

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 17. februar 2022

Saksbehandler: Medisinsk direktør

Vedlegg:

**SAK 4/2022 STATUS OG KONSEKVENSER FOR PASIENT-
BEHANDLINGEN I PANDEMIEN**

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

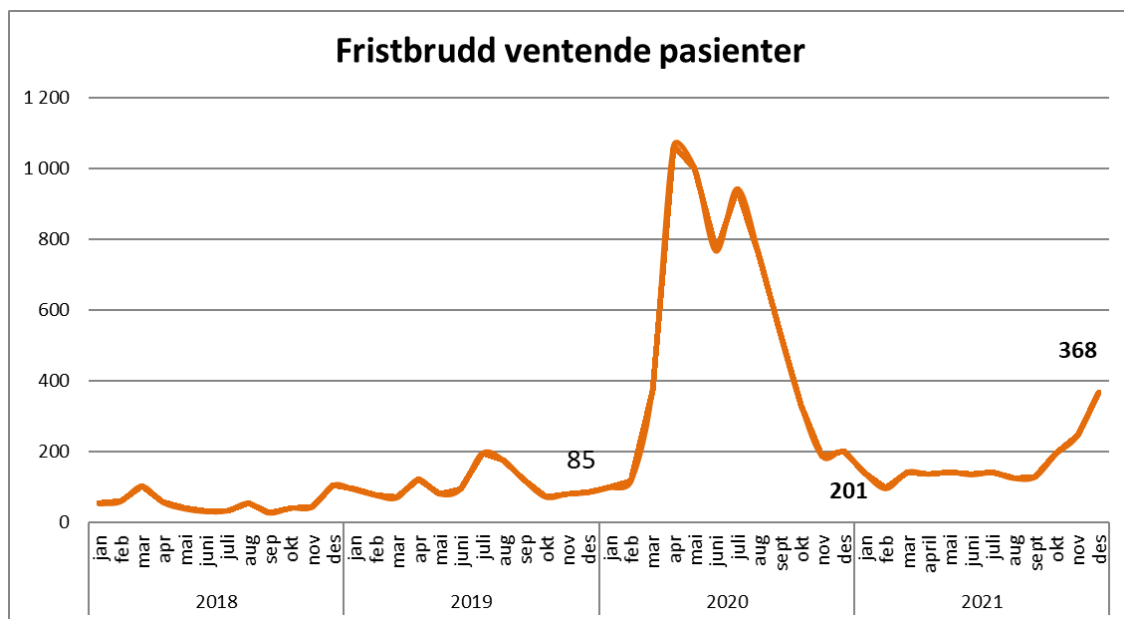
Oslo, den 10. februar 2022

Bjørn Atle Bjørnbeth

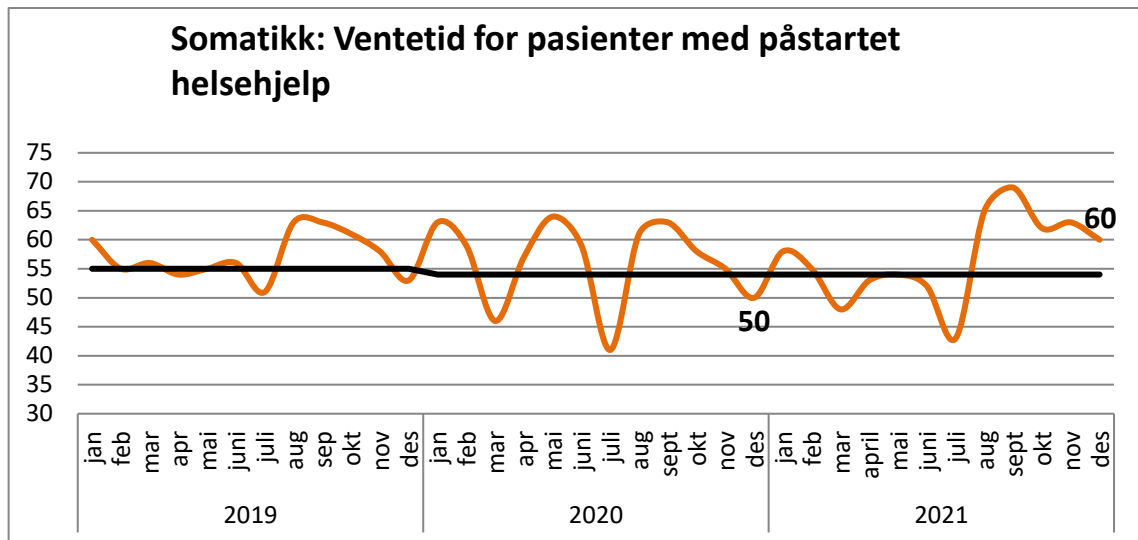
Bakgrunn

Kort tid etter korona kom til Norge i slutten av februar 2020 ble det innført beredskap og nasjonale restriksjoner, pålegg og anbefalinger. Følgene var at helsetjenesten måtte prioriterte øyeblikkelig hjelp, kreftpasienter, gravide og barn. Screeningprogrammene for kreft ble satt på pause og mange planlagte behandlinger utsatt. Hensikten var klar, smitten skulle begrenses for å forhindre rask spredning med påfølgende manglende kapasitet i helsetjenesten. Smitten ble slått ned.

