

# Nordfjord Sjukehus

## - Forbruk av somatiske spesialisthelsetenester i kommunane rundt Nordfjorden





## Innhald

<b>Samandrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Bakgrunn og målsetting</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn .....	6
1.2 Målsetting .....	6
1.3 Arbeidsgruppa si samansetning og arbeidsform .....	7
1.4 Metode.....	7
<b>2. Forbruk av døgnopphald og pasientstraumar etter kommune</b> .....	<b>9</b>
2.1 Forbruk av døgnopphald.....	9
2.2 Pasientstraumar døgnopphald.....	11
2.3 Forbruk av døgnopphald medisinsk øyeblikkeleg hjelp med tilhøyrande pasientstraumar etter kommune .....	12
2.4 Forbruk av døgnopphald medisinsk øyeblikkeleg hjelp med tilhøyrande pasientstraumar etter kommune for eldre pasientar .....	13
2.4.1 Forbruksrater og pasientstraumar for pasientar 70 år og eldre.....	13
2.4.2 Forbruksrater og pasientstraumar for pasientar 80 år og eldre.....	15
2.5 Samhandlingsreforma.....	16
<b>3. Forbruk av polikliniske konsultasjonar i spesialisthelsetenesta</b> .....	<b>18</b>
3.1 Samla forbruk av polikliniske konsultasjonar etter kommune og tilhøyrande pasientstraumar .....	18
3.2 Forbruk av polikliniske konsultasjonar etter kommune og spesialitet/fagområde med tilhøyrande pasientstraumar .....	20
3.2.1 Ortopedi.....	24
3.2.2 Øyre-nase-hals (ØNH).....	25
3.2.3 Auge .....	25
3.2.4 Hud.....	26
3.2.5 Gyn / føde.....	26
3.2.6 Revmatologi.....	27
3.2.7 Nevrologi .....	27
3.3 Spesielle behandlingstilbod .....	28
3.3.1 Dagkirurgi .....	28
3.3.2 Poliklinisk kjemoterapi .....	29
<b>4. Drøfting</b> .....	<b>30</b>
4.1 Fagkompetanse ved NSH.....	30
4.1.1 Moderne sjukehusdrift avheng i stor grad av høgkompetent personale .....	30
4.1.2 Aktuelle løysingar for legespesialisttilgangen ved NSH framover .....	30
4.2 Kva styrer forbruket av spesialisthelsetenester.....	31
4.3 Manglar og lyte ved datatilfang og metode .....	31
4.4 Nivå og kontrastar i spesialisthelsetenesteforbruket i Nordfjord-regionen .....	32
4.5 Pasientstraumar frå kommunane i Nordfjordregionen .....	32
4.6 Potensialet for nye spesialisthelsetenestetilbod ved Nordfjord sjukehus .....	33
4.7 Referansar .....	35
<b>Vedlegg - Datakjelder og metode</b> .....	<b>36</b>
Datakjelder .....	36
Metode for kalkulasjon av aldersjusterte befolkningsrater .....	36
Metode for inndeling av spesialitet / fagområde.....	37
Inndeling av pasientstraumar frå kommunar nord og sør for Nordfjorden.....	39
Definisjonar av uttrekk frå Helsedirektoratet i kapittel 2.5 .....	39

## Tabellar

Tabell 1: Tal på døgnopphald 2010 etter kommune, DRG-type og hastegrad.....	9
Tabell 2: Forbruksrater pr. kommune, DRG-type og type opphald, opphald pr. 1000 innbyggjarar .....	10
Tabell 3: Tal medisinske øyeblikkeleg hjelp døgnopphald pr. kommune og sjukehus .....	12
Tabell 4: Tal medisinske øyeblikkeleg hjelp døgnopphald for innbyggjarar 70 år og eldre .....	13
Tabell 5: Tal medisinske øyeblikkeleg hjelp døgnopphald for innbyggjarar 80 år og eldre .....	15
Tabell 6: Opphald ved somatiske sjukehus 2010 for pasientgrupper med stor relevans i samhandlingsreforma. Tal per 1000 innbyggjarar.	17
Tabell 7: Tal polikliniske konsultasjonar etter sjukehus og kommune* .....	18
Tabell 8: Tal polikliniske konsultasjonar for eit utval kirurgiske spesialitetar per kommune .....	21
Tabell 9: Tal polikliniske konsultasjonar for eit utval medisinske spesialitetar per kommune.....	21
Tabell 10: Aldersjusterte forbruksrater for eit utval kirurgiske spesialitetar, polikliniske konsultasjonar pr. 1000 innbyggjarar.....	22
Tabell 11: Aldersjusterte forbruksrater for eit utval medisinske spesialitetar, polikliniske konsultasjonar pr. 1000 innbyggjarar .....	22
Tabell 12: Ortopediske konsultasjonar etter ulike uttrekkskriteria.....	23
Tabell 13: Aldersjusterte forbruksrater, ortopediske konsultasjonar etter ulike uttrekkskriteria. ....	23
Tabell 14: Polikliniske konsultasjonar innan ortopedi etter behandlingsstad og kommune med avdeling som utvalskriterium .....	24
Tabell 15: Polikliniske konsultasjonar innan ortopedi etter behandlingsstad og kommune med HDG som utvalskriterium .....	24
Tabell 16: Polikliniske konsultasjonar for ØNH pasientar etter behandlingsstad og kommune .....	25
Tabell 17: Polikliniske konsultasjonar for auge-pasientar etter behandlingsstad og kommune.....	25
Tabell 18: Polikliniske konsultasjonar innan hudsjukdomar etter behandlingsstad og kommune.....	26
Tabell 19: Polikliniske konsultasjonar gyn / føde etter behandlingsstad og kommune .....	26
Tabell 20: Polikliniske konsultasjonar gyn / føde etter behandlingsstad og kommune.....	27
Tabell 21: Polikliniske konsultasjonar nevrologi etter behandlingsstad og kommune .....	27
Tabell 22: Polikliniske konsultasjonar kjemoterapi per sjukehus og kommune .....	29
Tabell 23: Mogleg potensiale for spesialiteter ved Nordfjord sjukehus .....	33
Tabell 24: Resultat av ortopedi-konsultasjonar ved ulike utvalskriterium.....	34
Tabell 25: Oversikt over metode/grunnlag for inndeling i kirurgiske spesialitetar / fagområde.....	38
Tabell 26 Oversikt over metode/grunnlag for inndeling i medisinske spesialitetar / fagområde .....	38

# Samandrag

Arbeidsgruppa bak denne rapporten har på oppdrag av Styringsgruppa for Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus (NSH) sett på forbruksrater av somatiske spesialisthelsetenester i Nordfjordområdet og potensialet for mogleg utviding av pasienttilbodet ved sjukehuset. Rapporten viser analyser av dei aldersjusterte forbruksratene for befolkninga i sjukehuset sitt opptaksområde og pasientstraumar for både elektive og øyeblikkeleg hjelp opphald, for å sjå kor pasientane blir behandla.

Analysene viser eit relativt høgt forbruk av innleggingar for medisinsk øyeblikkeleg hjelp, med markerte skilnader mellom kommunane. Med omsyn til polikliniske konsultasjonar ligg Nordfjordområdet litt over gjennomsnittet for fylket, men forbruket er etter måten nokså likt mellom kommunane.

Pasientstraumanalysene viser at kommunane i Nordfjordområdet brukar dei to sjukehusa NSH/Førde sentralsjukehus(FSS) ulikt. Serleg Bremanger og Gloppen brukar sentralsjukehuset som hovudsjukehus også for lokalsjukehusfunksjonar. Berre for dei eldste medisinsk øyeblikkeleg hjelp pasientane har desse to kommunane eit monaleg forbruk ved NSH. Stryn kjem i ei mellomstilling der medisinsk øyeblikkeleg hjelp i hovudsak blir dekkja ved NSH, medan majoriteten av både elektive pasientar og poliklinikk går til FSS. Resten av kommunane nord for fjorden brukar NSH som sitt lokalsjukehus, men det er verdt å merke seg at samla dekkja NSH under halvparten av døgnforbruket også for desse kommunane. Volda sjukehus, som har vore lansert som eit alternativ til NSH for desse kommunane, fekk i 2010 svært få pasientar frå Nordfjordområdet.

Gruppa har i all hovudsak lagt volumgrunnlaget til grunn for sine konklusjonar med omsyn til potensiale for etablering av desentrale spesialisthelsetenester ved NSH. Vi har som utgangspunkt at det er ein føremon både å unngå lange pasientreiser og å gje befolkninga helsetilbod så nær bustad som mogeleg. Ein har i konklusjonane berre i liten grad teke omsyn til tilgangen på spesialistar for ambulering, effekten ambulering kan ha for fagområda ved sentralsjukehuset og spesielle behov for utstyr og anna infrastruktur og personell.

Legg vi dette perspektivet til grunn når vi vurderer det polikliniske forbruket for Nordfjordområdet, konkluderer gruppa med at det er pasientvolum stort nok for å kunne etablere fleire nye tilbod ved NSH. Det gjeld serleg innan ortopedi, øyre-nase-hals- og augesjukdommar, nevrologi, revmatologi og gynekologi. Tabell 21 viser ein oversikt over mogleg potensiale. Vi ser og av tala at tilbodet ved NSH til pasientar med hudsjukdommar gjev ei sers vellukka desentralisering. Av spesielle tilbod peikar serleg dagkirurgi og poliklinisk kjemoterapi (kreftbehandling) seg ut som aktuelle for desentralisering til NSH. Vi ser og at ein del av det store talet brotskader, som kan behandlast konservativt eller som dagkirurgi, kunne desentraliserast til NSH. Her kan den nyetablerte skadepoliklinikken representere eit nyttig tilbod.

# 1. Bakgrunn og målsetting

## 1.1 Bakgrunn

Rapporten «Nordfjord sjukehus – Forbruk av somatiske spesialisthelsetenester i kommunane rundt Nordfjorden» er utarbeidd med bakgrunn i det nasjonale pilotprosjektet, nedsett av Helse- og omsorgsdepartementet, som skal utvikle sjukehuset i Nordfjord som eit tidsmessig lokalsjukehus. Utviklingsprosjektet skal ut frå eit samhandlingsperspektiv, vurdere å gi tilråding om endra oppgåvefordeling mellom nivå og, mellom anna, kva pasientretta aktivitet som eventuelt kan organiserast ved sjukehuset for pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt.

Eit av fokusområda i prosjektet har vore å kartlegge indremedisinsk akuttaktivitet, med tilhøyrande bruk av tilpassa spesialisert kompetanse og støttefunksjonar, for å gi kunnskap og erfaring som ein kan trekke vekslar på nasjonalt. Rapporten er utarbeidd av ei arbeidsgruppe som vart etablert med sikte på å skaffe til vege slik dokumentasjon for arbeidet i Utviklingsprosjektet. I utgangspunktet var kartlegginga også meint å vere ein del av eit følgjeforskningsprosjekt som skulle utviklast i samarbeid med eit miljø for helsetenesteforskning.

Prosjektet starta opp 12. desember 2011 med eit breitt tilrettelagt møte i Nordfjordeid med deltakarar frå spesialisthelsetenesta, kommunehelsetenesta og helseforskningsmiljø, der det mellom anna kom gode og relevante innspel til følgjeforskning. Denne delen av prosjektet er seinare blitt tona ned, og styringsgruppa for prosjektet har, ut frå behovet for kvantitative data og avgrensa midlar avsett til denne delen av prosjektet, presisert at arbeidet i analysegruppa i hovudsak skal avgrensast til kvantitative analyser av pasientstraumar, kartlegging av aktivitet og liknande.

Arbeidsgruppa si primære oppgåve har vore å dokumentere aktiviteten ved Nordfjord sjukehus, kvar traumane av pasientane i sjukehusområdet går, og i kva grad befolkninga i nedslagsfeltet har eit likeverdig og rimeleg tilbod av ulike spesialisthelsetenester. I oppdraget arbeidsgruppa fekk, låg det og eit ønskje om å få fram dokumentasjon som kunne gje grunnlag for etablering av nye polikliniske tilbod ved Nordfjord sjukehus. Gruppa har og arbeidd med andre prosjekt som kan ha nasjonal relevans med omsyn til framtidig fagleg innhald i lokalsjukehus. Desse vert ikkje omtala i denne rapporten.

Gruppa har teke utgangspunkt i det internasjonale forskingsfeltet "small area variation" som har som siktemål å dokumentere variasjonar i medisinsk praksis og forbruket av tenester innanfor befolkningar og geografiske områder(1).

## 1.2 Målsetting

- I. **Å undersøke variasjonane i forbruket av ulike spesialisthelsetenester i kommunane i Nordfjord opp mot resten av fylket og i høve til gjennomsnittet for Sogn og Fjordane**

I forbrukstala er forbruket ved alle behandlingsstader i landet inkludert. Analysene gjev difor grunnlag for å vurdere om tenestene er rimeleg og forsvarleg fordelt, og samstundes gjev det, saman med analyser som viser kva sjukehus som yter tenestene, eit grunnlag for å vurdere endringar i det tilbodet som er etablert ved Nordfjord sjukehus.

## II. Utvikle data-bakgrunn for potensielle nye funksjonar ved Nordfjord sjukehus

For å kunne utvikle ein data-bakgrunn for desentralisering av spesialisthelseteneste til NSH treng ein dokumentasjon av volum og dekning av tenestene i Nordfjord området. I all hovudsak er datagrunnlaget i denne rapporten frå 2010 (for privatpraktiserande spesialistar 2009). Det har til dels vore viktige endringar i fordelinga av spesialitetar mellom sjukehusa etter den tid. Viktigast her er at som følgje av styrevedtak i Helse Førde HF vart den ortopediske verksemda (i hovudsak elektiv) ved NSH avvikla i midten av desember 2011, og samla på dei to andre seksjonane Lærdal sjukehus (LSH) og FSS. I samband med denne avviklinga vart det oppretta ein skade- og akuttpoliklinikk 24/7 som behandlar tilstandar på linje med det ein har i storbylegevakter. Denne skal også ta høgde for å kunne gjere mindre akuttkirurgiske prosedyrar ved sjukehuset. Legebemanninga har så langt vore vikarar med kirurgisk/ortopedisk kompetanse. Ei vidareføring av denne er eit av utgreiingsområda for Utviklingsprosjektet. Ei utvida beskriving av tenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus i 2010 er omtala i hovudprosjektet «utvikling av framtidens lokalsjukehus» (2).

## III. Å beskrive spesialisthelsetenesteforbruk med spesiell relevans til samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma blei innleia frå 1. januar 2012. Eit av hovudmåla i samhandlingsreforma er at kommunane skal opprette tilbod før, i staden for, og etter sjukehusopphald. Det er lagt inn økonomiske incentiv knytt til utskrivingsklare pasientar, kommunal medfinansiering og kommunane si oppretting av eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Det er ikkje mogleg å seie noko om effektane av samhandlingsreforma nå, men den vil høgst truleg redusere aktiviteten ved sjukehusa, særleg innanfor indremedisinske døgntilbod.

