nasjonale modellen der arbeidet ledes av HSØ. Modellen er illustrert i figuren under:

### RHF-enes framskrivningsmodell - prinsipper

#### Trinn 1 – Demografisk framskriving



#### Trinn 2 – Kvalitative vurderinger utover demografi



#### Trinn 3 – Estimere kapasitets- og arealbehov på funksjonsnivå

- Forutsetninger om arealstandarder for rom
- Forutsetning om utnyttelsesgrader og åpningstider

Styresak nr.: 35-20
---------------------

### Trinn 1 – demografisk framskriving

I trinn 1 tas det utgangspunkt i pasientdata fra SØ for driftsåret 2017 (NPR). Pasientdata kobles direkte til data for befolkningsframskrivingene i SSB knyttet til pasientens bostedskommune, kjønn og alder. Bostedskommune er korrigert for Rømskog og Vestby. Framskrivingen er gjennomført i henhold til MMMM-alternativet.

### Trinn 2 – kvalitative endringsfaktorer

Framskrivingsmodellen inneholder et sett av standard endringsfaktorer for fremtidig aktivitet utover den demografiske utviklingen. Standardfaktorer ble utarbeidet i regi av et utviklingsprosjekt gjennomført av *Sintef*. Faktorene ble gjennomgått på nytt i et stort framskrivingsprosjekt i HSØ basert på pasientdata for driftsåret 2012. Framskrivingen for somatikk grupperes i form av ICD10-koder i 34 grupper, hvorav 3 er rene tjenestegrupper (dialyse, kjemo- og stråleterapi). I psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) grupperes aktiviteten i 16 diagnosegrupper basert på hovedtilstand for kontakt.

For somatisk sektor er følgende endringsfaktorer lagt inn i modellen:

- Døgnopphold og liggedøgn
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende
  - Bruk av pasienthotell
  - Overføring av døgnopphold og liggedøgn til dagbehandling og poliklinikk
  - Bruk av observasjonssenheter
  - Intern effektivisering (kortere liggetid)
- Dagopphold og poliklinikk
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende
  - Aktivitet overført fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner
  - For poliklinikk er det lagt inn en generell årlig vekst på 1%

For PSH og TSB er følgende endringsfaktorer lagt inn i modellen:

- Døgnopphold og oppholdsøgn
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende
  - Reduksjon i oppholdstider
- Dagopphold og poliklinikk
  - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
  - Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende

### Trinn 3 – beregning av kapasitet og areal

I trinn 3 gjennomføres en beregning av fremtidig kapasitetsbehov basert på den fremskrevne aktiviteten i trinn 2. Det legges til grunn en middelsutnyttelsesgrad i framskrivingen.

I beregning av sengekapasitet benyttes følgende beleggsprosenter (middels utnyttelsesgrad):

- Somatikk
  - 85 % i normalsenger
  - 75 % i observasjonssenger
  - 75 % i pasienthotell
- PHV og TSB
  - 85 % belegg PHV voksne

Styresak nr.: 35-20

- 75 % belegg PHV barn og unge
- 80 % belegg TSB

I beregning av kapasitet for dagbehandling, poliklinikk og kirurgisk virksomhet benyttes følgende utnyttelsesgrader:

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

### 3.2 Kapasitetsutvikling fra 2017 til 2040

#### 3.2.1 Beregnet kapasitetsutvikling somatikk

Beregnet antall senger for liggedøgn fremskrevet fra 2017 til 2040 i 5-års intervaller med middels og høy utnyttelsesgrad.