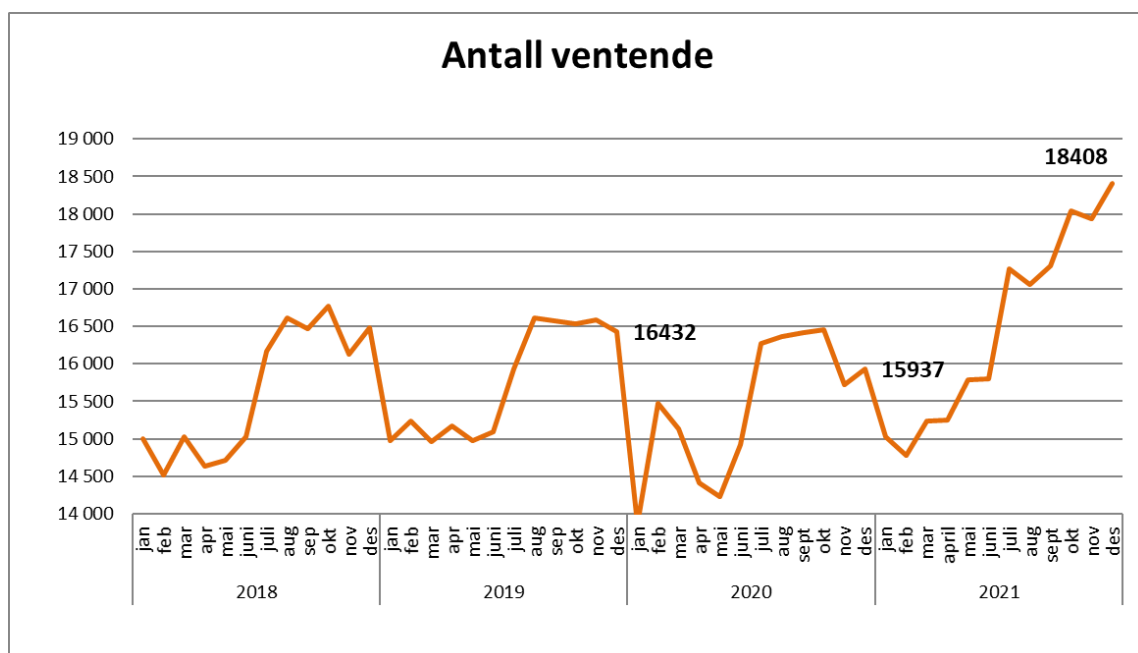
For helseforetaket ble resultatet en rask økning av antallet som ventet på helsehjelp, fristbrudd og ventetidene økte. Den store økningen i antall fristbrudd våren 2020 sees på figuren under. Ventetiden økte i perioden med 6 dager, en prosentvis økning på 11. I denne perioden var det flere aktiviteter som ikke ble gjennomført både når det gjaldt diagnostikk og behandling. Situasjonen var likevel slik at man ikke registrerte noen påfallende økning i avvik som skyldes negative effekter av utsettelse. I midten av juni 2020 var aktiviteten igjen tilnærmet normal og innenfor en del fagområder hadde man innhentet etterslepet.



Om sesongvariasjon: Hvert år går foretakets aktivitet ned under sommerferieavviklingen, i denne perioden øker ventetidene jfr. svingninger vist i figuren under. De samme prioriteringer gjøres hver sommer; øyeblikkelig hjelp, kreft, gravide og barn prioriteres i tillegg til pasienter med prognosetap ved utsettelse.



I løpet av pandemien har det vært flere bølger av smitte som har medført nedtrekk av planlagt aktivitet i sykehusene for å kunne ta seg av alvorlig syke covid-pasienter. Den siste bølgen startet sent høsten 2021. Figuren under viser at de siste måneder har vært en jevn økning av antall ventende ved Oslo universitetssykehus. I det følgende gis en overordnet vurdering av hva den gjentatte påvirkningen av covid-situasjonen har medført for pasientbehandlingen ved Oslo Universitetssykehus HF, hvordan utviklingen følges og hvilke tiltak som iverksettes.



Gjennomført aktivitet sett opp imot plantall

Pandemien har gitt store utslag i aktiviteten i foretaket. I somatikken var ISF-poeng for øyeblikkelig hjelp aktiviteten i /2021 om lag 9 prosent vært lavere enn i 2019, i snitt for 2020/2021 om lag 11 prosent lavere. Dette forstås som en umiddelbar konsekvens av redusert aktivitet i samfunnet, stengte butikker, nedstengte fritidsaktiviteter og idrettsarrangement. Endringen oppstår først hos de prehospitale tjenester og