### 1.3 Arbeidsgruppa si samansetning og arbeidsform

Arbeidsgruppa hadde sitt første møte i etterkant av møtet i Nordfjordeid 12. desember 2012, og har seinare møttes (anten fysisk eller via telefon) om lag ein gong i månaden. Gruppa har vore samansett av professor *Olav Helge Førde* ved Universitetet i Tromsø (leiar), fagdirektør i Helse Førde HF *Hans Johan Breidablik*, fylkeslege i Sogn og Fjordane *Per Stensland*, rådgjevar i Helse Bergen *Torhild Heggstad*, overlege ved Nordfjord sjukehus *Jon Sverre Arnestad*, samt *Helge Torgersen* og *Trude Fagerli* frå konsulentselskapet Deloitte. Gruppa har hatt bistand frå Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning, Helse Vest, ved *Sølvi Lerfald*.

Konsulentselskapet Deloitte var allereie engasjert i arbeid for hovudprosjektet og hadde i den samanhengen fått tilgang til eit høveleg datamateriale. Dei fekk på denne bakgrunnen hovudoppgåva med analysearbeidet. Eit mindre analysebidrag er ekstrahert frå Norsk Pasientregister (NPR) av Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE), Helse-Nord.

### 1.4 Metode

I rapporten er det nytta «Small area variation»- analyse som er ei forskingstilnærming som blir brukt av helsetenesteforskarar for å beskrive korleis forbruksrater for helsetenester varierer mellom befolkningsgrupper eller innan definerte geografiske område. Det har vist seg å vere omfattande variasjon i innleggingsrater for KOLS, lungebetennelse, hypertensjon, og i ratene for kirurgiske inngrep, som til dømes fjerning av livmor, galleblære og mandlar. Aktuelle kjelder til variasjonen kan være skilnader i sjukelegheit, men tilgang til helsetenester, skilnader i tilvisingsmønster frå primærlegane, og pasientane sin etterspurnad etter tenester er og viktige forklaringsfaktorar.

Grunnlaget som analysene er utført på, er det samla forbruket av sjukehus tjenester for befolkninga i Nordfjordregionen for 2010, uavhengig av kva sjukehus som har utført tenestene. Det betyr at forbruket ved alle norske sjukehus er med i forbrukstala.

### **Vurdering av volumgrunnlaget for desentraliserte spesialisthelsetenester:**

I ein rapport frå Helse Nord RHF i 2005, «Desentralisering av spesialisthelsetenester i Helse Nord» (3), vart det gjennomført intervju med både sjukehuslegar og kommunelegar med tanke på kva for tenester som eignar seg for desentralisering og kva som må vere minimumsaktiviteten for å kunne etablere eit slikt tilbod. Arbeidet vart leda av Finn Henry Hansen, direktør i Helse Nord RHF.

Terskelverdien for kontaktgrunnlaget vart definert som det minste årlige talet konsultasjonar innan ein spesialitet som kunne gje grunnlag for ei regelmessig ambulering. Verdien er avhengig av:

1. Kor mange pasientar ein spesialist treng for å fylle ein arbeidsdag. For dei fleste fag ligg dette talet mellom 10 og 15 pasientar. For enkelte fagfelt kan det være snakk om mindre (til dømes: Barnelegar set ofte av ein klokke time til nye pasientar).
2. Kor stor del av det totale talet konsultasjonar som kan behandlast desentralt. Dette vil variere frå fag til fag. Det synest rimeleg å anta at for dei fleste fag vil andelen ligge mellom 20 % og 50 %.
3. Kor ofte ambuleringa kan gjennomførast. Faggruppene gav tilbakemelding om at ambulering minst må skje kvar månad for at rutinar og logistikk blir stabile og varige.

Grappa har i denne rapporten lagt premissane ovanfor til grunn for vurderingane av grunnlaget for desentralisert spesialisttilbod ved NSH. Vi har generelt lagt oss på 15 polikliniske konsultasjonar pr. dag pr. spesialist (det er forventa at kontrollar utgjør ein betydeleg del av desse) og at 50 % av konsultasjonane kan utførast lokalt. For dagkirurgi er det rekna med 5 inngrep pr. driftsdag.



## 2. Forbruk av døgnopphald og pasientstraumar etter kommune

### 2.1 Forbruk av døgnopphald

Tabell 1 under viser tal på døgnopphald per kommune i Nordfjord-regionen og for alle Nordfjordkommunane samla, skild på DRG-type og hastegrad. I tillegg viser tabellen det samla talet for døgnopphald for alle kommunar i Sogn og Fjordane. Tabellen viser mellom anna at døgnopphald for Nordfjordkommunane utgjør rundt 30 % av alle døgnopphald i fylket.

Medisin, kirurgi og «utan DRG-type» er henta frå den DRG-grupperte NPR-fila, og avleidd av diagnose- og prosedyreinformatjon. «Utan DRG-type» inneheld blant anna sjukehusopphald knytt til stråleterapi og fødslar.

**Tabell 1: Tal på døgnopphald 2010 etter kommune, DRG-type og hastegrad**

Heildøgnopphald 2010	Medisinske DRG		Kirurgiske DRG		Utan DRG-type <sup>1</sup>	
	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv
Bremanger	595	108	63	106	105	84
Vågsøy	658	157	72	133	179	173
Selje	280	71	38	61	37	90
Eid	561	117	63	118	142	119
Hornindal	109	12	9	25	36	22
Gloppen	674	111	104	140	116	143
Stryn	651	143	93	129	144	139
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>3 528</b>	<b>719</b>	<b>442</b>	<b>712</b>	<b>759</b>	<b>770</b>
<b>Sum Sogn og Fjordane</b>	<b>10 643</b>	<b>2 109</b>	<b>1 416</b>	<b>2 337</b>	<b>2 783</b>	<b>2 544</b>

Samla er der meir enn dobbelt så mange øyeblikkeleg hjelp som elektive (planlagde) innleggingar og det er tett opp under 8 gonger fleire medisinske øyeblikkeleg hjelp innleggingar enn kirurgiske

Ved å nytte DRG-type for å gruppere kirurgiske og medisinske pasientar, vil vi undervurdere talet på kirurgiske pasientar og overvurderer talet på medisinske pasientar. For mange pasientar innlagt ved kirurgiske avdelingar blir det ikkje utført operative inngrep, og pasientane hamnar difor i medisinske DRG-er. Ein analyse av grunnlaget har vist at over 50 % av pasientar innlagd på kirurgiske avdelingar i Helse Førde HF ikkje blir operert.

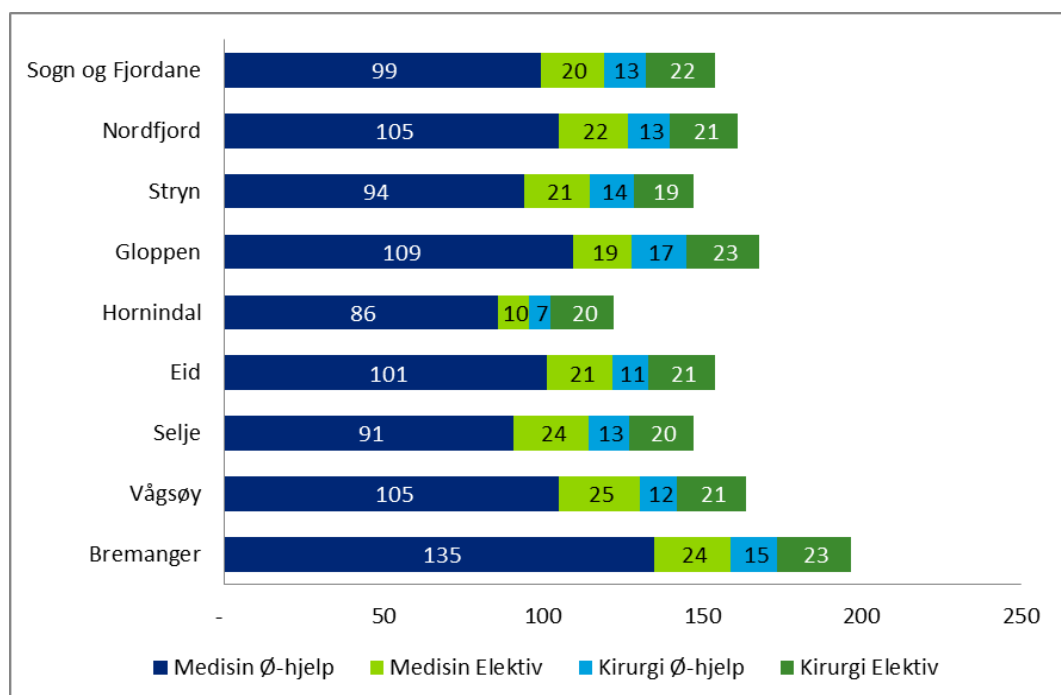
<sup>1</sup> Medisin, kirurgi og «utan DRG-type» er henta frå den DRG-grupperte NPR-fila, og avleia av diagnose- og prosedyreinformatjon. På grunn av anonymisering av grunnlaget fila som inneheld data frå blant anna Helse Bergen HF og andre sjukehus i Norge, er ein stor del av opphalda lagt til DRG 0 som er ein «dummy-DRG» som ikkje har DRG-type. Metoden for anonymisering er omtala i vedlegget om datagrunnlag. «Utan DRG-type» inneheld blant anna sjukehusopphald knytt til nyfødde. Det er i enkelte tilfelle avdekka store variasjonar i registreringspraksis mellom sjukehus når det gjelder koding av hastegrad for fødslar og nyfødde. Dette kan påverke fordelinga mellom øyeblikkeleg hjelp og elektive opphald. I høve til registreringsrettleiaren skal fødslar kodast som elektive opphald.

Forbruksratene for døgnopphald i Nordfjordkommunane ligg samla tett opp til fylkesratene (tabell 2), men med eit noko større forbruk av medisinske øyeblikkeleg hjelp opphald som i tal er dominerande. Av kommunane er det serleg Bremanger som har eit høgt forbruk medan Hornindal relativt sett har eit lågt. Det er serleg for gruppa medisinsk øyeblikkeleg-hjelp-pasientar ein i samhandlingsreforma tek sikte på å etablere eit kommunalt tilbod.

**Tabell 2: Forbruksrater pr. kommune, DRG-type og type opphald, opphald pr. 1000 innbyggjarar**

Aldersjusterte rater	Medisinsk DRG		Kirurgisk DRG		Utan DRG-type	
	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv	Ø-hjelp	Elektiv
Bremanger	135	24	15	23	27	20
Vågsøy	105	25	12	21	30	28
Selje	91	24	13	20	14	30
Eid	101	21	11	21	24	21
Hornindal	86	10	7	20	29	18
Gloppen	109	19	17	23	21	25
Stryn	94	21	14	19	20	20
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>105</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>23</b>
<b>Sum Sogn og Fjordane</b>	<b>99</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>24</b>

Figuren under viser tala frå tabell 2 framstilt grafisk. Kommunane sitt forbruksmønster av grupperte døgnopphald er og vist i figur 1 som illustrerer skilnadane mellom kommunane og dominansen av medisinsk øyeblikkeleg hjelp.

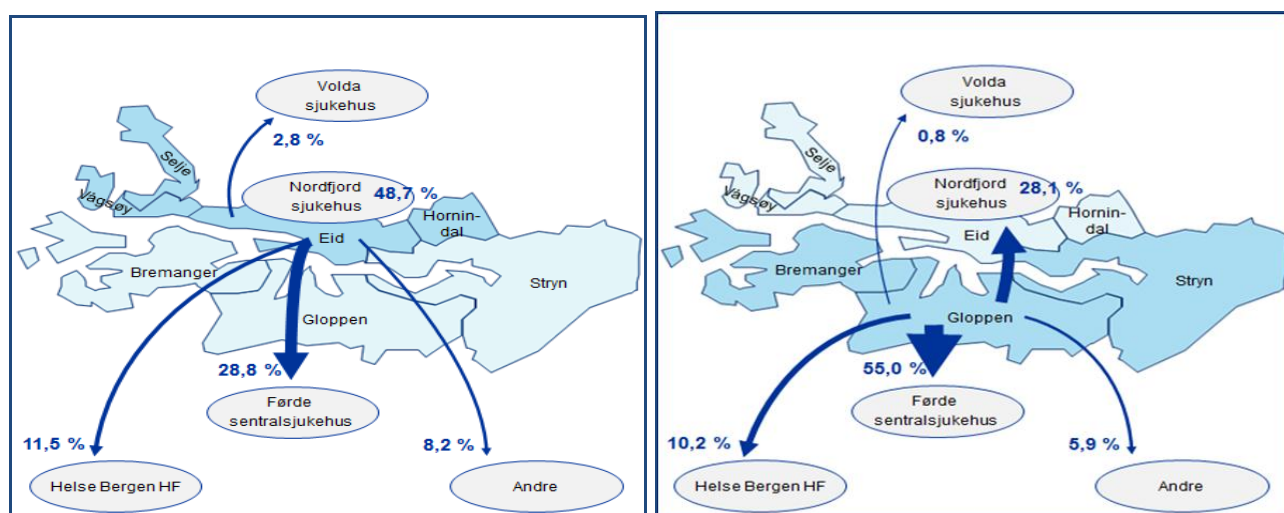


**Figur 1: Aldersjusterte forbruksrater for medisinske og kirurgiske døgnopphald etter opphaldstype**

Dei markerte skilnadane mellom Bremanger og Hornindal går att også for Psykisk helsevern (data ikkje vist). Det er truleg at lokale tradisjonar knytt til tersklar for tilvising til spesialisthelsetenesta kan spele inn. Tilsvarende lokale skilnader i sjukelegheit er ikkje kjent.

## 2.2 Pasientstraumar døgnoophald

Figur 2 viser pasientstraumane for døgnoophald skild på kommunane nord og sør for Nordfjorden. (Sjå grunngeving for kommuneinndelinga side 38).



Figur 2: Pasientstraumar døgnoophald 2010, innbyggjarar nord og sør for Nordfjorden

Nær halvparten av alle sjukehusinnleggingar for befolkninga nord for fjorden gjekk til Nordfjord sjukehus, knapt ein tredjedel til Førde sentralsjukehus og 11,5 % til Helse Bergen HF (HUS). For innbyggjarane sør for Nordfjorden, blir på den andre sida meir enn halvdelan behandla ved Førde sentralsjukehus og knapt 30 % ved Nordfjord sjukehus. Både nord og sør for fjorden går knapt 10 % av opphalda til sjukehus utanom Helse Vest. Tala innan «andre» inneheld og opphald ved Lærdal sjukehus, men denne aktiviteten er så liten at den kan vi sjå bort frå.. Nokre få opphald i 2010 gjekk til Volda sjukehus.