Kapasitet middels utnyttingsgrad	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall senger samlet	441,2	459,5	479,0	498,7	514,9	524,4
Antall normalsenger (85% belegg)		450,5	453,6	455,2	451,9	441,2
Antall senger obs.post (75% belegg)		1,9	5,1	8,4	11,8	15,0
Antall senger pas.hot. (75% belegg)		7,1	20,3	35,1	51,2	68,3
Kapasitet høy utnyttingsgrad	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall senger samlet	416,7	434,3	453,4	472,9	489,1	499,0
Antall normalsenger (90% belegg)		425,5	428,4	429,9	426,8	416,7
Antall senger obs.post (80% belegg)		1,7	4,7	7,9	11,0	14,0
Antall senger pas.hot. (75% belegg)		7,1	20,3	35,1	51,2	68,3

Beregnet antall plasser og rom for dagaktivitet fremskrevet fra 2017 til 2040 i 5-års intervaller med middels og høy utnyttelsesgrad

Kapasitet middels utnyttingsgrad	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall dialyseplasser	42,6	49,0	53,7	59,5	62,2	67,4
Antall plasser kjemoterapi	20,6	22,7	25,6	27,9	29,9	32,4
Antall infusjonsplasser	11,3	12,4	14,0	15,6	17,1	18,7
Antall poliklinikkrom (inkl endosk og småpros)	110,4	120,1	133,4	147,1	160,1	173,4
Herav endoskop ekskl ØNH	3,8	4,2	4,7	5,3	5,9	6,4
Herav endoskop ØNH	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Herav småprosedyrer	8,4	9,2	10,3	11,4	12,6	13,8
Kapasitet høy utnyttingsgrad	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall dialyseplasser	21,3	24,5	26,9	29,8	31,1	33,7
Antall plasser kjemoterapi	15,8	17,4	19,6	21,4	22,9	24,8
Antall infusjonsplasser	8,7	9,5	10,7	12,0	13,1	14,4
Antall poliklinikkrom (inkl småpros og endosk)	84,6	92,1	102,3	112,8	122,8	132,9
Herav endoskop ekskl ØNH	2,9	3,2	3,6	4,1	4,5	4,9
Herav endoskop ØNH	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Herav småprosedyrer	6,4	7,0	7,9	8,8	9,7	10,6

Merknad

Utnyttelsesgrad dialyse: Høy 313 dager og brukstid 10 timer- Middels 313 dager og brukstid 5 timer  
 Utnyttelsesgrad kjemo, infusjon og pol: Høy 240 dager og 10 timer – Middels 230 dager og 8 timer

Styresak nr.: 35-20

Beregnet antall operasjonsrom for døgn- og dagkirurgi fremskrevet fra 2017 til 2040 i 5-års intervaller med middels og høy utnyttelsesgrad

Kapacitetsberegning operasjonsrom	Middels utnyttingsgrad			Høy utnyttingsgrad		
	År 2017	År 2035	År 2040	År 2017	År 2035	År 2040
Antall operasjonsrom døgnkirurgi	10	13	14	8	10	11
Antall operasjonsrom dagkirurgi	10	14	15	8	11	11
Sum operasjonsrom	20	27	29	16	21	22

### 3.2.2 Beregnet kapasitetsutvikling PHV voksne

Beregnet antall døgnplasser, dagplasser og antall konsultasjonsrom fremskrevet fra 2017 til 2040 i 5-års intervaller med middels og høy kapasitetsutnyttelse

Kapasitet middels utnyttingsgrad	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall døgnplasser	177,9	181,8	176,4	169,1	160,8	150,7
Antall dagplasser	1,1	1,2	1,3	1,6	1,6	1,7
Antall konsultasj.rom	75,5	81,0	88,2	95,5	101,6	107,4
Kapasitet høy utnyttingsgrad	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall døgnplasser	168,0	171,7	166,6	159,7	151,8	142,3
Antall dagplasser	1,1	1,2	1,3	1,6	1,6	1,7
Antall konsultasj.rom	47,2	50,6	55,1	59,7	63,5	67,1

Merknad:

Døgnplasser omfatter sykehuspsykiatri og DPS

Middels utnyttelsesgrad: døgnplasser 85 % og poliklinikk med konsultasjonstid 1,25 timer

Høy utnyttelsesgrad: døgnplasser 90 % og poliklinikk med konsultasjonstid 1,5 timer

### 3.2.3 Beregnet kapasitetsutvikling PHV barn og unge

Beregnet antall døgnplasser, dagplasser og antall konsultasjonsrom fremskrevet fra 2017 til 2040 i 5-års intervaller