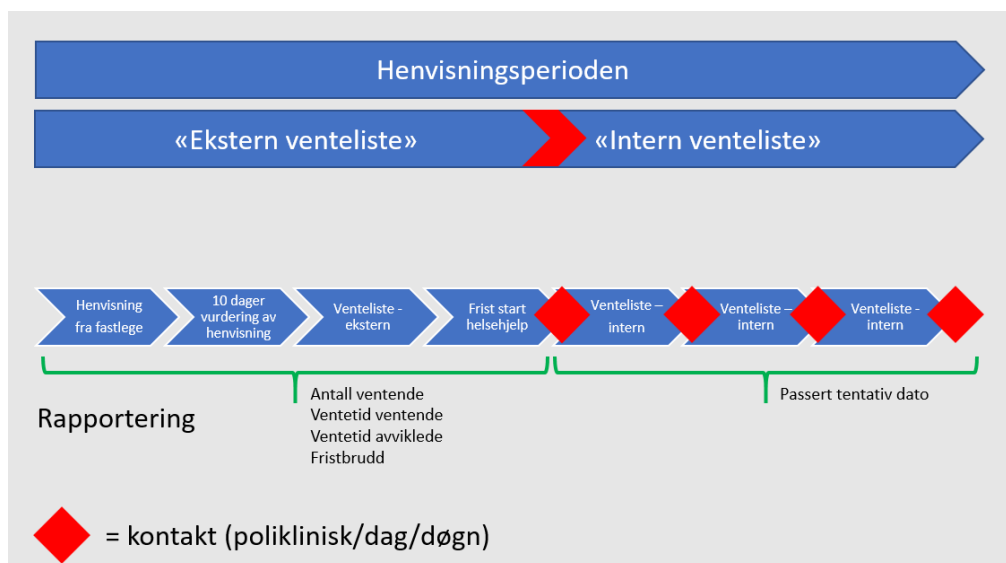
skadelegevakt og deretter i behandlingsaktiviteten i klinikkene. I perioder har mange skader vært spart. Befolkningens reaksjon på pandemien og dens tiltak har også gitt et generelt lavere aktivitetsnivå enn det som er planlagt for somatikken. For helsetjenesten innen psykisk helse for voksne og barn har trenden vært motsatt. Her har utviklingen under pandemien vært en høyere aktivitet enn planlagt. I snitt har den polikliniske aktiviteten innen voksen psykiatri vært 3,5 prosent høyere og innen barne- og ungdoms psykiatri 5,1 prosent høyere i 2020/2021 enn i 2019.

Utviklingen i fristbrudd og ventetider

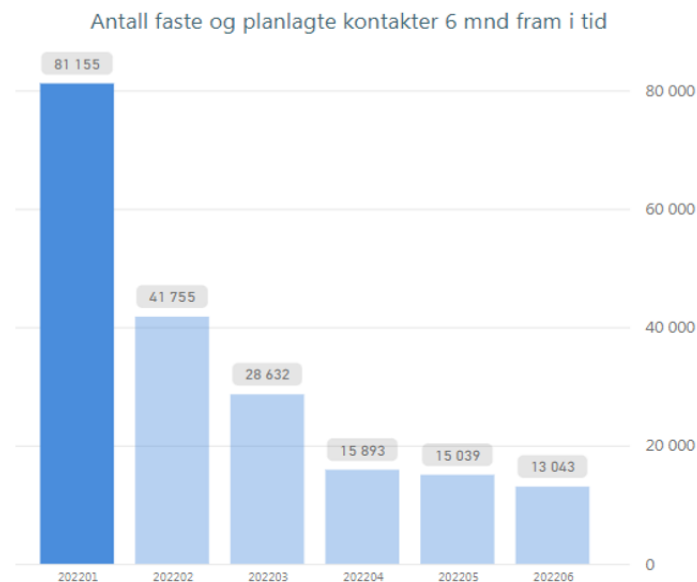
I pandemiens siste utvikling har nedtrekk av planlagt aktivitet og i særdeleshet kirurgisk aktivitet vart så lenge at det igjen har gitt en økning i fristbrudd og ventetider. Ved Oslo universitetssykehus har fristbrudd økt innen urologi og øye. Ventetider på foretaksnivå innen somatikken har økt fra 60 dager i desember 2019 til 65 dager i desember 2021. Den største endringen er innen øyesykdommer, der ventetiden har økt fra 49 til 91 i samme tidsperiode. For pasientforløp innen kreft sees ikke den samme utviklingen. Denne pasientgruppen har vært prioritert og her har det vært en bedring i måltall for pakkeforløp igjennom pandemien.

Ved Oslo universitetssykehus er om lag 2/3 deler av aktiviteten pasienter som er henvist til regionale og nasjonale funksjoner. Det innebærer at pasientene ved vurdering av sin henvisning på lokalsykehuset oftest har fått sin frist innfridd og pasientene inngår derfor ikke på Oslo universitetssykehus såkalte eksterne venteliste.

På den eksterne ventelisten er ventetiden definert som tiden fra henvisning er sendt fra fastlege til spesialisthelsetjenesten til pasienten har fått en frist for start helsehjelp fra helseforetaket. I praksis innfris fristen når utredning starter ved første oppmøte. I denne første delen av henvisningsperioden gis pasientene en juridisk rettighet til enten utredning eller behandling. Fristene settes på bakgrunn av pasientens symptomer og mistenkte diagnose, ut ifra Helsedirektoratets prioriteringsveiledere og medisinskfaglig vurdering av når helsehjelpen bør starte.