Frå og med 2010 er det innført ei meir sentral samordning av pasientstraumane knytt til elektiv ortopedi. Vurdering av alle ortopediske tilvisingar vart då samla på i hovudsak to spesialistar i ortopedisk avdeling. Dette for å få meir likebehandling og profesjonalsert vurdering av tilvisingar, men også for å prøve å utjamne forskjellar i ventetider for likearta tilstandar i fylket.

Tilsvarende ordning er ikkje så langt innført innanfor dei indremedisinske avdelingane. For sjukehuset i Lærdal (LSH) har ein likevel ei ordning der bakvakta (lege i spesialisering (LIS-lege)) ved FSS vurderer akuttinnleggingar frå kommunehelsetenesta, og ut frå tilstand/alvorsgrad fordeler pasientane til LSH eller FSS. Ei liknande ordning kan bli vurdert innført ved NSH.

Likevel er det slik at det skjer ein seleksjon allereie prehospitalt ved at definerte akutte tilstandar (t.d. STEMI-infarkt/hjerneslag/større traume) går direkte til ulike nivå. I tillegg vil det skje overføringar typisk frå NSH til FSS der tilstanden viser seg å krevje høgare behandlingsnivå (t.d. intensivbehandling). Det blir nytta luftambulansetransport til mange av desse pasientane.

## 2.3 Forbruk av døgnopphald medisinsk øyeblikkeleg hjelp med tilhøyrande pasientstraumar etter kommune

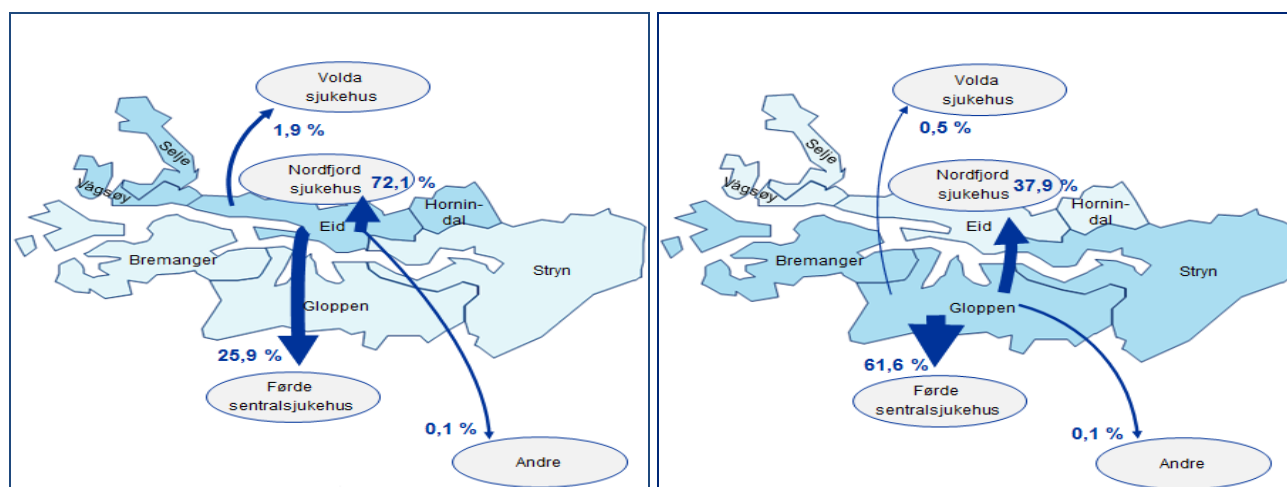
Tabell 3 viser ein oversikt over kvar dei medisinske øyeblikkeleg hjelp pasientane blir behandla, skild på pasientanes bustadkommune

**Tabell 3: Tal medisinske øyeblikkeleg hjelp døgnopphald pr. kommune og sjukehus**

Døgnopphald i medisinske DRG-er 2010	Øyeblikkeleg hjelp				SUM
	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	
Bremanger	468	1	123	3	595
Vågsøy	170	0	481	7	658
Selje	73	1	197	9	280
Eid	139	0	411	11	561
Hornindal	35	1	70	3	109
Gloppen	454	0	219	1	674
Stryn	260	0	386	5	651
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>1 599</b>	<b>3</b>	<b>1 887</b>	<b>39</b>	<b>3 528</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>7 113</b>	<b>1 402</b>	<b>1 908</b>	<b>39</b>	<b>10 462</b>

Medisinske opphald ved Helse Bergen HF og andre Helseføretak der talet i kommunane er fem eller mindre blir anonymisert, dvs. sletta, og det er berre talet for heile fylket som kjem inn i tabellen. Vi har valt å ikkje vise Helse Bergen HF og «andre» i denne tabellen, då tala har vore misvisande.

Medan Eid sender nesten tre gonger fleire slike pasientar til NSH som til FSS, har Bremanger det motsette mønster. Også Gloppen sender meir enn dobbelt så mange medisinske øyeblikkeleg hjelp pasientar til FSS enn til NSH. Det er verdt å merke seg at Stryn, som elles i pasientstraumfigurane er gruppert saman med kommunane sør for fjorden, sender eit klart fleirtal av desse pasientane til NSH. Det provar at også Stryn dekker hovuddelen av sitt lokalsjukehusbehov ved NSH til liks med dei andre kommunane nord for fjorden.



**Figur 3: Pasientstraumar medisinske øyeblikkeleg-hjelp døgnopphald 2010, innbyggjarar nord og sør for Nordfjorden**

Figur 3 viser pasientstraumane når vi held på kommunegruppene som tidlegare. Lokalsjukehusfunksjonen for kommunane nord for fjorden ligg ved NSH medan Gloppen og Bremanger i hovudsak sender pasientane til Førde. 62 % av dei medisinske øyeblikkeleg hjelp pasientane sør for Nordfjorden blir behandla ved Førde sentralsjukehus og om lag 38 % ved Nordfjord sjukehus.

## 2.4 Forbruk av døgnopphald medisinsk øyeblikkeleg hjelp med tilhøyrande pasientstraumar etter kommune for eldre pasientar

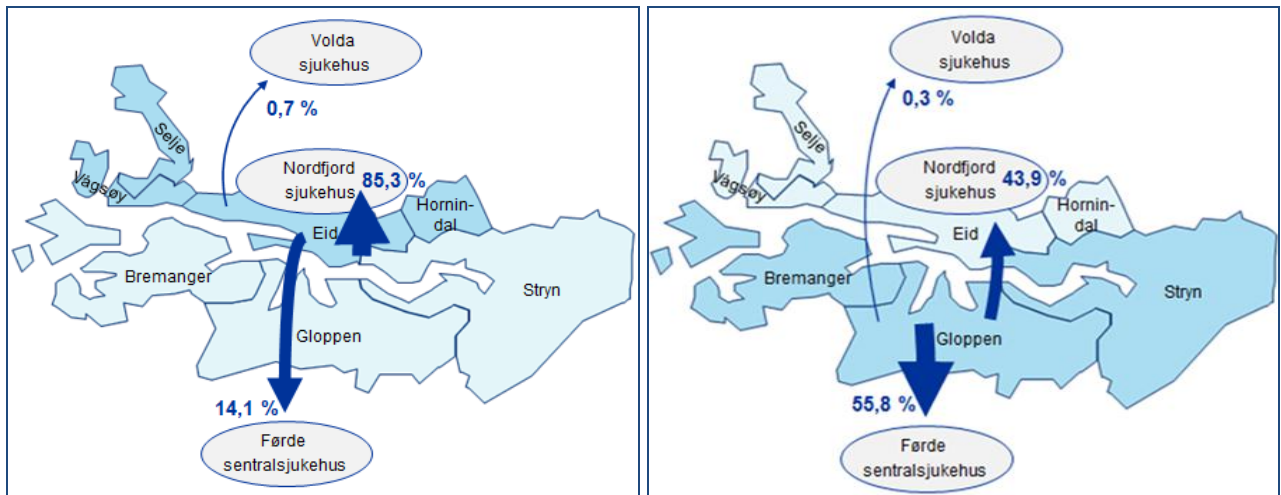
### 2.4.1 Forbruksrater og pasientstraumar for pasientar 70 år og eldre

Tabell 4 viser ein oversikt over kvar medisinske øyeblikkeleg-hjelp pasientar som er 70 år og eldre blir behandla, skild på pasientanes bustadkommune.

**Tabell 4: Tal medisinske øyeblikkeleg hjelp døgnopphald for innbyggjarar 70 år og eldre**

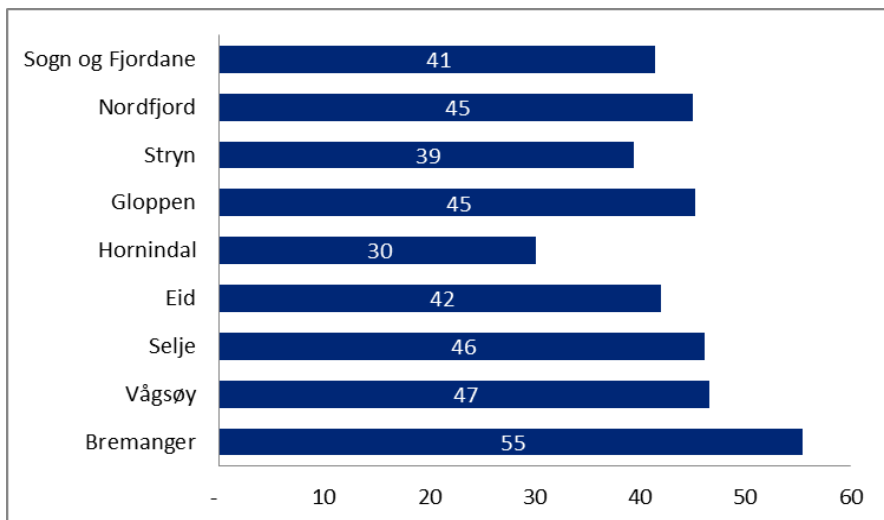
Døgnopphald i medisinske DRG-er 2010	Øyeblikkeleg hjelp				SUM
	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	
Bremanger	222	0	78	1	301
Vågsøy	47	0	265	1	313
Selje	29	0	121	2	152
Eid	39	0	167	4	210
Hornindal	8	0	35	0	43
Gloppen	192	0	124	1	317
Stryn	79	0	186	1	266
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>616</b>	<b>0</b>	<b>976</b>	<b>10</b>	<b>1 602</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>2 570</b>	<b>775</b>	<b>984</b>	<b>10</b>	<b>4 339</b>

På bakgrunn av målsettingane i samhandlingsreforma har vi sett nærare på dei eldre medisinske akuttpasientane (tabell 4). Lokalsjukehusfunksjonen som NSH har, vert for denne gruppa ytterlegare forsterka for alle kommunane med unntak av Gloppen og Bremanger. Det er likevel grunn til å merke seg at sjølv Gloppen sender ein vesentleg del av desse pasientane til NSH.



**Figur 4: Pasientstraumar døgnoophald for pasientar 70 år og eldre busett nord og sør for Nordfjorden**

Medan heile 82 % av pasientane nord for fjorden som er 70 år og eldre blir behandla ved NSH, var talet samla 72 % for alle medisinske ø-hjelp pasientar Tilsvarande var tala for kommunane sør for fjorden 44 og 38 prosent. Biletet av NSH som lokalsjukehus for Nordfjordområdet blir styrka når vi ser på dei eldste pasientane.



**Figur 5: Aldersjusterte forbruksrater medisinske døgnoophald, øyeblikkeleg hjelp for pasientar 70 år og eldre**

I figur 5 er det samanstilt dei kommunale forbruksratene for denne pasientgruppa. Kommunane Bremanger og Hornindal skil seg ut med eit høves vis høgt og lågt forbruk av øyeblikkeleg hjelp opphald i denne aldersgruppa. Ettersom ratene er aldersjustert kan skilnadane ikkje forklarast ved fleire eldre i Bremanger. Forklaringa er meir truleg på ny knytt til tilvingsmønster eller kommunale ressursar innan langtidsomsorga.

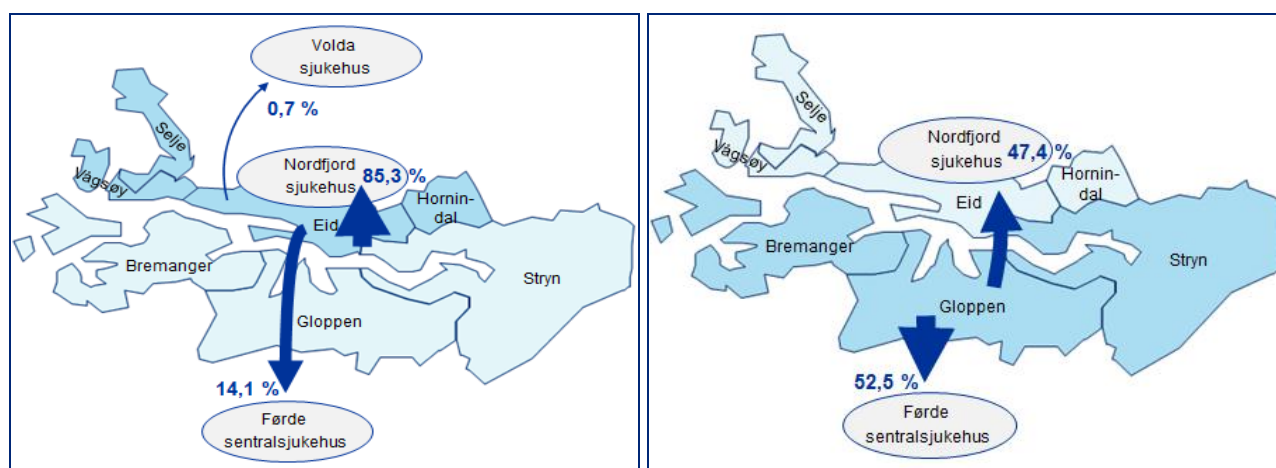
## 2.4.2 Forbruksrater og pasientstraumar for pasientar 80 år og eldre

Tabell 5 viser ein oversikt over kvar medisinske øyeblikkeleg-hjelp pasientar som er 80 år og eldre blir behandla, skild på bustadkommune.