Kapasiteter	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall døgnplasser	12,7	12,1	12,2	11,0	10,3	10,1
Antall dagplasser	2,4	2,6	2,7	2,8	3,0	3,3
Antall konsultasj.rom	41,5	43,7	47,5	48,9	51,5	56,6

Merknad:

Utnyttelsesgrad døgnplasser: 75 %

Utnyttelsesgrad dagplass: konsultasjonstid 5 timer

Utnyttelsesgrad poliklinikk: brukstid 6 timer og konsultasjonstid 1,5 timer

### 3.2.4 Beregnet kapasitetsutvikling TSB

Sykehuset Østfold HF	År 2017	År 2020	År 2025	År 2030	År 2035	År 2040
Antall døgnplasser	33,7	33,6	32,7	30,6	28,9	27,0
Antall konsultasj.rom	32,7	35,0	38,3	40,9	43,9	46,4

Merknad:

Utnyttelsesgrad døgnplasser: 80 %

Utnyttelsesgrad poliklinikk: brukstid 6 timer og konsultasjonstid 1,5 timer

Styresak nr.: 35-20

#### 4. Bildediagnostikk og laboratoriemedisin

Bilediagnostikk og laboratoriemedisin er ikke fremskrevet i rapporten. Dette skyldes store svingninger i hvordan det enkelte helseforetak løser dette med kjøp av tjenester fra andre helseforetak eller private institusjoner. Det er også store forskjeller i hvordan helseforetakene analyserer prøver fra eksterne i opptaksområdet eller fra andre helseforetak. Dette er tilfelle ved SØ da dekningsgraden for analyser fra eksterne er meget høy innen f.eks. laboratoriemedisin. Det foreslås at det lages en egen framskrivingsmodell for både bildediagnostikk og laboratoriemedisin.

#### 5. Strålebehandling

Det er i framskrivningen av SØ også tatt hensyn til forbruksratene for stråleterapi. Dette skyldes beslutninger knyttet til regional kreftplan og sannsynlige endringer som følge av oppgave- og funksjonsfordelinger i HSØ.

Analysen i forbruksraten av strålebehandling er basert på antall konsultasjoner i strålebehandlings-DRG-ene for 2017. I datauttrekket er det skilt mellom planleggings- og simulerings-DRG-ene samt behandlings-DRG-ene. Forbruksraten for befolkningen i Østfold lå i 2017 på 386 konsultasjoner per 10 000 innbygger, noe som er 9,4 % høyere enn landsgjennomsnittet. Med en forbruksrate på 386 vil dette utgjøre ca. 11 400 konsultasjoner fordelt mellom de 9 ulike behandlings-DRG-ene for strålebehandling, der DRG 851K og DRG 851N utgjør 64,25 % av alle konsultasjoner. Utviklingen innen stråleterapi foreslås videreført i en egen analyse for å fremskrive pasientgruppen og vurdere fremtidig kapasitetsbehov.

#### 6. Egendekningsgrad

Kort oppsummering av prosentandel bruk av eget HF fra SØ bostedsområde i sektorene:

Behandlingsnivåer	Prosentandel bruk av eget HF fra bostedsområdet
<b>Somatikk</b>	
Døgnopphold	74
Dagopphold	85
Poliklinikk	48
<b>PHV voksne</b>	
Døgnopphold	89
Dagopphold og poliklinikk	59
<b>PHV barn og unge</b>	
Døgnopphold	83
Dagopphold og poliklinikk	84
<b>TSB</b>	
Døgnopphold	55
Dagopphold og poliklinikk	92

Av døgnopphold er det TSB som har lavest egendekningsgrad med en bruk av eget HF på 55 %. Her er det spesielt private institusjoner som har en stor andel av døgnoppholdene. PHV voksne har høyest egendekningsgrad for døgnopphold (89 %), men lav egendekningsgrad på poliklinikk, noe som i hovedsak skyldes bruk av avtalespesialister. Den lave egendekningsgraden for somatiske polikliniske konsultasjoner skyldes bruk av avtalespesialister (210 969 konsultasjoner) og OUS (45 603 konsultasjoner).