Når pasienten videre henvises til Oslo universitetssykehus HF fra andre deler av spesialisthelsetjenesten er frist start helsehjelp vanligvis innfridd, pasientens medisinske behov blir vurdert og det settes en tentativ/planlagt tid for når pasienten bør komme til behandling. Oslo universitetssykehus har som mål å ha et halvt års planleggingshorisont og pasienter som venter på behandling etter at juridisk frist er innfridd følges på intern venteliste ved at det følges med på om vi passerer tentativ/planlagt tid. Medisinsk sett er dette synonymt med frist start helsehjelp, men den omtales ikke som en juridisk frist. Dette er litt misvisende, da pasientene alltid har krav på forsvarlig helsehjelp etter en medisinsk vurdering. I Oslo universitetssykehus er det varierende etterlevelse av planleggingshorisont. For noen pasientgrupper er behandlingsaktiviteten rask oppfølging etter akutte tilstander og her vil planleggingshorisont være kort. For andre diagnoser kan aktiviteten i stor grad planlegges og planlagt tid for behandling kan brukes som indikator på virksomhetsgjennomføringen. Figuren under viser planlagte pasientkontakter i foretaket fra januar til juni 2022 hvor om lag 81 000 har fått time kommende måned.



Utover fristbrudd og eksterne ventelister som rapporteres offentlig er passert planlagt tid på intern venteliste sykehusets overordnede varsel på om pasienter som venter utsettes for økt risiko. Ved økning av ventetider utover det som ansees som medisinsk forsvarlig må foretaket til enhver tid sikre seg oversikt over og vurdere tiltak i forhold til det.

Vurderinger av pasienter på venteliste

Det gjøres en løpende vurdering av pasienter på venteliste utfra opplysninger i henvisningen eller tidligere undersøkelser, samt en vurdering av hvilken behandling pasienten venter på. I klinikkenes vurdering av konsekvenser av utsatt behandling er det noe som går igjen. For planlagt kirurgi innen gynekologi, gastrokirurgi, nevrokirurgi og ortopedi rapporteres det at pasienter som får utsatt behandlingen sin må leve lengre med smerter og redusert livskvalitet. Spesielt der behandlingen utsettes lenge vil dette få negative konsekvenser for pasientene. For enkelte pasientgrupper er vurderingen at prognosetap er sannsynlig, det kan være pasienter som ikke lengre kan opereres eller der

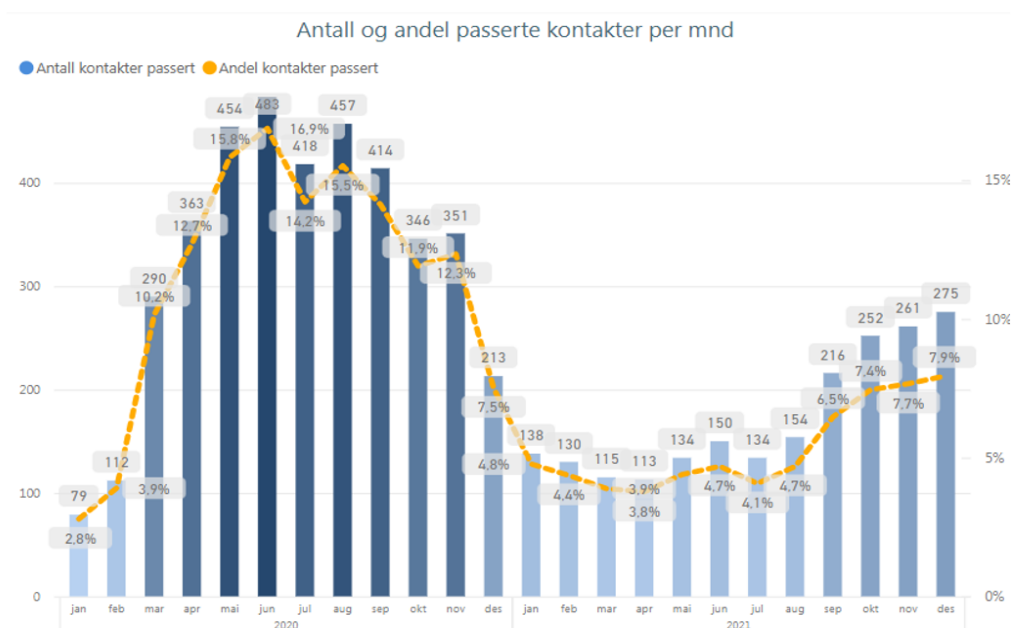
slitasje som følge av ventetiden gir varig nedsatt funksjon. Dersom pasienten ikke kan gjennomføre planlagt behandling kan det gi vedvarende smerter og redusert livskvalitet. Også pasienter som må leve lengre med smertetilstander før de får behandling kan utvikle kroniske smertetilstander. De somatiske lidelsene gir også et psykologisk stress som når de varer lenge kan bli kroniske.

Oslo universitetssykehus har ikke systematiske registreringer av risiko knyttet til enkeltpasienter som kan aggregeres til foretaksnivå. Det er medisinsk ansvarlige innen hvert av de ulike fagområdene som vurderer hver pasient på venteliste som må utsettes. Pasienter der man vurderer at utsettelse ikke er forsvarlig eller innebærer en uforholdsmessig høy risiko tas pasienten inn som halv øyeblikkelig hjelp.