**Tabell 5: Tal medisinske øyeblikkeleg hjelp døgnopphald for innbyggjarar 80 år og eldre**

Døgnopphald medisinske DRG-er 2010	Øyeblikkeleg hjelp				SUM
	Førde sentralsjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	
Bremanger	133	0	58	0	191
Vågsøy	23	0	190	1	214
Selje	21	0	70	1	92
Eid	16	0	92	1	109
Hornindal	2	0	24	0	26
Gloppen	128	0	101	0	229
Stryn	39	0	112	0	151
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>362</b>	<b>0</b>	<b>647</b>	<b>3</b>	<b>1 012</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>1 600</b>	<b>529</b>	<b>652</b>	<b>3</b>	<b>2 784</b>

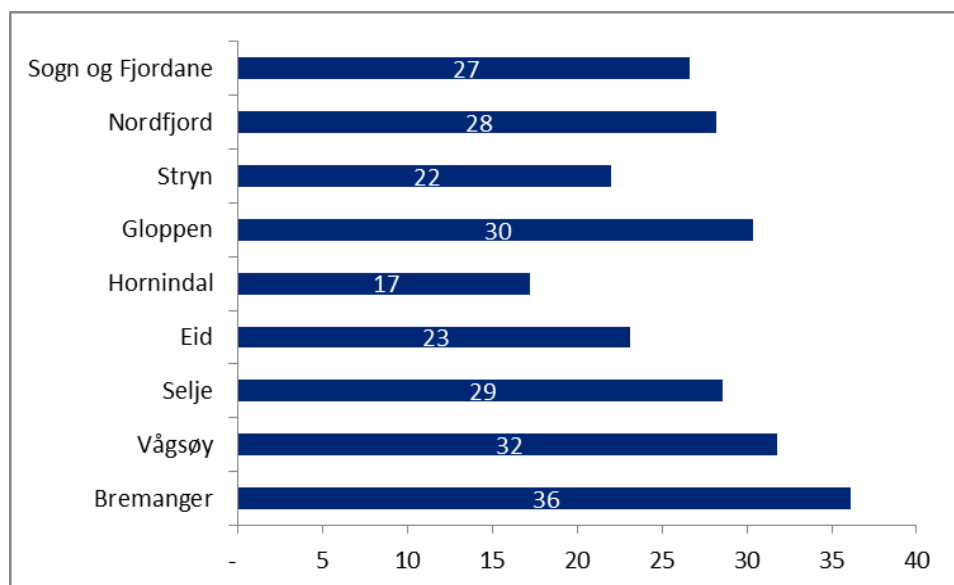
Vi såg at for pasientar 70 år og eldre, som vart lagt inn som medisinsk øyeblikkeleg hjelp, vart NSH sin lokalsjukehusfunksjon tydelegare for heile Nordfjordområdet. Går vi til dei som er 80 og over, tabell 5 og figur 6, ser vi at denne tendensen blir ytterlegare forsterka. Sjølv Gloppen sender nesten like mange slike pasientar til NSH som til Førde, og Stryn som vi elles har gruppert saman med kommunane sør for fjorden, sender 3 gonger så mange av desse pasientane til NSH som til Førde. I eit samhandlingsperspektiv der denne store pasientgruppa er sentral, har NSH, med unntak av Bremanger, ein grunnleggjande lokalsjukehusfunksjon for heile Nordfjord.



**Figur 6: Pasientstraumar døgnopphald for pasientar 80 år og eldre, nord og sør for Nordfjorden**



Nord for fjorden blir over 85 % av alle medisinske ø-hjelp pasientar 80 år og eldre behandla ved Nordfjord sjukehus, for pasientane sør for fjorden, er det 47 % som blir behandla ved Nordfjord sjukehus.



**Figur 7: Aldersjusterte forbruksrater medisinske døgnopphald, øyeblikkeleg hjelp for pasientar 80 år og eldre**

Mønsteret vi såg i figur 5 er forsterka i figur 7, der vi ser på befolkninga over 80 år. Dei aldersjusterte forbruksratene for Hornindal er meir enn halvert samanlikna med Bremanger. Sjølv om det er små tal for opphald i denne gruppa pasientar, vil det ikkje være sannsyn at variasjonen skyldast tilfeldigheit, men heller at den skyldast ulikt tilvisingsmønster eller ulik nivå på dei kommunale tenestene mellom kommunane.

## 2.5 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma er en retningsreform som skal gje eit betre tilbod lokalt til pasientar, og så langt mogeleg legge til rette for saumlause helsetenester mellom ulike omsorgsnivå. Reforma skal altså sikre betre samarbeid mellom alle ledd i helsetenesta – heilt frå kommunehelsetenestene og fastlegar til spesialistsjukehus. I større grad skal det vere slik at helsetenesta kjem til pasienten framfor at pasienten må reise til helsetenestene. Det er lagt inn økonomiske incentiv for at kommunane skal kunne ta ein større del av pasientbehandlinga, serleg for kronikarar. Arbeidsdelinga mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta varierer mellom sjukehusområder og mellom kommunar.

Helsedirektoratet har i 2012 publisert eit utval av pasientgrupper som er av relevans for å sjå på arbeidsdeling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. I tabell 6 viser vi ein oversikt over desse pasientgruppene. Biletet vil ikkje bli komplett, då vi her ikkje har tilgang til dei tilsvarande tala frå primærhelsetenesta. Vi veit at det for enkelte av dei pasientgruppene som inngår i tabellen nedanfor, er det ein positiv samanheng mellom forbruket av fastlegetenester og spesialisthelsetenester(4).



**Tabell 6: Opphald ved somatiske sjukehus 2010 for pasientgrupper med stor relevans i samhandlingsreforma. Tal per 1000 innbyggjarar.**

Kommune	KOLS	Mangel-anemiar	Brot-skader	Tarmin-feksjonar	Urinvegs-infeksjon	Lunge-betennelse	Forstop-ping	Ddiabe-tes	Parkinsons eller Alzheimers sjukdom	Bryst-smerter
Bremanger	3,8	1,0	16,1	7,7	0,8	0,0	1,3	2,0	0,5	5,9
Vågsøy	2,7	1,0	11,1	7,1	0,0	0,8	1,2	1,3	0,2	3,8
Selje	1,1	0,7	12,5	5,3	0,0	0,7	1,8	1,8	1,1	4,6
Eid	1,7	1,7	8,6	4,2	0,0	0,5	0,7	0,0	0,8	5,6
Hornindal	1,7	0,0	5,0	1,7	0,8	0,0	0,0	0,8	0,0	7,5
Gloppen	2,3	0,5	13,0	4,6	0,2	0,4	2,5	0,7	0,4	6,0
Stryn	3,6	0,9	11,7	3,7	0,0	0,3	0,6	0,4	0,3	2,6
<b>Nordfjord</b>	<b>2,6</b>	<b>1,0</b>	<b>11,6</b>	<b>5,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5</b>	<b>4,7</b>
<b>Sogn og Fjordane</b>	<b>2,1</b>	<b>0,8</b>	<b>12,1</b>	<b>5,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>	<b>0,4</b>	<b>4,2</b>

Kjelde: Helsedirektoratet, spesifikasjon av innhaldet finst i vedlegget

Tala frå Helsedirektoratet viser at ei vanleg årsak til sjukehusopphald, er brotskader. For enkeltkommunar og enkeltgruppe av pasientar blir tala her små, og vi kan ikkje legge vekt på mindre variasjonar i ratene mellom enkeltkommunar. Vi kan likevel sjå at mønsteret vi har sett tidligare går igjen i denne tabellen, der Hornindal har eit lågare forbruk av sjukehusstenester enn dei andre kommunane. For Nordfjordområdet samla ligg ratene nær opp til ratene for heile fylket. Dei nasjonale tala for desse pasientgruppene viser store variasjonar mellom kommunar både med omsyn til forbruk i spesialisthelsetenesta og kontaktrater i primærhelsetenesta (5). Mange av desse pasientane får behandling på begge nivå, og dei inngår i den kommunale medfinansieringa i samhandlingsreforma, og då blir ei optimal arbeidsdeling mellom nivåa viktig.

# 3. Forbruk av polikliniske konsultasjonar i spesialisthelsetenesta

Ein langtidstrend innan spesialisthelsetenesta er at ein stadig større del av tenestene blir ytt poliklinisk og som dagbehandlingar. Befolkninga møter spesialisthelsetenesta meir enn fire gonger oftare gjennom polikliniske konsultasjonar enn gjennom innleggingar. For Nordfjordområdet er dette høvestalet 5,6.

**Tabell 7: Tal polikliniske konsultasjonar etter sjukehus og kommune\***

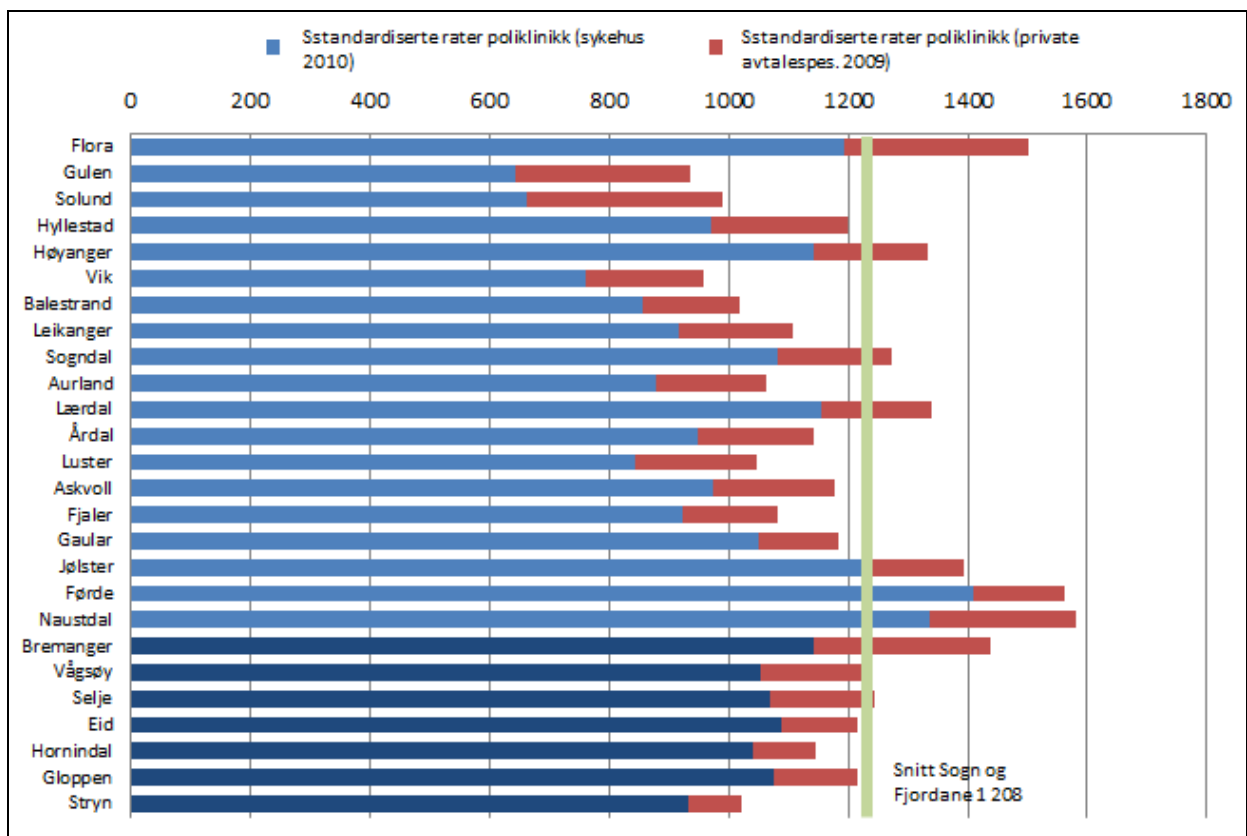
Tal polikliniske konsultasjonar 2010	Totalt						SUM
	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	
Bremanger	3 734	9	720	15	477	122	5 077
Vågsøy	2 481	5	3 308	139	924	310	7 167
Selje	1 137	9	1 718	140	443	320	3 767
Eid	2 283	2	3 545	222	689	363	7 104
Hornindal	505	1	583	51	59	144	1 343
Gloppen	4 359	24	1 721	32	707	155	6 998
Stryn	3 405	9	2 618	117	531	429	7 109
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>17 904</b>	<b>59</b>	<b>14 213</b>	<b>716</b>	<b>3 830</b>	<b>1 843</b>	<b>38 565</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>79 450</b>	<b>12 387</b>	<b>15 020</b>	<b>716</b>	<b>14 064</b>	<b>3 162</b>	<b>124 799</b>

\*Tabellen inneheld ikkje polikliniske konsultasjonar utført av private avtalespesialistar

Tabell 7 viser talet på polikliniske konsultasjonar etter kommune og behandlingsstad. Samla for kommunane rundt Nordfjorden skjer knapt halvparten av konsultasjonane ved sentralsjukehuset i Førde, 37 % ved NSH og knapt 5 % ved Helse Bergen. Under 2 % av poliklinikkforbruket blir ytt frå Volda sjukehus. Samanliknar vi med den tyngste gruppa for døgnopphald, medisinsk øyeblikkeleg hjelp, der over halvparten av opphalda skjer ved NSH, er poliklinikktilbodet klart meir sentralisert.

## 3.1 Samla forbruk av polikliniske konsultasjonar etter kommune og tilhøyrande pasientstraumar

I figur 8 samanliknar vi dei samla polikliniske forbruksratene for kommunane i heile fylket og i denne samanlikninga har vi og lagt inn konsultasjonar til private avtalespesialistar (frå 2009). I høve til andre fylke har Sogn og Fjordane få tilbod knytt til private avtalespesialistar og eit tilsvarande lågt forbruk. Solund og Gulen har eit høgt slikt forbruk gjennom nærleiken til Bergen. Meir overraskande er at kommunane Flora og Bremanger også relativt sett har eit høgt forbruk hjå private.