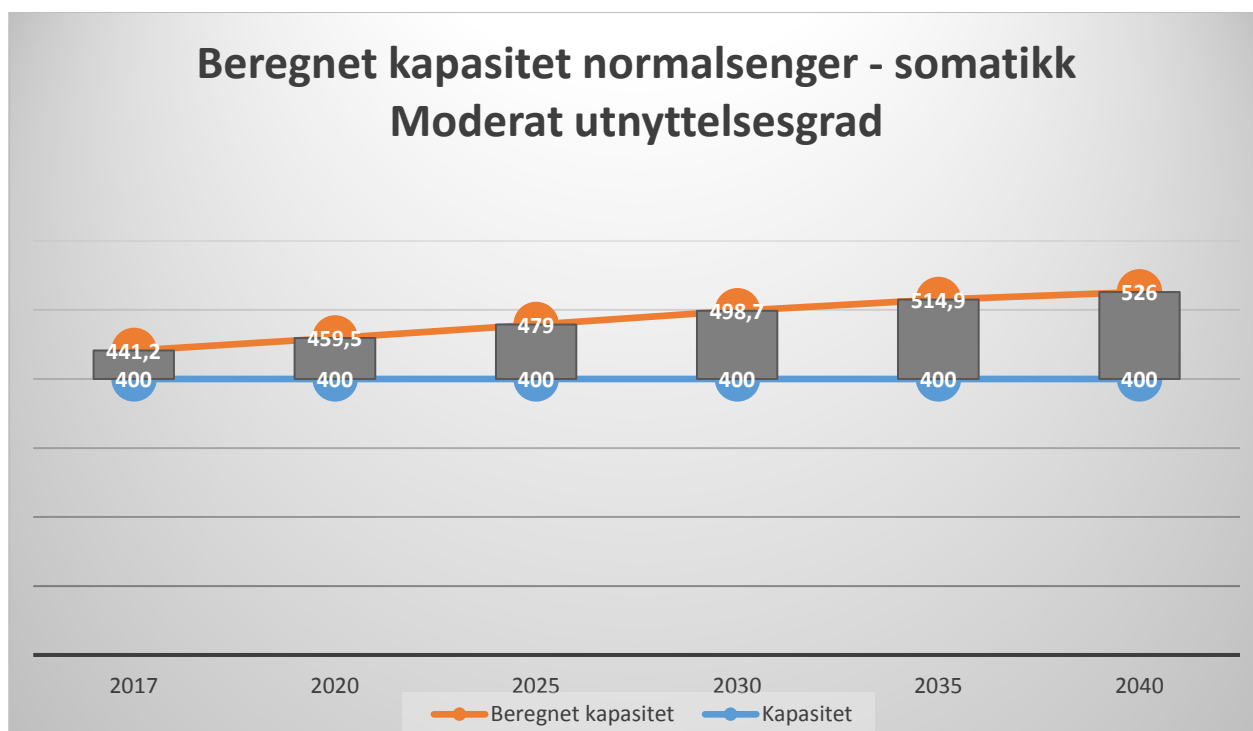


Styresak nr.: 35-20

## 7. Konklusjon av framskrevet kapasitetsbehov

Vurderingen rundt dimensjonering av SØ for 2020 viser at sykehusets totale kapasitet samsvarer godt med framskrivningen på alle områder unntatt døgncapacitet somatikk. Ifølge framskrivningen burde det vært en døgncapacitet på somatikk som innebærer 60 plasser mer enn det SØ disponerer i dag. Dette synes å være i samsvar med den statistikk sykehuset har for bruk av somatiske senger. All statistikk for SØ viser en kontinuerlig situasjon med overbelegg (ca. 105 %) for somatiske senger, belegget er spesielt høyt i vinterhalvåret. Et for lavt sengetall har medført bruk av 2-sengsrom og utfordringer med korridorpasienter.