Spesielt hjertepasienter som venter på thoraxkirurgiske inngrep eller andre invasive prosedyrer kan ha høy risiko ved forlenget tid til behandling. Dette skyldes både at hjertetilstander kan ha en innebygd risiko i seg selv og at sykdommen kan utvikle seg i ventetiden. Symptomer og tegn til gradvis forverring kan være vanskelig å oppdage uten grundige undersøkelser og i pandemien har dette vært vanskelig å gjennomføre. Det er i pandemien observert at mange pasienter vegrer seg for å oppsøke helsetjenesten og at mange selv utsetter undersøkelser og behandling. Det kan være ulike årsaker til det. Frykt for smitte i sykehuset kan være en årsak og i den forbindelse har det vært presisert at smittevern ikke er til hinder for behandling av livstruende tilstander, uten at det har hindret den generelle nedgangen i somatisk aktivitet.

Figuren under viser økning i passert planlagt tid for behandling i thoraxkirurgisk avdeling siste måneder og at det i perioden i 2020 med full nedstengning også medførte mange utsettelser. De siste måneder sees igjen en økning i antall utsettelser som er en direkte årsak av at covid pasienter på intensiv har blitt prioritert.

Thorax kirurgisk avdeling



Dersom det ordinære behovet for helsetjenester i befolkningen er tilnærmet det samme under en pandemi, kan nedgangen i somatisk aktivitet ha ført til at mange pasienter kan ha tapt helse som følge av pandemien. Den videre oppfølging av pasienter med data på kliniske parametere som smerter, funksjonsnivå, livskvalitet, sykkelighet og dødelighet vil kunne gi bedre svar på dette enn dagens tall på utvikling i ventetider. For diagnoser med få pasienter kan data med signifikans også være tilfeldige svingninger som man også ser i uten at det er pandemi som en tilfeldig opphopning. En gjennomgang av enkelttilfeller kan likevel gi verdifull informasjon og bidra til at vi endrer prioritering eller tiltak.

Klinikkenes vurderinger av pasientene som kommer til utsatt planlagt behandling

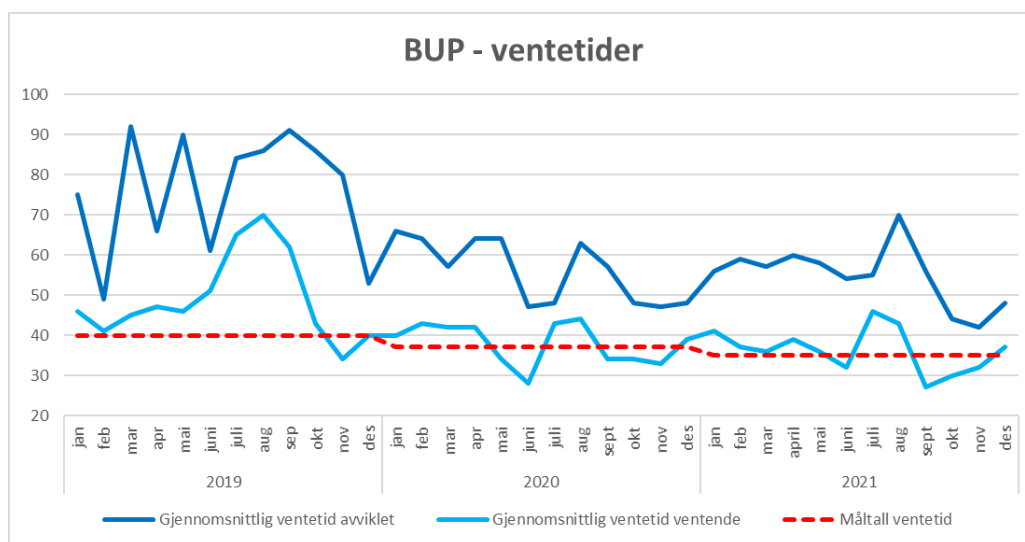
Det er generelt større bekymring knyttet til pasienter på venteliste enn pasienter som tas inn med noen forsinkelse, spesielt der ventetidene øker vesentlig. For pasienter som har kommet inn etter en utsettelse er det enkelte eksempler på at korrigerende kirurgi ikke gjennomføres fordi man har ment at resultatet av den planlagte behandlingen ikke lengre ville være til pasientens beste. Foreløpig er disse eksemplene heldigvis få, men slike effekter av utsatt behandling bør ha ekstra oppmerksomhet fremover dersom pandemien fortsetter og kapasiteten i helsetjenesten ikke evner å ta unna pasientkøene. For Oslo universitetssykehus som har en stor andel pasienter som kommer til regionale og nasjonale funksjoner, vil videresending til sykehus med bedre kapasitet ofte ikke være mulig. Oslo universitetssykehus arbeider derfor nå mer systematisk for å planlegge for økt aktivitet med de ressurser som er tilgjengelig. I perioder med økt fravær på grunn av sykdom eller karantene er dette krevende. Tiltak som endrer driften slik at mindre ressursinnsats kan gjennomføre like mye eller mer behandling, kan være riktig å innføre når man ser at dette gir mindre risiko enn utsatt behandling for pasienter på venteliste.