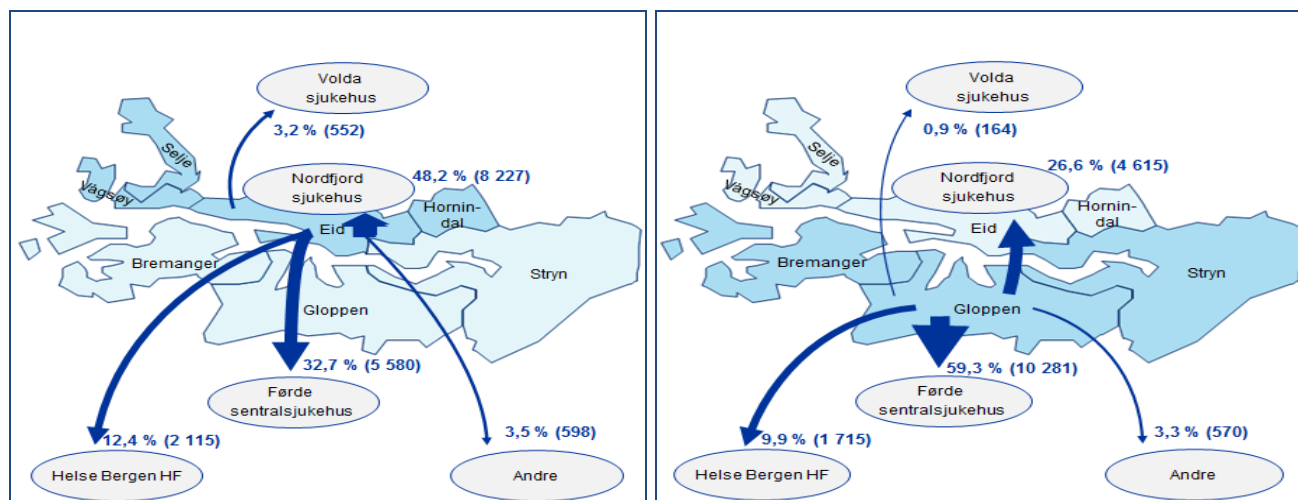


**Figur 8. Samla alders- og kjønnsjusterte kommunale forbruksrater for polikliniske konsultasjonar med tillegg av tilsvarende rater for konsultasjonar hjå private avtalespesialistar. Kjelde NPR 2010 og 2009.**

Ved dei offentlege poliklinikkane er det kommunane nær sentralsjukehuset som har dei høgste ratene. Det er godt dokumentert at nærleik til sjukehusa gjev eit relativt overforbruk av poliklinikktenester(6). For dei fleste kommunane i Nordfjordområdet ligg ratene kring gjennomsnittet for fylket, med unntak av Bremanger som også her kjem ut med eit høgt forbruk. Samla sett får såleis Nordfjord-kommunane eit likeverdig tilbod av poliklinikktenester. Men vi skal seinare sjå på om tenestene er rimeleg fordelt på dei enkelte spesialitetane.

For kommunane rundt Nordfjorden er dei alders- og kjønnsjusterte ratene jamne med unntak av Stryn kommune, som ligg på ei lågare forbruksrate, og Bremanger som ligger langt over. Totalt for Sogn og Fjordane skil det over 600 konsultasjonar per 1000 innbyggjar mellom kommunen med den høgaste og lågaste forbruksraten.

I figur 9 visar vi dei totale polikliniske konsultasjonane og straumar for kor pasientane blir behandla.



**Figur 9: Pasientstraumar polikliniske konsultasjonar, kommunane nord og sør for Nordfjorden (absolutte tal i parentes)**

Tala som er grunnlaget for presentasjonen i figur 9 er henta frå ein presentasjon for styringsgruppa, og det er brukt eit anna utvalskriterium for desse. Tala vil difor ikkje vere mogeleg å samanlikne direkte med dei andre tala i kapitlet. I styringsgruppa er talgrunnlaget polikliniske konsultasjonar som har utløynt ISF-refusjon, medan i denne rapporten er det alle polikliniske konsultasjonar ved somatiske sjukehus som er grunnlaget.

Hovudbiletet for dei polikliniske pasientstraumane er likevel ganske samanfallande med tilsvarande for innleggingar, men som tidlegare nemnt er poliklinikktilbodet noko meir sentralisert mot Førde og Bergen enn tilsvarande tal for innleggingar.

### 3.2 Forbruk av polikliniske konsultasjonar etter kommune og spesialitet/fagområde med tilhøyrande pasientstraumar

Vi har valt ut spesialitetar som har eit visst omfang i tabellane under. Spesialitetane vi har vist i tabell 8 omfattar omlag 80 % av alle polikliniske konsultasjonar for pasientar frå Nordfjordregionen. Det er og ei stor gruppe konsultasjonar vi ikkje kan seie mykje om. Dette er pasientar i samlepostar eller med "sekkediagnosar", t.d. der teksta seier at årsaka til at pasientane har vore i kontakt med helsetenesta er «faktorar som har betydning for helsetilstand / kontakt med helsetenesta». Det ville vore mogleg å identifisera desse polikliniske kontaktane om vi hadde hatt tilgang til meir informasjon, som til dømes pasienten sin diagnose.

I dette kapitlet omtalar vi dei største spesialitetane målt i tal på konsultasjonar. I tillegg til dei største spesialitetane har vi også valt å omtale nevrologi, då det i hovudprosjektet for utvikling av Nordfjord sjukehus har vore knytt særskild interesse til denne spesialiteten.

I tabell 8 og 9 visar vi tal på konsultasjonar for dei kirurgiske og medisinske spesialitetane. Spesifikasjon av uttrekket er vist i vedleggs-kapitlet.

**Tabell 8: Tal polikliniske konsultasjonar for eit utval kirurgiske spesialitetar per kommune**

Tal polikliniske konsultasjonar 2010	Ortopedi	Urologi	Gastrokirurgi	Øyre-nase-hals	Auge	Gyn / føde
Bremanger	674	166	91	467	326	421
Vågsøy	1 020	176	121	600	352	625
Selje	483	87	69	253	176	198
Eid	970	193	76	632	395	689
Hornindal	180	32	17	130	80	118
Gloppen	948	249	115	780	480	386
Stryn	1 023	221	122	721	484	602
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>5 298</b>	<b>1 124</b>	<b>611</b>	<b>3 583</b>	<b>2 293</b>	<b>3 039</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>16 656</b>	<b>3 784</b>	<b>2 056</b>	<b>11 216</b>	<b>6 079</b>	<b>9 644</b>

**Tabell 9: Tal polikliniske konsultasjonar for eit utval medisinske spesialitetar per kommune**

Tal polikliniske konsultasjonar 2010	Nevrologi	Hud	Revmatologi	Kardiologi	Gastro-medisin	Endokrinologi	Lunge	Pediatri
Bremanger	200	319	297	376	138	178	132	263
Vågsøy	201	698	516	442	249	235	142	297
Selje	81	481	343	244	135	114	98	127
Eid	206	675	650	374	266	204	106	278
Hornindal	30	137	80	59	53	45	19	54
Gloppen	263	640	450	398	165	222	116	333
Stryn	225	534	576	372	219	264	124	326
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>1 206</b>	<b>3 484</b>	<b>2 912</b>	<b>2 265</b>	<b>1 225</b>	<b>1 262</b>	<b>737</b>	<b>1 678</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>3 918</b>	<b>14 659</b>	<b>7 652</b>	<b>6 846</b>	<b>3 469</b>	<b>3 984</b>	<b>2 686</b>	<b>8 312</b>

I tabell 8 og 9 er dei polikliniske konsultasjonane fordelte på kirurgiske og medisinske fagområde. Vi ser at mellom dei kirurgiske fagområda dominerer ortopedi saman med øyre-nase-hals, gynekologi /føde og auge. Tilsvarande er dei tyngste medisinske polikliniske fagområda hud og revmatologi. Dei fleste spesialitetane har eit volum som er tilstrekkeleg for å vurdere eit desentralt tilbod ved NSH. Sjølv dei to minste, gastrokirurgi og lungesjukdomar, gjev grunnlag for 1-2 poliklinikkdagar i månaden.

Ei samanlikning av dei aldersjusterte forbruksratene pr. kommune innan dei ulike fagområda blir vist i tabell 10 og 11.

**Tabell 10: Aldersjusterte forbruksrater for eit utval kirurgiske spesialitetar, polikliniske konsultasjonar pr. 1000 innbyggjarar**

Aldersjusterte forbruksrater, polikliniske konsultasjonar pr. 1000 innbyggjarar	Ortopedi	Urologi	Gastro kirurgi	Øyre-nase-hals	Auge	Gyn / føde
Bremanger	167	35	22	109	72	115
Vågsøy	169	28	19	99	55	108
Selje	164	27	23	85	57	74
Eid	166	34	13	110	72	117
Hornindal	149	27	15	102	65	99
Gloppen	164	41	19	131	77	70
Stryn	148	32	18	104	70	85
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>162</b>	<b>33</b>	<b>18</b>	<b>109</b>	<b>68</b>	<b>96</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>156</b>	<b>35</b>	<b>19</b>	<b>105</b>	<b>57</b>	<b>90</b>

**Tabell 11: Aldersjusterte forbruksrater for eit utval medisinske spesialitetar, polikliniske konsultasjonar pr. 1000 innbyggjarar**

Aldersjusterte forbruksrater, polikliniske konsultasjonar pr. 1000 innbyggjarar	Nevrologi	Hud	Revmatologi	Kardiologi	Gastro medisin	Endokrinologi	Lunge	Pediatri
Bremanger	48	72	69	83	33	43	29	73
Vågsøy	33	114	84	70	41	39	23	51
Selje	27	172	114	78	45	37	34	49
Eid	36	117	112	68	46	35	18	46
Hornindal	26	110	68	51	45	39	14	40
Gloppen	46	111	76	65	28	38	20	60
Stryn	33	77	85	55	32	39	18	46
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>37</b>	<b>106</b>	<b>88</b>	<b>67</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>52</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>37</b>	<b>137</b>	<b>71</b>	<b>64</b>	<b>32</b>	<b>37</b>	<b>25</b>	<b>78</b>

Ratene for Nordfjordområde samla ligg tett opp til gjennomsnittet for fylket for dei fleste spesialitetane, med unntak av augesjukdommar og revmatologi som ligg over, og barnesjukdommar som ligg under fylkesgjennomsnittet. Ved Nordfjord sjukehus har det vore aktivitet frå ambulerande avtalespesialistar frå Florø/Ålesund innan fagområdet auge. Det kan difor vere mogleg at vi får for låge aldersjusterte forbruksrater for augesjukdommar, og dermed også noko missvising i pasientstraumane. For barnesjukdommar ligg alle kommunar, og enkelte markert, under gjennomsnittet for fylket. Det kan i seg sjølv tale for å etablere eit lokalt tilbod ved NSH. Samla kan ein likevel slå fast at befolkninga i Nordfjord innafør dei fleste spesialitetar får eit likeverdig tilbod med resten av fylket.

Variasjonane kommunane i mellom for dei enkelte fagområda er mindre enn det ein ofte finn ved slike samanlikningar. Kontrastane kan og påverkast av tilfeldige svingingar frå år til år når tala blir små. Det gjer at ein må vere varsam med å legge for stor vekt på små skilnader. Av kommunane ligg Bremanger som venta over gjennomsnittet medan Stryn tilsvarende ligg under eller tett til gjennomsnittet for Nordfjord. Berre når det gjeld hud- og lungesjukdommar finn vi ein variasjon der kommunen med høgst forbruk har meir enn dobbelt så mange konsultasjonar pr. 1000 innbyggjarar som den kommunen som har minst. For hud gjeld det Selje og Stryn og for lunge Selje og Hornindal, men for den siste pasientgruppa blir tala små.

Når det gjeld ortopedi, er det til dels store avvik mellom ulike metodar for identifisering av spesialitetar. Vi har spesielt sett at ved Nordfjord sjukehus kan det sjå ut som om andre enn ortopediske pasientar til ein viss grad har nytta den ortopediske avdelinga. Som følgje av dette avviket, har vi valt å presentere ein tabell med resultatane som følgjer av dei to uttrekksmetodane.

Ein kan skilje ut ortopedi både ved å nytta konsultasjonar utført ved ortopediske avdelingar eller å skilje ut dei konsultasjonane som inngår i det ortopediske hovuddiagnosekapitlet i DRG-systemet.

**Tabell 12: Ortopediske konsultasjonar etter ulike uttrekkskriteria.**

Tal polikliniske konsultasjonar 2010	Ortopedi etter avdeling	Ortopedi etter HDG	Avvik
Bremanger	674	556	118
Vågsøy	1 020	699	321
Selje	483	383	100
Eid	970	686	284
Hornindal	180	151	29
Gloppen	948	722	226
Stryn	1 023	804	219
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>5 298</b>	<b>4 001</b>	<b>1 297</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>16 656</b>	<b>13 369</b>	<b>3 287</b>

**Tabell 13: Aldersjusterte forbruksrater, ortopediske konsultasjonar etter ulike uttrekkskriteria.**

Aldersjusterte forbruksrater, polikliniske konsultasjonar pr. 1000 innbyggjar	Ortopedi etter avdeling	Ortopedi etter HDG – DRG-baserte kriterier
Bremanger	167	138
Vågsøy	169	116
Selje	164	132
Eid	166	117
Hornindal	149	125
Gloppen	164	125
Stryn	148	117
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>162</b>	<b>122</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>156</b>	<b>125</b>

I det fylgjande har vi valt å presentere tala etter begge uttrekkskriteria. Då blir tala frå avdelingskriteriet presentert først, deretter blir tal drege ut etter DRG-baserte kriterier, presentert.

### 3.2.1 Ortopedi

Av tabell 14 ser vi at i 2010 tok NSH i mot dei fleste ortopediske konsultasjonar både nord og sør for fjorden. Sidan dette er eit stort volum på det polikliniske tilbodet, er det rimeleg å vurdere om dette tilbodet kan tilretteleggast ved Nordfjord sjukehus.

**Tabell 14: Polikliniske konsultasjonar innan ortopedi etter behandlingsstad og kommune med avdeling som utvalskriterium**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	381	7	259	2	25	0	674	167
Vågsøy	104	3	828	34	51	0	1 020	169
Selje	75	5	342	46	15	0	483	164
Eid	73	0	815	63	19	0	970	166
Hornindal	37	0	135	8	0	0	180	149
Gloppen	353	5	558	6	26	0	948	164
Stryn	204	2	767	28	20	2	1 023	148
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>1 227</b>	<b>22</b>	<b>3 704</b>	<b>187</b>	<b>156</b>	<b>2</b>	<b>5 298</b>	<b>162</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>8 927</b>	<b>2 699</b>	<b>4 075</b>	<b>187</b>	<b>711</b>	<b>59</b>	<b>16 658</b>	<b>156</b>

Som vi har vist i tabellane 12 og 13 er det til dels store avvik mellom ulike utvalskriterier for ortopedi. Vi har av denne grunn også her lagt inn ein oversikt over resultatane av dei to ulike metodane. I tabell 14 viser vi tal som med uttrekk basert på avdeling, medan tabell 15 visar resultat for ortopedi der hovud diagnosegrupper (HDG) er nytta som grunnlag for uttrekk.

**Tabell 15: Polikliniske konsultasjonar innan ortopedi etter behandlingsstad og kommune med HDG som utvalskriterium**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	374	3	155	0	25	0	557	138
Vågsøy	163	2	477	5	51	1	699	116
Selje	126	0	221	8	15	13	383	132
Eid	146	0	503	8	19	10	686	117
Hornindal	52	0	93	3	0	3	151	125
Gloppen	363	0	331	0	26	2	722	125
Stryn	277	2	491	3	20	11	804	117
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>1 501</b>	<b>7</b>	<b>2 271</b>	<b>27</b>	<b>156</b>	<b>40</b>	<b>4 002</b>	<b>122</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>8 257</b>	<b>1 829</b>	<b>2 486</b>	<b>27</b>	<b>711</b>	<b>59</b>	<b>13 369</b>	<b>125</b>

I både metodar for identifisering av spesialitet er ortopedi den spesialiteten med flest konsultasjonar, og ulike utvalskriterium vil ikkje påverka konklusjonen om at det er rimeleg at det blir tilrettelagt eit tilbod ved Nordfjord sjukehus for denne spesialiteten.