I følge framskrivningen vil det være behov for å øke kapasiteten ytterligere på de fleste somatiske funksjoner etter 2025. I tillegg må det vurderes en økning innen felles- og støttefunksjoner. I følge framskrivningen for sykehuset vil det være behov for å styrke døgncapaciteten i hele perioden frem mot 2040, jf. figur nedenfor.



## 8. Mulige veivalg

For å sikre nødvendig kapasitet vil SØ vurdere mulige veivalg. Alternativer for å øke kapasitet med dagens utgangspunkt er som følger:

### Økt kapasitet Moss

1. De vurderinger som per nå ligger til grunn er at Moss fungerer godt som et elektivt sykehus med hovedsakelig dagkirurgi og poliklinisk virksomhet. Det er mulig å øke både operasjonsvirksomheten og den polikliniske virksomheten, men det må da gjøres bygningsmessige tilpasninger (vedlegg 1–Funksjonsfordeling Moss-Kalnes).
2. SØ har forsøkt å bruke Moss som avlastningspost for indremedisinske pasienter i en høyaktivitetsperiode. Løsningen ble vurdert som ressurskrevende og problematisk, bl.a.

Styresak nr.: 35-20
---------------------

- fordi det var vanskelig å velge ut pasienter som kunne flyttes fra Kalnes til Moss. Liggetiden økte for de aktuelle pasientene og det var vanskelig å rekruttere personell til enheten.
3. Moss var frem til 2012 akuttstusykehus for en befolkning på om lag 110 000 personer med 100 senger, akuttinntak, intensiv og døgntilbud laboratorietjenester og bildediagnostikk. Etter grundige vurderinger av faglighet og pasientsikkerhet ble det, som beskrevet i kap.2 *Faktabeskrivelse*, besluttet å opprette ett samlet akuttinntak (vedlegg 2 Styresak 75-11 – SØ 2015 *Omlegging av akuttberedskapen i Sykehuset Østfold*). Dersom man nå, etter nærmere ti år, skal reversere denne beslutningen, vil det medføre betydelige omorganiseringer, inkludert ombygginger (Moss har ikke lenger akuttinntak og intensivavdeling). Det vil få store personellmessige konsekvenser med oppbygging av parallelle fagmiljøer på områder der SØ allerede har problemer med å rekruttere og bygge opp tilstrekkelig kompetanse. Den kirurgiske virksomheten som i dag er i Moss må reduseres og deler av denne virksomheten må flyttes til Kalnes, der det må vurderes etablering av flere operasjonsstuer. Alternativt må man etablere et tilbygg for akuttinntak, intensivvirksomhet osv. For poliklinikker gjelder tilsvarende – virksomhet må flyttes til Kalnes eller andre lokasjoner i Østfold. Med hensyn til. fag, pasientsikkerhet og et likeverdig tilbud til befolkningen i opptaksområdet vil derfor en slik eventuell reversering måtte vurderes grundig.

Moss er vurdert til å ha en teknisk levealder frem til 2035. SØ må derfor planlegge for hvordan Moss skal brukes på lang sikt, og hvilke bygg- og kapasitetsmessige konsekvenser som må hensynstas.

### **Økt kapasitet Kalnes**

1. 2. etasje i Kalnes, område 03B02 benyttes i dag til undervisnings- og møterom. Dersom disse arealene bygges om til et sengeområde vil det gi 22-26 sengeplasser. SØ har utstrakt undervisning, simulering og opplæring og tilbyr kurs for helsepersonell fra hele landet. Undervisning er en lovpålagt oppgave og en av SØs kjerneoppgaver, det er derfor nødvendig å etablere erstatningsarealer for denne virksomheten. Evalueringsrapporten for Kalnes viser at det er for få møterom/kontorplasser og dette må derfor også vurderes i en slik sammenheng. Det er mulig å etablere noen erstatningslokaler i administrasjonsbygg som er under oppføring ved Kalnes, og hvor vi allerede har inngått en leieavtale.
2. Fremskynde bygging av stråleenhet og inkludere sengeområder. Dette vil være en mindre ressurskrevende løsning som heller ikke krever større organisatoriske endringer, da nødvendig infrastruktur (vaktlinjer, akuttinntak, intensiv osv.) allerede er på plass i Kalnes.
3. I planlagt nytt akuttinntak er det mulig med utvidelse i inntil to etasjer (620 kvm per etasje). Både fagmiljøer og tillitsvalgte har gitt innspill om en slik løsning.
4. Flytte administrative funksjoner ut av Kalnes for å få flere arealer til klinisk drift. Det er startet et arbeid med å analysere hvilke funksjoner/personell som kan flyttes ut.