Psykisk helse og avhengighet

Utviklingen innen behandlingen av rus, psykisk helse barn og voksne har vært en annen enn innenfor somatikken. Både innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri har aktiviteten økt betydelig under pandemien. Økt aktivitet har vært nødvendig for å nå krav til ventetider da disse har vært for lange, samtidig som behovet har økt ved at antall henviste pasienter har økt. Spesielt innen barne- og ungdomspsykiatri har antall henvisninger hatt en betydelig økning, i 2021 var økningen på 43 prosent sammenliknet med 2019. Det er innen spiseforstyrrelser at økningen har vært størst. Det medisinske tilbudet har måttet tilpasse seg den raske økningen og før sommeren 2021 ble det etablert et dagtilbud for familier med barn med spiseforstyrrelser som trengte et mer dekkende tilbud enn poliklinisk oppfølging kunne tilby. Under normale omstendigheter ville disse pasientene blitt lagt inn. Når det gjelder effekten av dagbehandling versus døgnbehandling, slik den ble etablert for SPIS-dagtilbud, er det for tidlig å konkludere, men tilbudet har blitt positivt mottatt både i behandlerapparatet og blant pasienter og pårørende. Fortsatt er fordelingen slik at noen får mildere sykdom og noen utvikler alvorlige forløp. For de mest alvorlige tilfellene av spiseforstyrrelser er det et regionalt tilbud i Oslo universitetssykehus, Regional avdeling for spiseforstyrrelser. Klinikk

Psykisk helse og avhengighet melder om behov for økt kapasitet på Regional avdeling for spiseforstyrrelser, enhet for barn og unge. Om pandemien er en direkte årsak til økningen av spiseforstyrrelser blant unge er for tidlig å konkludere med, men dersom det finnes en slik årsak-virkning vil det være viktig å studere hva ved pandemien som utløste økningen da viruset i seg selv neppe er årsaken.

Ventetidene innen psykiatrien har, i motsetning til innen somatikken, endret seg lite innen voksenpsykiatrien, fra 43 dager i desember 2019 til 44 i desember 2021, mens den er redusert innen barne- og ungdomspsykiatrien, fra 53 til 48, og fra 26 til 24 innen rusbehandling. På tross av at ventetidene er redusert har antall ventende i klinikk psykisk helse- og avhengighet samlet økt med 150 fra 2019 til 2021. Det er en generell oppfatning at tilstanden for dem som er på venteliste innen psykiatrien ikke har forverret seg. Langtidskonsekvenser av at det synes å være økt insidens av psykiske lidelser i befolkningen under pandemien studeres, både nasjonalt og internasjonalt. Det vil også måtte sees på pasientens forløp, om det er flere pasienter som får alvorlig sykdom og om tilbudet er forringet under pandemien som følge av utilstrekkelig kapasitet. Tidlig behandling er viktig for flere av diagnosegruppene, eksempelvis spiseforstyrrelse. God nok kapasitet til å ta imot pasientene tidlig er viktig for å ikke få et redusert prognosetap.



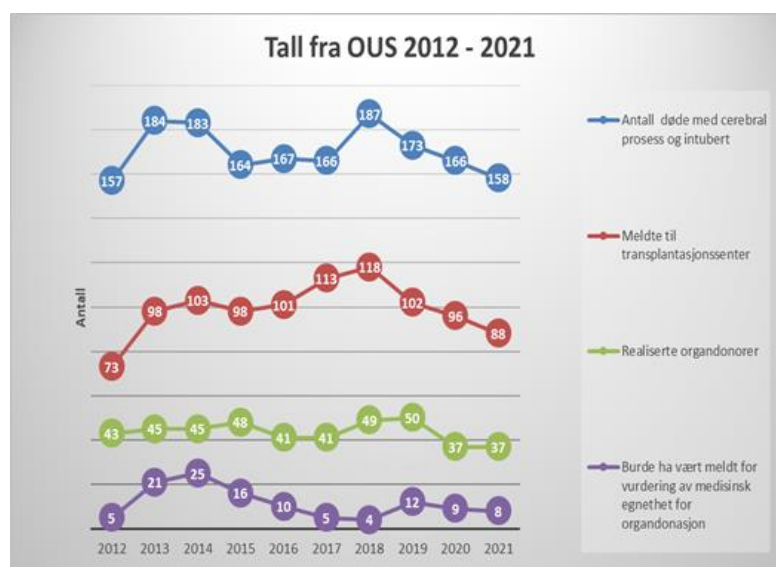
Klinikk psykisk helse og avhengighet kartlegger nå hvilke (om noen) pasienter som har fått prognosetap som følge av utsatt eller forsinket behandlet som følge av pandemien.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er situasjonen at ventetiden har endret seg fra 27 til 23. Antall ventende her har endret seg fra 72 til 76. Pasienter innen rus har fritt behandlingsvalg og mange pasienter benytter seg av dette tilbudet. For aktivitet i Oslo universitetssykehus har kapasiteten vært god. Utviklingen innen rus under pandemien har vært at døgnaktiviteten både i 2020 og 2021 var betydelig lavere enn planlagt. Sammenlignet med 2019 var antall liggedøgn innenfor rus redusert med om lag 3800

tilsvarende en reduksjon på 18 prosent. Det antas at lav døgnaktivitet henger sammen med økt bruk av private behandlingstilbud innenfor dette området.