### 3.2.2 Øyre-nase-hals (ØNH)

Av tabell 16 ser vi som venta at øyre-nase-hals konsultasjonane frå Nordfjord går til Førde og ein mindre del, truleg kreftpasientar, går til Bergen. Om 1500 av desse konsultasjonane kunne desentraliserast til NSH, ville ein ha godt over tretti pasientar innan dette fagområdet ved NSH kvar veke.

**Tabell 16: Polikliniske konsultasjonar for ØNH pasientar etter behandlingsstad og kommune**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal Sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	445	0	8	0	14	0	467	109
Vågsøy	530	0	30	1	38	1	600	99
Selje	236	0	4	0	4	9	253	85
Eid	534	0	83	0	8	7	632	110
Hornindal	108	0	19	0	0	3	130	102
Gloppen	732	0	46	0	2	0	780	131
Stryn	640	0	52	2	22	5	721	104
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>3 225</b>	<b>0</b>	<b>242</b>	<b>3</b>	<b>88</b>	<b>25</b>	<b>3 583</b>	<b>109</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>10 232</b>	<b>244</b>	<b>242</b>	<b>3</b>	<b>462</b>	<b>35</b>	<b>11 218</b>	<b>105</b>

### 3.2.3 Auge

Dette fagområdet har eit noko lågare volum enn ØNH, og så godt som alle desse pasientane reiser til poliklinikken i Førde, men om NSH vart rusta opp med tilstrekkeleg utstyr skulle også dette tilbodet ligge til rette for desentral ambulant verksemd.

**Tabell 17: Polikliniske konsultasjonar for auge-pasientar etter behandlingsstad og kommune**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	315	0	0	0	11	0	326	72
Vågsøy	324	0	1	0	21	6	352	55
Selje	165	0	0	0	6	5	176	57
Eid	381	0		0	9	4	395	72
Hornindal	80	0	0	0	0	0	80	65
Gloppen	473	0	0	0	7	0	480	77
Stryn	469	0	1	0	9	5	484	70
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>2 207</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>63</b>	<b>20</b>	<b>2 293</b>	<b>68</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>5 763</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>281</b>	<b>23</b>	<b>6 081</b>	<b>57</b>

### 3.2.4 Hud

I 2010 hadde NSH eit tilbod i til hud-pasientane, og vi ser at sjukehuset då hadde nesten fire gonger fleire pasientar lokalt enn dei som reiste til Førde. Dette trass i at Bremanger sender nesten alle sine, og Gloppen halvparten av pasientane, til Førde. Dette viser at dette fagområdet eignar seg godt for desentral verksemd med lysbehandling, og ein har gjennom desentraliseringa gjeve eit veltilpassa, pasientnært tilbod og unngått mange lange pasientreiser.

**Tabell 18: Polikliniske konsultasjonar innan hudsjukdomar etter behandlingsstad og kommune**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	295	0	20	0	4	0	319	72
Vågsøy	46	0	636	1	13	2	698	114
Selje	42	3	421	4	6	5	481	172
Eid	15	0	643	12	5	0	675	117
Hornindal	9	0	126	2	0	0	137	110
Gloppen	301	0	313	0	3	23	640	111
Stryn	177	0	313	4	6	34	534	77
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>885</b>	<b>3</b>	<b>2 472</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>64</b>	<b>3 484</b>	<b>106</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>8 975</b>	<b>2 751</b>	<b>2 489</b>	<b>23</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>14 477</b>	<b>137</b>

### 3.2.5 Gynekologi / føde

I 2010 blei om lag 68 % av pasientane frå Nordfjord-kommunane behandla ved NSH. Det er og her eit stort skilje mellom val av sjukehus for pasientane nord og sør for fjorden. Bremanger nyttar i all hovudsak FSS som sitt lokalsjukehus for denne spesialiteten. Volumet er stort nok for etablering av eit desentralt tilbod ved NSH, og vi er kjent med at det er eit etablert eit poliklinisk føde/gynekologi-tilbod ved NSH

**Tabell 19: Polikliniske konsultasjonar gynekologi / føde etter behandlingsstad og kommune**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	257	0	140	2	22	0	421	115
Vågsøy	92	0	485	3	43	2	625	108
Selje	15	0	159	5	5	14	198	74
Eid	74	0	574	11	22	8	689	117
Hornindal	12	0	98	4	0	4	118	99
Gloppen	169	0	211	1	5	0	386	70
Stryn	156	0	401	1	28	16	602	85
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>775</b>	<b>0</b>	<b>2 068</b>	<b>27</b>	<b>125</b>	<b>44</b>	<b>3 039</b>	<b>96</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>5 668</b>	<b>987</b>	<b>2 088</b>	<b>27</b>	<b>813</b>	<b>61</b>	<b>9 644</b>	<b>90</b>

### 3.2.6 Revmatologi

Det er ikkje etablert ein revmatologisk poliklinikk ved Nordfjord sjukehus, det er likevel slik at 55 % av pasientane frå Nordfjord-kommunane blir behandla ved NSH. Dei fleste konsultasjonane er registrert ved den ortopediske poliklinikken, og det er og registret revmatologiske konsultasjonar på hudpoliklinikken. Truleg er dette konsultasjonar for pasientar med ein revmatologisk grunnsjukdom men med affeksjonar som er relevant å få vurdert av ortopedar og hud-spesialistar. Konsultasjonane ved sentralsjukehuset må ein tru er til ein spesialist i revmatologi, og volumet er stort nok for vurdering av ambulant verksemd.

**Tabell 20: Polikliniske konsultasjonar gynekologi / føde etter behandlingsstad og kommune**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	173	2	114	0	8	0	297	69
Vågsøy	209	1	290	3	10	2	515	84
Selje	103	0	231	4	4	1	343	114
Eid	199	2	444	0	4	1	650	112
Hornindal	47	0	31	2	0	0	80	68
Gloppen	230	14	201	1	4	1	451	76
Stryn	257	7	291	3	6	12	576	85
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>1 218</b>	<b>26</b>	<b>1 602</b>	<b>13</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>2 912</b>	<b>88</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>4 310</b>	<b>1 181</b>	<b>1 980</b>	<b>13</b>	<b>140</b>	<b>18</b>	<b>7 652</b>	<b>71</b>

### 3.2.7 Nevrologi

For dette fagområdet er talet på konsultasjonar ved sentralsjukehuset knapt tusen frå Nordfjord. Dette talet er lågare enn for dei andre tilboda som er aktuelle for desentralisering, og kanskje i grenseområdet i høve til å gje eit stabilt tilbod lokalt. Men med tanke på at nokon av pasientane i denne pasientgruppa ofte er betydeleg funksjonshemma, vil eit tilbod likevel kunne vurderast med tanke på ambulant verksemd ved NSH.

**Tabell 21: Polikliniske konsultasjonar nevrologi etter behandlingsstad og kommune**

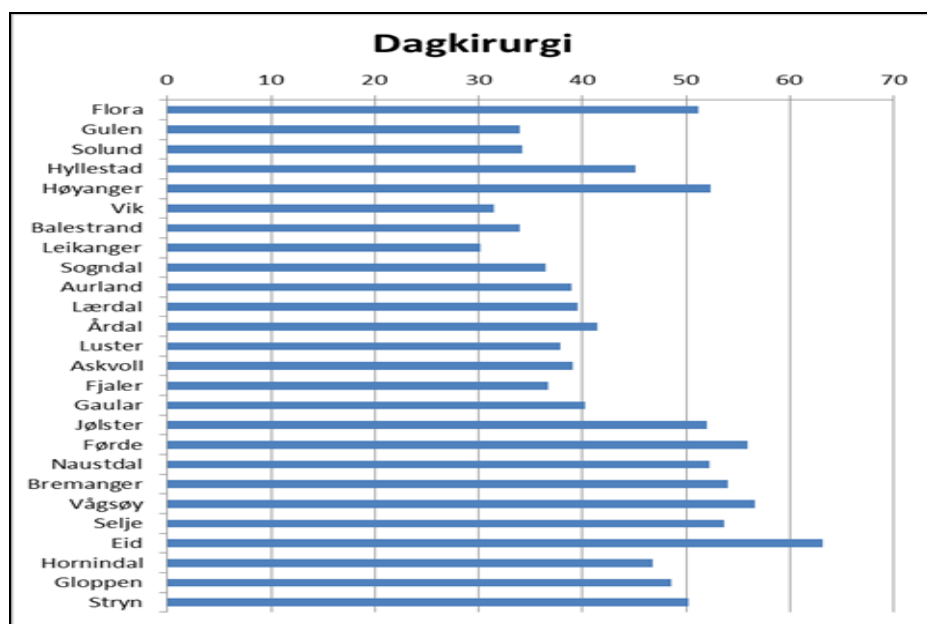
Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM	Aldersjustert forbruksrater pr. 1000 innbyggjarar
Bremanger	180	0	10	0	10	0	200	48
Vågsøy	126	0	28	0	45	2	201	33
Selje	59	0	12	2	1	7	81	27
Eid	141	0	35	0	18	12	206	36
Hornindal	27	0	2	0	0	1	30	26
Gloppen	219	0	13	0	31	0	263	46
Stryn	169	0	37	0	8	11	225	33
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>921</b>	<b>0</b>	<b>137</b>	<b>2</b>	<b>113</b>	<b>33</b>	<b>1 206</b>	<b>37</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>3 228</b>	<b>49</b>	<b>143</b>	<b>2</b>	<b>458</b>	<b>39</b>	<b>3 919</b>	<b>37</b>

### 3.3 Spesielle behandlingstilbod

Frå NPR og SKDE har vi fått ut tal for enkelte spesielle behandlingstilbod som det er grunn til å sjå på spesielt, og vidare i dette kapitlet ser vi nærmare på dagkirurgi og kreftbehandling i form av poliklinisk kjemoterapi.

#### 3.3.1 Dagkirurgi

I figur 10 er vist rater for dagkirurgi for alle kommunane i fylket. Hovudmønsteret er at kommunane i nærleiken til sentralsjukehuset og til NSH har dei høgste ratene, og serleg høgt for Nordfjord-kommunane. Samla vart det utført over 5000 slike inngrep i 2010, og over 1800 for kommunane i Nordfjord. Det dagkirurgiske tilbodet ved NSH er no nedlagt, men volumet er så stort, og truleg vil auke dei komande åra, at eit tenestetilbod ved NSH framover også for dette tilbodet bør vurderast. Vi har i det siste 10-året sett ei teknologisk utvikling som har ført til at stadig fleir operasjonar kan utførast dagkirurgisk, og det er ein fagleg målsetting å vidareføre overgangen til dagkirurgi for planlagde operasjonar, og det vil difor være rimelig å anta at denne utviklinga vil halde fram.



Figur 10: Alders- og kjønnsstandardiserte rater for dagkirurgiske inngrep. Kjelde NPR og SKDE.

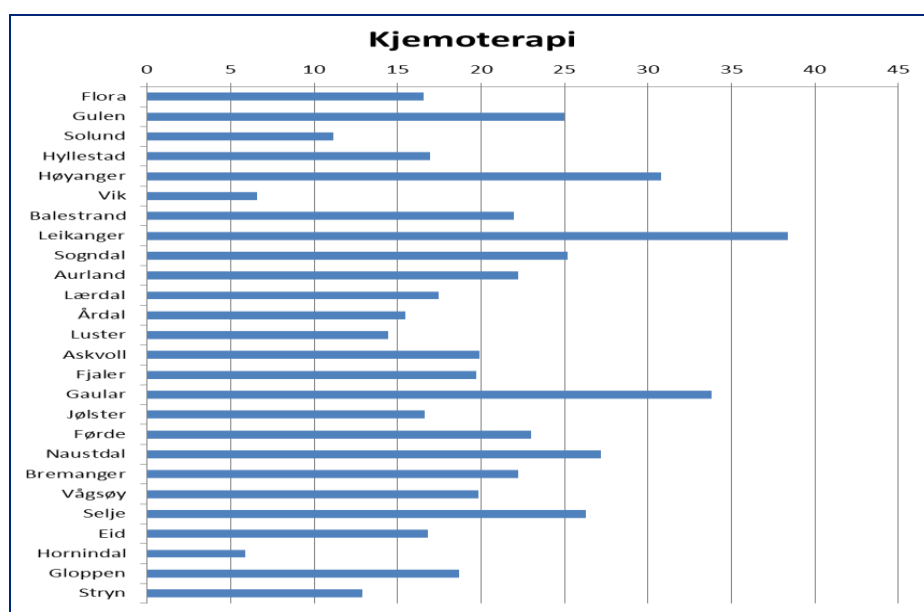
Dagkirurgi er eit heterogent område, og ein tydelig konklusjon vil krevja ein djupare analyse av kva grupper inneheld enn vi har kunna gjere her. Vi ser at dei største DRG hovuddiagnosegruppene innan dagkirurgi for pasientar frå Nordfjord-regionen er innanfor spesialitetane auge, ortopedi, kirurgi, gynekologi og øyre-nase-hals. Om ein startar opp eit dagkirurgisk tilbod, vil dette og påverke tal på polikliniske konsultasjonar ved sjukehuset og dagkirurgi tilbod må samkøyrast med tilsvarande polikliniske spesialisttilbod. Det vil som oftast vere behov for noko utgreiing i forkant av det dagkirurgiske inngrepet, og kontrollar i etterkant.

Eit dagkirurgisk tilbod vil krevje at det er anestesistilbod og operasjonssjukepleiarar tilgjengeleg. Sjukehuset har allereie krav om å ha anestesilege til stades til ein kvar tid, og som følgje av

skade/akuttpoliklinikken ved Nordfjord sjukehus, vil det være lege med erfaring i kirurgi/ortopedi til stades som også kan vurdere moglege komplikasjonar i etterkant av dagkirurgiske inngrep.

### 3.3.2 Poliklinisk kjemoterapi

Poliklinisk kjemoterapi er eit tilbod som går til dei aller sjukaste, der behandlinga blir gjeven i seriar der pasientane enten må bu heimanfrå eller dagpendle til behandlingsstaden. Det er difor eit tilbod som om mogeleg bør desentraliserast. Figur 11 viser store variasjonar mellom kommunane i forbruk, som venta når kvar pasient i regelen får mange behandlingar. Nordfjord-området hadde i 2010 eit samla forbruk noko under fylkesgjennomsnittet. Dersom mange av pasientane framleis pendlar til Førde for å få dette tilbodet, bør volumet av tilbodet ved NSH kunne aukast.