### **Andre mulige tiltak for økt kapasitet**

I tillegg til de to mer omfattende/strukturelle endringene som er beskrevet over (økt kapasitet Moss/Kalnes), er det mulig å gjennomføre mindre omfattende tiltak som kan bidra til å løse kapasitetsutfordringene SØ står overfor. Det er en forutsetning at det gjøres beregninger for redusert behov for senger dersom tiltakene skal være en del av plan for å løse kapasitetsutfordringene. Disse er kategorisert punktvis under:

Styresak nr.: 35-20

*Samarbeid med kommuner:*

- Legevaktsbil
- Etablering av hjemmesykehus for utvalgte pasientgrupper
- Vurdere ulike former for ambulant virksomhet inkludert «akuttgeriatrisk team» i front
- Gjennomføre påbegynt forskningsprosjekt «storforbrukere – hjertesvikt/ KOLS»
- Vurdere alternative prosjekt rettet mot folkehelsen (f.eks. diabetes)
- Videreføre arbeidet med å redusere antall utskrivningsklare pasienter
- Vurdere å etablere kapasitetsråd med kommunene

*Endring av arbeidsprosesser/ pasientflyt:*

- Øke bruk av video- og telefonkonsultasjoner, målet er 25 % økning innen 2022 – prosjekt pågår. Etablereløsning med videokamera prehospitalt med overføring til lege i akuttmottak, jf. prosjekt fra Sykehuset Innlandet
- Halvøyeblikkelig hjelp-poliklinikk videreutvikles
- Mer hjemmebehandling, f.eks. antibiotikabehandling via infusjonspumper
- Økt bruk av hjemmedialyse
- Økt tverrfaglig samhandling – vurdere etablering av korttidspost
- Etablere systematisk medisinsk faglig støtte til ortopediske pasienter/ortogeriatri
- Etablere en *complex patient unit* – utrednings- og behandlingsenhet for pasienter med komplekse og sammensatte problemstillinger
- Utrede potensial i overføring fra inneliggende til dagbehandling (f.eks. thyreoideaoperasjoner)

*Analyse:*

- Oppfølging av utvikling liggetid/ volum, f.eks. når det gjelder «storforbrukere» av sykehustjenester
- Analysere endrede pasientstrømmer i forbindelse med pandemi for å finne læringspunkter
- Samarbeid med andre sykehus for å sammenligne aktivitet

## **9. Etablering av to prosjekter**

Grunnet den vanskelige situasjonen innen døgnkapasitet forslås en løsning delt på to ulike prosjekter:

1. Prosjekt for kortsiktige løsninger.

Det etableres et prosjekt som skal utarbeide en løsning som øker sykehusets somatiske døgnkapasitet på kort sikt (innen 1-2 år).

Prosjektet ledes av fagdirektør.

2. Prosjekt for mellomlang og lang sikt.

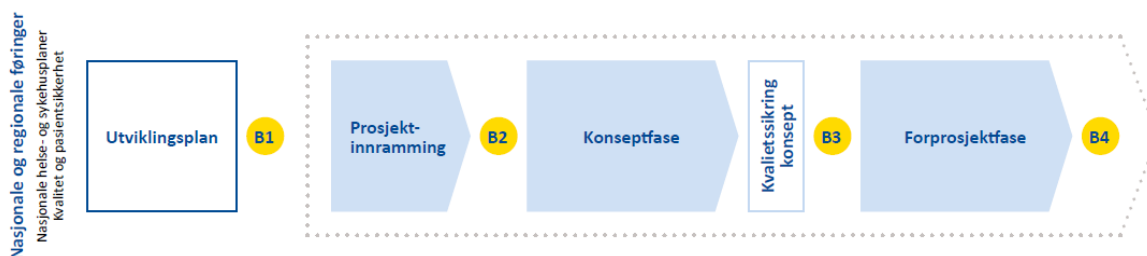
Det etableres et prosjekt som tar utgangspunkt i rapport om framskrivning av kapasitet og dimensjonering av SØ til 2040.