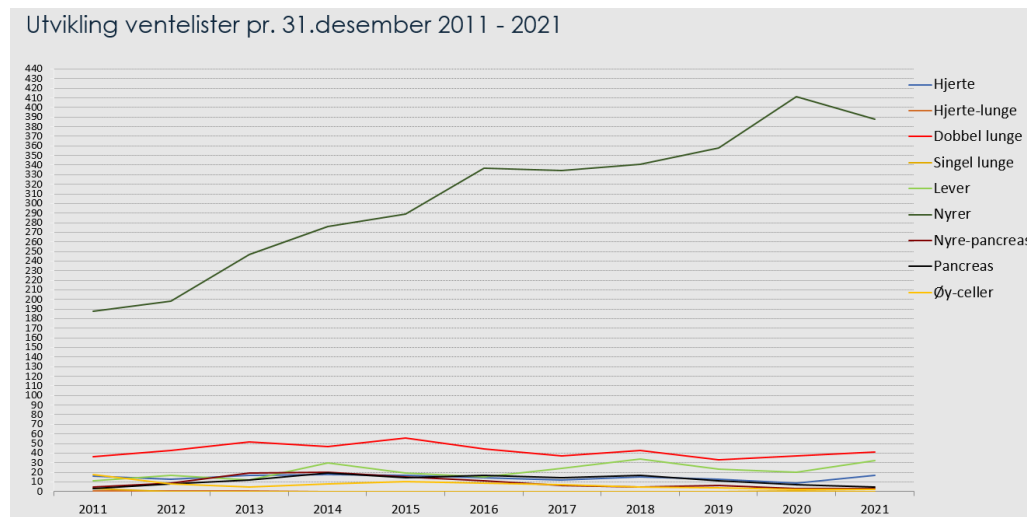
Status nasjonal funksjon – organtransplantasjoner

Organtransplantasjoner er en nasjonal tjeneste ved Oslo universitetssykehus. Det er transplantert 404 organer til 374 pasienter ved utgangen av desember 2021. I 2020 til samme tid var det transplantert 422 organer til 384 pasienter. Det har vært en nedgang i potensielle donorer, meldte mulige donorer i 304 i 2021 mot 323 i 2020. Vi har imidlertid ingen meldinger om at pandemien har påvirket muligheten/kapasiteten for å utnytte organer fra potensielle donorer da 95 donorer ble realisert i 2021 mot 101 i 2020. Gjennomsnittstallet for antall donasjoner de 6 foregående år var 109 donasjoner/år. Det foreligger derfor en reell nedgang på 10 prosent.



Antallet organdonasjoner sank i fjor, men dette har vært en trend over flere år etter toppåret i 2012. Tilgang til organer er en viktig premisse for antall donasjoner. I korte perioder med et høyt antall innlagte covid-pasienter på intensiv, har transplantasjon fra levende donor vært utsatt. Donasjon fra død donor har vært gjennomført der organ er tilgjengelig. Det er vanskelig å si om pandemien har påvirket tilgang på donorer. Å fullføre et forløp inn mot donasjon for pasienter som dør av hjernedød er en tidkrevende prosess og det kan ikke utelukkes av presset på intensiv som følge av covid har vært så høyt at man har måtte prioritere covid pasienter. Nedgang i potensielle donorer grunnet covid som vi spesielt så i starten av pandemien kan være et tegn på det.

Det har over flere år vært økte ventetider og ventelister for nyretransplantasjon samt stor økning samlet sett i kostnader til dialysebehandling for helseforetakene (figur under). Pasienter som venter på organtransplantasjon har kommet langt i sitt sykdomsforløp og både sykdom og dødelighet er betydelig. Lange ventelister på organtransplantasjon er derfor ikke ønsket. Median ventetid til første transplantasjon av nyre har økt fra 13 til 18 måneder siste år. Oslo universitetssykehus prioriterer derfor aktivitet innen transplantasjon og denne har vært skjermet fra beredskap under pandemien.



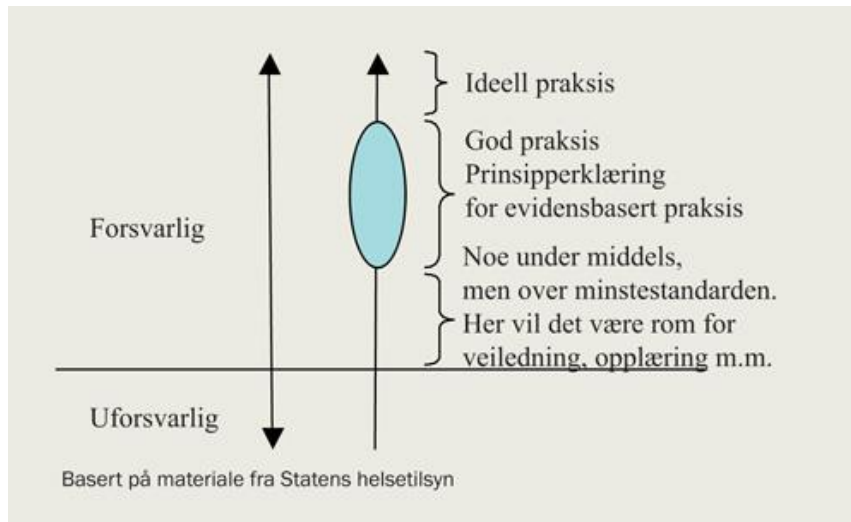
Pasientflyten i de forskjellige intensivavdelingene har vært endret som følge av covid-pasienter. Vi observerer at enkelte intensivavdelinger har flere dødsfall enn tidligere, mens andre har færre. Samhandling med pårørende har vært vanskelig i perioden da pårørende i store deler av året er nektet adgang til sykehuset. Kontinuitet av behandlerpersonell til ordinære intensivpasienter har vært redusert som følge av rulling til egen avdeling for covid-19 pasienter. Disse faktorene kan ha vært medvirkende til årets resultat med høyt antall avslag på organdonasjon.