**Figur 11: Alders- og kjønnsstandardiserte rater poliklinisk kjemoterapi. Kjelde NPR og SKDE**

I tabell 22 ser vi at dei fleste konsultasjonane for kjemoterapi blir utført ved Førde sentralsjukehus. For denne behandlinga er det også ein betydelig aktivitet ved Helse Bergen HF som har regionfunksjonar innan kreftbehandling.

**Tabell 22: Polikliniske konsultasjonar kjemoterapi per sjukehus og kommune**

Polikliniske konsultasjonar 2010	Førde Sentral-sjukehus	Lærdal sjukehus	Nordfjord sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre	SUM
Bremanger	65	0	0	0	6	0	71
Vågsøy	27	0	50	1	25	0	103
Selje	16	0	9	3	51	8	87
Eid	28	0	23	0	19	0	70
Hornindal	3	0	3	0	0	0	6
Gloppen	61	0	7	2	1	0	71
Stryn	18	0	36	1	1	0	56
<b>Sum Nordfjord</b>	<b>218</b>	<b>0</b>	<b>128</b>	<b>7</b>	<b>103</b>	<b>8</b>	<b>464</b>
<b>Sum Sogn &amp; Fjordane</b>	<b>861</b>	<b>20</b>	<b>128</b>	<b>7</b>	<b>272</b>	<b>21</b>	<b>1 309</b>

# 4. Drøfting

## 4.1 Fagkompetanse ved NSH

### 4.1.1 Moderne sjukehusdrift avheng i stor grad av høgkompetent personale

Likeverd i tilbud betyr at befolkninga i Nordfjordregionen bør få tilgang på spesialisthelsetenester på eit tilsvarande fagleg nivå som i andre regionar. Det å oppretthalde lokalsjukehusstilbod har generelt sine største utfordringar knytt til tilgangen på tilstrekkeleg fagpersonell av ulike kategoriar lokalt. Ulike former for vikarordningar er utbreidde.

For NSH kan ein summere opp situasjonen slik dei siste åra:

- 1) Legegruppa:
  - a) Medisinsk seksjon har hatt legespesialister med lokal tilknytning i omkring halvparten av stillingane, resterande har vore dekkja av ulike vikarordningar (langtid/korttid) og noko ambulering frå FSS
  - b) Ortopedisk seksjon hadde før nedlegginga ved årsskiftet 2011/2012 i hovudsak legar i såkalla «Nordsjøturnusar» der same lege var tilbake i periodar. Dette var supplert av vikarar i periodar. Få legar hadde fast tilknytning til området.
  - c) Føde-/gynekologi avdeling hadde 2 gynekologar i rotasjon og noko supplert av ambulering frå FSS.
  - d) Tilgang på nyutdanna turnuslegar har vore god, og omfanget av LIS-legar har vore lite.
- 2) Sjukepleiegruppa: Her har tilgangen på kompetent fagpersonell lokalt vore god. Dette gjeld også sjukepleiarar med spesialutdanning innanfor anestesi, operasjon og intensivområdet. Det same gjeld for jordmorgruppa og fysioterapigruppa. Desse har i hovudsak vore busette i nærområdet/opptaksområdet for sjukehuset.

### 4.1.2 Aktuelle løysingar for legespesialisttilgangen ved NSH framover

#### **a) Tilsetting av spesialistar ved NSH (Helse Førde HF) med lokal forankring.**

Dette vil være den beste ordninga, og særleg vil det være ønskeleg innanfor generell indremedisin som skal fortsette også som sengeavdeling lokalt. Dette kan bli ei utfordring, men så langt har kjernebemanninga vore stabil.

#### **b) Ambulering av spesialistar frå Helse Førde HF, i første rekke frå FSS.**

Dette vil avhenge av at ein har sterke nok fagmiljø ved moderavdelingane som kan ta på seg å ambulere, og at ein får til semje med dei aktuelle legane i høve vilkåra for slik ambulering. Det vert lagt opp til slik ambulering innanfor fleire fagområde enn det som har vore, men dette er ikkje avklara pr. i dag.

#### **c) Tilsetting/ambulering av privatpraktiserande spesialistar.**

Desse vil truleg også kunne leige lokale ved NSH om ønskeleg. Slike ordningar har ein hatt innanfor augefaget i noko omfang. Ei oppretting av nye heimlar vil også avhenge av Helse Vest, og i kva grad det er stort nok pasientgrunnlag lokalt. Rekruttering av spesialistar er truleg også utfordring i dette.

Endeleg er det spørsmål om det vil verte god nok samordning/integrering mellom privatpraktiserande spesialistar og dei tilsvarande offentlege tenestene i Helse Førde HF.

I andre føretak ser ein no ei utprøving av ein kombinasjon av stilling mellom sjukehus og heimel for privat avtalespesialist for legar. Dette kan og vere ei mogleg løysing for å gjere det attraktivt for legar å vurdere Nordfjord sjukehus som tenestestad.

#### **d) Andre løysingar for levering av spesialisthelsetenester.**

Det mest aktuelle her er telemedisin/videokonferanseløysingar. I spreidd bygde område med lange reiseavstandar som Sogn og Fjordane vil dette ha eit klart potensiale. I kva grad konsultasjonar kan gjennomførast på denne måte vil kunne variere mellom fagområda, men truleg vil ein god del kontrollar kunne gjennomførast på denne måten. Ut frå erfaringar frå andre stader vil det truleg fungere best der ein har faste medhjelparar lokalt saman med pasienten (t.d. sjukepleiarar, legar).

Ulike former for «Vikar-stafettar» der ein kan inngå avtale med legar om ulike former for turnusordningar slik dei har hatt ved Nordfjord sjukehus i fleire år.

Såkalla "jobbglidning" der ein kan sjå på fordelinga av oppgåver mellom ulike yrkesgrupperer og eit alternativ. Til dømes kan fysioterapeutar og sjukepleiarar utføre enkle kontrollar på pasientar

## **4.2 Kva styrer forbruket av spesialisthelsetenester**

Førekosten av sjukdom er sjølvstyg grunnleggande for etterspurnaden og for kva helsetenester som blir ytt. Samstundes ser vi at nye behandlingstilbod gjev raskt stigande etterspurnad og forbruk av tenester. I denne rapporten har fokuset vore kontrastar i forbruk mellom befolkningar og i vårt tilfelle kommunar. Vårt land er svært homogent med omsyn til førekosten av sjukdom, og når vi justerer for demografiske skilnader i dei områda vi samanliknar, vil kontrastane vi då observerer i regelen vere skapt av skilnader i tilbod, nærleiken til desse, og ikkje minst skilnader i medisinsk praksis(Wennberg). Det er til dømes vist at kommunane i Sogn og Fjordane viser store kontrastar i forbruket av spesialisthelsetenester, og at desse ser ut til å vere skapt av ulik tilvisingspraksis frå primærhelsetenesta (7).

## **4.3 Manglar og lyte ved datatilfang og metode**

Tala i denne rapporten er henta frå året 2010. Vi veit at det etter den tid er gjort endringar i funksjonsfordeling i Helse Førde HF og endringar i behandlingstilbodet ved NSH. Det ville tvillaust vore ein føremon om datagrunnlaget for denne rapporten var mest mogeleg oppdatert, det vil sei basert på året 2011, men data frå siste år var ikkje tilgjengeleg ved starten av prosjektet. På den andre sida var 2010 det siste ordinære driftsåret ved NSH med full aktivitet i ortopedi. Det bilde rapporten dreg opp er såleis aktiviteten og forbruket før endringane vart sett i verk. Dette må sjølvstyg og setjast i samanheng med kunnskapen om at tilbod driv etterspørsel.

Eit alternativ ville også vere å basere seg på fleire driftsår. Det ville gje meir robuste tal for dei enkelte behandlingstilbod og for dei minste kommunane. På den andre sida ville ein då få eit enno meir "historisk" bilde, og ut frå erfaring er forbruk og pasientstraumar nokså stabile frå år til år, og vi trur at eitt driftsår gjev eit godt og sikkert grunnlag for dei viktigaste funna i denne rapporten.

Ei feilkjelde kan vere at vi ikkje identifiserer spesialitetar og tilbod presist nok. Serleg kan det gje eit for høgt tal for polikliniske konsultasjonar i dei fagområda som blir presentert. Der vi ikkje har informasjon om avdeling, vil presisjonsnivået vere lågare.

Ulik kode- og registreringspraksis ved sjukehus vil og kunne påverke tala. Det er til dømes mogleg å registrere pasientar som kjem for å få behandling i løpet av ein dag både som polikliniske pasientar og som innlagte dag pasientar. Vi har i denne rapporten ikkje vist tal for dag opphald.

#### 4.4 Nivå og kontrastar i spesialisthelsetenesteforbruket i Nordfjord-regionen

Helse Førde HF har samanlikna med resten av Helse Vest og landet hatt eit høgare forbruk av døgnopphald, men dette relative "overforbruket" har minka dei siste åra (Samdata (8)). Til samanlikning ligg Nordfjordregionen enno høgare i forbruk, serleg knytt til medisinsk øyeblikkeleg hjelp. Av kommunane er det serleg Bremanger og Gloppen som ligg høgt medan Hornindal ligg påfallande lågt. Vertskommunane for sjukehus har i andre undersøkingar vist seg å ha eit høgt forbruk av slike opphald (9), men Eid som vertskommune ser ikkje ut til å ha eit slikt forbruksmønster. Det elektive døgnforbruket er meir jamt fordelt på kommunane og på nivå med fylkestala.

Også poliklinikkforbruket for befolkninga i Nordfjordområdet er nokså likt fordelt og minst på nivå for resten av fylket. Forbruket er likevel mindre enn for kommunane nær sjukehuset i Førde, der ein ser ein tydeleg vertskommuneeffekt. Av enkeltkommunar er det berre Bremanger som kjem opp på same nivå.

For enkeltspesialitetar blir naturleg nok tala noko meir usikre, og kontrastane mellom kommunane meir markert. For ortopedi og augesjukdommar har Nordfjord-området eit relativt overforbruk og for hudsjukdommar og barnesjukdommar eit tilsvarande underforbruk.

Samanfatta er forbruket både for døgnopphald og poliklinikk relativt høgt og rimeleg likt fordelt mellom kommunane.

#### 4.5 Pasientstraumar frå kommunane i Nordfjordregionen

Pasientstraumane er naturleg nok avhengig kva spesialitetar som kan ystast ved dei ulike institusjonane. Enkelte spesialitetar har ein større del elektive opphald / kontaktar, og desse vil dermed ha større rom for tilvisar og pasienten med omsyn til val av behandling sin institusjon, men volumet av fritt sjukehusval er i Norge relativt lite.

Pasientstraumanalysene viser at kommunane i Nordfjordområdet brukar dei to sjukehusa ulikt. Serleg Bremanger og Gloppen brukar sentralsjukehuset som hovudsjukehus også for lokalsjukehusfunksjonar. Berre for dei eldste medisinsk øyeblikkeleg hjelp pasientane har desse to kommunane også eit monaleg forbruk ved NSH. Stryn kjem i ei mellomstilling der medisinsk øyeblikkeleg hjelp i hovudsak blir dekkja ved NSH, medan majoriteten av både elektive pasientar og poliklinikk går til Førde. Resten av kommunane nord for fjorden brukar NSH som sitt lokalsjukehus, men det er verdt å merke seg at samla dekkja NSH under halvparten av døgnforbruket også for desse kommunane. Volda sjukehus, som har vore lansert som eit alternativ til NSH for desse kommunane, fekk i 2010 svært få pasientar frå desse kommunane.

Resultatet av pasientstraumanalysene frå 2010 er påverka av nye retningslinjer for medisinsk øyeblikkeleg hjelp pasientar med høg hastegrad, til dømes hjerteinfarkt og hjerneslag. Trombolysing (blodproppopløysande behandling) og revaskularisering (blokking eller operasjon på hjerteårer) har gjeve meir sentralisering til dei største sjukehusa. Samstundes har enkelte lokalsjukehus ei rolle i det initiale stadiet av hjerneslag og i den tidlege opptreningsfasen i etterkant. Medisinsk utvikling og nye



behandlingsretningslinjer påverkar såleis pasientstraumane, og slike endringar i funksjonsfordeling og rollar vil truleg påverke pasientstraumane også i framtida.

#### 4.6 Potensialet for nye spesialisthelsetenestetilbod ved Nordfjord sjukehus

Legg vi føresetningane frå innleiingskapitlet til grunn når vi vurderer det polikliniske forbruket for Nordfjordområdet, konkluderer gruppa at det er pasientvolum stort nok for å evt. etablere fleire nye tilbod ved NSH. Det gjeld innan ortopedi, kirurgi, gynekologi, revmatologi, hud, barnesjukdommar, øyre-nase-hals- og augesjukdommar og kanskje nevrologi. Tabell 19 viser ein oversikt over potensialet. Vi ser og av tala at tilbodet til pasientar med hudsjukdommar gjev ei sers vellukka desentralisering. Av spesielle tilbod peikar serleg dagkirurgi og poliklinisk kjemoterapi (kreftbehandling) seg ut som aktuelle for desentralisering til NSH. Vi ser og at ein del av det store talet brotskader, som kan behandlast konservativt eller som dagkirurgi kunne desentraliserast til NSH. Her kan den nyetablerte skadepoliklinikken representere eit nyttig tilbod.

Gruppa har i all hovudsak lagt volumgrunnlaget til grunn for desse konklusjonane. Vi har som utgangspunkt at det er ein føremon både å unngå lange pasientreiser og å gje befolkninga helsetilbod så nær bustad som mogeleg. Ein har i konklusjonane berre i liten grad teke omsyn til tilgangen på spesialistar for ambulering, effekten ambulering kan ha for fagområda ved sentralsjukehuset og spesielle behov for utstyr og anna infrastruktur og personell.

**Tabell 23: Mogleg potensiale for spesialiteter ved Nordfjord sjukehus**

Tal polikliniske konsultasjonar 2010 pr. dag	Ortopedi	Urologi	Gastrokirurgi	Øyre-nase-hals	Auge	Gyn / føde
Tal konsultasjonar Nordfjord	5 298	1 124	611	3 583	2 293	3 039
Konsultasjonar pr. arbeidsdag Nordfjord	22	5	3	15	9	13
Potensiale for behandling ved Nordfjord sjukehus (50 % av konsultasjonane)	11	2	1	7	5	6
Tal dagar pr. måned med behandling av 15 pasientar	17	4	2	11	7	10
<b>Anslag årsverksbehov spesialist ved 15 behandlingar pr. dag</b>	<b>0,7</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>

Tal polikliniske konsultasjonar 2010	Nevrologi	Hud	Revmatologi	Kardiologi	Gastromedisin	Endokrinologi	Lunge	Pediatri
Tal konsultasjonar Nordfjord	1 206	3 484	2 912	2 265	1 225	1 262	737	1 678
Konsultasjonar pr. arbeidsdag Nordfjord	5	14	12	9	5	5	3	7
Potensiale for behandling ved Nordfjord sjukehus (50 % av konsultasjonane)	2	7	6	5	3	3	2	3
Tal dagar pr. måned med behandling av 15 pasientar	4	11	9	7	4	4	2	5
<b>Anslag årsverksbehov spesialist ved 15 behandlingar pr. dag</b>	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>

Som vist tidligare i denne rapporten vert det i ein rapport utarbeidd av Helse Nord RHF i 2005 vist til at ambulering minst må skje kvar måned for at rutinar og logistikk blir stabile og varige. I tabellen over vil

dette svare til ein stillingsbrøk på 0,05. I høve til kriteria i rapporten frå Helse Nord RHF vil dei spesialitetane vi har sett på kunne oppfylle desse.