Prosjektet skal ta utgangspunkt i gjeldende utviklingsplan og virksomhetsplan for SØ. Prosjektet skal utarbeide et forslag til mandat for prosjektinnramming som fremlegges styret i SØ for endelig godkjenning.

Prosjektet ledes av egen prosjektleder.

Styresak nr.: 35-20

Utredninger om fremtidig utvidelse av kapasiteter skal følge *Veileder for tidligfasen i sykehusplanlegging*.



## 10. Administrerende direktørs vurderinger

I denne saken orienteres styret om behov for kapasitetsutvikling for Sykehuset Østfold basert på RHF-enes nasjonale framskrivingsmodell. Framskrivningen av kapasitet og dimensjonering, sammen med utkast til Helse Sør-Østs evalueringsrapport for Kalnes, viser at det er behov for å øke antallet somatiske døgnplasser både på kort og lang sikt.

På bakgrunn av at SØ i flere år har hatt tilnærmet 100 prosent belegg store deler av året, og som midlertidig tiltak har tatt i bruk inntil 47 enkeltrom som dobbeltrom, ble det satt ned en arbeidsgruppe som vurderte utvidet bruk av Moss. I arbeidsgruppens rapport *Funksjonsfordeling Moss – Kalnes* vurderes det som mulig å øke aktivitet innen elektiv kirurgi og poliklinikk, mens etablering av sengeposter ble vurdert som mindre aktuelt.

Som alternativ til å etablere medisinske sengeposter i Moss vurderte arbeidsgruppen at SØ på kort sikt kan utvide med 20- 25 senger på Kalnes. Det vil kreve omrokking av arealer og ombygging. Det ble likevel vurdert som en bedre løsning fordi det er etablerte vaktlinjer innenfor eksisterende organisering og intakt infrastruktur på Kalnes. Det er også mindre ressurskrevende å drifte en ekstra sengepost på Kalnes enn å etablere en avdeling på to fysisk adskilte steder. Løsningen vil videre være i tråd med langsiktig planlegging, da byggeteknisk levetid er lenger for Kalnes enn Moss. Dersom SØ samtidig gjennomfører driftsendringer, som for eksempel å etablere hjemmesykehus for noen pasienter, og jobber tettere med kommunene om utskrivningsklare pasienter og andre pasientgrupper, vil dette kunne redusere belegget de nærmeste årene.

Reetablering av akuttmottak og intensivavdeling i Moss ble ikke vurdert i arbeidsgruppen.

I SØs økonomiske langtidsplan er nytt strålebygg planlagt ferdigstilt i 2028. Det er naturlig å se nærmere på i hvilken grad strålebygg kan fremskyndes og bygges med sengeområder som en del av bygget.

Det er behov for grundigere analyser og vurderinger av hvilken løsning som bør velges for å øke sengekapasiteten i SØ. Både kvalitative/faglige, kvantitative og økonomiske hensyn må utdypes for de forskjellige mulige løsningene som er skissert i denne saken.

Administrerende direktør ber derfor styret slutte seg til en fremdriftsprosess som foreslått, med mål om å finne én løsning for de kortsiktige utfordringene og samtidig starte arbeidet med en mer langsiktig strategisk utvikling av SØ. Styret vil da i høst (2020) bli forelagt saker med mandat for prosjekt 1; *Økning av sykehusets somatiske døgnkapasitet på kort sikt* og prosjekt 2; *Sykehusets kapasiteter i perioden frem mot 2040*.