Tiltak som kan iverksettes ved kapasitetsutfordringer

Ved langvarige kriser eller hendelser som medfører kapasitetsutfordringer vil helseforetaket måtte redusere behandlingstilbudet for å kunne omdisponere ressurser og prioritere hvor kapasitet skal opprettholdes, det være seg areal, utstyr eller personell. Foretakets tjenester skal alltid gjennomføres forsvarlig, men ved utsettelse eller andre måter å organisere gjennomføringen på vil tjenesten kunne medføre en høyere risiko eller måtte leveres med lavere kvalitet enn det man gjør i en normalsituasjon.

Det er sannsynlig at den pågående pandemien fortsatt vil prege samfunnet en tid fremover. Nye virusvarianter oppstår med påfølgende økning i antall syke og behov for sykehusinnleggelse og intensivbehandling. Samtidig vil befolkningen ha sine vanlige helseutfordringer. Foretaket må derfor være forberedt på å gjøre endringer i kapasiteten mellom deler av virksomheten og mellom behandlingen av forskjellige diagnoser. I en ekstrem situasjon kan en konsekvens være at tilbudet er redusert så mye at det får negative helsemessige konsekvenser for befolkningen.

Å prioritere helsetjenester eller redusere behandlingstilbudet kan bety at rutiner endres for å redusere ressursbruk eller at samme oppgave må gjøres av personell med lavere eller annen type kompetanse. Det kan bety økt risiko i behandlingen og i sin tur at kvaliteten reduseres. Det er ikke nødvendigvis en direkte sammenheng mellom ressursbruk og kvalitet, og målet med endringen er å øke kapasiteten for å ivareta alvorlig syke pasienter.



Helsedirektoratets veileder for prioriteringer ved kapasitetsutfordringer følges. Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende prinsipp for spesialisthelsetjenesten. Ved prioritering av ressursene er kriteriene som legges til grunn viktig for å unngå tilfeldig fordeling av helsetjenester.

I tillegg til det som er angitt i Helsedirektoratets pandemiplanlegging, kan kriseledelsens prioritering av personellressursene innebære tiltak, for eksempel omdisponering av personell og oppgaveglidning, som reduserer ressursbruk ved at samme personell behandler flere pasienter eller medfører endrede rutiner for diagnostikk og behandling med den hensikt å kunne behandle «flere pasienter med færre ressurser». Dette kan endre det medisinske tilbudet også til dem som er prioritert på en slik måte at risiko for redusert kvalitet øker.

Oslo universitetssykehus har flere tiltak som kan tas i bruk for å sikre prioritering av helsetjenester i tråd med lovgivningen og etter nasjonal veileder for prioritering av helsetjenester:

1. Endret behandling som medfører redusert / utsatt bruk av ressurser, men med samme kvalitet (eks strålebehandling før kirurgi fremfor omvendt, der dette er akseptabelt)
2. Forsinket / utsatt behandling av non-maligne tilstander
3. Reduksjon av innsatsfaktorer for den enkelte pasient selv om dette kan medføre noe redusert kvalitet eller øket risiko, dog innenfor det man mener er akseptabelt (minimal akseptable care)
4. Utsatt / forsinket behandling for en eller flere pasientgrupper selv om dette innebærer redusert kvalitet og øket risiko. Her bør alle pasienter i sykehuset vurderes likt, uavhengig av spesialitet og pandemi / ikke- pandemi pasient. Forventede vunne leveår / kvalitet bør vektlegges
5. Avslag på behandling av en eller flere pasientgrupper, som over. Samme vurderinger bør gjøres for hele sykehuset og med fokus på å vinne leveår.

Så langt i pandemien har tiltak innenfor kategoriene 1 og 2 vært mest brukt. Tiltak innenfor kategori 3 er ikke like systematisk tatt i bruk, men i planverket for beredskap ligger dette som et viktig område for tiltak i hele sykehuset slik at aktivitet kan opprettholdes.

Administrerende direktørs vurderinger:

Oslo universitetssykehus har veletablerte rutiner for å følge utviklingen av pasienter på venteliste. Så langt kan det se ut som om Oslo universitetssykehus har unngått store konsekvenser for pasientgrupper under pandemien. Blant annet resultatene innen pakkeforløp for kreft tyder på det.

Utviklingen med økende ventelister og lengre tid til avvikling er imidlertid uønsket og med risiko for negative konsekvenser for helsen til pasientene. En økning i ventetider gir derfor grunn til ekstra tett oppfølging i tiden som kommer og inntaket av pasienter som venter må økes.

Utover økt aktivitet vil det også bli vurdert tiltak som gjør oss i stand til å behandle flere med de ressurser som er tilgjengelig. Spesielt viktig er dette i en fase hvor sykefraværet på grunn av pandemien er økende. I pandemien har Oslo universitetssykehus høstet erfaringer som vil komme til nytte under senere tilsvarende hendelser og som også vil være nyttig i organisering og planlegging av drift i en normal situasjon. Det vil derfor arbeides mer med organisasjonsutvikling som gjør helseforetaket bedre i stand til å endre drift etter behov.