I tabellen under viser vi ein tabell med tal over konsultasjonar innan ortopedi etter ulike utvalskriterium.

**Tabell 24: Resultat av ortopedi-konsultasjonar ved ulike utvalskriterium**

Tal polikliniske konsultasjonar 2010	Ortopedi etter HDG	Ortopedi etter avdeling
Tal konsultasjonar Nordfjord	4 002	5 298
Konsultasjonar pr. dag Nordfjord	17	22
Potensiale for behandling ved Nordfjord sjukehus pr. dag	8	11
Tal dagar pr. måned med behandling av 15 pasientar	13	17
<b>Anslag årsverksbehov spesialist ved 15 behandlingar pr. dag</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>

Dei to utvalskriteria for spesifikasjon av ortopediske pasientar gir ulike resultat. Medan utvalet basert på avdeling gir eit grunnlag for 0,7 årsverk ortoped, vil utvalet basert på hovuddiagnosegruppe gje grunnlag for 0,6 årsverk ortoped ved Nordfjord sjukehus.

## 4.7 Referansar

1. The Dartmouth atlas of health care. [www.dartmouthatlas.org](http://www.dartmouthatlas.org) (8.3.2011)
2. Beskriving av tenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus - Framtidas lokalsjukehus, utviklingsprosjekt ved Nordfjord sjukehus: <http://www.helse-vest.no/aktuelt/prosjekter/framtidas-lokalsjukehus/Sider/side.aspx>
3. Helse Nord RHF: Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord. Rapport 2005
4. Helsedirektoratet: statistikk over sykehusforbruk - Styringsdata om kommunenes bruk av somatiske sykehustjenester i 2009, 2010 og 2011: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-sykehusaktivitet/Sider/default.aspx>
5. Samhandlingsstatistikk 2010. Helsedirektoratet 2012. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2010/Sider/default.aspx>
6. Wennberg J. Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care. 2010 Oxford University Press
7. Førde OH, Breidablik H-J, Øgar P. Truar skilnadene i tilvisingsratar målet om likeverdige helsetenester? Tidsskrift Norsk Lægeforening 2011; 131: 1878-81.
8. Samdata spesialisthelsetjenesten 2010. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2010/Sider/default.aspx>
9. Heiberg I. Vertskommunenes forbruk av sykehustjenester. SKDE 2010. <http://www.helse-nord.no/rapporter-og-analyser/vertskommunenes-forbruk-av-sykehustjenester-article80842-10790.html>

# Vedlegg - Datakjelder og metode

## Datakjelder

Datagrunnlaget viser alle opphald og konsultasjonar ved somatiske sjukehus og institusjonar som inngår i spesialisthelsetenesta for pasientane frå Nordfjord-regionen i 2010.

Datagrunnlaget for analysene er dei grupperte NPR-meldingane, med informasjon om DRG-gruppe, og pasienten sin bustadkommune. Det er tal frå 2010 som er nytta. Datagrunnlaget er predefinert i 10-årige aldersgrupper, og inneheld ikkje informasjon om kjønn, diagnosekodar eller prosedyrekodar. Data er på episodenivå med informasjon om kommunen pasienten bur i og DRG-gruppe. DRG-grupperingen baserar seg på endeleg års-fil til NPR for 2010. Datagrunnlaget inneheld det samla forbruket ved alle norske sjukehus for pasientar innan området for Helse Vest RHF.

I tillegg har vi innhenta tilsvarende informasjon frå Helse Førde HF, og frå Volda sjukehus og Mork rehabiliteringsinstitusjon i Helse Møre og Romsdal HF, for å få skilje på institusjonsnivå for sjukehusa i nærleiken av kommunane i Nordfjord-regionen.

For dei polikliniske konsultasjonane, har vi ikkje inkludert dei interne konsultasjonane. Tal over polikliniske konsultasjonar inneheld heller ikkje tal for stråleterapi som rapporterast separat til NPR.

Vi har ikkje tilgang til datamateriale frå private avtalespesialistar for 2010, men vi har henta ut samla forbruk av avtalespesialistar frå NPR i 2009.

Det er en moglegheit for at datagrunnlaget inneheld noen feil på grunn av feil i grupperingslogikken i det nasjonale DRG-systemet 2010. I enkelte tilfelle vil omsorgsnivå som blir knytt til sjukehusopphaldet bli feil. Me antar at denne feilen ikkje vil være vesentleg for dette datagrunnlaget.

For å identifisere spesialitetsfunksjonane har vi nytta informasjon om avdeling i dei tilfella vi har det, deretter har vi nytta hovuddiagnosegrupper frå DRG-systemet. Vi har og nytta DRG-type frå DRG-systemet. Ved å nytte denne inndelinga, vil vi undervurdere talet på kirurgiske pasientar og overvurdere talet på medisinske pasientar. For mange pasientar innlagt ved kirurgiske avdelingar blir det ikkje utført operative inngrep, og pasientane hamnar difor i medisinske DRG-er.

Datamaterialet vil innehalde visse feilkjelder, men i all hovudsak ser det ut til at aktiviteten vi har identifisert kan knytast opp mot dei funksjonane sjukehusa har rapportert at dei utfører.

## Metode for kalkulasjon av aldersjusterte befolkningsrater

Det er nytta metode for direkte utrekning av aldersjusterte befolkningsrater

I tråd med oppdraget viser vi ratene i Nordfjord-kommunane justert til befolkningssamansetninga i Sogn og Fjordane fylke. Vi viser då dei ratene dei ulike kommunane ville hatt om dei hadde same alderssamansetning som Sogn og Fjordane fylke.

Vi har nytta følgjande formel for utrekning kommuneratene (kommune k):

$$SR_k = \sum_{i=1}^7 \left[ \left( \frac{S_{ik}}{N_{ik}} \right) \left( \frac{N_i}{N} \right) \right] 1000$$

- $SR_k$  = Aldersstandardisert rate for kommune k
- $S_{ik}$  = Opphald / konsultasjon i aldersgruppe i og kommune k
- $N_k$  = Innbyggjarar pr. aldersgruppe i kommune k
- $N_i$  = Innbyggjarar pr. aldersgruppe for Sogn og Fjordane
- $N$  = Innbyggjarar totalt i Sogn og Fjordane
- $i = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7$  – aldersgrupper
- $k = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7$  - Dei 7 kommunane i Nordfjord-regionen

Aldersgruppene som er nytta i utrekninga av aldersjusterte forbruksrater:

- 0 - 9 år
- 10 – 19 år
- 20 – 39 år
- 40 – 59 år
- 60 – 69 år
- 70 – 79 år
- 80 år og over

I det datagrunnlaget vi har tilgjengeleg kan vi ikkje skilje mellom kvinner og menn. Det medfører at vi ikkje har justert for ulik kjønnsamansetning i kommunane. Vi vurderer det slik at dette berre gjev marginale feil i ratesamanlikningane.

## Metode for inndeling av spesialitet / fagområde

Etter ønskje har vi spesifisert analysene på følgjande spesialiteter / grenspesialiteter:

- Kirurgi: ortopedi, urologi, gastrokirurgi, øyre-nase-hals, auge, gynekologi/føde
- Medisin / andre område: nevrologi, hud, revmatologi, kardiologi, gastromedisin, endokrinologi, lunge og pediatri

Utvalet er gjort i følgjande sekvensielle rekkefølge:

1. Omsorgsnivå (poliklinikk)
2. Avdelingskode der den er tilgjengeleg
3. Hovuddiagnosegruppe i DRG-systemet
4. Eventuell ytterlegare spesifisering i høve til DRG-type

Tabell under syner metode for identifikasjon i høve til det datagrunnlaget vi hadde tilgang til.

**Tabell 25: Oversikt over metode/grunnlag for inndeling i kirurgiske spesialitetar / fagområde**

Spesialitet	Nordfjord sjukehus	Førde sjukehus	Lærdal sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre helseføretak i Norge
<b>Ortopedi</b>	Eigen ortopedisk avdeling	Eigen ortopedisk avdeling	Eigen ortopedisk avdeling	Kirurgisk avdeling, HDG8	HDG 8 med unntak av (DRG808H, 908B, 908C, 908E)	HDG 8 med unntak av (DRG808H, 908B, 908C, 908E)
<b>Urologi</b>	Har ikkje urologisk avd., kan skilje urologi på kirurgisk avdeling, HDG 11 og 12	Har ikkje urologisk avd., kan skilje urologi på kirurgisk avdeling, HDG 11 og 12	Ein generell kirurgisk avdeling, kan skilje ut urologi ved å nytte HDG 11 og HDG 12	Ein generell kirurgisk avdeling, kan skilje ut urologi ved å nytte HDG 11 og HDG 12	HDG11 og HDG12	HDG11 og HDG12
<b>Gastro</b>	Har ikkje eigen gastrokirurgisk avd., skilje kirurgisk avdeling på HDG 6 og 7	Har ikkje eigen gastrokirurgisk avd., skilje kirurgisk avdeling på HDG 6 og 7	Har ikkje eigen gastro-avd., skilje kirurgisk avdeling på HDG 6 og 7	Har ikkje eigen gastro-avd., skilje kirurgisk avdeling på HDG 6 og 7	HDG 6 og HDG 7	HDG 6 og HDG 7
<b>Øyre, nase og hals</b>	HDG 3	Eigen øyre-nase-hals avdeling	HDG 3	HDG 3	HDG3	HDG3
<b>Auge</b>	HDG 2	Eigen augeavdeling	HDG 2	HDG 2	HDG2	HDG2
<b>Gyn/føde</b>	HGD 13 og 14	HGD 13 og 14	HGD 13 og 14	HGD 13 og 14	HGD 13 og 14	HGD 13 og 14

**Tabell 26 Oversikt over metode/grunnlag for inndeling i medisinske spesialitetar / fagområde**

Spesialitet	Nordfjord sjukehus	Førde sjukehus	Lærdal sjukehus	Volda sjukehus	Helse Bergen HF	Andre helseføretak i Norge
Nevrologi	HDG1	Eigen nevrologisk avdeling + HDG1 ved medisinsk avdeling	HDG1	HDG1	HDG1	HDG1
Hud	Eigen hudavdeling	Eigen hudavdeling	Eigen hudpoliklinikk	HDG 9	HDG 9	HDG 9
Revmatologi	DRG808H, 908B, 908C, 908E	Eigen revmatologisk avdeling	DRG808H, 908B, 908C, 908E	DRG808H, 908B, 908C, 908E	DRG808H, 908B, 908C, 908E	DRG808H, 908B, 908C, 908E
Kardiologi (hjertemedisin)	Med avd. og HDG 5	Med avd. og HDG 5	Med avd. og HDG 5	Med avd. og HDG 5	HDG 5	HDG 5
Gastroenterologisk medisin	Med avd. og HDG 6 og HDG 7	Med avd. og HDG 6 og HDG 7	Med avd. og HDG 6 og HDG 7	Med avd. og HDG 6 og HDG 7	HDG 6 og HDG 7	HDG 6 og HDG 7
Endokrinologi	HDG 10	HDG 10	HDG 10	HDG 10	HDG 10	HDG 10
Lungemedisin	HDG 4	HDG 4	HDG 4	HDG 4	HDG 4	HDG 4
Pediatri	Barneavdeling	Barneavdeling	Alle kontaktar der alder på pasient <18	Alle kontaktar der alder på pasient <18	Alle kontaktar der alder på pasient <18	Alle kontaktar der alder på pasient <18

Dei fleste fagområda er spesifisert i uttrekket over. Det er ein stor gruppe som ikkje er kan identifiserast, i høve til det datagrunnlaget vi har tilgang på då denne hamnar i ei DRG-gruppe som omfattar «polikliniske konsultasjonar vedr. faktorar som har betydning for helsetilstand / kontakt med helsetenesta».

## Inndeling av pasientstraumar frå kommunar nord og sør for Nordfjorden

Arbeidsgruppa fekk tilgjengeleg analyser av pasientstraumane som prosjektgruppa hadde tinga og som var utarbeidd av Deloitte før gruppa starta sitt arbeid.

Kommunane i Nordfjord-regionen var i desse analysene gruppert i to hovudgrupper

- Nord for Nordfjord: Eid, Selje, Vågsøy, Hornindal
- Sør for Nordfjord: Bremanger, Gloppen, Stryn

Bakgrunnen for denne inndelinga var at ein såg markante skilnader i pasientstraumane mellom disse gruppene av kommunar. Stryn fall i ei mellomstilling og for enkelte tenester har denne kommunen eit pasientstrømmønster som ligg tettare opp mot kommunane nord for fjorden. I denne rapporten har vi likevel halde på den opphavlege inndelinga. I kryssrabbellar som viser samanhengen mellom enkeltkommunar og behandlingsstader kan ein til gjengjeld i detalj finne kva institusjon som handsamar pasientane frå kvar enkelt kommune.

## Definisjonar av uttrekk frå Helsedirektoratet i kapittel 2.5

KOLS-pasientar	Opphald der hovudtilstand er lik J440 eller J441.
Pasientar med mangelanemiar	Opphald med hovudtilstand D50x, D51x, D52x, D53x
Pasientar med brotskader	Opphald der hovudtilstand er lik ein av følgjande: S02x, S12x, S22x, S32x, S42x, S52x, S62x, S72x, S82x, S92x
Pasientar med tarminfeksjonar	Opphald i DRG 182 eller DRG 183
Pasientar med urinvegsinfeksjon	Opphald med hovudtilstand N300, N301, N302, N308, N309
Pasientar med lungebetennelse	Opphald med hovudtilstand J12x, J13, J14, J15x, J18x, J20x, J21x, J22, J40, J41x, J42, J43x, J44x, J45x, J46, J47
Pasientar med forstopping	Opphald med hovudtilstand K590.
Pasientar med sukkersjuka	Opphald der hovudtilstand er lik ein av følgjande: E10, E11, D12, E13, E14. Tilsvarande for innleggingar.
Pasientar med Parkinsons eller Alzheimers sjukdom	Opphald der hovudtilstand er lik ein av følgjande: G20, G30x
Pasientar med brystmerter	Opphald i DRG 140 eller DRG 143